



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADO CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

HILANA DAYANA DODOU

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O AUTOCUIDADO E
O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

HILANA DAYANA DODOU

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O AUTOCUIDADO E O
CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues.

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Dodou, Hilana Dayana.

Representações sociais de puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério [recurso eletrônico] / Hilana Dayana Dodou. - 2015.
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 133 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Período pós-parto. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

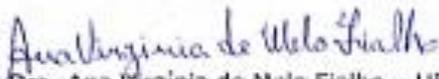


Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Hilana Dayana Dodou** realizada
no dia 29 de janeiro de 2015.

Aos vinte e nove dias do mês de Janeiro do ano dois mil e quinze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelas seguintes Professoras Doutoras: Dafne Paiva Rodrigues, Maria Lúcia Duarte Pereira e Ana Virginia de Melo Fialho sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda **Hilana Dayana Dodou**, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "**Representações Sociais de Puérperas Sobre o Autocuidado e o Cuidado de Enfermagem no Puerpério**". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14h às 16h tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada, por sua Dissertação e defesa pública. Eu Dafne Paiva Rodrigues que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Ana Virginia de Melo Fialho - UECE
(2º membro)

AGRADECIMENTOS

À Deus por se fazer sempre presente na minha vida, guiando os meus caminhos e me concedendo infinito amor. Agradeço a ti por tudo que sou, e por todas as bênçãos e vitórias concedidas.

Aos meus pais por serem o meu alicerce, os maiores exemplos da minha vida, pessoas fortes, batalhadoras e boas. Serei eternamente grata por todo amor e cuidado que sempre tiveram comigo, e pelos esforços realizados pela minha educação.

Aos meus queridos irmãos pela confiança que sempre tiveram em mim e pelo apoio que sempre me concederam.

À minha orientadora, Profa. Dafne Paiva Rodrigues, por ter me guiado e apoiado desde a graduação com os seus ensinamentos, contribuindo bastante para o meu aprendizado e crescimento profissional. Os seus ensinamentos foram fundamentais para a conclusão desse trabalho e para o alcance dessa vitória.

Ao meu grande amor, Neto, por dividir comigo todos os momentos felizes e difíceis da minha vida. Por todo amor, cuidado, incentivo, compreensão, paciência e companheirismo que sempre teve comigo.

Às Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho e Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira pelos ensinamentos ao longo do curso de mestrado e pela contribuição na concretização desse trabalho.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Saúde da Mulher, da Universidade Estadual do Ceará, pelas inquietações, reflexões, ciência e compartilhamento de saberes.

Às mulheres que participaram deste estudo, pela contribuição, interesse e disponibilidade

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo incentivo financeiro.

RESUMO

O estudo objetivou apreender as representações sociais de puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério. Estudo descritivo fundamentado pela Teoria das Representações Sociais. Desenvolvido em cinco Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER) IV no Município de Fortaleza, Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram o grupo de usuárias cadastradas em um dos CSF, que estivessem no período pós-parto tardio ou remoto, com idade maior ou igual a 18 anos. O critério de exclusão eliminou aquelas que saíram da área de abrangência do CSF no período da coleta de dados, e as mulheres com déficits cognitivos e/ou transtornos mentais. Utilizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e o roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados provenientes da captação do perfil das 110 participantes evidenciam a predominância de mulheres na faixa etária entre 26 e 33 anos (42,8%), solteiras (40%), com ensino médio completo (50%), que não possuíam trabalho remunerado (63,7%), múltiparas (55,5%), e que não realizaram nenhuma consulta puerperal (62%). As 1179 palavras evocadas durante o TALP foram processadas no *software* Trideux, a partir da análise fatorial de correspondência. As primíparas associam o resguardo ao cuidado, e o autocuidado ao repouso e prevenção de problemas de saúde. O cuidado de enfermagem é associado àquele recebido no hospital. Quanto às múltiparas, associam o resguardo à saúde, consideram que autocuidado é ter atenção, evitar esforço físico e ter saúde. Já o cuidado de enfermagem é associado ao cuidado com o bebê, com a cirurgia, e à realização de exames. Os dados obtidos através das 19 entrevistas foram organizados a partir do método de análise lexical no *software* ALCESTE, revelando a distribuição dos conteúdos em 5 classes. A classe 1- A vivência do parto e o tempo de espera na maternidade, demonstra que as múltiparas representaram o parto normal como dor e sofrimento, enquanto as primíparas apresentaram uma percepção positiva do parto normal. O tempo de espera na maternidade resultou em frustração e insatisfação para as mulheres. A classe 2- Cuidando de si no resguardo: O cuidado que eu tive e o cuidado que eu deveria ter tido, expressa que as representações sociais do autocuidado no puerpério estão relacionadas principalmente ao cuidado com o corpo, de modo a garantir a recuperação da mulher neste período da vida e a evitar possíveis complicações. A classe 3- Avaliação do cuidado recebido no período pós-parto: da maternidade ao posto de saúde, evidencia que as mulheres representam o cuidado recebido na maternidade como satisfatório, e associam o cuidado de enfermagem a aspectos positivos como ajuda, atenção e orientação. Já na atenção básica, as representações foram marcadas pela ausência de cuidado e falta de acompanhamento, uma vez que a maioria das mulheres não teve consulta puerperal ou visita domiciliar. A classe 4-A orientação no pós-parto: o cuidado com a amamentação e com a alimentação da nutriz, demonstra que os ensinamentos são voltados primordialmente para a saúde da criança, abordando a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e os cuidados com a alimentação da nutriz, revelando a carência de orientações para a mulher. A Classe 5: Significados atribuídos ao cuidado familiar, evidencia que o cuidado recebido da família é representado pelas mulheres como apoio, ajuda, suporte e orientação para vivenciar o período puerperal, além de abordarem as dificuldades para realizarem o seu autocuidado quando não tinham o apoio da família. Os profissionais de saúde devem conhecer e considerar os universos imaginários e simbólicos das puérperas sobre o cuidado no período pós-parto, pautando a sua assistência nos conhecimentos socialmente elaborado dessas mulheres.

Palavras-Chave: Enfermagem. Saúde da mulher. Período pós-parto. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed at understanding the social representations of mothers on self-care and nursing care in the postpartum period. Descriptive study based on the Theory of Social Representations. Developed in five Family Health Centers (CSF) of the Regional Executive Secretariat (SER) IV in Fortaleza, Ceará. The research subjects were the intervention group were enrolled in the CSF, which were in late or remote postpartum period, with age greater than or equal to 18 years. The exclusion criterion eliminated those that left the CSF coverage area in the period of data collection, and women with cognitive deficits and / or mental disorders. We used the Free Association Test Words (TALP) and semi-structured interviews. Data from capturing the profile of the 110 participants show the predominance of women aged between 26 and 33 years (42.8%), married (40%) had completed high school (50%), who had no paid work (63.7%), multiparous (55.5%), and did not attend any puerperal consultation (62%). The 1179 words evoked during the TALP was processed Trideux software from the factorial analysis of correspondence. The heifers associate guard to care, and self-care to rest and prevention of health problems. Nursing care is associated with that received in the hospital. As the cows, associate guard health, consider that self-care is to have attention, avoid physical exertion and be healthy. Already nursing care is associated with the care of the baby, with surgery, and taking examinations. The data obtained through 19 interviews were organized from lexical analysis method in ALCESTE software, revealing the distribution of content in 5 classes. Class 1- The experience of childbirth and the waiting time in the maternity hospital shows that multiparous represented the normal delivery as pain and suffering, while heifers presented a positive perception of normal birth. The waiting time in the maternity resulted in frustration and dissatisfaction for women. Class 2-Caring class itself in the protection: The care that I had and the care I should have been expressed that the social representations of self-care in the postpartum period are primarily related to the care of the body so as to ensure the recovery of women this period of life and to avoid possible complications. Class 3- careful evaluation received in the postpartum period: motherhood to the clinic, shows that women account for the care received in motherhood as satisfactory, and associate nursing care the positive aspects help, help and guidance. Already in primary care, the representations were marked by the lack of care and lack of monitoring, since most women had no puerperal consultation or home visit. Class 4-A class orientation postpartum: the care with breastfeeding and feeding the nurse demonstrates that the teaching is geared primarily to the child's health, addressing exclusive breastfeeding until six months of life and care the power of the nursing mother revealing the lack of guidelines for the woman. Class 5: Meaning attributed to family care, shows that care from family is represented by women as support, help, support and guidance to experience the postpartum period, and address the difficulties to realize their self-care when they had no support family. Health professionals should know and consider the imaginary universes and symbolic of the mothers on the care in the postpartum period, basing its assistance in socially elaborated knowledge of these women.

Keywords: Nursing. Women's Health. Postpartum Period. Nursing Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CPF	Correspondência Por Fator
CSF	Centros de Saúde da Família
GRUPESME	Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem
PPCCLIS	Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
RS	Representações Sociais
SER IV	Secretaria Executiva Regional IV
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UECE	Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da Secretaria Executiva Regional IV do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2015.....	43
Figura 2: Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe.....	52
Figura 3: Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.....	53
Figura 4: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações.....	50
Quadro 2: Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas denominações...	55
Quadro 3: Palavras induzidas por estímulo indutor. Fortaleza-CE, 2015.....	59
Quadro 4: Resumo comparativo das evocações dos dois grupos. Fortaleza-CE, 2015....	66
Quadro 5: Palavras representativas da classe 1.....	67
Quadro 6: Palavras representativas da classe 2.....	72
Quadro 7: Palavras representativas da classe 3.....	79
Quadro 8: Palavras representativas da classe 4.....	89
Quadro 9: Palavras representativas da classe 5.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2015.....	58
Tabela 2: Classificação das participantes de acordo com as variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2015.....	58

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Plano fatorial das representações sociais de puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério. Fortaleza-CE, 2015.....	60
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
3 BASES CONCEITUAIS	22
3.1 Conceitos e reflexões sobre o cuidado clínico de enfermagem	22
3.2 A vivência da mulher no puerpério e o cuidado de enfermagem	29
3.3 Referencial Teórico – Teoria das Representações Sociais	36
4 METODOLOGIA	42
4.1 Natureza e Tipo de Estudo	42
4.2 Campo de Investigação	42
4.3 Participantes da pesquisa	43
4.4 Procedimentos e Instrumentos Metodológicos	44
4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras	44
4.4.2 Entrevista semiestruturada.....	45
4.5 Interpretação e discussão dos conteúdos	46
4.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras – TALP	46
4.5.2 Entrevistas semiestruturadas:	48
4.6 Aspectos Éticos	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 Perfil sócio familiar demográfico e obstétrico das participantes do estudo	57
5.2 Teste de Associação de Palavras	59
5.2.1 Análise Fatorial de Correspondência: evocações emitidas pelas puérperas ..	59
5.3 A VIVÊNCIA DA PUÉRPERA NA MATERNIDADE.....	67
5.3.1 Análise da Classe 1: A vivência do Parto e o tempo de espera na maternidade	67
5.4 CONTEÚDOS REPRESENTACIONAIS DO AUTOCUIDADO NO PUERPÉRIO	72
5.4.1 ANÁLISE DA CLASSE 2 - Cuidando de si no resguardo: o cuidado que eu tive e o cuidado que eu deveria ter tido.....	72
5.5 O ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-PARTO.....	79

5.5.1 ANÁLISE DA CLASSE 3 - Avaliação do cuidado recebido no pós-parto: da maternidade ao posto de saúde.....	79
5.6 A ORIENTAÇÃO NO PERÍODO PUERPERAL	89
5.6.1 ANÁLISE DA CLASSE 4 – A Orientação no pós-parto: o cuidado com a amamentação e a alimentação da nutriz.....	89
5.7 O CUIDADO DA FAMÍLIA NO PUERPÉRIO	97
5.7.1 ANÁLISE DA CLASSE 5 – Significados atribuídos ao cuidado familiar....	97
6 CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	117
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
APÊNDICE B - Teste de Associação Livre de Palavras - Puérperas	120
APÊNDICE C - Entrevista semiestruturada - Puérperas	121
APÊNDICE D – DICIONÁRIO DE PALAVRAS.....	122
ANEXOS.....	130
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	131

1 INTRODUÇÃO

A maternidade constitui um acontecimento marcante na vida da mulher, permeado por um conjunto de mudanças físicas, simbólicas e sociais para todos que nele estão envolvidos. A transição para este novo momento afeta o modo como essa mulher se percebe e atua diante da sua nova realidade, interfere nos seus relacionamentos e gera expectativas diante de tudo que está por vir.

Diante da magnitude desse acontecimento sobre a mulher, o puerpério é considerado um período crítico e de transição na vida das puérperas. A vivência deste momento é singular para cada pessoa, pois cada experiência é única e rica de situações e necessidades novas. Além disso, esta fase é marcada por diversas modificações fisiológicas, emocionais e psicossociais que se iniciam logo após o parto e podem se prolongar até o final do primeiro ano de vida do filho.

Este período é definido como o momento do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação. Devido as suas peculiaridades, o puerpério é uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino, sendo considerado um período de riscos e fragilidades para a mulher (SRAPASSOM; NEDEL, 2010; LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

Diante disso, o cuidado clínico de enfermagem é imprescindível durante esta fase da vida da mulher, uma vez que a mudança para esse novo estado (ser mãe) no processo de vida da mulher requer uma reorganização ou adaptação, no qual a puérpera precisa de uma rede de suporte para ajudá-la a se ajustar às mudanças acarretadas pela maternidade, assumir o seu novo papel e conduzir o seu cuidado e o do filho.

Este cuidado clínico de enfermagem à mulher que vivencia o ciclo gravídico-puerperal é definido pela autora como um fenômeno intencional, que ocorre no encontro do enfermeiro com as mulheres, um complexo que expressa o saber fazer deste profissional embasado na ciência, na arte, na clínica, e na ética, direcionado às necessidades das mulheres grávidas, parturientes e puérperas com vistas a promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, bem como a adaptação para a maternidade, por

meio de ações individualizadas baseadas em conhecimentos técnico-científicos e atitudes que envolvam consciência, zelo, solidariedade, sensibilidade, ética e amor.

Pode ser definido ainda como o processo de cuidar do enfermeiro à mulher, na clínica individual ou coletiva, envolvendo as dimensões objetivas e subjetivas do cuidar. Assim, o cuidado clínico de enfermagem à mulher que vivencia o puerpério deve ter por meta oferecer estratégias de adaptação para esta nova fase, com ações voltadas para a superação de dificuldades e preparação da mulher para realizar os cuidados inerentes a este período.

Sendo assim, o enfermeiro que atua na saúde materna deve ter amplo conhecimento acerca das modificações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal, para direcionar um plano de cuidados condizente com as reais necessidades da mulher. Somado a isso, esse profissional deve assistir a puérpera em sua singularidade, considerando o seu contexto de vida, conhecimentos e experiências prévias e respeitando a carga cultural que a mulher traz, seus costumes e crenças acerca deste momento. Somente com a incorporação destes componentes na relação enfermeiro-paciente o cuidado poderá ocorrer de forma efetiva e integral.

No contexto da atenção ao puerpério, a equipe de saúde deve estar atenta à prevenção de complicações e à garantia de conforto à mulher que vivencia o período pós-parto, por meio do apoio social, físico, emocional e informacional, este último através de ações educativas e orientações que proporcionem à mulher condições para cuidar de si e do seu filho. Para Almeida e Silva (2008) essas ações educativas devem ser permeadas pela escuta sensível, empatia, acolhimento e valorização das especificidades das mulheres que são influenciadas por expectativas sociais e culturais relativas à maternidade.

Em relação à assistência que a mulher recebe no que concerne ao período pós-parto, ela inicia-se logo após o nascimento do filho e ocorre inicialmente no sistema de Alojamento Conjunto (AC). Neste local a mãe deve ser estimulada a iniciar o processo de amamentação e a estabelecer o vínculo afetivo mãe-filho logo na primeira hora pós-parto, além de permanecer junto ao recém-nascido de baixo risco até a alta hospitalar de ambos (ALMEIDA; SILVA, 2008; MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Pimpão et al. (2012) afirmam que no alojamento conjunto, a enfermagem deve agregar à sua prática o cuidado humanizado e qualificado ao binômio mãe-filho, por meio de orientações e assistência direta que possibilitem a prevenção de possíveis

complicações, bem como o seu tratamento precoce, educação em saúde, autonomia e autocuidado.

Nesse enfoque, apesar desta fase da vida da mulher ser considerada como um período de grande vulnerabilidade a intercorrências, e que requer cuidados específicos, se comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, é o momento em que a mulher vem recebendo menos atenção pela equipe de saúde (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Tal consideração é evidente no contexto dos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher, pois as ações desenvolvidas junto à essa mulher no contexto da maternidade são mais voltadas à resolução do parto, uma vez que o tempo de internação no alojamento conjunto é muito abreviado, não permitindo uma abordagem maior das necessidades da puérpera pela equipe de saúde.

A continuidade da assistência à mulher neste período deve ocorrer então no puerpério tardio e remoto através do seu acompanhamento pelos profissionais que atuam na atenção primária, por meio da consulta puerperal e visita domiciliar, constituindo-se espaços para o desenvolvimento da relação enfermeiro-puérpera e a realização do cuidado de enfermagem. Compreende-se por puerpério imediato, o período que vai do 1º ao 10º dia após o parto, tardio do 11º ao 42º dia, e remoto a partir do 43º dia (BRASIL, 2001; REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem considerado entre as ações programáticas no puerpério remoto, a assistência ao binômio mãe-filho na primeira semana após o parto e uma consulta puerperal com 42 dias (BRASIL, 2001). Porém, deve-se destacar que essas ações precoces ainda não são uma realidade em nossas redes de serviços de saúde, visto que a prioridade ainda é dada ao recém-nascido em detrimento da mãe (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Com isso, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de mudanças nos serviços de atenção à saúde mulher e nas práticas de cuidar dos profissionais, com a priorização do puerpério e de ações voltadas à saúde e bem-estar da puérpera. A assistência de enfermagem deve prover um cuidado interativo e eficaz, condizente com as necessidades biopsicossociais da mulher no período pós-parto. Somente com esse acompanhamento contínuo da puérpera será possível construir vínculos, ter uma interação

efetiva e estabelecer um plano assistencial capaz de garantir à mulher uma adaptação saudável a essa fase.

Assim, o cuidado de enfermagem deve envolver orientações à puérpera, para que esta compreenda a importância de cuidar de si mesma e se torne apta a realizar o seu autocuidado nesta nova fase da vida. Nesse momento, é importante que o enfermeiro esclareça dúvidas e oriente a mulher nas ações de autocuidado que podem e devem ser exercidas durante o puerpério.

De acordo com Silva et al. (2009) esse termo autocuidado foi mencionado pela primeira vez no campo da enfermagem, em 1958, quando a enfermeira Dorothea Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma.

A teoria do autocuidado proposta por Orem tem como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e quando não estiverem capazes para tanto, a enfermagem deve agir com vistas a satisfazer esse cuidado, mas sempre com o objetivo maior de incentivar e tornar o indivíduo apto, capaz e com vontade de realizar por si mesmo (OREM, 1980).

Em relação às orientações sobre o autocuidado no período pós-parto, percebe-se uma falta de interesse e atenção da equipe de saúde às necessidades da puérpera, evidenciado pela carência de ensinamentos sobre os cuidados que essas mulheres devem ter consigo, concentrando-se apenas em orientações relativas à amamentação. Os profissionais de saúde têm atuado sob uma visão biologicista e fragmentada, negligenciando muitas vezes atividades educativas tanto em âmbito individual como coletivo (COSTA et al., 2009; RODRIGUES et al., 2014). Diversos outros estudos também evidenciam que o foco do cuidado da equipe de saúde no pós-parto está mais voltado para o bebê do que para a mãe (MONTEIRO, 2011; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012; SILVA; NAKANO; GOMES, 2009).

A questão cultural na prestação dos cuidados é muito marcante, principalmente em se tratando da fase pós-parto. Popularmente, esta fase ou período é chamado de resguardo, dieta, quarentena. Denominações essas que trazem consigo significados para as mulheres: um período em que devem resguardar-se, cuidar-se e obedecer a certas regras, com o intuito de evitar a possibilidade de adoecer.

Por ser essa uma fase em que se encontram mais vulneráveis em termos físicos e simbólicos, as mulheres adotam uma série de práticas relacionadas à alimentação, à higiene, à atividade sexual, à atividade física, à manutenção do aleitamento materno e aos cuidados com a ferida operatória ou a episiorrafia (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Para melhor atender às demandas e necessidades das mulheres no puerpério, faz-se então necessário compreender como elas vivenciam essa experiência e todos os aspectos que a envolvem, entre eles, o cuidado recebido pelos profissionais de saúde, bem como o seu autocuidado, uma vez que se acredita que elas devam ter percepções próprias ou construídas a partir de experiências de outras mulheres, de seus familiares, da comunidade em que vive, ou mesmo de suas próprias experiências pregressas.

A expectativa da vivência do puerpério, das modificações que serão acarretadas, do cuidado que receberá e do cuidado que terá consigo e com seu filho constitui um conteúdo que é assimilado pelas mulheres ao longo de sua vida, através de suas interações dotadas de significação própria e particular para cada mulher. Esses conceitos são elaborados socialmente, embora a realidade seja apreendida e construída de modo único pelas pessoas.

A partir das reflexões apresentadas, optou-se por trabalhar o objeto de estudo proposto à luz da Teoria das Representações Sociais, acreditando que este referencial dará subsídios para compreender e caracterizar o cuidado de enfermagem e a prática do autocuidado no pós-parto, a partir dos significados, das crenças, e dos conhecimentos pré-existentes das puérperas acerca deste período e das percepções construídas socialmente sobre o cuidado de enfermagem.

Diante de todas essas considerações, surgiram alguns questionamentos: Que conhecimentos, e valores as puérperas apresentam acerca do autocuidado no período pós-parto? Que eventos poderão ter originado esse conhecimento? Como as mulheres representam o cuidado de enfermagem recebido no puerpério?

A Teoria das Representações Sociais propõe que as pessoas são sujeitos sociais, e como tal, desenvolvem representações, formulam o seu próprio conhecimento acerca de elementos relevantes nas suas vidas. Assim, o uso desta teoria possibilitará entender o conhecimento socialmente produzido no cotidiano das puérperas, a partir daquilo que vivenciam, do que compartilham com outros sujeitos e da influência que o

conhecimento científico e os meios de comunicação exercem sobre eles, permitindo assim adentrar nos seus universos imaginários e simbólicos sobre os significados do cuidado no período pós-parto e do cuidado de enfermagem na assistência ao puerpério.

O presente estudo se justifica pela relevância social que revela essa temática, tanto para a sociedade quanto para os profissionais de saúde, que deverão compreender a mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, modificando paradigmas, implementando ações inovadoras e eficazes que contribuam para a qualidade da assistência.

Essa proposta de estudo também foi motivada pelo grande interesse da autora na área de saúde da mulher, em que vem desenvolvendo discussões e trabalhos há cinco anos no Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME). Uma das inquietações que originou a temática escolhida, foram os resultados de trabalhos desenvolvidos pela autora, em que se evidenciou a insatisfação das mulheres com o cuidado recebido no puerpério, caracterizada por uma prática exercida de forma fragmentada, com foco na esfera biológica da mulher, atenção voltada ao recém-nascido, ausência da avaliação e exame físico da puérpera, distanciamento do profissional da usuária, carência de educação em saúde e a priorização de atividades burocráticas sobre a prática assistencial (DODOU, 2012; RODRIGUES et al., 2014).

Outro fato que levou a delimitação do tema foi a constatação que apesar da constante preocupação com a humanização e qualidade dos cuidados à saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital, é bastante visível a pouca valorização das demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina em sua significação à maternidade (STRAPASSOM; NEDEL, 2010).

As pesquisas desenvolvidas no início da década atual sobre este assunto vêm demonstrando preocupação com os aspectos referentes às questões objetivas e subjetivas que envolvem a vivência da puérpera nesse período, além de alguns estudos evidenciarem a cobertura deficiente e a assistência de enfermagem precária e distante da preconizada pelos órgãos oficiais de saúde (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

A obtenção das representações sociais das puérperas permitirá ampliar o conhecimento acerca da experiência da mulher no período puerperal, subsidiando o planejamento do cuidado pautado nos conhecimentos e necessidades identificadas, e irá

oferecer elementos para o delineamento de novos caminhos na assistência de enfermagem à mulher no período pós-parto.

Assim, a relevância desse estudo reside na potencialidade de incorporação de uma nova prática de enfermagem direcionada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, levando-se em consideração as representações sociais de mulheres que vivenciaram esta experiência. Desvendar o significado do cuidado de enfermagem e do autocuidado no puerpério pode possibilitar a reorganização das ações de atenção à mulher e a prática de estratégias mais resolutivas nos serviços de saúde, direcionando-se em ações que sejam de efetivos suportes para as puérperas.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Aprender as representações sociais de mulheres sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério.

Objetivos específicos

Identificar os aspectos constituintes das representações sociais sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério para as mulheres primíparas e as multíparas.

Analisar os conteúdos e sentidos atribuídos ao autocuidado no puerpério por mulheres que vivenciaram esta experiência.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 Conceitos e reflexões sobre o cuidado clínico de enfermagem

Apesar das constantes discussões acerca do cuidado de enfermagem, o conceito deste ainda é bastante complexo e por vezes difícil de ser definido, assim a autora pretende neste capítulo apresentar uma concepção do cuidado clínico de enfermagem. Para isso, torna-se necessário também uma breve apresentação da conceituação de cuidado atrelado à clínica.

Sabe-se que a enfermagem nasceu como uma profissão de cuidado na história da humanidade. As relações de cuidado empreendidas por esta profissão, o modo como se processou esse cuidado e a sua fundamentação científica sofreram diversas modificações ao longo do tempo. Apesar de todas essas mudanças, o cuidado não pode deixar de constituir a essência desta profissão.

O cuidado pensado autenticamente como existencial, essencial do ser humano, diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude, constituindo-se, dessa forma, um fundante por meio do qual a pessoa sai de si para se centrar na preocupação com o outro. Dessa forma, o cuidado é o caráter existencial mais próprio do ser humano (HEIDEGGER, 2001).

Boff (1999) concorda com isto ao refletir que o cuidar além de abranger essa atenção e desvelo com o ser humano, é muito mais que um ato, constitui-se em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado fundamenta-se, portanto, em atitudes que revelam o amor para com o outro. Trata-se de uma relação que produz subjetividades expressas por diferentes sentimentos.

Por sua vez, Silva et al. (2009) afirmam que o cuidado está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discussões nos diferentes contextos coletivos. Para os autores, cuidar de alguém é ter estima e apreço pela pessoa, querendo o seu bem-estar de forma integral.

De acordo com Waldow (2004) ser é cuidar, e as várias maneiras de estar-no-mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar. Para ela, o cuidador precisa ter a experiência de ser cuidado antes de cuidar. A capacidade de cuidar está, portanto,

relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado. Cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas, representa uma maneira de ser e de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual, por sua vez, inclui responsabilidade, interesse e compromisso moral.

O cuidador nem sempre escolhe cuidar; o cuidado lhe é designado, e então, ele aciona seu potencial de cuidar no sentido de uma obrigação moral. O ser que necessita do cuidado passa a ser fonte de preocupação, de interesse, tornando-se o centro de sua atenção (WALDOW, 2008).

Diante disso, o cuidado é essencial para a vida humana, pois o ser humano é vulnerável, dotado de fragilidades e está constantemente exposto a riscos, como o risco de sofrer, adoecer e morrer. Dessa forma, para a realização do cuidado de enfermagem, o profissional deve antes de tudo compreender a unidade complexa que é o ser humano, e percebê-lo como tal, um ser inter-relacional, porque relaciona-se e estabelece vínculos com o seu entorno e semelhantes, que é influenciado pelo ambiente em que vive e, além disso, é dotado de uma dimensão biológica, psicológica, social e espiritual.

A essência da enfermagem é o cuidado ao ser humano, o seu acompanhamento ao longo da vida, seja em condições de adoecimento, ou com o objetivo de fortalecer e promover a sua saúde, porém é importante compreender as peculiaridades do cuidado de enfermagem para reconhecer a sua importância e distingui-lo de outros tipos de cuidado.

Para compreender a dimensão do cuidado clínico de enfermagem é primordial conhecer os modelos teóricos e as contribuições de alguns autores em torno desta questão. Entre os modelos teóricos na enfermagem que tratam deste assunto estão a teoria do autocuidado de Orem, o modelo transcultural de Leinenger e o modelo da Ciência dos cuidados de Watson.

Orem (2001) acredita que a essência da enfermagem é a promoção do autocuidado ao ser humano. Segundo ela, o autocuidado é uma função reguladora do homem, uma ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos elementos necessários para continuar a vida, o crescimento, desenvolvimento e a manutenção da integridade humana. Para a autora, o autocuidado é toda atividade que o indivíduo executa para o seu próprio benefício, bem-estar, saúde e qualidade de vida. Assim, a prática clínica do enfermeiro deve ser orientada para realizar o autocuidado daqueles que não

tenham condições, vontade ou interesse de desenvolvê-lo, mas sempre com a finalidade maior de tornar o sujeito independente da equipe de saúde, resgatar a sua capacidade de cuidar de si mesmo, por meio da orientação, incentivo e preparo para que estes se tornem aptos e com vontade a desenvolverem o seu autocuidado, respeitando os limites das suas condições de saúde.

No modelo transcultural de Leinenger (2002), a autora assegura que o cuidado de enfermagem deve considerar os padrões culturais dos indivíduos e grupos, considerando as suas crenças, conhecimentos e necessidades culturais, a fim de planejar um cuidado adequado à realidade de cada sujeito. De acordo com esta autora, o cuidado de enfermagem é definido como o ato de assistência, apoio ou facilitação ao outro, indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar a sua condição de saúde e o seu modo de vida.

A ação de cuidar se refere ao conjunto de atos, processos e decisões, com os conhecimentos e habilidades necessárias, refletindo um comportamento solidário, de auxílio, compassivo e educativo, segundo as necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo a que se assiste (TORRALBA, 2009).

Para Watson (2008) a arte da enfermagem é o cuidado. Essa autora considera que a arte de cuidar na enfermagem evoca a humanidade, trata-se de um arte humana que busca restaurar o todo do ser e, portanto é uma responsabilidade ética, pois tem o dever moral de responder às necessidades do ser humano.

A partir destes modelos, compreende-se que o cuidado de enfermagem é rico e complexo. Torralba (2009) reafirma essas considerações quando diz que o cuidado é uma atitude que envolve todas as dimensões da realidade humana, por isso deve ser singular, integral e contemplar a liberdade do outro.

Nesse contexto, Pellegrino (1985) também aborda o cuidado no âmbito das profissões de saúde, considerando que o cuidar de alguém é se colocar no lugar do outro, estabelecer uma relação de ajuda, fazer pelo sujeito aquilo que ele não tem condições de realizar sozinho, ou seja, ajudá-lo a ser autônomo, além disso, é convidá-lo a compartilhar seus sentimentos e responsabilidades com o enfermeiro, para que esse profissional possa ajudá-lo. Esse autor entende que o cuidado na enfermagem deve contemplar o conhecimento científico, a sabedoria e as tecnologias a serviço do ser humano e seu bem-estar.

Sobre isto Torralba (2009) afirma que o cuidar na enfermagem não pode ser visto como uma mera técnica, mas como arte, o que não significa que a relação entre essas duas seja excludente, pois a arte supõe a técnica, mas algo mais que a técnica, uma predisposição natural. Essa arte de cuidar precisa de conhecimentos adequados de cunho psicológico, biológico, antropológico, cultural e religioso, já que irá lidar com o ser humano, um ser complexo e pluridimensional. Considerando a visão deste autor, ele percebe a arte de cuidar na enfermagem como uma práxis, o que significa que se fundamenta no seu fazer, por isso o conhecimento científico e a técnica são fundamentais nesse fazer, mas ele não se transforma em cuidado se não houver o envolvimento da intuição e sensibilidade da enfermeira.

A sensibilidade antecede o cuidado porque é dela que flui a identificação das necessidades do outro, a qual, por sua vez, é possível pelo conhecimento apreendido anteriormente. A interação, como resultado do encontro entre seres humanos, é de importância vital para atender as necessidades do cliente relacionadas não apenas ao biológico, mas também aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Destarte, na construção do cuidado, a interação, além de aliar os aspectos mencionados, possibilita a inter-relação entre o conhecimento, a sensibilidade e a solidariedade (VALE; PAGLIUCA, 2010).

Ao falar sobre esse assunto, Leinenger (2002) considera que a enfermagem além de arte, é uma ciência, pautada em princípios humanísticos e que se centra em cuidados personalizados voltados para indivíduos, família e grupos com vistas a promoção da saúde, manutenção das condições de saúde e recuperação das enfermidades.

Segundo Vale e Pagliuca (2010) a enfermagem utiliza a ciência, a arte, a estética e a ética no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações de cuidado destinadas a ajudar as pessoas a viverem mais saudáveis e, quando preciso, a superarem os efeitos da doença como um fenômeno social, existencial, cultural e transitório.

Diante disso, percebe-se que o cuidado de enfermagem é fundamental à preservação da dignidade humana. O cuidado transpessoal manifesta-se no encontro das pessoas que estão envolvidas no ato de cuidar, ou seja, na reciprocidade entre a enfermeira e o cliente que dele resulta. Assim, está relacionado com a interação entre seres humanos através da intersubjetividade, permitindo um encontro real e autêntico entre quem cuida e é cuidado, transcendendo o mundo meramente físico e material, fazendo contato com o

emocional e o subjetivo da pessoa. Daí o entendimento de que o cuidado, além de relacional, uma vez que envolve o encontro pessoa-pessoa, é também singular, pois se constrói tendo em vista o alcance das necessidades e desejos do cliente (MARTINS; SILVA; ALVIM, 2010).

Também deve-se atentar para o fato de que o cuidado é permeado de valores éticos, políticos, sociais e de cidadania que vão ao encontro dos valores profissionais do cuidado. Isto o torna essencialmente humano. O cuidado envolve a moral e a ética e estes atributos contribuem para que o cuidado de enfermagem atenda às necessidades do outro (CASATE; CORREA, 2005; STAMM, 2002).

Na visão de Martins, Silva e Alvim (2010) os cuidados de enfermagem se caracterizam por sua dimensão instrumental, que engloba todas as ações necessárias para o atendimento das necessidades biofísicas do cliente. Esse cuidado também assume uma dimensão expressiva, onde se inserem o aspecto psicossocial na relação de cuidado e inclui a dimensão do afeto ao cuidar, garantindo, deste modo, o seu caráter humanístico.

O que diferencia o cuidado de enfermagem da realização de uma técnica é o fato de incluir e priorizar o ser a quem é destinado a ação, ou seja, além de utilizar conhecimentos científicos para embasar as suas ações de cuidado, deve envolver outras habilidades necessárias que o caracterizem como tal, como agir com ternura, delicadeza, interesse, motivação, sensibilidade, empatia e a intenção de promover o bem-estar do ser humano.

O cuidado em saúde é visto como uma prática não-normativa, mas de inter-relação e intersubjetividades. O ato de cuidar pressupõe o envolvimento coletivo, a pessoa que cuida e o que é cuidado, mas não se deve excluir o ser cuidado da sua família, dos seus amigos, enfim da comunidade em que vive. Ocorre na interação profissional-usuário, gestor-usuário, baseado em uma escuta ativa que busca conhecer aquele sujeito ao qual são destinadas as ações, inter-relacionando as dimensões objetivas (biológico e condições materiais) e subjetivas (experiências, percepções e representações sociais) (GERHARDT; RIQUINHO; ROTOLI, 2008).

Dessa forma, o cuidado de enfermagem é o trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favorecendo a manutenção da vida, proporcionando conforto e bem-estar e contribuindo com uma vida saudável ou uma morte tranquila. O cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, uma vez que

a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação. O cuidado que indica quais tecnologias são necessárias em uma determinada situação, ou seja, para prestar um cuidado eficiente e eficaz, necessita-se de diferentes tipos de tecnologias: de uma tecnologia dura, com a utilização de instrumentos e equipamentos, de uma tecnologia leve-dura, lançando mão de conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado) e de tecnologias leves, já que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo e acolhimento) (ROCHA et al., 2008).

Junto a esta explanação sobre o cuidado de enfermagem também é necessária uma explanação sobre a clínica. A clínica, de acordo com Foucault (1977), é o constante olhar sobre o doente, junto ao leito. Para o autor, a pureza do olhar está ligada a certo silêncio que permite escutar o outro, fazendo-o falar o que é inacessível para os sentidos, acessar além do que é visível. Não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. Ela conduz e organiza uma determinada forma de discurso médico; não inventa um novo conjunto de discursos e práticas.

Foucault (1977) afirma que a clínica no século XVIII não desempenhou papel específico no desenvolvimento do conhecimento científico, pois visava à aprendizagem de uma prática que mais resumia do que analisava os casos. No século XIX, a clínica sofreu uma reestruturação brusca, contemplando a totalidade da experiência médica, com coerência científica através de uma nova organização, embasada nos sintomas e nos signos, mas também na observação e na experiência.

Paulon (2004), por sua vez, define a clínica como uma tecnologia da subjetividade inventando sempre novas formas de reordenar a existência, comprometida em inovar as formas de estar-no-mundo, fazendo-as sempre potencializadoras de vida, produtoras de uma nova saúde.

A clínica se apresenta como atitude, como ética de intervenção, como uma experiência de libertação da realidade existente. Efetiva-se em um movimento de transformação tanto de quem lhe demanda intervenção quanto da própria instituição clínica (PASSOS; BARROS, 2004).

Portanto, ampliar a clínica nada tem a ver com atender a um maior número de pessoas, ou com o espaço-tempo ocupado para as práticas. Deve-se ampliá-la em todos os âmbitos, individual ou grupal, permitindo uma mudança em seus modos de ver o mundo e suas formas de agir (COSTA; MOEHLECKE; FONSECA, 2004).

A partir dos conceitos e reflexões que foram apresentadas, a autora propõe que o cuidado clínico de enfermagem é um fenômeno intencional, que ocorre no encontro do enfermeiro com os seres humanos, um complexo que expressa o saber fazer deste profissional embasado na ciência, na arte, na clínica, na estética e na ética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, com vistas a promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, por meio de ações individualizadas baseadas em conhecimentos técnico-científicos e atitudes que envolvam consciência, zelo, solidariedade, sensibilidade, ética e amor.

3.2 A vivência da mulher no puerpério e o cuidado de enfermagem

A maternidade constitui um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, caracterizada como um fenômeno singular que envolve o parceiro, a família e a comunidade. Esta fase é marcada por expectativas, sentimentos, medos, anseios e inseguranças diante de tudo que será vivenciado.

Nesta vivência aflora um conjunto de sentimentos peculiares a cada puérpera, as quais elaboram significados próprios de ser mãe, do cuidado que terá de ter com o seu filho e consigo. A vivência dessa maternidade ocorre durante uma fase conhecida como puerpério, que também é chamada de sobreparto, pós-parto ou resguardo.

Quanto a determinação do seu período, ele inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade (BRASIL, 2001; REZENDE; MONTENEGRO, 2013).

Segundo Patine e Furlan (2006) durante esta fase do ciclo gravídico-puerperal a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais.

É importante atentar que essas modificações interferem não só no fator biológico da mulher, mas também no seu relacionamento interpessoal e familiar, exigindo grande capacidade de adaptação por parte dela e, concomitantemente, de paciência e entendimento por parte de seus familiares e dos profissionais de saúde (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Dessa forma, a mulher deve ser vista em suas múltiplas dimensões pelos familiares e profissionais de saúde, de modo que o cuidado empreendido por estes sujeitos valorizem a sua subjetividade (BRASIL, 2001).

No entendimento de Souza et al. (2008) devido as diversas modificações fisiológicas, psicológicas e sociais que caracterizam o período pós-parto faz-se indispensável o acompanhamento dos profissionais de enfermagem no que se refere ao apoio e atenção às necessidades das puérperas no campo da reorganização psíquica, familiar e social.

Nesse enfoque, o cuidado enquanto essência da assistência da enfermagem vem, há tempos, tendo sua prática incorporada à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, apesar das diversas conotações, que variam desde a abordagem puramente tecnicista até aquela que envolve uma prática individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano, a partir de suas necessidades biofisiológicas e psicossociais (RODRIGUES et al., 2006).

Deve-se considerar que o contexto social, cultural e a família também são fatores importantes na vivência da mulher no puerpério, e exercem influência nas práticas de cuidado adotadas por estas mulheres. É devido à significância desses fatores sobre a mulher, que muitas vezes as intervenções e orientações dos profissionais de saúde não são efetivas sob a ótica destes, uma vez que ainda não há a valorização do conhecimento construído socialmente por essa mulher no planejamento da sua assistência.

Devido a isso, é importante que os profissionais de saúde compreendam que este período ainda é marcado por muitas crenças e tabus aceitos tanto socialmente e culturalmente como facilitadores de uma boa recuperação pós-parto, e valorize esse conhecimento prévio na construção do plano de cuidados à puérpera (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008; NAKANO et al., 2003).

No imaginário social da maternidade o cuidado no puerpério deve ser dobrado, por ter reflexos na mãe, e principalmente no filho, pois trata-se de um período em que as mulheres precisam zelar-se e evitar complicações. Esse imaginário tem um enorme poder redutor sobre a condição da mulher, colocando-a como ser relativo ao filho e, portanto, o cuidado à mulher é pensado tendo como finalidade os efeitos benéficos ou maléficos sobre a criança (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Nakano et al. (2003) consideram que tais demandas de cuidado atribuídas socialmente à fase pós-parto deve-se ao fato de que o resguardo é tido como um período potencialmente perigoso para a mulher, em que ela está exposta a diversos riscos, o que justificaria todos os cuidados tomados durante esse período. Na lógica destas mulheres, o cuidado é para protegerem-se dos perigos, visto que desde o momento do parto estão suscetíveis a muitas enfermidades. Dessa forma, no imaginário das mulheres é importante seguir certas restrições para que o resguardo não seja quebrado, sob pena de adquirirem problemas futuros.

Os significados atribuídos as manifestações e cuidados no corpo materno na fase do resguardo são construções culturais de uma reinterpretação do discurso médico articulado a um universo de significados mais amplo, o de corpo feminino (sujeito a perigos) e corpo materno (resignado a todo sacrifício ante ao filho dependente e frágil) (NAKANO et al., 2003).

A rede familiar e social da puérpera também contribuem para o cuidado no período pós-parto, uma vez que transmitem a sua experiência vivida e saberes, por meio de ensinamentos, exemplos e ajuda, orientando assim o cuidado que a mulher deverá ter neste período. As ações de cuidado adotadas pela puérpera e o seu comportamento são influenciados por esse saber socialmente compartilhado, uma vez que valorizam e acreditam no conhecimento das pessoas que fazem parte da sua realidade.

É indispensável colocar no centro das discussões as vivências das mulheres referentes aos momentos iniciais de relação com o filho recém-nascido e de adaptação à função de nutriz, respeitando o desejo, cultura e suporte social dessas mulheres recebidas para assistência ao puerpério (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Em relação a isso, Merigui et al. (2006) consideram que na assistência prestada à mulher no pós-parto deve-se considerar a singularidade da vivência própria deste período, tendo em vista situações particulares de vida da pessoa e o esforço na busca do ajustamento neste novo papel que assume, lembrando que a vulnerabilidade torna-a mais acessível para receber ajuda.

Para tanto, isso requer que se dê condição às mulheres de se expressarem, e através da interação com o profissional estabelecer um compartilhamento de saberes e crenças que envolvem o puerpério, o que certamente favorecerá a compreensão crítica da realidade e a efetiva promoção da saúde à mulher e por extensão ao seu filho (NAKANO et al., 2003).

Diante disso, a prática do cuidado pelos profissionais de saúde deve envolver ações abertas, individualizadas, desprovidas de pré-julgamentos ou pré-conceitos, considerando as inúmeras peculiaridades fisiológicas, sociais e psicológicas da puérpera nesta fase, a partir de sua experiência como ser cultural e de maternidade (MONTICELLI; ELSÉN, 2005).

Neste contexto evidencia-se que a maternidade é um grande desafio e uma fase de descobertas para a mulher. Em relação a assistência à mulher durante esta fase da

vida, ela inicia-se no puerpério com a transferência do binômio mãe-bebê para o alojamento conjunto (AC), a fim de proporcionar aprendizado para a mãe e interação da família com o recém-nascido (STRAPASSOM; NEDEL, 2010).

Uma das grandes vantagens do AC é favorecer maior contato entre recém-nascido, sua mãe e família, integrar o pai ao binômio mãe-bebê, fortalecendo o vínculo desde cedo entre estes, além de proporcionar uma primeira fonte de aprendizagem sobre as necessidades do filho, demonstrando na prática os cuidados que os pais terão de ter com o filho, estimulando a sua participação neste cuidado.

Porém, os profissionais também devem considerar que a mulher tem necessidade de atenção física e psíquica e a relação com o recém-nascido ainda não está bem elaborada, por isso, as atenções não devem ser centradas apenas na criança, pois nesse momento o alvo principal deve ser a puérpera (BRASIL, 2001).

Também é imprescindível atentar que o cuidado de enfermagem à puérpera não pode encerrar-se no alojamento conjunto, pelo contrário, deve ser contínuo e intensificar-se durante o puerpério remoto e tardio, uma vez que durante este período há a possibilidade de uma maior interação entre enfermeiro e puérpera, o que possibilita o planejamento e a execução de um cuidado centrado nas necessidades da mulher. A atenção a esse período ocorre no âmbito da atenção primária, por meio da consulta puerperal e da visita domiciliar.

A consulta puerperal é um direito de todas as mulheres no pós-parto, cabendo aos profissionais de enfermagem uma reflexão acerca da assistência prestada às puéperas (LANDERHAL et al., 2007). O enfermeiro deve ter competência para atuar diante das possíveis intercorrências deste período, e atuar na perspectiva de evitar possíveis complicações do quadro vivenciado e de promoção da saúde da mulher e do seu filho.

Na fase puerperal, a mulher vivencia diversas modificações, deparando-se com situações adversas ao seu bem estar, por isso, faz-se necessário o envolvimento e participação dessas mulheres na consulta puerperal, possibilitando a troca de saberes e experiências entre o profissional enfermeiro e a puérpera, no sentido da promoção do autocuidado (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Nesse contexto, a consulta puerperal apresenta-se como meio de atenuar os indicadores de morbidade e mortalidade materna. Porém, no cotidiano das unidades de

saúde, o retorno da mulher para a consulta pós-parto ainda é reduzido devido a diversos fatores (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Em um estudo realizado com puérperas, essas mulheres consideraram a importância e a necessidade de serem esclarecidas, associando a consulta pós-parto à aquisição de conhecimentos. Assim sendo, a puérpera precisa de alguém que esclareça as dúvidas e lhe transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho materno (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Com relação a visita domiciliar, ela é considerada como um suporte, que contribuiu para a vivência do período puerperal de forma mais segura, proporcionando ajuda e orientações para que a mulher se sinta mais preparada para vivenciar o pós-parto (RODRIGUES et al., 2006).

No processo educativo realizado pelo enfermeiro, a qualidade do cuidado está vinculada ao entendimento por parte da puérpera do conhecimento que está sendo compartilhado. É essencial que o enfermeiro reconheça a realidade da puérpera, juntamente com as práticas de cuidado utilizadas por esta e sua família no puerpério e, assim, realize o processo de ensino-aprendizagem de forma efetiva, por meio de conhecimentos e experiências prévias da puérpera e seus familiares para que estes se sintam realmente amparados (BERNALDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

A visita domiciliar, neste contexto, apresenta-se como uma forma especial de encontro entre o enfermeiro e a puérpera junto à família, principalmente por se tratar de um ambiente conhecido, se tornando um importante suporte para o processo de educação em saúde.

A prática da visita domiciliária pelo profissional de saúde permite uma maior aproximação do enfermeiro com a realidade vivenciada pelo indivíduo ou comunidade, propiciando a construção de vínculos. Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de proteção tanto da puérpera quanto de sua rede de apoio, contribuindo para a promoção da saúde e qualidade de vida de todos os sujeitos envolvidos.

Diante de tudo que foi exposto é notório que na construção do plano assistencial voltado à puérpera o enfermeiro não pode deixar de lado o senso comum, que leva a compreender sentimentos conflitantes, bem como valores e experiências trazidos pela mulher. Esses se diferenciam de acordo com as interpretações culturais de cada

comunidade. Através de uma boa interação é possível incorporar novos conhecimentos, ampliar a autoconfiança da população e conseqüentemente a sua adesão à consulta puerperal (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Rodrigues et al. (2006) concordam com isto ao afirmarem que para uma efetiva assistência de enfermagem à mulher durante o puerpério, de forma a promover sua adaptação às peculiaridades desse período, é primordial uma interação entre ela e o(a) cuidador(a) e que o processo de cuidar seja iniciado ainda durante a gestação e fortalecido no pós-parto.

Ainda no contexto dessa assistência, o enfermeiro deve incorporar a escuta ao seu cuidado, para que as mulheres se sintam amparadas e seguras com as orientações que recebem. Na concepção de Rodrigues et al. (2006) o ouvir atentamente sem julgamentos, o necessário respeito às várias necessidades particularizando empatia, tolerância, disponibilidade, confiança, diálogo, preservação da individualidade do outro e troca de experiências fazem-se necessários, a fim de que o cuidado possa transcender a biologia e abranger aspectos das várias dimensões do ser.

A intersubjetividade entre clientela e enfermeiros, fundamentada na valorização da fala, das experiências e de dúvidas das mulheres, é uma estratégia de acolhimento diferenciado. Quando a mulher é acolhida, percebe-se que há uma certa regularidade e permanência nas consultas puerperais, caracterizando-se assim como uma importante estratégia para alcançar a vinculação da mulher ao serviço de saúde (ANGELO; BRITO, 2012). Nesse sentido, a consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento, pois favorece o diálogo permitindo a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências.

No intuito de proporcionar uma atenção integral à saúde desta mulher que vivencia o puerpério, se faz necessário que a assistência dispensada seja planejada de forma a atender suas reais necessidades. Para isso, também deve-se recorrer à utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes, como também aos meios e recursos adequados para cada caso (BRASIL, 2005).

Durante este período, a puérpera se vê envolta por uma série de mudanças impostas pela gravidez e nascimento necessitando de adaptação e instrumentalização para desenvolver o papel da maternidade. Neste sentido, a transição ao papel materno é explícita quando as mães configuram as principais dificuldades na vivência do puerpério

em relação aos cuidados que deverão ter consigo e com o seu filho (STRAPASSOM; NEDEL, 2010).

A enfermagem deve então agir conforme as reais necessidades apresentadas por essas mulheres, elaborando um plano assistencial que possibilite à puérpera uma boa adaptação a esta fase, instrumentalizando-a não só para prover os cuidados com o filho, mas principalmente para realizar o seu autocuidado, de modo a obter os conhecimentos e a segurança necessária para cuidar de si durante este período.

Para o alcance disso, cabe à enfermagem desenvolver também ações de educação em saúde que não se traduza no simples repasse de informações, mais que se caracterize como uma prática articulada às expectativas e demandas das puérperas. Somente assim, as atividades educativas serão efetivas e condizentes com as necessidades encontradas. Uma boa orientação, devidamente contextualizada ao cuidado e embasada em uma relação de confiança entre enfermeiro-puérpera, poderá repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestos pela mulher, mas também culminar em uma adaptação saudável da puérpera ao seu papel materno.

As ações educativas realizadas por enfermeiros devem ser mais solidárias e culturalmente centradas no sistema familiar de cuidados, envolvendo seus participantes e fortalecendo suas vivências com a experiência conjunta do nascimento (MELCHIORI et al., 2009).

Nessas circunstâncias, a educação em saúde também passa a se constituir como uma estratégia potencializadora do cuidado de enfermagem no período pós-parto, sendo capaz de promover a adoção de medidas importantes e benéficas para a saúde materna e infantil.

3.3 Referencial Teórico – Teoria das Representações Sociais

Para esse estudo escolheu-se trabalhar o tema abordado com a utilização do referencial teórico das Representações Sociais. O conceito de representação social foi introduzido pela primeira vez por Serge Moscovici em seu estudo pioneiro das maneiras como a psicanálise penetrou o pensamento popular da França, desenvolvido em 1961, através da obra: “A Psicanálise: sua imagem e seu público”.

Nessa obra, Moscovici elabora uma sociologia do conhecimento enquanto teoria do senso comum, para reconhecer nessa “epistemologia popular” o sentido contrário, ao que foi atribuído historicamente, o de que o senso comum era um conhecimento confuso, inconsistente, desarticulado e fragmentado. Ele descobre a estruturação e a natureza particulares a esse saber, restituindo o status legítimo à produção do conhecimento das massas, com a criação da teoria das representações sociais (TRS) (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2012).

Moscovici (2012) considera que na sociedade contemporânea coexistem dois universos distintos de pensamentos: o universo consensual e o universo reificado. No universo consensual a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos de igual valor, expressando livremente suas opiniões, respostas e teorias para todos os problemas, ocorrendo neste universo as teorias do senso comum, sendo o universo reificado, a instância na qual se produzem e circula as ciências e o pensamento erudito.

Nesse contexto, as representações sociais são vistas como um conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, mas aparece como o saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, tido como objeto de estudo tão legítimo quanto o do conhecimento científico devido à sua importância na vida social, por servir de orientação aos comportamentos das pessoas, e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. Trata-se de uma forma de saber que como todos os outros se diferencia pelos modos de elaboração e funções a que se destina cada um (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013; NÓBREGA, 2003).

Segundo Moscovici, o fundador desta teoria, as representações sociais são um conjunto de conceitos, afirmações, explicações dadas no cotidiano, que se configuram em uma teoria do senso comum. Ainda, para o autor, o sujeito é o criador do conhecimento a partir do que ele conhece, das experiências ocorridas em seu cotidiano e do valor dado

a estas experiências vividas. Essa condição de criador da realidade e conhecimento, nunca é deslocada da historicidade e do contexto social de seu mundo.

Em relação ao surgimento dessas representações, elas se originam da necessidade do homem de conhecer o mundo à sua volta e está constantemente informado sobre ele. O homem tem a necessidade não somente de se ajustar ao mundo, mas saber se comportar nele, dominá-lo intelectualmente e conseguir identificar e resolver os problemas que se apresentam. As representações são criadas no decurso da comunicação e da cooperação entre pessoas e grupos. Depois de criadas, elas circulam, se encontram, se atraem, se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto as velhas morrem (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013).

De acordo com Moscovici (2013) as representações sociais entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com os nossos amigos e circulam na mídia que lemos e olhamos. Em síntese, as representações sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem a realidade das nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros.

Ainda de acordo com o autor supracitado as representações sociais são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo status é o de uma produção e não de uma reprodução. Significa dizer que constituem não uma simples reação a estímulos exteriores, mas sim a seleção e utilização, a partir de repertório circulante na sociedade, de informações destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-los, retocá-los e modificá-los.

Abric (2001), Jodelet (2001) e Moscovici (2013) definem a representação social como uma forma de conhecimento que é elaborado socialmente e partilhado com um objetivo prático. Esse conhecimento se diferencia dos outros, pelos modos de elaborações e funções a que se destina, trata-se da construção de uma realidade comum para um determinado conjunto social. É, portanto, um conjunto organizado de crenças, opiniões, atitudes e informações referentes a um objeto ou a uma situação, uma vez que a representação é sempre de algum sujeito sobre algum objeto. As representações são determinadas ao mesmo tempo pelo sujeito (sua história, vivência e experiências), pelo sistema social, cultural e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das relações e vínculos que ele mantém com esse sistema social.

Na concepção de Moscovici (2012) e Jodelet (2001) a comunicação social é a condição determinante na formação do pensamento e das representações sociais, pois estas são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais. Também é essa comunicação que determina a formação do processo representacional. Dessa forma, as instituições, as redes de comunicação informais ou da mídia exercem grande influência em sua elaboração, abrindo caminho para processos de influência e até mesmo de manipulação social. São estas representações que dão lugar a teorias espontâneas e versões da realidade através de imagens ou palavras carregadas de significações.

Sendo elaboradas através e nas dinâmicas de comunicação, as representações são responsáveis de tornar o “estranho familiar” e o invisível perceptível”, o que implica em dominar a realidade pela integração cognitiva do novo. A comunicação é o veículo que permite a formação das representações, de modo que estas se exercem nos relacionamentos entre os atores sociais (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2013).

Com base na consideração de que o conjunto de mensagens é organizado cognitivamente, conforme as diferentes modalidades de comunicação, Moscovici (2013) classifica e analisa os três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. As modalidades de deslocamento das representações através destas três formas de comunicação correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos.

Conforme Moscovici (2013) e Nóbrega (2003) a difusão está atrelada à aceção de opinião, à medida que esses dois conceitos evocam uma certa descontinuidade e contradição dos temas, tendo como resultado a instabilidade e fluidez das posições assumidas pelos atores sujeitos à difusão, assim os diferentes pontos de vista expressos pelos indivíduos podem ser contraditórios, já que não supõem a mudança de atitudes.

Já a modalidade de comunicação propagação exige uma organização mais complexa da mensagem, tendo suas propriedades semelhantes ao conceito de atitude. A atitude produz um efeito seletivo sobre as reações dos indivíduos e o seu comportamento global. Sendo assim, a relação de propagação é estabelecida pelos membros de um grupo que produz uma visão de mundo bem organizada, que dispõe de uma crença a propagar, se esforçando em acomodar outros saberes ao quadro estabelecido (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2012).

Por último, a propaganda é uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica das relações sociais é conflituosa, essa forma de comunicação demanda a autoafirmação de um grupo, colocando-o em uma relação de oposição a outro grupo. É através da manipulação do saber na propaganda que são forjados os estereótipos, que consiste em uma resposta que é ao mesmo tempo, genérica, rígida e reducionista à simplificação dos fatos. Assim, cada forma de comunicação tem por efeito a produção de RS específicas, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto articulado no âmbito do pensamento social (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2013).

De acordo com Moscovici (2013) as funções das representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, são contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, as quais favorecem o posicionamento do sujeito diante do objeto representado e guiam suas atitudes, seus comportamentos e suas práticas. Sobre isto, Abric (2001) acrescentou outras duas funções às representações sociais, a função identitária que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e finalmente a função justificadora, que permitem aos autores do grupo de pertença manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social nas relações entre grupos.

Desta forma, as representações sociais constituem um saber prático, tanto por estarem inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos grupos sociais. Enquanto uma modalidade de conhecimento particular, a representação social tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos, considerando a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 2001).

A representação possibilita aos sujeitos sociais a reconstrução do real através da interpretação dos elementos que permeiam a sua vida, o seu ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os membros de uma determinada comunidade. Essa interpretação da realidade é traduzida em um conjunto lógico do pensamento que vai constituir a visão de mundo para uma certa coletividade, e desta forma, guiar as ações e comportamentos desta em relação ao objeto que foi representado (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2012).

Portanto, as representações sociais guiam os homens no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da sua realidade diária, no modo de

interpretar esses aspectos, tomar decisões diante destes e eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. Devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já se sabe, abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que o reproduzam de uma forma significativa. Essa representação possui duas faces interdependentes, a face icônica e a simbólica, uma vez que representação refere-se a imagem/significação, em outras palavras, iguala toda imagem a uma ideia e, toda ideia a uma imagem (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013).

Por conseguinte, as representações sociais das puérperas sobre o cuidado necessário no período pós-parto podem ser compreendidas como uma interpretação coletiva da realidade vivida e falada por aquele grupo social, direcionando comportamentos e comunicações. Isto é possível uma vez que no ambiente social desses sujeitos, por meio das suas relações e comunicação são veiculadas as crenças, opiniões, sentimentos acerca da experiência de ser mãe e de vivenciar o período pós-parto.

Ao abordar autocuidado e o cuidado de enfermagem no âmbito das representações sociais, este estudo pretende investigar como o fato novo na vida das mulheres puérperas, que ocorre com o nascimento de um bebê e com a vivência da maternidade, se transforma em algo familiar e particular. Em conformidade com a Teoria das Representações Sociais, a integração dessa novidade nas vivências individuais e sociais das mulheres puérperas pode ser analisada por meio dos processos sociocognitivos da ancoragem e da objetivação.

Assim, a formação e a elaboração das representações envolve esses dois processos fundamentais, a ancoragem e a objetivação. A ancoragem permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais, ou seja, a inserção do objeto desconhecido num sistema de pensamentos pré-existente, tornando-o familiar, estabelecendo em torno de si uma rede de significados e incorporando-o ao social, a uma rede de categorias usuais. Esse processo consiste na maneira como as informações novas são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significação socialmente disponível, para reinterpretar o real, sendo em seguida reincorporadas como categorias que servirão de guia de compreensão e ação (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012; NÓBREGA, 2003).

A ancoragem permite retirar a novidade, a experiência com a maternidade e o puerpério do anonimato e ancorá-la numa rede de significação, a partir do consenso do

grupo de pertença. Ancorar é, portanto, classificar e dar nome a algumas coisas ainda não classificadas, consideradas estranhas ou inexistentes

O segundo processo, a objetivação, consiste no fato de corporificar os pensamentos, tornar real um esquema conceitual, tornar concreto o que é abstrato (materializar as abstrações e significações), consiste em transformar um conceito em uma imagem ou núcleo figurativo, a partir da associação de uma ideia não-familiar transportada para a realidade. Enfim, é transformar em objeto o que é representado (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013; NÓBREGA, 2003).

De acordo com Oliveira e Paiva (2003), a TRS por seu caráter interdisciplinar tem permitido cada vez mais a sua utilização em vários campos do saber, o que se deve ao fato de ela trazer na sua essência o reconhecimento do papel dos indivíduos e grupos sociais na produção cotidiana dos saberes. A utilização desta teoria na área da enfermagem também tem crescido e trazido grandes contribuições para esta profissão, por permitir a apreensão das representações que emergem dos sujeitos e da prática cotidiana de cada membro nos diversos grupos que o constituem. Por ser capaz de identificar vários aspectos importantes envolvidos no processo saúde-doença, a TRS se aplica perfeitamente aos objetos de estudo na enfermagem.

Assim, o uso deste referencial teórico no presente estudo possibilitou apreender as representações de mulheres sobre o cuidado no período pós-parto, proporcionando um novo olhar do enfermeiro para as usuárias, valorizando e atentando para as suas necessidades, expectativas e conhecimentos e, além disso, permitirá a identificação, a posteriori, de estratégias que podem contribuir para mudanças nos comportamentos em saúde e, conseqüentemente no redirecionamento das práticas educativas e do cuidado realizado pela enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza e Tipo de Estudo

A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva, pois busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e, assim, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias; e descritivo, uma vez que pretende descrever as características de uma determinada população, conhecendo suas opiniões, atitudes e crenças (GIL, 2010). A presente proposta foi norteada pelo referencial Teórico das Representações Sociais, baseado nos princípios de Moscovici (2012), com uso de multimétodos.

A triangulação metodológica é utilizada para designar a combinação de diversos métodos para tratar um fenômeno, com o intuito de enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e superar os potenciais epistemológicos, sempre limitados, do método individual (FLICK, 2009; LEOPARDI, 2001).

4.2 Campo de Investigação

A pesquisa foi desenvolvida em cinco Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) no Município de Fortaleza – CE. O campo da pesquisa foi composto pelas seguintes unidades: CSF Projeto Nascente, CSF Luís Albuquerque Mendes, CSF José Valdevino de Carvalho, CSF de Parangaba, CSF Ocelo Pinheiro. A escolha dos CSF da referida SER IV consistiu por estarem inseridos na área de abrangência da Universidade e pela possibilidade de incluírem como participantes a comunidade que reside nas adjacências.

Segundo dados do endereço eletrônico da Prefeitura de Fortaleza (2008), a SER IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Sua área territorial é de 34.272 km², que abrange 19 bairros. Sua população é de cerca de 305 mil habitantes, sendo o bairro mais populoso o da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes. A SER IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A Regional possui ainda a segunda

maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês.

A Figura 1 abaixo apresenta o mapa da SER IV e os bairros que o compõem.

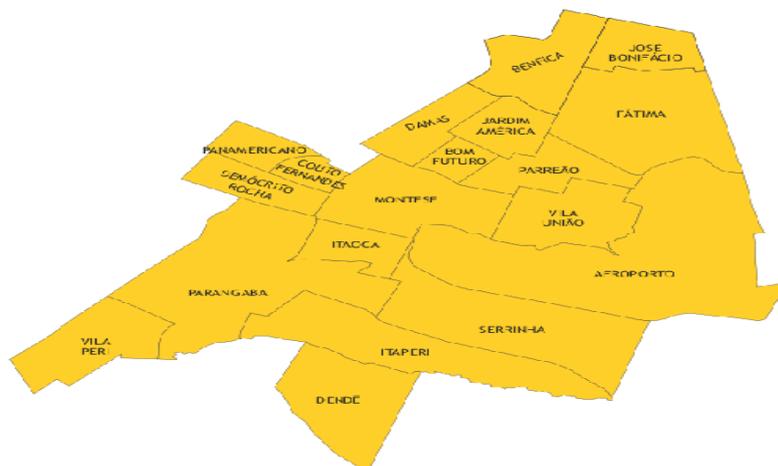


Figura 1: Mapa da Secretaria Executiva Regional IV do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2014. Fonte: Prefeitura de Fortaleza (2008).

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo se constituíram de 110 puérperas usuárias das cinco Unidades Básicas de Saúde selecionadas da SER IV. Os seguintes critérios de inclusão foram levados em consideração para a escolha das puérperas: 1) cadastradas nas unidades pesquisadas 2) que estivessem no período pós-parto tardio ou remoto 3) com idade igual ou maior a 18 anos. Os critérios de exclusão utilizados foram: 1) puérperas que saíram da área de abrangência do CSF da SER IV (por mudança de endereço) no período da coleta de dados 2) puérperas com transtornos mentais ou déficits cognitivos.

Foram selecionadas mulheres no puerpério tardio ou remoto por poderem relatar sua vivência durante todo o ciclo gravídico-puerperal, inclusive a assistência que receberam pelos profissionais da unidade básica de saúde, como a consulta puerperal e a visita domiciliar.

O referente estudo ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras a todas as 110 puérperas, divididas em dois grupos: 49 primíparas e 61 multíparas. Dentre as mulheres que realizaram o TALP, foram

escolhidas puérperas para a realização das entrevistas semiestruturadas por critério intencional, até a ocorrência da saturação teórica dos dados, o que ocorreu com 19 entrevistas. A entrevista foi realizada no ambiente domiciliar das mulheres, através de uma visita feita pela pesquisadora mediante consentimento da participante.

Deve-se ressaltar que a entrevista com as puérperas foi realizada somente com mulheres que estavam no puerpério remoto ou tardio, para que elas pudessem ter vivenciado a consulta puerperal ou a visita domiciliar do profissional de enfermagem, e assim pudessem ter representações referentes não somente a assistência de enfermagem no puerpério imediato, que ocorre principalmente no alojamento conjunto, mas também à fase subsequente do puerpério, em que a assistência deve ocorrer por meio da atenção primária.

4.4 Procedimentos e Instrumentos Metodológicos

4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras

Foram utilizadas duas técnicas para apreender as representações sociais dos participantes: a técnica de associação livre de palavras, e a entrevista semiestruturada.

Segundo Flick (2009), na triangulação metodológica as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema, sendo este processo compreendido como a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado.

Dessa forma, a triangulação contribui para examinar o mesmo fenômeno sobre múltiplas perspectivas, enriquecendo a compreensão da situação investigada, além de proporcionar confiabilidade ao estudo, pois garante maior consistência e confiança aos resultados e uma interpretação mais criteriosa destes (LEOPARDI, 2001).

A utilização da abordagem multimétodos nos estudos com representações sociais possibilita apreender o fenômeno estudado e obter um conhecimento mais amplo sobre o tema da pesquisa, em comparação ao conhecimento fornecido por uma única abordagem. As diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para integrar e conhecer o universo consensual dos sujeitos acerca do fenômeno estudado, possibilitando adentrar a sua subjetividade e conhecer o significado da sua vivência.

O Teste de Associação Livre de Palavras é caracterizado por ser uma técnica projetiva que favorece os indivíduos a revelarem as dimensões latentes das representações sociais, ou seja, o conteúdo latente da memória em relação a um objeto determinado implícito, muitas vezes, em seus depoimentos (NÓBREGA; COUTINHO, 2011).

Foi aplicado um instrumento (APÊNDICE B) com estímulos indutores previamente definidos em função do objeto a ser pesquisado, levando em consideração também as características dos sujeitos a serem entrevistados. Antes da aplicação, a pesquisadora ilustrou o teste com um exemplo semelhante ao utilizado na pesquisa, visando familiarizar as entrevistadas com o procedimento de aplicação e adequação das respostas.

Na aplicação do teste às puérperas, conforme orientação de Nóbrega e Coutinho (2011), foi solicitado que as participantes verbalizassem, em menor tempo possível, as três primeiras palavras que lhe vierem à mente ao ouvirem os termos e expressões indutoras. Foi enunciado um termo de cada vez para a participante: *resguardo, cuidado, cuidado com você no resguardo, cuidado de enfermagem no resguardo*.

Depois que os participantes verbalizaram as palavras para cada estímulo, foi solicitado que elas dissessem, de acordo com a percepção delas, a resposta mais importante para cada estímulo indutor. Para validação do referido instrumento, foram realizados testes piloto com algumas puérperas, de modo a torná-lo o mais adequado possível ao entendimento dos participantes em questão.

4.4.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista foi utilizada como técnica de coleta de dados, não só por permitir a obtenção do discurso dos participantes, mas principalmente por possibilitar aprofundar o diálogo com os participantes, interpretando os seus discursos. Para Minayo (2010) a entrevista tem como objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo.

A abordagem da entrevista utilizada foi a semiestruturada, orientada por um roteiro contendo perguntas abertas, favorecendo ao entrevistado a possibilidade de

discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada pela pesquisadora conforme orientação de Minayo, Deslandes e Gomes(2010).

Além disso, esse tipo de entrevista proporcionou à pesquisadora uma maior flexibilidade na aplicação do instrumento, fazendo modificações no momento da aplicação para melhor adequá-lo ao objeto de estudo e para a melhor compreensão dos sujeitos. Para a entrevista foi utilizado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C) com as seguintes questões norteadoras:

Perguntas direcionadas às puérperas: *1. O que você sabe sobre o resguardo? 2. Que cuidados você acha que se deve ter nesse período e por quê? 3. E o seu resguardo como está sendo? 4. Como você está se cuidando nesse período? 5. Você está recebendo apoio de alguém da sua família neste momento? Como? 6. O que as outras pessoas (familiares, amigos, profissionais) falam para você sobre o resguardo e os cuidados que se deve ter neste período? 7. E no hospital/maternidade como foi o cuidado que você recebeu da equipe de enfermagem enquanto esteve internada? 8. E agora, depois que você teve alta, recebeu algum cuidado pela enfermagem? Como foi ou está sendo? 9. Esse cuidado de enfermagem lhe ajudou de alguma forma? Por quê?*

As entrevistas foram gravadas mediante autorização das entrevistadas e esclarecimento de que estas servirão apenas para análise dos dados não sendo disponibilizadas para outros fins. Além disso, foram aplicadas questões para coletar dados sociodemográficos e obstétricos das participantes (idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, religião, agravo de saúde, número de gestações, partos e abortos, tipo de parto, número de consultas de pré-natal realizadas, número de consultas puerperais realizadas, visita domiciliar, entre outros).

4.5 Interpretação e discussão dos conteúdos

4.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras – TALP

Após a aplicação do teste, as palavras evocadas foram transcritas em sua íntegra e organizadas em um banco de dados que foi processado no *software* Trideux 2.2, que possibilita uma interpretação a partir da análise fatorial de correspondência (AFC).

A primeira etapa consistiu no preparo dos dicionários correspondentes a cada estímulo (NÓBREGA; COUTINHO, 2011). Para cada estímulo indutor foi criado um arquivo ou dicionário onde foi inserido todo o repertório de respostas evocadas em relação ao respectivo estímulo indutor. Na segunda etapa, as respostas foram organizadas por ordem alfabética para proceder a análise de conteúdo, verificação das respostas mais frequentes, que se impõem como categorias, e agrupamento destas de maior frequência às palavras que possuíam a mesma similaridade semântica, mas que apareceram isoladamente ou possuíam frequência irrelevante estatisticamente. Nessa etapa as palavras não foram reduzidas a outros adjetivos, mas à sua expressão mais próxima.

Depois de organizados os dicionários (Apêndice D), foi construído o banco de dados, digitado no Microsoft Word, fonte número 12, letra tipo Times New Roman, com texto alinhado à esquerda. Foram utilizadas três variáveis fixas na construção do banco de dados: paridade, escolaridade e consulta puerperal.

Inicialmente digitou-se as variáveis fixas, de acordo com suas variações, em seguida, digitou-se a primeira evocação e no final dela colocou-se o número referente ao estímulo; ao final de todas as evocações e todos os estímulos, digitou-se um asterisco (*), que indica que as evocações daquele sujeito terminaram. Após as evocações das 110 puérperas, concluiu-se o banco de dados e foi realizado o processamento pelo *software* Trideux.

O Trideux é indicado para o tratamento de questões abertas, fechadas e/ou associação de palavras. Com este *software* é possível verificar correlações entre grupos, assim como visualizar as relações de atração e de afastamento entre os elementos do campo representacional a propósito de determinado objeto (NÓBREGA; COUTINHO, 2011).

Este programa é bastante utilizado no tratamento de dados quando se trabalha principalmente com o suporte teórico das Representações Sociais, sendo ideal para trabalhar as RS apreendidas através do TALP, porque evidencia as variáveis fixas (em colunas) e as modalidades ou variáveis de opiniões (em linhas), que se confrontam e se revelam graficamente na representação do plano fatorial (FONSECA; SALDANHA; COUTINHO, 2005; COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011).

4.5.2 Entrevistas semiestruturadas:

Os dados obtidos através das entrevistas com os participantes foram organizados a partir do método de análise lexical, e processados no software Alceste. O programa informático ALCESTE, foi desenvolvido por Max Reinert, na França, na década de 1970, porém só foi introduzido no Brasil em 1998 (CAMARGO, 2005).

Esse programa permite realizar a análise de dados textuais verificando a principal informação presente no texto, para isso emprega uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e permite uma análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (CAMARGO, 2005).

É um método de estatística textual que identifica a organização tópica do discurso. O objetivo da aplicação deste software, como técnica de análise de dados textuais, permite quantificar o texto para extrair aquelas estruturas que apresentam significados mais representativos, e assim acessar a informação essencial presente no texto (SOUZA, 2009).

Portanto, a função deste programa é obter uma primeira classificação estatística dos enunciados do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro de cada contexto, a fim de apreender as palavras que lhe são mais características. Esse software contribui para o enquadramento da análise psicossocial da linguagem oral e escrita, já que permite uma abordagem hermenêutica do conteúdo dos discursos, possibilitando uma melhor compreensão da comunicação social. A concepção e processamento deste software permite a análise da linguagem das representações que organizam e dão forma ao pensamento e conhecimento social (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

A ideia subjacente do Alceste é que o sentido das sentenças pode ser captado se for possível identificar as palavras que aparecem juntas nas frases e que são ditas pelo maior número possível de sujeitos. Isto ocorre porque os pontos de vista de um grupo social sobre um objeto produzem diferentes maneiras de falar sobre ele. Assim, o vocabulário de palavras utilizadas podem ser vistas como uma fonte para detectar os diversos modos de pensar esse objeto (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

Deve-se ressaltar que apesar das facilidades ocasionadas pelo uso do software Alceste, o tratamento dos dados gerados a partir dele é somente um catalisador de categorização dos conteúdos das entrevistas. A interpretação e a compreensão dos dados serão atribuições inerentes ao pesquisador, inclusive a nomeação das classes geradas pelo software, e que devem ser feitas articulando a Teoria das Representações Sociais com os estudos relativos ao tema abordado.

A construção do banco de dados do Alceste foi realizado em arquivo do Microsoft Word em fonte Courier 10, com espaçamento simples entre linhas e preparado de acordo com regras específicas. O *corpus* de análise foi formado pelas unidades de contexto iniciais (UCI), unidades a partir do qual o programa efetuará a fragmentação inicial, e que neste estudo correspondem a cada entrevista realizada (SOUSA et al., 2009).

Nesta pesquisa, o banco de dados foi composto por 19 UCI, a partir das entrevistas gravadas e transcritas. Na preparação do *corpus* do estudo, as respostas de cada indivíduo às questões da entrevista foram colocadas juntas, retirando as perguntas da entrevistadora no momento da transcrição; todas as palavras em maiúsculo, como nomes próprios ou siglas, foram colocadas em letras minúsculas; os sinais gráficos, como aspas, hífen, exclamação, interrogação foram substituídos por vírgula ou ponto final; acrescentou-se underline em palavras com importância somente unidas (termos composto enquanto única noção) e foi realizada a substituição do hífen por underline nas palavras. Este procedimento de preparo do *corpus* é uma regra do programa ALCESTE para processamento dos dados (SOUSA et al., 2009).

Além disso, foram estabelecidas linhas de comando, que consistem em linhas para identificar os sujeitos do estudo, contendo as variáveis de cada indivíduo. Cada UCI foi separada por uma linha de comando, identificando cada entrevistada e foram selecionadas oito variáveis pertinentes para esta pesquisa: idade, paridade, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado, tipo de parto, intercorrências no ciclo gravídico-puerperal e consulta puerperal. Segue abaixo o Quadro 1 com as variáveis, a codificação e a classificação de cada variável.

Quadro 1: Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações.

Variáveis	Códigos	Classificações
Entrevistada	Ent	01 a 19.
Idade	Ida	1 – 18-25 anos; 2 – 26-33 anos; 3 – 34-42 anos.
Paridade	Par	1 – Primípara; 2 – Multípara.
Situação Conjugal	sit	1 - Solteira 2 – Casada 3 – União estável
Escolaridade	esc	1 - Até o ensino fundamental; 2 - Até o ensino médio; 3 - Ensino superior.
Trabalho remunerado	tra	1 - Sim; 2 – Não.
Tipo de parto	tip	1 - Normal; 2 – Cesáreo.
Intercorrências no ciclo gravídico- puerperal	int	1 – Sim; 2 – Não.
Consulta puerperal	con	1- Sim; 2- Não.

Trabalhou-se com a versão 2012 do programa ALCESTE. Segundo Camargo (2005) numa análise padrão, após o programa reconhecer as indicações das UCI, divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), unidades com menor fragmento de sentido. Elas são segmentos do texto, de três a seis linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do *corpus* e, em geral, respeitando a pontuação.

O programa Alceste executa quatro etapas de análise (CAMARGO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; SOUSA et al., 2009), descritas a seguir:

Etapa A - Leitura do texto e cálculo dos dicionários: nesta etapa o programa prepara o *corpus*, reconhece as UCI e faz uma primeira segmentação do texto (UCE), agrupando as ocorrências das palavras em função de suas raízes e calculando a frequência destas formas reduzidas. Deve-se observar que o programa possui dicionários acoplados (inclusive de português), o que permite identificar diferentes conjugações verbais, bem como diferenciar palavras com função puramente sintática ou não-analisáveis (pronomes, artigos, advérbios) daquelas com “conteúdo” ou analisáveis (verbos, substantivos, adjetivos). Tal procedimento é relevante, pois é com essa segunda classe de palavras, sobretudo, que o programa vai trabalhar;

Etapa B - Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE: as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas, aplica-se o método de Classificação Hierárquica Descendente e obtém-se uma classificação definitiva. Esta análise permite obter classes de UCEs que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferentes das UCEs de outras classes. O procedimento é continuamente efetuado até que não resulte em novas classes;

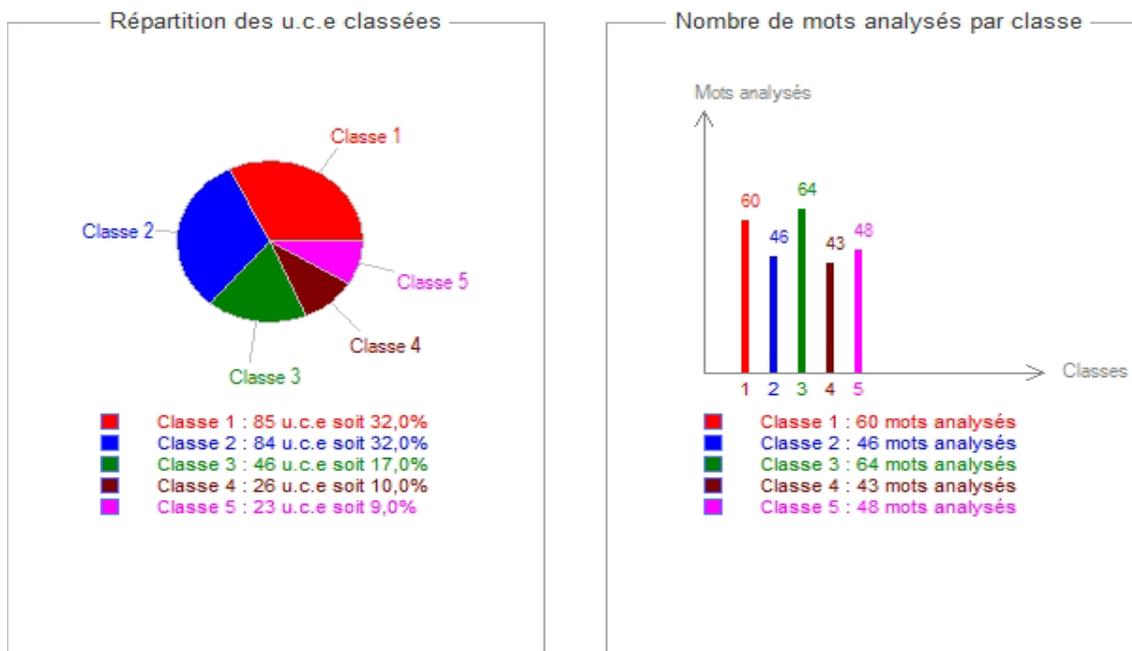
Etapa C - Descrição das classes de UCE: nesta etapa o programa apresenta o dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes, fornecendo resultados que permite a descrição das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis);

Etapa D – Cálculos complementares: com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Ele fornece ainda as Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo o estudo das relações dos elementos (formas) intraclasse.

As operações mais importantes para a interpretação do *corpus* são: a CHD, a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das UCE mais características de cada classe (SOUSA et al., 2009).

Neste estudo, foram encontradas 1836 formas distintas ou palavras diferentes. Do total de 374 UCE, o programa selecionou 264, o que perfaz 70%, descartando 30% do restante das UCEs. As UCEs foram classificadas em cinco classes. Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo. Na Figura 2, é possível verificar a distribuição das 264 UCE e das 261 palavras analisáveis nas cinco classes. A classe 1 apresentou maior número de UCE (85), enquanto a classe 3 apresentou o maior número de palavras analisáveis (64).

Figura 2: Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe.



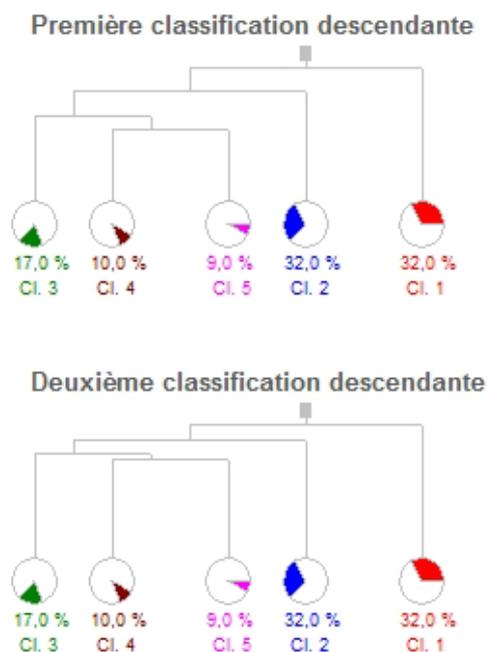
Na Classificação Hierárquica Descendente, o *corpus* sofreu a primeira divisão originando de um lado a classe 1 e do outro lado aquele sub*corpus* que posteriormente originou as classes 2, 3, 4 e 5. A classe 1 e a classe 2 são as mais específicas e representam 32% do *corpus* cada uma.

Na segunda divisão, o primeiro sub*corpus* foi dividido em dois, obtendo-se a classe 2 (32% do *corpus*) e um novo subgrupo.

Na terceira divisão, esse novo subgrupo originou a classe 3 (17% do *corpus*) e um último subgrupo que posteriormente daria origem às classes 4 e 5. Por fim, esse último subgrupo sofre uma quarta divisão dando origem às classes 4 e 5, que são as mais comuns entre si, por serem as últimas a se dividirem. A CHD parou aqui, pois as 5 classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCE com vocabulário semelhante.

A Figura 3 ilustra essas repartições, a partir da Classificação Hierárquica Descendente. A análise dos dados será realizada na ordem que em essas classes foram repartidas pelo programa.

Figura 3: Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.



O programa teve 70% de aproveitamento do total do corpus que, observando-se os parâmetros estatísticos do Alceste, indica um bom aproveitamento do material a ser analisado. Apesar de Reinert não estabelecer uma porcentagem passível de ser considerada válida para análise, tem-se como regra que, quanto maior a porcentagem do texto examinado, melhor será a análise (ALBA, 2004).

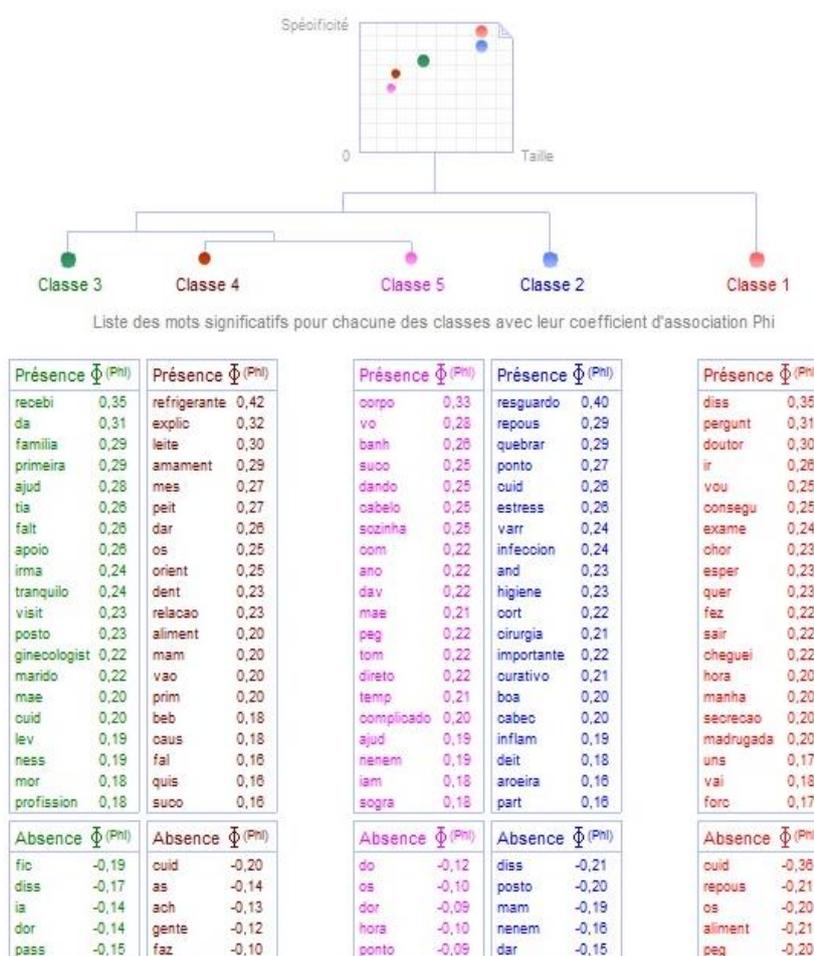
A Figura 4 apresenta o gráfico de especificidade das classes: quanto mais elevada a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade. As palavras analisáveis apresentadas no dendograma, que divide o *corpus* em classes (radicais e fragmentos relacionados), podem ser consideradas os elementos mais importantes para descrever cada classe, pois apresentam maior phi.

Deve-se ressaltar que na nova versão do Alceste que foi utilizada neste estudo, o programa não utiliza mais o qui-quadrado no seu dendograma, como a versão anterior fazia. O programa Alceste passou a utilizar um novo coeficiente de associação denominado Phi, que de acordo com o manual desse software, aborda que o Phi e o Khi2 são dois coeficientes de associação que medem a ligação entre uma palavra e a sua classe

de aparição, quanto maior for este coeficiente mais forte é a relação entre a palavra e a sua classe.

Quanto maior o Phi, mais relevante é a palavra para a construção da classe. Na construção do dendograma o programa considerou somente as palavras com Phi igual ou superior a 0,16 como palavras mais representativas, sendo que para cada classe o número de corte do Phi sofreu pequenas variações.

Figura 4: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Corpus hilana (92 Ko) - Classification double - code 121 - Jeudi 13 Novembre 2014 à 10h35 (2mn)

O programa fornece, então, o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada classe consolidada. De posse desse material, há como se explicitar o conteúdo presente no mesmo, denominando e interpretando cada classe a partir de todas as informações

fornecidas pelo *software*. Por fim, a interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS.

Com base no conteúdo discursivo e nos léxicos mais frequentes e mais característicos extraídos das UCE de cada classe, surgiram grandes temas e cada classe recebeu uma denominação pela pesquisadora, descrita no Quadro 2.

Quadro 2: Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas nomações.

Temas	Classes	Nominações
A vivência da puérpera na maternidade	Classe 1	A vivência do parto e o tempo de espera na maternidade
Conteúdos representativos do autocuidado no puerpério	Classe 2	Cuidando de si no resguardo: o cuidado que eu tive e o cuidado que eu devia ter tido
O acompanhamento no período pós-parto	Classe 3	Avaliação do cuidado recebido no pós-parto: da maternidade ao posto de saúde
A orientação no período puerperal	Classe 4	A orientação no pós-parto: o cuidado com a amamentação e com a alimentação da nutriz
O apoio e o cuidado da família no puerpério	Classe 5	Significados atribuídos ao cuidado familiar

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa só teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer de nº 630.912 de 09/04/2014, e após autorização da SER IV. Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), como o esclarecimento da pesquisa aos sujeitos; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo; a garantia do anonimato, a ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; liberdade dos sujeitos em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, as entrevistas só foram gravadas após a autorização das entrevistadas.

Os riscos que a pesquisa poderia acarretar aos participantes estão relacionados a algum constrangimento e/ ou desconforto que gere reações emocionais desfavoráveis,

as reações que podem estar mais presentes são o choro e a tristeza. Diante disso, a pesquisadora esteve disponível para resolver os possíveis transtornos ocasionados pela pesquisa. A pesquisadora se prontificou a evitar e minimizar os possíveis riscos causados pela pesquisa, promovendo uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do teste e da entrevista, oferecendo o apoio necessário para que as participantes superassem as reações desconfortáveis que pudessem vir a ocorrer, reforçando as orientações de que cada pessoa é livre para dar continuidade ou não à sua participação na pesquisa, e garantindo a confidencialidade das respostas.

Os benefícios do referido estudo possibilitarão, a médio e a longo prazo, mudanças nos serviços de saúde de atenção à mulher, a adoção de novas estratégias e formas de cuidar pelos profissionais de saúde na assistência às mulheres durante o período pós-parto, contribuindo para a qualidade e humanização da assistência a esse período.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil sócio familiar demográfico e obstétrico das participantes do estudo

Os dados provenientes da captação do perfil sociodemográfico e obstétrico das 110 mulheres que realizaram o TALP foram submetidos a tratamento estatístico por frequência simples e percentual, e organizados em tabelas capazes de propiciar sua visualização e entendimento.

Evidencia-se que houve variação das idades de 18 a 42 anos, predominando a faixa etária entre 26 e 33 anos (42,8%), com menor frequência de puérperas com idade acima de 33 anos (18,2%). Com relação a situação conjugal, a maioria das participantes eram solteiras (40%) ou viviam em união estável (38,2%) com seus companheiros, enquanto que 21,8% eram solteiras.

No que se refere à escolaridade, 38,2% possuía ensino fundamental completo, enquanto a maioria das participantes haviam cursado o ensino médio completo (51,8%). Somente 9% das puérperas cursaram ensino superior. Quanto ao trabalho, mais da metade das mulheres (63,7%) não possuíam trabalho remunerado, entre estas, todas relataram trabalharem como dona de casa, já 36,3% das mulheres exerciam algum trabalho com remuneração (36,3%).

As ocupações exercidas por ordem de representatividade das mulheres foram: atividades no próprio lar (70), Costureira (6), Comerciante (5), Vendedora (4), Auxiliar administrativo(4), Operadora de telemarketing(3), Técnico de enfermagem(2), Cabelereira (2), Recepcionista (2), Auxiliar de produção (2), Enfermeira(2), Zelador(1), Secretária(1), Bordadeira(1), Caixa(1), Servidor público(1), Auxiliar de mercantil (1), Confeiteira(1), Diretora Pedagógica(1).

A Tabela 1 abaixo apresenta a classificação das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1: Classificação das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2015

Variáveis sociodemográficas	Frequência	%
Idade		
18-25 anos	43	39
26-33 anos	47	42,8
34-42 anos	20	18,2
Situação Conjugal		
Casada	24	21,8
Solteira	44	40
União estável	42	38,2
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	42	38,2
Ensino médio completo	58	52,8
Ensino superior completo	10	9
Trabalho remunerado		
Sim	40	36,3
Não	70	63,7
Total	111	100

Fonte: Elaboração dos autores, 2015

Sobre o perfil obstétrico das puérperas do estudo, a maioria era multípara (55,5%), e 44,5% era primípara. Quanto a variável consulta puerperal, a maioria (62%) não teve nenhuma consulta puerperal, enquanto 29% tiveram apenas uma consulta puerperal, e 9% tiveram duas ou mais consultas puerperais.

A Tabela 2 abaixo apresenta a classificação das participantes de acordo com as variáveis obstétricas.

Tabela 2: Classificação das participantes de acordo com as variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2015

Variáveis obstétricas	Frequência	%
Paridade		
Primípara	49	44,5
Multípara	61	55,5
Nº de consultas puerperais		
0	68	62
1	32	29
2	10	9
Total	110	100

Quanto ao perfil obstétrico das participantes, deve-se ressaltar o grande quantitativo de puérperas (62%) que não realizaram nenhuma consulta puerperal. Esses dados confirmam que as ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde, como a realização de uma consulta puerperal com 42 dias de pós-parto não tem sido

completamente efetivada nos CSF da regional IV do município de Fortaleza (BRASIL, 2001).

A consulta puerperal, em nível nacional, é de baixa frequência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços de saúde e os profissionais, mesmo reconhecendo a importância desta ação, admitem ausência de estratégia para a sua implementação. Nesta perspectiva, um dos fatores a serem considerados é o fato de que os serviços e os profissionais da saúde, em geral, dão maior atenção ao pré-natal e ao parto, enquanto o puerpério apesar de ser um período de grande vulnerabilidade a intercorrências, se comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, é o momento em que a mulher recebe menos atenção pela equipe de saúde. (SOUZA et al., 2008).

5.2 Teste de Associação de Palavras

5.2.1 Análise Fatorial de Correspondência: evocações emitidas pelas puérperas

As evocações emitidas pelas puérperas foram interpretadas pela análise fatorial de correspondência que foi possibilitada pelo software Trideux 2.2. Foram utilizadas as 1179 palavras evocadas no TALP para facilitar a investigação das representações sociais das puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério. Como variáveis fixas, teve-se a paridade, a escolaridade e a consulta puerperal, e como variáveis de opinião, os estímulos indutores, resguardo, cuidado, cuidado com você no resguardo, cuidado de enfermagem no resguardo (Quadro 3).

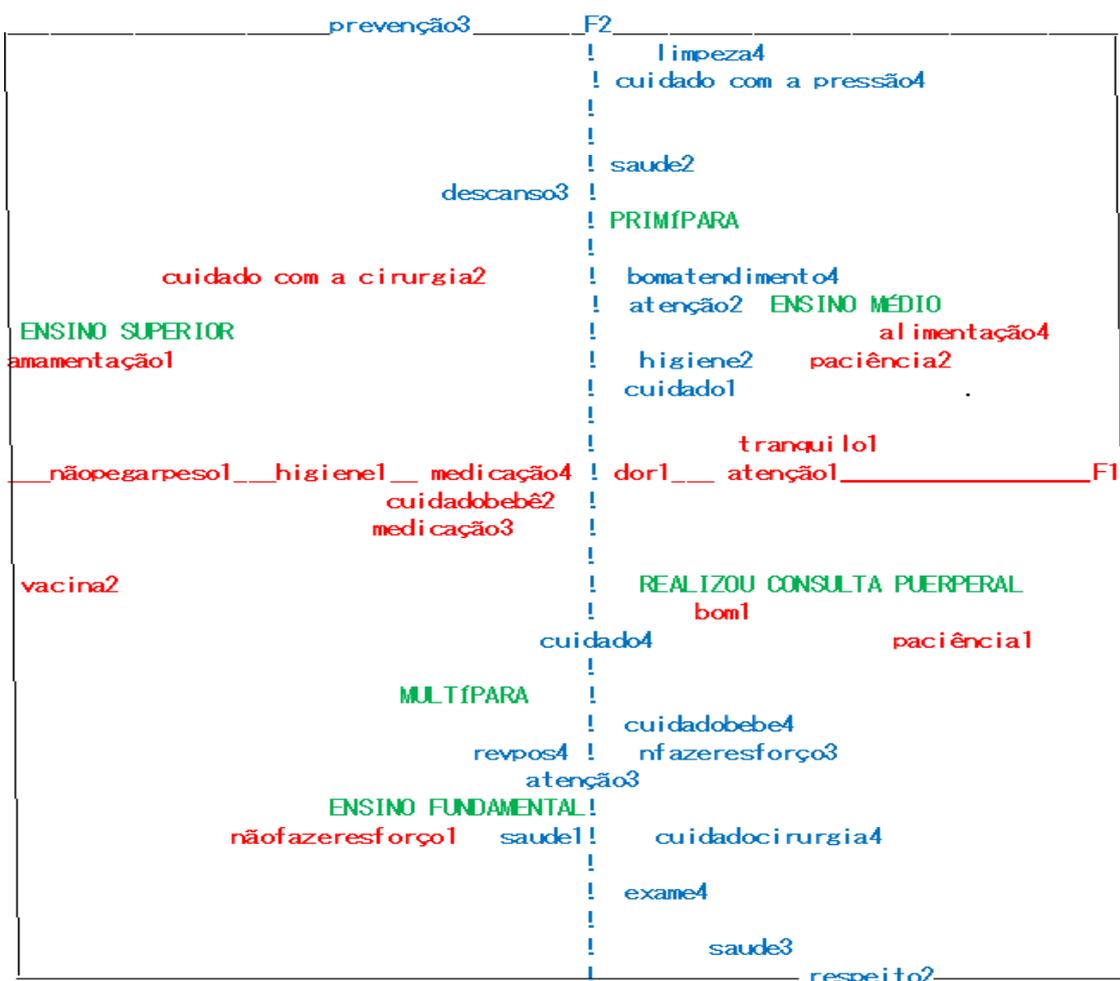
Quadro 3: Palavras mais evocadas por estímulo indutor. Fortaleza-CE, 2015

Estímulos indutores	RESGUARDO	CUIDADO	CUIDADO COM VOCÊ NO RESGUARDO	CUIDADO DE ENFERMAGEM NO RESGUARDO
Nº de palavras induzidas	299	279	298	303
Palavras induzidas (≥10)	Alimentação23 Cuidado42 Descanso15 Dor19 Repouso41	Alimentação19 Amor17 Atenção16 Cuidado com o bebê33 Cuidado comigo13 Higiene13 Saúde10	Alimentação42 Descanso11 Higiene23 Não fazer esforço17 Não pegar peso20 Repouso21	Alimentação12 Atenção30 Banho11 Bom11 Cuidado com a cirurgia 10 Cuidado12 Higiene11 Medicação26 Orientação11

As evocações emitidas pelas puérperas possibilitam a aproximação da pesquisadora com o universo de significados construído nas relações sociais dos sujeitos estudados, haja vista a necessidade de conhecer e reconhecer os múltiplos universos de significado que interagem com os sujeitos para a compreensão e consequente intervenção na realidade (BITTENCOURT; VILELA, 2011).

No Gráfico 1 abaixo, encontram-se os campos semânticos constituídos pelas representações sociais apreendidas por meio dos estímulos indutores: “Resguardo”, “Cuidado”, “Cuidado com você no resguardo”, “Cuidado de enfermagem no resguardo”, elaboradas pelos participantes dos estudos. O Gráfico 1 representa os dois eixos, eixo F1 (eixo horizontal) e eixo F2 (eixo vertical). O Fator 1 encontra-se representado pela cor vermelha, enquanto que o Fator 2, pela cor azul. As variáveis fixas estão representadas pela cor verde.

Gráfico 1: Plano fatorial das representações sociais de puérperas sobre autocuidado e cuidado de enfermagem no puerpério. Fortaleza-CE, 2015



Plano Fatorial		Variáveis de opinião	
		Estímulos indutores	
Fator 1 (F1) em vermelho, localiza-se no eixo horizontal à esquerda e à direita. Fator 2 (F2) em azul, localiza-se no eixo vertical superior e inferior. As variáveis fixas encontram-se de cor verde.		1) Resguardo; 2) Cuidado; 3) Cuidado com você no resguardo; 4) Cuidado de enfermagem no resguardo.	
Variáveis fixas			
Paridade	Escolaridade		Consulta puerperal
1) Primípara; 2) Multípara.	1) Até o ensino fundamental; 2) Até o ensino médio; 3) Ensino superior.		1) SIM 2) NÃO

Em relação ao primeiro estímulo, resguardo, no eixo F1, horizontal, a palavra mais representativa e sua correspondência por fator (CPF), no lado direito foi: dor (CPF:22), tranquilo (CPF:55), atenção (CPF:22), bom (CPF:15), paciência (CPF:62), relacionado ao grupo de puérperas que realizaram consulta puerperal (CPF:144). E, no lado esquerdo: amamentação (CPF:99), não pegar peso(CPF:63), higiene(CPF:32), não fazer esforço(CPF:32), relacionado ao grupo de puérperas que tinham ensino superior (CPF:550).

Já no eixo F2, vertical, em relação ao mesmo estímulo, resguardo, as palavras mais representativas no polo superior foram: cuidado(CPF:17), representando o grupo de primíparas(CPF:20) que cursaram até o ensino médio(CPF:265). E, no polo inferior, a palavra mais representativa foi: saúde(CPF:29), representando o grupo de mulheres multíparas (CPF:15) que cursaram até o ensino fundamental(CPF:552).

Os conteúdos das representações acerca do resguardo diferem de acordo com o grupo envolvido. Percebe-se que para as primíparas, que cursaram até o ensino médio, o principal significado do resguardo está associado ao cuidado, isso deve-se ao conhecimento socialmente elaborado de que durante essa fase o cuidado se faz essencial para que a mulher evite complicações, e consiga vivenciar este momento de forma segura e saudável.

Simbolicamente o resguardo tem sido associado a uma fase em que a mulher está exposta a diversos perigos, e por isso deve adotar uma série de cuidados e precauções

para se recuperarem e evitarem adoecer ou ter complicações (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Quanto às múltiparas, que cursaram até o ensino fundamental, o resguardo está associado com a saúde, o que está relacionado às suas experiências prévias com os outros filhos, e ao que é compartilhado e difundido no seu meio social e familiar, que considera esse período como um momento em que as mulheres devem zelar pela sua saúde, uma vez que a mesma está vulnerável, frágil e exposta a diversos riscos.

Essas representações acerca do resguardo são um produto dos processos de interação e comunicação que as puérperas vivenciaram ao longo das suas vidas, sofrendo influência social da sua família, amigos, sociedade e meios de comunicação. Assim essas mulheres compartilham um sistema de valores, ideias e práticas acerca do período pós-parto que permite a comunicação entre elas e seus semelhantes, orientando os seus comportamentos e práticas de cuidado neste período da vida (MOSCOVICI, 2013).

Já as mulheres que tiveram a oportunidade de participar da consulta puerperal associaram o resguardo a um momento bom e tranquilo, em que é necessária atenção e paciência de todos que estão envolvidos com ela neste período. Percebe-se com isso que, a vivência da consulta puerperal ajudou as mulheres a vivenciarem o pós-parto de forma mais tranquila, oferecendo o suporte profissional necessário. No período pós-parto a mulher vivencia muitas mudanças e depara-se com novas necessidades, o cuidado de si e do bebê, necessitando assim do apoio de profissionais capacitados para auxiliarem e orientarem suas dúvidas, medos e anseios.

A consulta puerperal se configura como o momento de encontro do enfermeiro com a puérpera, com troca de informações e experiências entre ambos, em que o profissional pode sistematizar o cuidado de enfermagem e junto à mulher elaborar um plano assistencial que ajude a mulher a vivenciar este período de forma mais tranquila, orientando e oferecendo o suporte para que a mulher seja apta a realizar o autocuidado e o cuidado do seu filho (RAVELI, 2008).

Além disso, as evocações das mulheres foram marcadas pela palavra dor, uma vez que durante o resguardo estas ainda sofrem com as alterações e agressões causadas ao seu corpo durante o trabalho de parto, ou pela cirurgia cesárea. No imaginário social ainda é bastante forte a percepção de que o parto é um momento permeado de dor e que isso repercute no período pós-parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Se o parto e o puerpério fosse adequadamente esclarecido e conversado com mulheres desde as primeiras consultas de pré-natal, certamente o medo influenciado pela mídia ou pelas conversas com outras mulheres ou ainda por histórias pessoais e familiares seria atenuado, tendo em vista a transformação de situação não familiar para o familiar (CARNEIRO et al., 2013).

As puérperas, principalmente o grupo que cursou até o ensino superior, também associaram o resguardo com a amamentação, já que durante esse período há grande preocupação da mãe com os cuidados ao bebê. Diversos estudos vem mostrando que a atenção durante o puerpério é mais voltada para a criança do que para a mãe, e que a amamentação é a prática mais valorizada socialmente durante este período, uma vez que fortalece a relação mãe-filho, a criação do vínculo, além de contribuir para o cuidado e saúde da criança (MONTEIRO, 2011; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012; RODRIGUES, 2013).

As evocações das puérperas também expressaram que o resguardo está associado com o repouso e a higiene, isso demonstra o saber social compartilhado por essas mulheres de que o pós-parto é um momento delicado e de intercorrências, em que a mulher deve evitar fazer esforço para não “quebrar o seu resguardo”, e prezar pela sua higiene para evitar infecções e outros problemas de saúde.

Em relação ao estímulo 2, cuidado, a palavra mais evocada no eixo F1, horizontal, lado direito, foi: paciência (CPF: 31) relacionado ao grupo de puérperas que realizaram consulta puerperal. E, no lado esquerdo foram: cuidado com a cirurgia (CPF:69), vacina (CPF:80) e cuidado com o bebê (CPF:63), representado o grupo que cursou até o ensino superior.

Ainda em relação ao estímulo cuidado, no eixo F2, vertical, tem-se no polo superior as palavras representativas: saúde (CPF:49), atenção (CPF:36) e higiene (CPF:17), representado o grupo de primíparas que cursaram até o ensino médio. E, no polo inferior, a palavra respeito (CPF:54), representando o grupo de multíparas que cursaram o ensino fundamental.

As representações do cuidado para as puérperas estão voltadas para os cuidados com o filho, isso denota que a atenção da mulher no pós-parto está centrada na saúde da criança, priorizando os cuidados que são necessários ao seu bem-estar, como a vacinação, que é vista socialmente como uma prática capaz de proteger a criança contra

muitas doenças (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012; RODRIGUES, 2013; RODRIGUES, 2014). As evocações das puérperas também associam o cuidado ao cuidado com a cirurgia, que é necessário para evitar possíveis complicações e para garantir a recuperação da mulher.

As primíparas associam o cuidado com a atenção que a mulher necessita durante o puerpério, destacando também a higiene e o zelo pela saúde como cuidados indispensáveis durante esse período. Por outro lado, as múltiparas associam o cuidado com a dimensão do respeito, demonstrando assim que para elas o cuidado é um sentimento positivo, em que se deve considerar as peculiaridades e necessidades do outro.

Quanto ao terceiro estímulo, cuidado com você no resguardo, no eixo F1, horizontal, no lado direito, não apareceu nenhuma evocação. No lado esquerdo, a evocação mais representativa foi: medicação (CPF:34), relacionada ao grupo de puérperas que cursaram até o ensino superior.

No eixo F2, vertical, as evocações emitidas para o terceiro estímulo, cuidado com você no resguardo, no polo superior, foram: prevenção (CPF:67) e descanso (CPF:56), representando o grupo de primíparas que cursaram o ensino médio. E, no polo inferior: não fazer esforço (CPF:64), atenção (CPF:37) e saúde (CPF:54), representando o grupo de múltiparas que estudaram até o ensino fundamental.

Percebe-se que as primíparas apreendem o autocuidado no puerpério como a prevenção e o descanso, que são práticas necessárias para garantir a recuperação da mulher nesse período, evitar complicações e problemas de saúde. As múltiparas tem representações semelhantes do autocuidado no puerpério, considerando que a mulher deve ter bastante atenção durante esse período e evitar fazer esforços, de modo a prezar pela sua saúde. A medicação também foi uma das evocações mais representativas das puérperas que cursaram ensino superior, demonstrando que para essas mulheres o uso de medicamentos também é uma forma de cuidado durante o puerpério.

Durante o puerpério as mulheres se encontram mais vulneráveis em termos físicos e simbólicos, e por isso adotam uma série de práticas relacionadas ao seu autocuidado, como o repouso, alimentação saudável, higiene, cuidado com a cirurgia, privação de atividade física e relação sexual por acreditarem que isso contribuirá para a sua recuperação e evitará problemas de saúde (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Essas representações do autocuidado no puerpério são o produto de uma sequência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são os resultados de sucessivas gerações, elas circulam na sociedade e são transmitidas às mulheres por meio das interações e comunicações com o seu meio social, influenciando a sua visão de mundo, possibilitando a comunicação e relacionamento com o seu grupo de pertença e conduzindo o seu modo de agir no período pós-parto (MOSCOVICI, 2013).

Por último, no quarto estímulo, cuidado de enfermagem no resguardo, tem-se a seguinte palavra no eixo F1, horizontal, lado direito: alimentação (CPF:18), relacionado ao grupo de mulheres que tiveram consulta puerperal. E, no lado esquerdo: medicação (CPF:15), relacionado ao grupo de mulheres com ensino superior.

Já no eixo F2, vertical, polo superior, quanto ao estímulo cuidado de enfermagem no resguardo, tem-se as seguintes palavras: limpeza, cuidado com a pressão, bom atendimento, representando o grupo de primíparas com ensino médio. E, no polo inferior: cuidado (CPF:15), cuidado com o bebê (CPF:18), cuidado com a cirurgia (CPF:66), revisão pós-parto(CPF:15) e exame (CPF:37).

As representações sociais das puérperas sobre o cuidado de enfermagem estão associadas às orientações que receberam da equipe de enfermagem sobre a alimentação no puerpério, e aos cuidados com a medicação enquanto estavam internadas. As primíparas representam o cuidado de enfermagem como aquele recebido no hospital enquanto estavam internadas, associando este com a limpeza e o cuidado com a pressão arterial. O acompanhamento recebido pela equipe de saúde, com a constante verificação dos sinais vitais, administração de medicações, e o cuidado com a limpeza fez com que as mulheres qualificassem o atendimento recebido como bom.

Já as multíparas remetem-se a outros tipos de cuidado, como o cuidado com o bebê e o cuidado com a cirurgia, demonstrando que o cuidado de enfermagem no puerpério tem como foco a atenção ao recém-nascido e a valorização do aspecto biológico, ou seja, a atenção com a dimensão física da mulher. As puérperas também associam o cuidado de enfermagem no puerpério com a realização de exames e a revisão pós-parto realizada após terem alta.

As representações sociais das puérperas demonstram que o cuidado de enfermagem ainda é considerado principalmente na perspectiva da intervenção e da técnica, e das orientações recebidas enquanto estavam internadas, revelando a

necessidade de ampliar as concepções acerca do cuidado de enfermagem na fase puerperal.

Para que a mulher possa desenvolver o conhecimento adequado acerca do autocuidado no puerpério, necessita ter suas dúvidas esclarecidas, mitos quebrados e conhecimentos prévios valorizados, para a negociação e elaboração de novos saberes e fazeres. A efetividade da conduta entre puérperas e profissionais depende também da comunicação e da relação interpessoal que é estabelecida, devendo esses processos serem valorizados (CARNEIRO et al., 2013).

No Quadro 4 apresenta-se um resumo comparativo das evocações dos dois grupos: primíparas e multíparas.

Quadro 4: Resumo comparativo das evocações dos dois grupos. Fortaleza-CE, 2015.

Estímulos indutores Paridade	Primíparas	Multíparas
Resguardo	➤ Cuidado	➤ Saúde
Cuidado	➤ Atenção ➤ Higiene ➤ Saúde	➤ Respeito
Cuidado com você no resguardo	➤ Prevenção de complicações e problemas de saúde; ➤ Descanso/Repouso	➤ Atenção ➤ Evitar esforço ➤ Saúde
Cuidado de enfermagem no resguardo	➤ Cuidado recebido no hospital ➤ Limpeza ➤ Bom atendimento	➤ Cuidado com o bebê ➤ Cuidado com a cirurgia ➤ Revisão pós-parto/Exames

No próximo tópico serão apresentados e discutidos os temas e as classes produzidos pelo Alceste. A partir do conteúdo discursivo e das palavras mais frequentes e características, a pesquisadora denominou cada tema e sua classe. A discussão das classes foi realizada considerando as palavras mais representativas e as UCE características de cada classe. A interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS.

5.3 A VIVÊNCIA DA PUÉRPERA NA MATERNIDADE

5.3.1 Análise da Classe 1: A vivência do Parto e o tempo de espera na maternidade

Esta classe é formada por 85 UCE e 60 palavras analisáveis. Esta classe juntamente com a classe 2 tem grande significância estatística em termos de agregação de UCE e de número de palavras analisáveis, perfazendo 32% do total.

Para facilitar a discussão da Classe 1, construiu-se um quadro composto pelas palavras mais representativas desta e seus respectivos Phi, que denotam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, contidas no relatório detalhado do Alceste. O programa Alceste realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,17.

No relatório, as palavras são expostas em sua forma reduzida, porém para facilitar a leitura, optou-se pelo emprego da palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as UCE dessa classe.

Quadro 5: Palavras representativas da classe 1

Palavras	Phi
Disse	0,35
Perguntar	0,31
Doutora	0,30
Ir	0,26
Lá	0,25
Vou	0,25
Conseguia	0,25
Exame	0,24
Alguma	0,24
Chorava	0,23
Sete	0,23
Esperando	0,23
Queria	0,23
Fez	0,22
Sair	0,22
Cheguei	0,22
Ai	0,21
Dez	0,20
Horas	0,20
Ainda	0,20
Manhã	0,20
Secreção	0,20
Madrugada	0,20
Eles	0,19
Uns	0,17
Vai	0,18
Força	0,17

De acordo com a análise lexical do programa os vocábulos mais ilustrativos desta classe foram: disse, perguntar, doutora, ir, lá, vou, conseguia, exame, alguma, chorava, sete, esperando, queria, fez, sair, cheguei, dez, horas, ainda, manhã, secreção, madrugada, eles, uns, vai, força.

Esta classe expressa a vivência da mulher enquanto estava internada na maternidade, caracterizada pelo tempo de espera, dificuldade durante o trabalho de parto e demora para ser liberada do hospital, o que é demonstrado por palavras que indicam tempo e ação: sete, dez, horas, manhã, madrugada, vou, conseguia, queria, vou. Esses vocábulos indicam o valor atribuído pelas puérperas ao tempo que permaneceram na maternidade e ao esforço realizado para terem os seus filhos, o que pôde ser demonstrado pelos termos: chorava e força.

Ao mesmo tempo, as entrevistadas também destacaram a assistência recebida pelo profissional médico durante o internamento, por meio da condução do parto cesáreo, informações e realização de exames, o que foi expresso pelas seguintes palavras: doutora, perguntar, disse, exame. Com relação ao atendimento recebido na maternidade dois blocos de significados emergiram das falas dos sujeitos: a vivência do parto e o tempo de espera na maternidade.

A demora do trabalho de parto e a dificuldade para ter a criança, foi apontada pelas multíparas como causa de dor e sofrimento para elas, chegando a causar até desespero.

*O meu desespero foi esse, eu entrei meia noite, e eu só fui ter ela 9: 30 da manhã. Eu entrei em desespero, porque a menina não saía, e eu estava sem força, desfalecendo, desesperada (uce n° 365 Phi = 0,07 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

A vivência das gestações anteriores deixa a experiência da dor registrada na memória dessas mulheres. Essas mulheres ancoram as suas representações do parto normal em aspectos negativos como a dor e o sofrimento, o que gera o medo diante de um acontecimento tão natural e importante na vida de uma mulher.

*Foi bom, foi excelente lá, muito-bom mesmo. Elas me ajudaram, eu só não gostei quando eu fui ter, porque eu estava com muita dor mesmo pra ter normal, e o meu doutor não tinha chegado lá, eu tinha chegado lá as sete e meia, e o meu doutor só ia chegar dez horas da noite (uce n° 117 Phi = 0,06 uci n° 6: *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2)*

A gestação e a expectativa do parto levam as mulheres a se sentirem mais vulneráveis e a cultivarem sentimento de que necessitam de um cuidado capacitado para

assisti-las durante esse momento. A concepção de que a mulher não é capaz de suportar as dores do trabalho de parto e de comandar o seu próprio corpo para parir tem se propagado na sociedade vigente, e contribuído para a crença de que se faz necessário a presença de um profissional médico e, muitas vezes, a realização de práticas intervencionistas, como a cesárea para que a criança venha ao mundo.

O profissional médico é representado como o indivíduo detentor do conhecimento científico, reificado, a pessoa capaz de conduzir o trabalho de parto. Silveira et al. (2010) concordam com isso ao afirmar que o papel desempenhado pelo médico é percebido como o mais importante pelas mulheres para que o processo de parto se desenvolva sem complicações.

Essa compreensão que gira em torno do parto, que está presente no imaginário popular, determina as práticas cotidianas as quais dificultam mudanças no modelo vigente, no caso biomédico e assistencialista. Assim, pode-se falar que o parto para muitas mulheres continua sendo visto como um momento crítico, que precisa ser enfrentado com a ajuda de profissionais.

As dificuldades enfrentadas no trabalho de parto remetem à lembrança da dor, uma palavra recorrente na fala das mulheres quando se referem ao parto normal. É possível perceber a existência de uma concepção sobre a dor no trabalho de parto, mesmo antes de vivenciá-la, e que a espera gera dúvidas e conflitos entre a dor esperada e a dor percebida (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). A percepção da dor extrapola os limites da fisiologia do corpo, advém de um contexto cultural, e somente as mulheres que vivenciaram podem descrever (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

O tempo de espera após adentrarem na maternidade até darem a luz aos seus filhos é muito presente nas falas das mulheres primíparas, uma vez que o nascimento do primeiro filho é um evento tão esperado e valorizado pelas mães durante toda a gestação.

*As meninas me trataram muito bem, e tudo conversando comigo, porque eu queria normal, ai eu fiquei até esperando, fui internada as 04: 30 horas, ai eu fui ter a neném as 10: 30 horas, foi cesáreo e eu queria normal, e só tinha dilatado 1cm, ai eu disse é pra dilatar são quantos cm (uce n° 153 Phi = 0,07 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2)*

*Ai ela disse dez, ai eu tive que fazer cesárea, fiquei chateada, chorei. Ai ela dizia não fique nervosa não, não chore, porque a sua pressão pode aumentar e pode ter complicações (uce n° 154 Phi = 0,06 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2*).*

Eu perguntava pro médico quando ia ser e tudo, quando eu entrei lá no hospital, disse que eu estava com sete cm, eu achei que fosse mais rápido e não foi (uce n° 364

*Phi = 0,07 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

Ao contrário das falas das múltiparas, as primíparas relatam a vontade de terem tido o parto normal, e a decepção quando souberam que teria que ser feito uma cirurgia cesárea, devido à pouca dilatação do colo do útero. A percepção positiva do parto normal é produzida através da interação e comunicação das gestantes com outras mulheres, com a sua família e com o meio social em que vivem, assim apesar de nunca terem vivenciado o parto normal, essas mulheres tem conhecimento acerca dele, uma vez que o conhecimento emerge do mundo onde essas mulheres se encontram e interagem (MOSCOVICI, 2013).

Esses depoimentos expressam a preferência de algumas mulheres pelo parto normal, juntamente com o desejo e expectativa de vivenciá-lo. Isso está relacionado à concepção presente no imaginário popular de que o parto normal é visto como a ordem natural das coisas, um evento mais saudável, em que a mãe é a protagonista do seu parto e o bebê nasce espontaneamente, significa dar a vida a um ser humano. As mulheres também valorizam o parto normal, pois este possibilita uma melhor recuperação no pós-parto e o retorno às suas atividades mais cedo (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; MIRANDA; BORTOLON; MATÃO, 2008).

O processo de parir não é simplesmente um ato fisiológico, mas influenciado por fatores culturais, psicológicos e mesmo sociais. Logo os valores, crenças, sentimentos, percepções, as representações de parto do grupo, são o resultado dessa influência.

A demora para receber alta e a grosseria do profissional de saúde também foram aspectos ressaltados pelas mulheres em suas falas:

*Eu até demorei a sair do hospital, por causa disso, porque tinha que fazer um exame e não sei o quê. Eu passei mais de cinco dias lá no hospital, e eu achando estranho, porque todo mundo ia embora e eu nada e nada, doutor eu quero ir embora, eu não aguento mais, eu chorava pra vir embora (uce n° 162 Phi = 0,08 uci n° 7: *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Ele teve que ficar 48 horas no hospital pra poder ser liberada e eu fui liberada com 24 horas, eu fui perguntar o que tinha acontecido no exame de sangue dele, a moça quase me bate, então eu acho que não precisa disso (uce n° 324 Phi = 0,06 uci n° 17 : *ent_17 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_2).*

A espera das puérperas para receber alta e a grosseria de uma profissional resultaram em frustração, sofrimento e insatisfação para essas mulheres, uma vez que no puerpério a mulher está vulnerável e sensível, necessitando de atenção por parte de todos que a rodeiam, desejando voltar para o seu ambiente familiar, onde pode receber o apoio e cuidados do marido e da família.

No depoimento abaixo, a puérpera expressa o seu receio em tomar antibiótico enquanto está amamentando, tal fato se deve ao conhecimento compartilhado por muitas mulheres de que o leite pode “secar”, caso façam uso de algumas medicações. É compreensível essa representação quando nota-se que o conhecimento das pessoas sobre determinados fatos é construído pela memória coletiva, pelas teorias que circulam na comunidade científica, nos meios de comunicação e nas conversações (JODELET, 2001).

*Não seca não, ele disse. Seca sim, que antibiótico, eu também tenho alergia a antibiótico pra garganta. E eu não vou tomar não, ai ele dizia você tem que tomar pra sua cirurgia cicatrizar melhor e sair essa secreção (uce n° 141 Phi = 0,07 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Ai eu disse eu não vou tomar, e eu não tomei, porque podia secar o meu leite. Ficou saindo secreção e tudo, porque tinha aberto um pouquinho, ai eu não tomei o remédio, porque a força ele queria que eu tomasse (uce n° 142 Phi = 0,07 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Percebe-se que o profissional de saúde quis impor o saber científico através do seu discurso autoritário, desvalorizando o saber popular. Desta forma reproduzem-se as relações verticalizadas de poder, com passagens pontuais e generalizadas de informações sob a ótica e referencial da saúde (BONFIM et al., 2012). No entanto, os sujeitos não são meros portadores de ideologias, mas sim processam as informações, formam opiniões e constroem saberes, e agem de acordo com os sentidos que atribuem a estas experiências e vivências de seu cotidiano (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013).

Existem diversos fatores que contribuem para a interrupção precoce da amamentação, dentre os quais o uso de alguns medicamentos pela nutriz, podendo ocasionar mudanças significativas no leite materno e a transferência de drogas para a criança (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007). As mulheres tem acesso a esse conhecimento científico que é veiculado pelos meios de comunicação e compartilhado nos seus espaços de convivência, transformado aquilo que tem significado para elas em uma nova forma de conhecimento, e se orientando a partir deste.

Para Moscovici (2013) as funções das representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, são contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, as quais favorecem o posicionamento do sujeito diante do objeto representado e guiam suas atitudes, seus comportamentos e suas práticas. Assim, tal representação acerca do uso de antibióticos na amamentação orienta o comportamento das mulheres em relação a tal prática, fazendo com que elas se recusem a fazer uso da medicação, mesmo diante das orientações do profissional médico.

Esta classe apresentou associação estatisticamente significativa em mulheres primíparas ($\Phi = 0,25$), casadas ($\Phi = 0,26$), com nível de escolaridade superior ($\Phi = 0,18$), numa faixa etária entre 26 e 33 anos ($\Phi = 0,17$), o que significa que foi composta principalmente por mulheres adultas, que podiam contar com o apoio do marido, com um nível de escolaridade maior, e que estavam vivenciando a gravidez e o parto pela primeira vez, o que pode ocasionar anseios e dúvidas quanto ao momento e condução do parto, e ansiedade para receber alta.

5.4 CONTEÚDOS REPRESENTACIONAIS DO AUTOCUIDADO NO PUERPÉRIO

5.4.1 ANÁLISE DA CLASSE 2 - Cuidando de si no resguardo: o cuidado que eu tive e o cuidado que eu deveria ter tido.

A classe 2 é formada por 84 UCE e 46 palavras analisáveis. Em termos de agregação de UCE, teve uma grande significância estatística, representando 32% do total. O quadro 6 apresenta as palavras completas mais representativas da classe e seus respectivos Φ . Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Φ maior ou igual a 0,16.

Quadro 6: Palavras representativas da Classe 2

Palavras	Phi
Resguardo	0,40
Ter	0,30
Repouso	0,29
Quebrar	0,29
Ponto	0,27
Cuidado	0,26
Estresse	0,26
Varrer	0,24

Infeccionar	0,24
Andava	0,23
Higiene	0,23
Cortada	0,22
Cirurgia	0,21
Importante	0,22
Curativo	0,21
Boa	0,20
Cabeça	0,20
Inflamado	0,19
Nenhum	0,19
Deitada	0,18
Aroeira	0,16
Parte	0,16
Tres	0,16

Os vocábulos mais ilustrativos dessa classe são: resguardo, ter, repouso, quebrar, ponto, cuidado, estresse, varrer, infeccionar, andava, higiene, cortada, cirurgia, importante, curativo, boa, cabeça, inflamado, nenhum, deitada, aroeira, parte, três.

Essas palavras expressam como foi o pós-parto das mulheres e os cuidados que elas deveriam ter consigo mesmo. Esta classe representa as falas das puérperas em relação aos cuidados que elas tiveram consigo durante o puerpério, e os cuidados que elas deveriam ter tido, uma vez que apesar de terem conhecimento acerca do autocuidado no puerpério, os discursos evidenciam que nem todas praticam esse cuidado.

Percebe-se por meio das palavras mais representativas da classe 2 e pelas suas UCE, que as representações sociais das mulheres acerca do autocuidado no puerpério estão relacionadas principalmente ao cuidado com o corpo, de modo a garantir a recuperação da mulher neste período da vida e a evitar possíveis complicações no puerpério. De um modo geral, as representações do autocuidado envolveram quatro dimensões: repouso, cuidado com a cirurgia, cuidado com alimentação e higiene.

No universo consensual das puérperas o período pós-parto é percebido como um momento em que é indispensável ter bastante cuidado, atenção e repouso, de forma a garantir a sua recuperação e evitar possíveis complicações. Algumas expressões tais como não fazer esforço, repouso, sossego e não pegar peso foram consideradas fundamentais para o restabelecimento da saúde da mulher:

*O resguardo pra mim eu não sei nem o que dizer, não é nada bom, porque tem que ter todo o cuidado, toda a atenção (uce n° 230 Phi = 0,06 uci n° 11 : *ent_11 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Todas, não teve uma que eu tivesse sossego. E teve até, da minha menina mais velha, foi a minha cunhada que cuidou de mim, aí eu tive o resguardo. Cuidado importante

*é ter o descanso, não fazer nenhum esforço, o sossego que a pessoa tem direito para a saúde da gente (uce n° 68 Phi = 0,06 uci n° 4 : *ent_04 *ida_2 *par_2 *sit_3 *esc_1 *tra_1 *tip_2 *int_1 *con_2)*

*Deitada do jeito que ficasse mais confortável pra mim. Repouso, continuar em repouso, como eu passei não sei quantos dias lá no hospital, que continuasse tendo esse repouso em casa, se alimentando bem e só (uce n° 51 Phi = 0,05 uci n° 3 : *ent_03 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_3 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Eu acho que o resguardo é repouso, você precisa realmente de atenção, principalmente se for cesárea, mulher eu acho que cuidado em tudo, em ter repouso, em ter ajuda, em ter atenção (uce n° 236 Phi = 0,05 uci n° 12 : *ent_12 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*A única coisa que elas me diziam é que quando eu chegasse em casa tivesse o mínimo de repouso, pelo menos até tirar os pontos, porque podia quebrar e inflamar e ia ser pior pra mim (uce n° 261 Phi = 0,04 uci n° 13 : *ent_13 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_1).*

*O resguardo pra mim é um momento muito especial para a mulher, porque eu acho que ela tem que ter, porque futuramente vai vir as consequências, bom ou ruim. Ai eu tive atenção do meu marido, isso foi muito importante. Na minha casa as pessoas ficavam comigo, foram muito pacientes, tive uma alimentação boa (uce n° 349 Phi = 0,04 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

As puérperas ancoram o resguardo na dimensão do cuidado e da precaução, uma vez que simbolizam esse período como um momento de perigos e fragilidades, em que é necessário seguir determinadas restrições para evitar consequências ruins.

O comportamento das mulheres no pós-parto é respaldado naquilo que elas conhecem, envolvendo assim cuidados que visam protegê-las. Dentre estes cuidados está o repouso absoluto por tempo prolongado, em que a mulher deve permanecer na cama por semanas, evitando fazer esforço físico, pegar peso e realizar as atividades domésticas (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

O período pós-parto é uma fase em que a mulher está bastante sensível e vulnerável a intercorrências, por isso se faz necessário o cuidado e a atenção para que elas possam vivenciar esse momento de forma tranquila, saudável e sem complicações.

Nos depoimentos as mulheres se referem a este período como “resguardo”, essa denominação representa o significado que essa fase tem para as puérperas, como um período em que elas devem resguardar-se, cuidar-se e obedecer a certas regras e restrições, com o intuito de evitar a possibilidade de adoecer ou vir a ter complicações (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Saraiva e Coutinho (2008) abordam que durante o puerpério a mulher vivencia profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico. Os autores

consideram que essa etapa da vida feminina consiste, portanto, num período instável, que demanda a necessidade de cuidado e atenção por todos que a rodeiam.

Percebe-se que esse período é marcado por conhecimentos aceitos socialmente como facilitadores de uma boa recuperação pós-parto. Tal conhecimento é produzido no cerne das relações e conversações dessas mulheres, elas interpretam nas suas realidades aquilo que tem significado para elas. Essa fase representa um período de riscos e possíveis perigos para as mulheres, assim são valorizados nos seus discursos sociais e nas suas práticas os cuidados que possam evitar esse perigos e prezar pela sua saúde.

Para Moscovici (2013), a representação social é essa modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. As representações sociais das puérperas acerca do autocuidado são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo *status* é não o de uma reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e a seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade, destinadas à interpretação e à elaboração do real.

O cuidado com o local da cirurgia também foi ressaltado pelas mulheres que tiveram cesárea. Percebe-se por meio das falas, que as puérperas tem conhecimento acerca das possíveis complicações decorrentes de uma cesariana, assim a higiene no local da cirurgia e o repouso são relatados como cuidados que podem prevenir a infecção e o rompimento dos pontos:

*Tem que tem muita higiene, porque uma coisa é cesariana, que tem que ter muita higiene, porque senão infecciona e também tem que ter cuidado em si. Se for cesariana e tiver com os pontos tem que tirar, se tiver inflamado tem que fazer curativo até sarar, ter cuidado (uce n° 338 Phi = 0,06 uci n° 18 : *ent_18 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_1 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Descansar, ter cuidado com os pontos, pra não inflamar, até hoje os meus pontos doem demais, demais, não sei o que é que acontece, tá muito inflamado também. Não, eu nunca fui pro hospital, eles que cuidaram lá, porque eu passei um mês e quinze dias lá internada. Eles faziam os curativos, mas está muito inflamada a minha cirurgia, dói demais, demais, demais (uce n° 14 Phi = 0,05 uci n° 2 : *ent_02 *ida_2 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Ela nem se levantava, a cirurgia dela começou a supurar. A cirurgia dela começou a soltar, infeccionou. Ela não fez nenhum esforço. Já eu, quando eu tive ela, com quatro dias parecia que eu não tive, andava, fazia tudo. Acho que só estresse mesmo, não ter muito estresse para não quebrar também (uce n° 108 Phi = 0,08 uci n° 6 : *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

Em seus discursos as mulheres também relatam a importância de evitar as atividades domésticas, uma vez que requerem esforço físico, e ter uma alimentação equilibrada para evitar “quebrar os pontos” e “inflamar a cirurgia”, ressaltando novamente a importância atribuída à cirurgia no pós-parto.

*Cuidado com tudo, não pegar peso, não varrer, não passar pano, pra não quebrar os pontos, ter cuidado com a cirurgia, porque é importante pra saúde também. Tá sendo ótimo até agora, eu tomo banho, lavo os pontos, como de três em três horas, faço tudo direitinho para não inflamar a cirurgia (uce n° 231 Phi = 0,05 uci n° 11: *ent_11 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*A alimentação também, eu sempre tive a minha alimentação regular, boa, cuidado na limpeza também, sempre eles falam pra ter higiene, pra não infeccionar os pontos e não ter nada grave (uce n° 90 Phi = 0,06 uci n° 5 : *ent_05 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Os cuidados com a alimentação também é uma preocupação muito evidente nos discursos dessas mulheres, enfatizando a importância da alimentação regular e equilibrada para a saúde da mulher no puerpério e para evitar a inflamação da cirurgia. A alimentação é um assunto muito discutido com as mulheres desde a gestação, onde recebem orientações dos seus familiares e profissionais acerca dos alimentos que devem ser restringidos e os que trazem benefícios para a mulher (MARQUES et al., 2011).

Os cuidados com o local da cirurgia, com a higiene e com a alimentação no período pós-parto é uma forma de conhecimento particular das puérperas, que foi socialmente elaborado e partilhado, tendo um objetivo prático, o de orientar a conduta das mulheres durante este período da vida, contribuindo para a construção de uma realidade comum ao seu conjunto social. Essas representações sociais acerca autocuidado no puerpério pode ser designada como o saber do senso comum das mulheres, ou ainda saber ingênuo, natural, uma forma de conhecimento diferenciada, entre outras, do conhecimento científico, e com significado e relevância para o grupo social no qual permeia (JODELET, 2001).

Essa classe apresentou associação significativamente estatística para mulheres múltiparas (Phi=0,24), que estudaram somente até o ensino fundamental (Phi=0,23). Isso significa que apesar de terem um baixo nível de escolaridade, essas mulheres apresentam conhecimentos acerca do autocuidado no período pós-parto, devido às suas experiências anteriores de gestação e às informações, saberes e práticas que são socialmente partilhado pelos sujeitos que compõem o seu grupo social e familiar.

No depoimento abaixo, a puérpera relata a ajuda que recebeu da sua vizinha quanto aos cuidados com a cirurgia, isso retrata que a mulher reconhece e valoriza o saber daqueles que fazem parte do seu grupo social, confiando neste saber para guiar o cuidado de si:

*Sinto dor de cabeça, sinto dor nas costas, dor horrível no pé da barriga. Da cicatriz eu cuidei, eu não, a vizinha lá que cuidou, ela limpava com aroeira, limpava bem limpinho, ai pronto cicatrizou (uce n° 70 Phi = 0,06 uci n° 4 : *ent_04 *ida_2 *par_2 *sit_3 *esc_1 *tra_1 *tip_2 *int_1 *con).*

As contribuições do uso da aroeira para a cicatrização de feridas é um conhecimento ancorado no saber popular (cultural), que tem sido repassado pelas pessoas entre as gerações, fazendo com que a mesma seja continuamente usada no período pós-parto. Isso deve-se ao fato de que as pessoas formulam o seu próprio conhecimento a partir daquilo que vivenciam, do que compartilham com outros sujeitos, e da influência dos meios de comunicação e do conhecimento científico. Esse conhecimento que surge e se difunde no meio social é o que tem verdadeiro significado para as pessoas, orientando as suas práticas e ações em direção a um determinado assunto que tem valor para elas (MOSCOVICI, 2013).

O conhecimento acerca do uso da aroeira surgiu desde as civilizações antigas que buscavam na natureza os remédios para a cura de doenças. Diversos estudos mostram que o aroeira é um dos remédios vegetais de uso ginecológico mais frequentes e mais antigos utilizados na medicina popular, principalmente do Nordeste Brasileiro. Essa planta tem uma grande reputação popular no tratamento das sequelas pós-parto e de tratamentos da pele e da boca (AMORIM; SANTOS, 2003; FURTADO, 2012).

Apesar de terem conhecimento acerca dos cuidados que são indispensáveis durante o puerpério, algumas mulheres relatam que não conseguiram ter os cuidados necessários para a sua recuperação, uma vez que tiveram que voltar à sua rotina diária, realizando atividades domésticas, e desempenhando o papel materno, por meio dos cuidados ao recém-nascido:

*O meu resguardo acho que foi só de um dia, porque eu fazia tudo, no segundo dia eu já andava, às vezes eu varria a casa (uce n° 109 Phi = 0,06 uci n° 6 : *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Eu fico uma parte deitada, ai depois vou andar, porque não tem quem agente ficar deitada só não, ai tem que cuidar dele, tem as coisas pra fazer, querendo ou não tem que ajudar (uce n° 313 Phi = 0,04 uci n° 17 : *ent_17 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_2 *con_2).*

A vivência da maternidade implica novas responsabilidades à mulher, como o cuidado ao filho, o qual demanda muito tempo, esforço e atenção por parte da mãe, que somado às demais atribuições da mulher fazem com que a mesma não consiga ter os cuidados necessários para a sua recuperação no período pós-parto. Apesar de reconhecerem os cuidados importantes no período puerperal, algumas mulheres não conseguem exercê-lo, pois o contexto em que vivem não permite, uma vez que existem outras demandas de cuidado que a mesma deve suprir, e a prioridade de cuidado neste período é o seu filho.

A fala das puérperas abaixo demonstra que o seu pós-parto foi marcado pela falta de repouso e pelo estresse, associando o desgaste e o sofrimento causado pelo estímulos estressores às queixas físicas, como a cefaleia, dor no local da cirurgia e a tontura:

*O resguardo eu não tive, porque eu não tive repouso, não tive sossego, tive muito estresse. Depois do estresse eu tive muita dor de cabeça, tontura, dor na minha operação que eu fiz. Resguardo é ter repouso, ter alimentação na hora certa, ter sossego que é uma coisa que eu não tive (uce n° 85 Phi = 0,05 uci n° 4: *ent_04 *ida_2 *par_2 *sit_3 *esc_1 *tra_1 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Era só por carão mesmo, porque eu tinha que ter cuidado para não quebrar o resguardo e tudo, eu sentia umas dores de cabeça, mas era por conta do estresse, mas a menstruação depois vinha normal, só pra ter cuidado mesmo com o resguardo (uce n° 280 Phi = 0,06 uci n° 14 : *ent_14 *ida_2 *par_2 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_1 *con_1).*

O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias, diante das mudanças nas rotinas diárias ocorridas desde o período gravídico, por ocasião do parto e na fase do puerpério (SARAIVA; COUTINHO, 2008).

O cuidado com a imagem corporal e com a mente foi ressaltado por uma puérpera, destacando a importância do cuidado de si durante o pós-parto para a autoestima e bem-estar da mulher, bem como para evitar possíveis transtornos psico-afetivos, como a depressão pós-parto:

*Cuidava da minha beleza sim, eu me depilava, cuidava da minha higiene, tomava banho, se depilava todinha. Tive repouso, dormia quando ela estava dormindo. Eu ficava lendo, ficava lendo para distrair, porque às vezes a pessoa está de resguardo e fica pensando outra coisa, depressão pós-parto, isso aí eu acho que é muito importante pra ajudar (uce n° 304 Phi = 0,04 uci n° 16: *ent_16 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_1 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos, dentre eles, a depressão

pós-parto é um dos transtornos mais recorrentes relacionados ao pós-parto. Isso deve-se ao fato de que a transição para a maternidade é marcada não só por alterações biológicas, mas também por mudanças psicológicas e sociais, que se não forem bem conduzidas podem causar sofrimento psíquico e resultar em transtornos (CANTILINO et al., 2010).

No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar provedora de cuidados a uma pessoa indefesa, podendo sofrer privação de sono, isolamento social e estresse. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina. Devido a isso, é necessário que o cuidado nesse período não envolva somente a dimensão biológica, mas que ele também contemple a dimensão psicológica, afetiva e social da mulher, sendo valorizadas as práticas de cuidados que possibilitem a mulher a vivenciar esta fase em sua plenitude, de forma segura e feliz.

5.5 O ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-PARTO

5.5.1 ANÁLISE DA CLASSE 3 - Avaliação do cuidado recebido no pós-parto: da maternidade ao posto de saúde

A classe 3 foi formada por 46 UCE e 64 palavras analisáveis, sua significância estatística foi de 17% do total. O quadro 7 apresenta as palavras completas mais representativas da classe e seus respectivos Phi. Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,18.

Quadro 7: Palavras representativas da Classe 3

Palavras	Phi
Recebi	0,35
Família	0,29
Primeira	0,29
Ajuda	0,28
Tia	0,26
Falta	0,26
Apoio	0,26
Irmã	0,24
Tranquilo	0,24
Visita	0,23
Posto	0,23
Ginecologista	0,22
Marido	0,22
Mãe	0,20

Cuidado	0,20
Levar	0,19
Nesse	0,19
Mora	0,18
Profissional	0,18

Os vocábulos ilustrativos desta classe são: recebi, família, primeira, ajuda, tia, falta, apoio, irmã, tranquilo, visita, posto, ginecologista, marido, mãe, cuidado, levar, nesse, mora, profissional. Esta classe representa o acompanhamento e o cuidado que a puérpera recebeu durante o puerpério, envolvendo o cuidado recebido pela equipe de saúde da maternidade e do posto de saúde, abordando também o apoio recebido pela família.

Nesta classe o grupo de mulheres avalia o cuidado recebido durante o período pós-parto, destacando o cuidado recebido na maternidade e a ajuda da família como fatores que contribuíram para vivenciar o pós-parto de forma mais segura, além de ressaltarem a falta de acompanhamento na atenção básica de saúde, caracterizada por diversas dificuldades, como a falta de consulta puerperal, orientações e visita domiciliar.

Nesta classe, evidenciou-se a satisfação das puérperas com o cuidado recebido no alojamento conjunto, as mulheres classificaram o atendimento recebido como bom, devido à atenção recebida pela equipe de saúde. A satisfação com o cuidado de enfermagem foi confirmada pelo fato da equipe de enfermagem se interessar pelo seu estado de saúde, suprimindo as necessidades biológicas, colaborando nos cuidados com o bebê e colocando-se disponível para ajuda por meio de ensinamentos necessários a esse período:

*Foi bom o cuidado na maternidade, foi preciso. Eu acho que ajudou sim, porque eles tiram muita dúvida da gente, que a gente sabe só o básico e o pessoal fala o que sabe, aí quando eu tive o meu filho eu fazia assim, mas com ele agora a gente sabia que não era assim (uce n° 267 Phi = 0,06 uci n° 13 : *ent_13 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_1).*

*Me ajudaram, porque eles me ensinaram, eles fizeram muita coisa por mim, eu fui muito bem atendida na maternidade, bem atendida mesmo. Não senti falta de nada, foi tranquilo (uce n° 194 Phi = 0,06 uci n° 8 : *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Foi bom, foi muito bom. Eu gostei, foi tranquilo, eu tive atenção do meu marido, da minha família, dos profissionais, não faltou nada. Tudo o que me mandaram eu fazer eu fiz. Amamentar, tudo direitinho. Eu fiz o curso de amamentação na maternidade-escola, a primeira filha a gente não tem muita experiência, então eu fiz o curso (uce n° 352 Phi = 0,05 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

*Porque elas deram muita atenção a mim e pra minha bebê, tentaram que ela pegasse o peito, tentaram me ajudar de todas as formas (uce n° 125 Phi = 0,04 uci n° 6 : *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

As representações presentes nos depoimentos acima são semelhantes e associam o cuidado de enfermagem recebido a aspectos positivos como ajuda, atenção e orientação, demonstrando que as mulheres ancoram as suas representações de cuidado na qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde.

As representações das mulheres sobre o cuidado de enfermagem envolvem o relacionamento com estes profissionais, a qualidade da assistência recebida e ao fato de ser reconhecida como principal sujeito da atenção, tendo as suas escolhas respeitadas e necessidades atendidas. Percebe-se que o modo como as relações se estabelecem no cuidado à puérpera e a valorização das tecnologias leves de cuidado em detrimento das demais, tornam-se decisivos para determinar a qualidade do atendimento recebido.

Também é possível notar que as orientações e o auxílio da equipe de enfermagem no cuidado ao bebê foram aspectos valorizados pelas puérperas em suas falas, contribuindo para a satisfação das mulheres com o cuidado recebido. Demais estudos também evidenciaram que as puérperas representavam o cuidado em saúde como o apoio e o auxílio dos profissionais no desenvolvimento da relação mãe-bebê, ou seja, as ações e orientações fornecidas pela equipe de saúde que ajudassem as mulheres a cuidarem de seus filhos (RODRIGUES et al., 2007; PAREDE; TONETE, 2008).

Sobre este assunto Guerreiro *et al.* (2012) comentam que a qualidade dos serviços de atenção à mulher, não pode se efetivar sem considerar às suas necessidades e/ou expectativas e sem ter sensibilidade e intuição para captar o que é necessário incluir no plano de cuidados da mulher, para que ela se sinta tranquila e confortada.

Dentre os aspectos positivos mais citados por mulheres internadas em maternidades públicas estão justamente a atenção e o tratamento recebido da equipe de saúde. As mulheres que vivenciaram o parto em instituições públicas associam a uma boa assistência aquela em que os profissionais são atenciosos e a uma assistência ruim, aquela em que fossem pouco atenciosos e as tratassem de forma desrespeitosa (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Os depoimentos abaixo demonstram claramente a satisfação da puérpera com o cuidado dispensado no alojamento conjunto, diante da necessidade de cuidados mais técnicos, com a valorização também, da disponibilidade para ajuda dos profissionais.

*Ela só estava me acompanhando, isso foi demais e eles tinham muito cuidado com a medicação, com o que eu estava sentindo, era dipirona direto, soro direto e eu podia chamar o tempo que fosse, eu tive muita assistência nesse período (uce n° 49 Phi = 0,04 uci n° 3: *ent_03 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_3 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Elas estavam todo tempo ali pra ajudar, o que você precisasse. Se você pedisse sim, até mesmo porque a gente tinha acompanhante, então era o acompanhante que cuidava da gente, agora elas estavam todo tempo tirando a pressão, a glicemia, vendo a temperatura sua e a do bebê, estavam todo tempo ali rodando (uce n° 327 Phi = 0,04 uci n° 17: *ent_17 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_2 *con_2).*

Percebe-se, por meio destes depoimentos, que as mulheres também associaram o cuidado recebido à realização de técnicas, como a administração de medicamentos e a verificação de sinais vitais, reconhecendo e valorizando a importância da dimensão técnica do cuidado de enfermagem no seu acompanhamento.

As palavras ajudaram, ensinaram, cuidaram e atenção, presentes nas falas das mulheres desta classe, nos remetem a profissionais responsáveis pelo cuidado, cujo interesse era de atender às necessidades das puérperas e evitar que elas se percebessem sozinhas. A preocupação com o que elas estavam sentindo, a oferta de apoio e as orientações denotam o compromisso em ampará-las em um momento de sensibilidade e fragilidade.

Isso denota que as representações sociais sobre o cuidado recebido no alojamento conjunto vem se modificando, pois de acordo com o estudo de Souza e Silva (2003) quando as mulheres vivenciavam a hospitalização na maternidade emergiam sentimentos de medo, sofrimento e abandono, que integram e permeiam a representação que a mulher constrói ao longo de sua vida, partilhando a experiência de seus pares dentro do seu grupo de pertença. A representação social sobre o alojamento conjunto possuía como elemento representacional a hospitalização e revelava a experiência de um lugar de abandono, onde as mulheres estavam submetidas a procedimentos e domínio de profissionais.

O estudo de Rodrigues et al. (2007) também encontrou achados semelhantes ao anterior, neste a maioria das puérperas referiu insatisfação com o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem durante a hospitalização dessas, e de sua permanência no Alojamento Conjunto, cujas representações eram destacadas por: lugar de abandono, falta de diálogo, atenção e orientação por parte dos profissionais, equipe de enfermagem grosseira e antiética, que fazem prevalecer o aspecto burocrático.

Isso demonstra que as representações sociais são dinâmicas e mutáveis, que podem ser reconstruídas e reformuladas ao longo da experiência vivida pelo ser humano, não se constituindo somente como reprodução de informações transmitidas, mas ficam armazenadas na memória, são decodificadas e transferidas para a sociedade, sendo modificadas e influenciadas pelos acontecimentos diários acerca de um determinado fenômeno. Quando a mulher vivencia uma experiência diferente daquela que ela esperava, ela pode repensar ou ressignificar as suas representações acerca do cuidado recebido, atribuindo um novo valor e significado a ele, e possibilitando novos conhecimentos e práticas sociais (MOSCOVICI, 2013; CARNEIRO et al., 2013).

É importante ressaltar que quando a mulher recebe ajuda dos profissionais que a assistem, e tem as suas necessidades atendidas, sendo tratadas com respeito, atenção e paciência, isso faz com que elas reelaborem suas representações acerca da hospitalização no alojamento conjunto e do cuidado ofertado. Assim, a representação da hospitalização como lugar de abandono, passa a dar lugar a outro universo, em que recebendo ajuda ela requalifica a experiência de estar hospitalizada, e passa a rerepresentar de forma positiva o cuidado recebido.

Quando a puérpera constata que teve suas necessidades atendidas, recebeu ajuda e que não está sozinha, ela considera esses elementos como indicadores de qualidade para a assistência que recebe e passa a interpretar a sua experiência de forma diferente daquela imagem que construiu ao ouvir outras mulheres do seu meio, ou mesmo a partir de experiências anteriores.

Deve-se atentar que o cuidado de enfermagem à puérpera não pode encerrar-se no alojamento conjunto, pelo contrário, deve ser contínuo e intensificar-se durante o puerpério remoto e tardio, uma vez que durante este período há a possibilidade de uma maior interação entre enfermeiro-puérpera, o que possibilita o planejamento e a execução de um cuidado centrado nas necessidades da mulher. A atenção a esse período deve ocorrer no âmbito da atenção primária, por meio da consulta puerperal e da visita domiciliar.

Apesar disso, os relatos das mulheres evidenciam que após receberem alta da maternidade, muitas delas não receberam mais nenhum tipo de cuidado, uma vez que não tiveram o acompanhamento dos profissionais do posto de saúde. A ausência de consulta puerperal e visita domiciliar para muitas mulheres compromete o acompanhamento da saúde destas no período pós-parto. As puérperas revelaram sentir falta do cuidado

profissional após receberem alta, e a carência de maiores orientações que poderiam tê-las ajudado a vivenciar esse período delicado:

*Não recebi visita de ninguém do posto na minha casa. Seria bom a visita de um profissional para tirar as dúvidas da gente e dar mais informações, porque a gente tem muita dúvida se está se cuidando do jeito certo, se está tendo os cuidados certos com o bebê (uce n° 332 Phi = 0,07 uci n° 17: *ent_17 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Não recebi nenhuma visita dos profissionais do posto. Depois que sai da maternidade não recebi mais nenhuma orientação, porque é um momento que a gente fica muito frágil e precisa de atenção e cuidado (uce n° 243 Phi = 0,05 uci n° 12: *ent_12 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Nada, nada, nada, até a visita que a minha vó ligava, pra eles virem aqui, me dar uma ajuda, essas coisas né, até agora nada. Eu acho que prejudica, era para eles virem, me dar um apoio, conversar, porque mãe que é de primeira assim, não tem muita experiência, precisa de experiência, pra eles orientarem como deve fazer, como não deve (uce n° 26 Phi = 0,03 uci n° 2 : *ent_02 *ida_2 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

A dificuldade para conseguir marcar uma consulta e ser atendida no posto de saúde fez com que a puérpera abaixo desistisse do acompanhamento do posto, e fosse buscar atendimento em outros locais:

*E eu era a última da fila, aí eu e minha mãe fomos embora, vamos dar um jeito de arrumar dinheiro ou levar para ser atendida em outro local. Desde esse dia, eu não precisei mais do posto não (uce n° 125 Phi = 0,04 uci n° 6 : *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

De acordo com as falas acima, as mulheres representam o puerpério como um período “delicado” e “frágil”, e por isso necessitam de ajuda, apoio e atenção dos profissionais de saúde para que possam conduzir o seu cuidado e o do filho da maneira “certa”, e vivenciar esta fase de forma mais tranquila e segura. Quando as puérperas não recebem o cuidado que necessitam se sentem frágeis e vulneráveis, ficando receosas quanto aos cuidados que devem ter em relação a si e ao seu filho.

No estudo de Souza et al. (2008) o autor concorda com isto, pois afirma que o período pós-parto é caracterizado por modificações fisiológicas, psicológicas e sociais, e por isso, faz-se indispensável o acompanhamento dos profissionais de enfermagem no que se refere ao apoio e atenção às necessidades das puérperas no campo da reorganização psíquica, familiar e social.

A falta de orientações pelos profissionais de saúde à mulher no puerpério é algo que deve ser revertido na perspectiva da humanização e da qualidade do cuidado em

saúde. Isto demanda reflexões sobre a atuação dos profissionais neste período, pois a presença de conhecimentos essenciais poderia apoiar a puérpera a enfrentar esta fase da vida com mais segurança (VIEIRA et al., 2013).

As puérperas representam o cuidado em saúde da atenção primária como insatisfatório, uma vez que não atendeu às demandas de apoio, cuidado, diálogo e orientação expressas pelas mulheres que vivenciam este período. Essas puérperas ressaltam a necessidade de que os profissionais e serviços de saúde da atenção básica voltem a sua atenção para o período pós-parto, instrumentalizando a mulher, por meio de ensinamentos, para desenvolver o cuidado de si e do seu filho, tornando-a apta para o desempenho da maternidade.

A educação em saúde passa então a se constituir como uma estratégia potencializadora do cuidado de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal, sendo capaz de promover a adoção de medidas importantes e benéficas para a saúde materna e infantil (BUSANELLO et al., 2011).

É relevante destacar a importância do papel do enfermeiro frente à atenção à mulher no pós-parto, por meio de uma assistência integral, qualificada e humanizada, centrada nas necessidades da mulher, prestando o apoio necessário no seu processo de reorganização frente às modificações advindas com a maternidade (PRIOGIANTI; MOUTA, 2009).

Sendo assim, a puérpera precisa de alguém que esclareça as dúvidas e lhe transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho materno (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). Deve-se ressaltar que apesar de poucas mulheres terem realizado a consulta puerperal nesse estudo, essa é um direito de todas as mulheres no pós-parto, e é o momento de encontro do enfermeiro com a puérpera, em que essas dúvidas podem ser esclarecidas (LANDERHAL et al., 2007; BRASIL, 2001).

Com relação a visita domiciliar, no estudo de Rodrigues et al. (2006), ela foi considerada como um suporte que contribuiu para a vivência do período puerperal de forma mais segura. O domicílio foi definido pelas puérperas como um importante cenário para a extensão do cuidado de enfermagem hospitalar, uma vez que elas não se sentiam preparadas e seguras para o desempenho do novo papel.

O cuidado em domicílio pode proporcionar mais conforto e oportunidade para que a puérpera apresente suas reais condições de vida, o que permite ao enfermeiro

relacionar esta realidade com as necessidades identificadas, bem como os cuidados de enfermagem necessários e possíveis de serem realizados (BERNALDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Assim, a visita domiciliar torna-se um importante suporte para o processo de educação em saúde, por se constituir em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a adaptação da mulher na vivência desta nova fase.

A ausência da visita domiciliar e da consulta puerperal podem comprometer a adaptação da mulher a este período, e colocar em risco a sua saúde, uma vez que é por meio destes encontros que o enfermeiro pode instrumentalizar a mulher para realizar o seu autocuidado e os cuidados do filho com segurança e plenitude, promover saúde para a puérpera e seu filho e prevenir complicações.

O enfermeiro deve buscar conhecer as representações das mulheres acerca do período pós-parto e as práticas de cuidado socialmente adotadas neste período, somente assim o processo de ensino-aprendizagem poderá ocorrer de forma efetiva, valorizando os conhecimentos e experiências prévias da puérpera e seus familiares para que estes se sintam realmente amparados (BERNALDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Os depoimentos das puérperas desse estudo demonstram que as mesmas estão se sentindo prejudicadas devido à falta de acompanhamento no período pós-parto tardio e remoto, e que esta é uma realidade que deve ser urgentemente modificada. Assim, é notório a necessidade de reorganização das ações da atenção básica de saúde, propiciando a atenção adequada ao período pós-parto e a efetivação da consulta puerperal e visita domiciliar nos postos de saúde.

Algumas multíparas que tiveram a oportunidade de realizar a consulta puerperal questionam a qualidade da mesma, uma vez que não receberam o suporte necessário, e que, em alguns casos, o foco da atenção dos profissionais foi somente a criança. Essas mulheres revelam nas suas falas terem conhecimento acerca dos cuidados necessários no período puerperal, devido às suas experiências pregressas, e que utilizavam este saber próprio para se guiarem:

*Não, orientação não recebi, porque eu já sabia da outra vez. Estou sendo sincera, não tive cuidado do posto, nem orientação, nunca consegui uma consulta pra ela (uce n° 201 Phi = 0,03 uci n° 9 : *ent_09 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

*E a orientação, a orientação até a gente sabe, a medicação, o que deve tomar, o que não deve, eu tomo as injeções, porque eu já tomava anteriormente. Mas o acompanhamento que eu tive foi só da criança mesmo, em relação a mim, assim uma orientação, uma ginecologista pra te orientar, alguém pra te orientar assim não tem, está entendendo (uce n° 287 Phi = 0,05 uci n° 14 : *ent_14 *ida_2 *par_2 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_1 *con_1)*

*Depois que eu sai da maternidade não recebi nenhuma vista do posto, também não tive orientação. Senti falta sim, porque eu acho que é importante ter um acompanhamento pra você e o seu filho nesse período tão delicado (uce n° 372 Phi = 0,08 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

De acordo com Shimizu e Lima (2009) durante esta fase puerperal, a mulher depara-se com situações adversas ao seu bem estar, por isso faz-se necessário que haja o envolvimento e a participação ativa dos profissionais e dos usuários na consulta puerperal, o que pode ser alcançado por meio da troca de saberes e informações entre enfermeiro e puérpera no sentido da promoção do autocuidado.

Ao contrário do que se tem observado nesse estudo, a consulta puerperal deve ser uma realidade nos serviços de saúde, pois trata-se de um valioso instrumento de promoção à saúde e bem estar das mulheres que buscam cuidados, sobretudo no pós-parto, quando mudanças físicas, emocionais e sociais estão ocorrendo (ANGELO; BRITO, 2012).

Além disso, as falas das mulheres expressam que as demandas de cuidado durante o puerpério são grandes, e que, na maioria das vezes, é no meio familiar que as mulheres recebem ajuda e apoio para vivenciar o período pós-parto. A ajuda e as orientações proporcionadas por membros da família é valorizado pela puérpera como o suporte necessário para se adaptar a esta fase:

*Consegui me cuidar, porque minha irmã que fazia as coisas pra mim, ela morava vizinho a mim, ai ela me ajudava sempre (uce n° 292 Phi = 0,06 uci n° 15: *ent_15 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_1).*

*Só a minha irmã que me ajudou, ela me levava para os cantos, fazia os exames, conversava comigo, me ajudava em algumas coisas que eu não podia, porque o meu marido trabalha, ele não tem tempo. Só a minha irmã mesmo que me ajudava e me orientava (uce n° 346 Phi = 0,03 uci n° 18 : *ent_18 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_1 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

A família exerce um papel fundamental de apoio e suporte nesta fase de aprendizagem e adaptação que é o puerpério, ajudando as mulheres com as demandas de cuidado que surgem neste período. Diante disso, é importante que os profissionais de saúde envolvam os familiares no cuidado à puérpera, estimulando estes para que sua

participação seja de maneira a promover a independência precoce da puérpera no cuidado com o filho e no seu autocuidado (SILVA; NAKANO; GOMES, 2009).

Quando as mulheres não tem o suporte e ajuda da família no puerpério, elas consideram que estão sozinhas, e atribuem a isto o fato de não conseguirem se cuidar. O cuidado de si fica em segundo plano, uma vez que a mulher tem que ser responsável pelo cuidado da casa, do filho e do marido:

*Tem que cuidar dela, tem que cuidar da casa, cuidar de tudo, aí eu sozinha não me cuidei, não tive descanso. Só recebi apoio do meu marido, assim, ajuda entre aspas, porque ele não deixou faltar nada e, às vezes, ficava com ela pra eu fazer o almoço e a janta (uce n° 72 Phi = 0,05 uci n° 4: *ent_04 *ida_2 *par_2 *sit_3 *esc_1 *tra_1 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Essa daqui eu não tive resguardo, fiquei sozinha, não tive como ter resguardo, eu cuidava dele. Recebi apoio só do meu marido, mais ninguém. Os familiares diziam que era pra eu ter cuidado, não era pra eu fazer isso, deixasse que o meu marido fazia, mas eu sempre fazia (uce n° 5 Phi = 0,04 uci n° 1 : *ent_01 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Diversos estudos evidenciam isso, pois quando as mulheres são questionadas sobre o cuidado de si no pós-parto, elas acabaram direcionando suas falas para a atenção e o cuidado com os filhos, o marido e a casa, demonstrando que a preocupação consigo está em segundo plano (MONTEIRO, 2011; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012; SILVA; NAKANO; GOMES, 2009).

Diante disso, a construção do plano assistencial voltado à puérpera pelo enfermeiro não pode deixar de lado o senso comum, deve valorizar os valores e experiências trazidos pela mulher. Esses se diferenciam de acordo com as interpretações e significados atribuídos por estas ao resguardo. Através de uma boa interação é possível incorporar novos conhecimentos, ampliar a autoconfiança do sujeito e fazer com que as ações dos profissionais sejam de efetivo suporte para as puérperas.

5.6 A ORIENTAÇÃO NO PERÍODO PUERPERAL

5.6.1 ANÁLISE DA CLASSE 4 – A Orientação no pós-parto: o cuidado com a amamentação e a alimentação da nutriz

A classe 4 formou-se na última repartição do *corpus*, juntamente com a classe 5, devido a isso, seus conteúdos são um pouco aproximados, por serem as últimas a sofrerem a divisão. Esta classe foi formada por 26 UCE e 43 palavras analisáveis, sua significância estatística foi somente de 10% do total. O quadro 8 abaixo apresenta as palavras completas mais representativas desta classe e seus respectivos Phi. Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,16.

Quadro 8: Palavras representativas da Classe 4

Palavras	Phi
Refrigerante	0,42
Explicou	0,32
Leite	0,30
Amamentação	0,29
Meses	0,27
Peito	0,27
Dar	0,26
Os	0,25
Orientou	0,25
Dentinhos	0,23
Relação	0,23
Alimentação	0,20
Mama	0,20
Vão	0,20
Primeiros	0,20
Bebê	0,18
Causas	0,18
Falaram	0,16
Quisesse	0,16
Suco	0,16

Os vocábulos mais ilustrativos desta classe são: refrigerante, explicou, leite, amamentação, meses, peito, dar, orientou, dentinhos, relação, alimentação, mama, vão, primeiros, bebê, causas, falaram, quisesse, suco.

Essas palavras expressam as orientações recebidas pelas puérperas durante o período puerperal, e o que se pode observar pelas palavras de maior associação com essa classe e pelas UCE é que esses ensinamentos estão envoltos primordialmente para a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e os cuidados com a alimentação da puérpera com vistas a contribuir com o processo de aleitamento materno.

Os relatos das puérperas enfatizam que as orientações recebidas pela equipe de enfermagem estão voltadas primordialmente para a questão da amamentação. Os benefícios do aleitamento exclusivo são ressaltados na perspectiva do desenvolvimento saudável da criança:

*Elas falavam da importância que o bebê fique imune, é bom quando os dentinhos vão nascer, e pra saúde, e elas disseram que eu fizesse de tudo pra dar até os seis meses, e eu tinha muito leite, ficava todo pedrado (uce n° 260 Phi = 0,09 uci n° 13 : *ent_13 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_1).*

*Só ensinavam a amamentar. Ajudou, ajudou a colocar no peito. A saúde do bebê, até na questão quando começar a nascer os dentes, é um alimento saudável, que vem da mãe (uce n° 299 Phi = 0,06 uci n° 15 : *ent_15 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_1).*

*Eu estimulava mesmo assim, aí no outro dia teve aquele colostro que tem. Eu ficava lutando, no outro dia ela começou. Elas falavam que a criança ia ser mais sadia, até o sexto mês era alimentação completa, não precisava nem de água, tanto para ela, quanto para mim (uce n° 370 Phi = 0,04 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

*A amamentação só a posição do bebê, de barriga ou virado aqui pra gente. Elas sempre conversavam para amamentar até os seis primeiros meses, até mesmo por causa da saúde do bebê, pra ele ficar bem e tudo, mas não é aquela coisa bem explicada (uce n° 329 Phi = 0,07 uci n° 17: *ent_17 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_2 *com_1).*

Evidencia-se nos discursos das puérperas que o leite materno está associado às palavras “imune”, “alimento saudável”, “alimento completo”, e “saúde do bebê”. Isso deve-se às orientações recebidas pelos profissionais de saúde, que reforçam que a prática do aleitamento materno deve ser exclusiva até os seis meses de idade da criança, pois o leite é considerado o alimento mais saudável e completo para a criança, que irá lhe proteger contra as doenças e contribuir para o desenvolvimento dos dentes.

Entretanto, a amamentação não se limita apenas a fatores biológicos, envolvendo, também, aspectos culturais, sociais e históricos. É preciso repensar esses discursos ainda dominantes na área da saúde, que vislumbram a amamentação sob uma perspectiva biologicista, de forma a valorizar, além da dimensão biológica, os fatores culturais que influenciam diretamente no ato de amamentar (JUNGES et al., 2010).

As puérperas entrevistadas representam o aleitamento materno como importante na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável do filho. Essas mulheres tem acesso ao conhecimento do universo reificado que é partilhado e difundido nos momentos de encontro com os profissionais de saúde e com outros pares do seu grupo de pertença, por meio das campanhas veiculadas pelas mídias acerca do aleitamento

materno e por suas experiências pregressas, incorporando esse discurso técnico ao seu saber, e se orientando a partir deste (MOSCOVICI, 2013).

Deve-se ressaltar que as orientações dos profissionais também deveriam ter envolvido as vantagens da amamentação para a mulher, uma vez que esta prática também traz grandes benefícios para a saúde materna. Andrade et al. (2009) concordam com isto ao afirmarem que o aleitamento materno é fundamental para a promoção e proteção da saúde integral da mulher e da criança, uma vez que o leite humano é considerado alimento ideal nos primeiros meses de vida do bebê em virtude de suas propriedades nutricionais e anti-infecciosas, além das vantagens psicossociais para o binômio mãe-filho.

O estudo realizado por Frota et al. (2009) também revelou que a maioria dos relatos pertinentes ao conhecimento sobre a amamentação elegeu a criança como única beneficiada pelo ato de amamentar, desconsiderando as vantagens psicossociais dessa prática para a construção e fortalecimento de vínculos entre o binômio mãe-filho. Essa compreensão reducionista demonstra a significativa influência do modelo higienista na prática do aleitamento como fenômeno natural que garante saúde, em detrimento do vínculo afetivo que se estabelece, tão importante para a saúde emocional da mãe e da criança.

Apesar do vasto conhecimento científico acerca dos benefícios da amamentação, as vantagens mais difundidas sobre o aleitamento materno se referem à saúde da criança. As mulheres ancoram a amamentação no processo saúde-doença, ou seja, a amamentação é importante porque o leite materno representa “remédio” e evita doenças na criança. Essas mulheres ancoram a amamentação no senso comum de que saúde é simplesmente ausência de doença e objetivam o leite humano como um veículo protetor de doenças. As mães compartilham o conhecimento teórico do aleitamento materno em um conhecimento típico do universo reificado (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007).

As primíparas relataram a ajuda recebida pela equipe de enfermagem para amamentar, enfatizando que os profissionais contribuíram com essa prática por meio do apoio, acompanhamento e realização de massagem para evitar o ingurgitamento do seio e facilitar a descida do leite. Estas mulheres vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal pela primeira vez, o que pode gerar mais dúvidas, inseguranças e anseios, por isso necessitam de atenção e ajuda redobrada dos profissionais:

Só isso mesmo, ajudavam, porque sempre os meus seios ficavam muito duros e doía muito, aí elas vinham, ensinavam a dar as massagens pra poder ir liberando o leite

(uce n° 170 Phi = 0,04 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).

A entrevistada 08 é um sujeito típico da classe 4 (Phi=0,18), trata-se de uma mulher jovem, primípara, que vive sem companheiro e que discursa principalmente sobre a amamentação.

*Nos primeiros meses, eu assisti uma palestra de amamentação, aí eu fui aprendendo com essa palestra. Ai na maternidade elas ficavam sempre olhando, vendo se estava dando de mamar direitinho, se ela estava pegando o peito (uce n° 190 Phi = 0,04 uci n° 8 : *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

O discurso acima evidencia que os ensinamentos acerca da amamentação iniciaram desde os primeiros meses da gestação, por meio de uma palestra realizada ainda no pré-natal, o que reforça a importância do processo educativo perpassar todo o ciclo gravídico-puerperal para que possa ter real significado para a puérpera e influenciar o cuidado realizado por esta.

Rocha et al.(2010) reforçam que o profissional de saúde assume um papel importante no incentivo ao aleitamento materno, devendo promover, apoiar e instruir a nutriz através do acompanhamento pré-natal, após o nascimento no alojamento conjunto e durante a puericultura.

A amamentação é considerada um complexo que envolve a cultura, o valor, o social, o biológico e o emocional, devendo ir além das orientações quanto ao manejo. O profissional pode cuidar da mãe primípara na perspectiva de estimular a amamentação exclusiva, evitando o desmame precoce. Por isso, é fundamental que o enfermeiro não cuide somente com abordagem técnica, mas que sua perspectiva seja ampliada, através de uma assistência associada aos aspectos socioculturais da amamentação (ALMEIDA et al., 2010).

Pode-se traduzir o apoio recebido pelas mulheres desse estudo como apoio instrumental que engloba a ajuda prática, a transmissão de conhecimentos e o incentivo para a prática de amamentar. No que diz respeito à influência do apoio profissional para a iniciação e duração da amamentação, pesquisas vêm demonstrando que, embora possa variar, conforme os contextos social e cultural em que a mulher está inserida, há influência positiva na iniciação e duração da amamentação pelo apoio formal, e a ajuda prática parece ser o meio mais efetivo para os profissionais de saúde oferecerem apoio à amamentação (MULLER; SILVA, 2009).

As primíparas relataram terem recebido orientações de como amamentar (pega correta da mama pelo bebê e sua posição durante amamentação) pelos profissionais de saúde do Alojamento conjunto e pelos familiares, o que se percebe nos seguintes depoimentos:

*Eles falavam sobre a forma de amamentar ela. Pra ela amamentar melhor, quando abrisse a boca colocasse a aréola do peito na boquinha dela, pois é muito bom, eu não sabia de nada (uce n° 185 Phi = 0,06 uci n° 8: *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Da minha mãe, porque eu confiava. Ela me explicou tudo o que eu tinha que saber, que eu não podia pegar peso, não podia me abaixar, me orientou até como eu pegar ela e dar o peito pra ela, porque no começo ela não pegava o meu peito (uce n° 92 Phi = 0,06 uci n° 5: *ent_05 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Esses ensinamentos contribuem para o sucesso da amamentação e para a prevenção de complicações como mastite e ingurgitamento, as quais podem interferir negativamente no evento da amamentação.

Outra orientação enfatizada no período puerperal foram os cuidados com as mamas: as mães foram orientadas a realizar ordenha para facilitar a apojadura, a tomar banhos de sol para evitar fissuras, como também a realizar a limpeza do seio. Isto é evidenciado nas falas a seguir, reforçando que a atenção da equipe de saúde está mais voltada para os aspectos relacionados ao aleitamento materno:

*Eles diziam para dar sempre banho de sol, quando for amamentar sempre lavar o peito e cuidar dele direitinho. Essas coisas, alimentação, não dar nada além do leite (uce n° 167 Phi = 0,05 uci n° 7: *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Eles falavam que tinha que lavar os seios, tinha que expor ao sol, pra massagear pra facilitar a descida do leite (uce n° 241 Phi = 0,05 uci n° 12: *ent_12 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_2 *con_2).*

A orientação adequada e o apoio à mãe por parte da equipe de saúde no início da amamentação são fundamentais para evitar problemas e favorecer o sucesso do processo de aleitar. São tecnologias leves, sem sofisticação, fáceis de serem executadas na prática clínica e que podem contribuir para o estabelecimento e manutenção desta prática (FONSECA et al., 2012; STRAPASSOM; NEDEL, 2010).

Percebe-se nesta classe que a educação em saúde realizada pelos profissionais priorizou os cuidados com a amamentação, uma vez que a prática do aleitamento materno é algo que só pode ser realizada pela mãe e representa a sobrevivência e a saúde da criança. Observa-se uma ditadura do leite, com a representação de que a mãe precisa se doar e se

não amamenta, ela é menos mãe. A mulher fica a margem desse cuidado, desse aprendizado, como se após o nascimento do filho, deixasse de existir, de ser mulher para ser somente mãe (GUERREIRO, 2012).

A forma como se percebe a amamentação está relacionada às vivências no seio familiar e a herança cultural. Aquelas que tiveram a experiência de serem amamentadas e que tem em sua família apoio e incentivo ao aleitamento materno trazem aspecto muito mais emocional. No entanto há outras situações em que as experiências remetem principalmente para questão biológica representada pelo desenvolvimento da criança, prevenção de doenças, nutrição e saúde (SANTOS et al., 2012).

Além disso, evidenciou-se nesta classe que a educação em saúde realizada no período puerperal abordou além da amamentação, os cuidados com a alimentação da nutriz. As orientações quanto a alimentação foram ressaltadas na perspectiva do sucesso do aleitamento materno, as puérperas foram instruídas em relação aos cuidados com a alimentação para aumentar a produção do leite e promover a saúde da criança, conforme percebe-se nos depoimentos abaixo:

*Beber muito líquido, suco, porque podia dar mais leite. Diziam que a criança ia crescer mais forte e amamentar até os seis meses, porque é bom pra ela e pros dentinhos que vão nascer (uce n° 189 Phi = 0,08 uci n° 8 : *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Quando eu sai, teve uma enfermeira que veio pra poder dar alta e me orientou a dar banho, a alimentação, não comer comida gordurosa, não tomar refrigerante, tomar suco pra criar mais leite, sempre procurar comida saudável pra poder o leite progredir e continuar amamentando (uce n° 282 Phi = 0,05 uci n° 14 : *ent_14 *ida_2 *par_2 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_1 *con_1).*

No universo consensual das puérperas uma alimentação saudável, baseada em alimentos naturais como frutas e verduras e o aumento da ingestão de líquidos é indispensável para a produção de um leite forte e saudável, contribuindo para o desenvolvimento e saúde da criança.

As representações sociais exteriorizadas nos discursos das mulheres revelam a apreensão de aspectos do conteúdo científico acerca do aleitamento materno, consiste, portanto, na racionalidade científica reinterpretada à luz do conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2013). Os significados atribuídos ao aleitamento materno trazem conteúdos reelaborados das teorias sobre alimentação materna, que circulam no cotidiano de vida dessas mulheres, por meio do contato com os serviços de saúde, práticas

assistenciais, sociedade, familiares e com conteúdos simbólicos veiculados em vários canais de informações.

De acordo com Baião e Deslandes (2006), o puerpério é um período no qual se aplicam tanto a prescrição quanto a proibição de alimentos em prol da saúde da mãe e do bebê. Nesse período, a nutriz obedece a uma dieta rigorosa e cheia de restrições com o objetivo de garantir o bem-estar e a recuperação da mulher, além de oferecer um leite de melhor qualidade para o seu filho, o que vai ao encontro aos dados encontrados neste estudo.

Vaucher e Durman (2005) observaram nos relatos das mães entrevistadas a existência da crença de que a sua alimentação interferia no aleitamento materno. Já no estudo de Marques et al. (2011), os autores identificaram que as mulheres consideram necessário ter uma alimentação especial durante a lactação, e quanto aos benefícios desta alimentação saudável estão: evitar o enfraquecimento materno durante a amamentação, fortalecer e dar mais sustância ao leite materno e beneficiar o bebê com um alimento mais saudável.

Durante o puerpério é necessário uma atenção especial para as escolhas alimentares, pois neste estado fisiológico o significado cultural da alimentação (as permissões e as proibições alimentares) merece destaque, por ser considerado um aspecto importante tanto para a mulher, quanto para os indivíduos que convivem com a mesma. Mais especificamente, quanto ao hábito alimentar da nutriz, os alimentos permitidos e os proibidos têm como objetivo a recuperação da mulher, bem como o incremento no volume e na qualidade do leite materno produzido (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

As puérperas também compreendem que o uso de certos alimentos artificiais, com produtos à base de cafeína, como o café, refrigerante e chocolate devem ser evitados durante a amamentação, uma vez que podem ocasionar cólicas e alterar o funcionamento intestinal da criança:

*E a alimentação, eu não comia o que pudesse passar pra ele, era refrigerante, era chocolate e mais o que diziam que pode dar cólica para a criança (uce n° 271 Phi = 0,06 uci n° 14 : *ent_14 *ida_2 *par_2 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_1 *int_1 *con_1).*

*Ai ela me explicou tudo isso e outras coisas que o pessoal fala mesmo, de antigamente, que não é pra comer por causa da criança, que a criança tem dor de barriga, não pode comer chocolate, beber refrigerante, que a criança vai ficar com gases e com cólica (uce n° 93 Phi = 0,05 uci n° 5 : *ent_05 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Era a mesma alimentação, só não tomava café, refrigerante, só comendo fruta, com bastante suco e passava leite, por causa do bebê (uce n° 293 Phi = 0,04 uci n° 15 : *ent_15 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_1).*

No estudo de Marques et al.(2011), os autores encontraram achados semelhantes ao deste, pois constataram que a dieta da nutriz, segundo as mulheres entrevistadas, apresenta alimentos que precisam ter seu consumo moderado ou mesmo evitado, entre os mais citados estão: *alimentos quentes* (chocolate, pimenta, amendoim, mel, peixe), *alimentos reimosos* (carne de porco, ovo), além de alimentos ácidos, azedos, gordurosos, doces, bebida alcoólica, café, refrigerante, dentre outros. Ainda em relação às proibições, estes alimentos deveriam ser evitados, pois quando consumidos poderiam causar desconforto na criança, principalmente dor de barriga.

Os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui (BRAGA, 2004). Dessa forma, a alimentação da mulher enquanto nutriz tem uma forte significação para ela e os seus pares de pertença, a mulher é cobrada por todos a ter uma alimentação saudável, uma vez que os seus hábitos alimentares têm forte associação com a saúde e bem-estar da criança.

De acordo com Daniel e Cravo (2005), a prescrição de alimentos, segundo a teoria popular, repousam numa certa observação e experimentação, de maneira que, apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais, não devem ser consideradas irracionais ou desprovidas de uma lógica e/ou consistência interna, mas principalmente devem ser captadas pela riqueza que contêm.

Sob esta lógica, é de suma importância que os profissionais valorizem o conhecimento do senso comum, e busquem conhecer o cenário em que essas mulheres estão inseridas e os seus hábitos alimentares durante o puerpério e a amamentação, somente assim poderá englobar o saber popular no planejamento da educação em saúde, de maneira a orientar as puérperas sem desvalorizar seus hábitos e crenças, otimizando as suas ações e conseguindo uma maior aceitação e execução das orientações dadas.

A puérpera abaixo relata não ter recebido orientações em relação ao cuidado de si, somente em relação à criança, reforçando que o foco da educação em saúde praticada pelos profissionais no pós-parto é sempre a criança:

Em relação a mim que eu me lembre não. Elas sempre falavam do neném, mas de mim não. Não tomar refrigerante, essas coisas, evitar salgado para não prejudicar

*tanto a mama, e pra mim não ficar gorda (uce n° 169 Phi = 0,04 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

No estudo de Rodrigues *et al.* (2014), assim como neste, também foi possível identificar a insatisfação de algumas mulheres com a assistência recebida no período puerperal, em razão da falta de interesse e atenção da equipe de saúde às suas necessidades, além da carência de orientações sobre os cuidados que as puérperas deveriam ter consigo e com o seu recém-nascido, concentrando-se em orientações relativas à amamentação.

Isto corrobora que os profissionais têm atuado sob uma visão biologicista e fragmentada, negligenciando muitas vezes atividades educativas tanto em âmbito individual como coletivo (COSTA *et al.*, 2009).

Os profissionais devem envolver no seu cuidado e nas suas orientações não somente a criança, mas também reunir seu universo de relações, considerando que a família e a criança se tornam um só cliente. A partir dessa conduta, o foco da assistência estará centrado na humanização e fará com que a mulher e sua família também se sinta acolhida e valorizada (BOTELHO *et al.*, 2012).

5.7 O CUIDADO DA FAMÍLIA NO PUERPÉRIO

5.7.1 ANÁLISE DA CLASSE 5 – Significados atribuídos ao cuidado familiar

Esta classe se formou na última repartição do *corpus*, juntamente com a classe 4, sendo composta por 23 UCE e por 48 palavras analisáveis, sua significância estatística foi somente de 9% do total. O quadro 9 abaixo apresenta as palavras completas mais representativas desta classe e seus respectivos Phi. Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,18.

Quadro 9: Palavras representativas da Classe 5

Palavras	Phi
Corpo	0,33
Vó	0,28
Banho	0,26
Suco	0,25
Dando	0,25
Cabelo	0,25
Sozinha	0,25
Comer	0,22
Ano	0,22
Dava	0,22

Mãe	0,21
Pegar	0,22
Tomar	0,22
Direto	0,22
Tempo	0,21
Complicado	0,20
Ajuda	0,19
Neném	0,19
Iam	0,18
Sogra	0,18

Os vocábulos mais representativos da classe 5 foram: corpo, vó, banho, suco, dando, cabelo, sozinha, comer, ano, dava, mãe, pegar, tomar, direto, tempo, complicado, ajuda, neném, iam, sogra.

Estas palavras representam a ajuda recebida da família durante o puerpério, retratando os membros da família que foram provedores de cuidado e as orientações repassadas por estes. Diante disso, esta classe trata da ajuda e do cuidado recebido pelos membros da família, e aborda também as dificuldades das puérperas realizarem o seu autocuidado quando não tinham algum parente para apoiá-las.

As puérperas abordam em seus discursos a importância da ajuda da família nos cuidados com a criança, enfatizando que a mulher só consegue suprir as suas necessidades, como tomar banho, se alimentar e se cuidar quando algum membro da família assume o cuidado da criança:

*Todo mundo, mãe, pai, avós, tias, as primas, a família em si todinha. Quando eu precisava tomar banho, eles ficavam com a neném, pra mim comer ficavam com ela, colocavam ela pra dormir, era quando eu podia fazer as coisas (uce n° 184 Phi = 0,08 uci n° 8 : *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Continuo me cuidando, minha mãe ela me ajudava em tudo. Mãe pega ali, me ajuda a pegar aquilo, mãe faz isso pra mim, mãe pega ela no berço, ele também, o pai dela me ajudava em muita coisa (uce n° 113 Phi = 0,05 uci n° 6 : *ent_06 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

No universo simbólico destas mulheres, o cuidado familiar tem como significado apoio, ajuda e atenção. A família é representada como o suporte necessário para que a mulher consiga vivenciar o puerpério, oferecendo auxílio e ajuda nas atividades cotidianas e nos cuidados com o bebê, o que possibilita a mulher se dedicar ao seu cuidado.

É importante destacar que, após o parto, a mulher está mais vulnerável às inúmeras influências do seu meio, devido às mudanças ocorridas na maternidade e às demandas que surgem devido a esse novo papel, mas é justamente neste período que as

mulheres mais recebem o auxílio de familiares. A ajuda nas atividades cotidianas cria um ambiente mais tranquilo, menos sobrecarregado para a mulher, favorecendo o desempenho da mulher em seu novo papel, o de mãe, o que permite também maior dedicação ao seu cuidado (MARQUES et al., 2009).

Apesar da ajuda recebida pelo marido e pela sogra, a puérpera abaixo demonstra preocupação por ter se ausentado nos cuidados ao seu filho, devido à falta de tempo, associando que a criança não ganhou peso e adoeceu devido ao fato da mãe não ter tido tempo para amamentá-lo e não ter assumido completamente o seu cuidado:

*Meu esposo que me dava ajuda quando chegava à noite, a alimentação eu tinha que comer na minha irmã. Ele não estava ganhando peso por conta disso, porque eu estava sem tempo de dar de mamar a ele, meu filho passou quinze dias na minha sogra, quando completou um mês e vinte dias ele se internou com infecção urinária (uce n° 291 Phi = 0,03 uci n° 15 : *ent_15 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_1).*

O discurso abaixo retrata a dificuldade e angústia da puérpera diante a responsabilidade de prover os cuidados ao seu filho, a família surge como o suporte necessário a esse período, ajudando a mulher a se adaptar às suas novas responsabilidades e a desempenhar o seu papel materno. Além disso, a puérpera revela a sua concepção acerca do aleitamento materno, associando que essa prática tem reflexos na saúde e no corpo da mulher, uma vez que possibilitou o restabelecimento do seu corpo ao estado pré-gravídico.

*Não malhava, nem nada não. Voltei ao meu corpo normal rápido só dando de mamar, minha mãe, minha sogra e minha madrinha me ajudaram com a bebê, eu chorava muito, eu ficava agoniada, aí elas vinham pegavam, acalentavam ela (uce n° 198 Phi = 0,08 uci n° 9 : *ent_09 *ida_1 *par_2 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

O apoio familiar apresenta-se então como benefício e estratégia no auxílio para a puérpera na superação das adversidades do cuidado com o recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento de sua própria competência e possibilidades de amadurecimento, desenvolvendo segurança frente ao papel da maternidade (BERGAMASHI; PRAÇA, 2008).

Em relação as vantagens da lactação para a mulher, as puérperas trazem consigo representações de que a amamentação contribui para que corpo da mulher volte ao normal, ou seja, ao que era antes da gestação (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009).

Segundo Rea (2004), os benefícios da amamentação para a saúde da mulher englobam desde a recuperação do peso pré-gestacional mais precocemente, até a

involução uterina mais rápida e a menor incidência de cânceres (principalmente de mama e de ovários), de artrite reumatóide e de alguns tipos de fraturas ósseas.

Quando as puérperas não podem contar com a ajuda e acompanhamento contínuo de algum familiar, a sua rede de apoio fica comprometida, a mulher se considera sozinha neste período, e apresenta dificuldades para suprir todas as demandas de cuidado que lhe são impostas, ficando o cuidado de si em segundo plano, uma vez que a prioridade é o cuidado ao filho, conforme pode-se inferir dos relatos abaixo:

*De vez em quando dar, mas é bem difícil eu conseguir me cuidar, eu não tenho mais tempo pra fazer uma unha, hidratar o cabelo, não dá não, se não for no banho ali rápido, por enquanto que o meu esposo fica ali com a neném, ou minha irmã fica com a neném (uce n° 35 Phi = 0,08 uci n° 3 : *ent_03 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_3 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2)*

*Meu resguardo foi bem complicado, porque minha mãe não podia ficar direto comigo, então tive que se virar praticamente só, ela vinha quando ela podia, me ajudar, e eu sempre tinha que me levantar pra pegar a neném (uce n° 129 Phi = 0,06 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Mais ai foi difícil, porque o quanto ela podia ela ficava aqui comigo, mas quando ela não podia eu tinha que ficar sozinha, então era complicado. Foi só ela que me ajudou, tanto no hospital, como aqui em casa, ela pegava a neném, ela não banhava, porque ela tinha medo, ele era novinho, ai a vizinha dela que banhava (uce n° 147 Phi = 0,05 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Eu só tomava banho mesmo, prendia o cabelo, passei dias sem lavar o cabelo, era ruim mesmo, não tinha tempo mesmo para cuidar de mim. A minha vó sempre ia me ajudar, ia lá dividir, pegar ela, banhar ela (uce n° 252 Phi = 0,04 uci n° 13 : *ent_13 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_1).*

*É um pouco complicado, porque quando ele nasceu, o outro filho depois de quatro dias, o outro completou um ano, ai fiquei sozinha pra cuidar deles dois, meu marido trabalhava e só chegava à noite (uce n° 290 Phi = 0,03 uci n° 15 : *ent_15 *ida_2 *par_1 *sit_3 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_1).*

Percebe-se que quando a mulher não dispõe do suporte familiar para lhe ajudar no período pós-parto, as suas responsabilidades e afazeres aumentam significativamente, uma vez que ela deve prover o cuidado à casa, ao marido, ao recém-chegado filho e o cuidado de si, sobrecarregando essa mulher e fazendo com que ela não se dedique ao seu cuidado. Quando a puérpera não pode contar com a ajuda contínua de algum membro da família, o seu autocuidado fica em segundo plano, uma vez que o contexto em que vive e as suas atribuições não permitem que ela tenham condições de cuidar de si mesma.

A necessidade e busca por auxílio familiar no pós-parto é bastante evidente nos discursos das mulheres, bem como a percepção sobre o quanto este é importante no

período puerperal, fazendo com que a mulher se sinta mais segura e tranquila, sabendo que tem com quem contar neste período de adaptação.

Assim, a família exerce um importante papel de apoio e suporte no puerpério, orientando e ajudando a mulher no cuidado com o filho e com a casa, além de transmitir ensinamentos sobre o autocuidado neste período, ajudando a mulher a se adaptar a esta nova fase e a desempenhar o seu papel materno (SILVA; NAKANO; GOMES 2008).

As orientações da família envolviam, principalmente, os cuidados com a alimentação no puerpério, as mulheres eram instruídas a terem uma alimentação saudável, composta por “alimentos fortes” para fortalecer a saúde materna e produzir um leite saudável, bem como a evitar certos alimentos considerados perigosos para este período:

*Tinha minha mãe, minha vó, mas elas não iam mais assim de tardinha, não passavam o dia comigo. Ficava muito tempo sozinha. Mudei totalmente a alimentação, estou comendo mais fruta, verdura, mais suco, não comer besteira, porque tudo passa pra ele (uce n° 17 Phi = 0,08 uci n° 2 : *ent_02 *ida_2 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

*Eu não pegava peso, não comia comida remosa, procurava o máximo me acalmar, porque ficava nervosa com a criança e tudo (uce n° 351 Phi = 0,05 uci n° 19 : *ent_19 *ida_3 *par_2 *sit_2 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_1 *con_1).*

Muitas dessas ações de cuidado executadas pelas mulheres não são por elas justificadas ou não sabem informar seu real significado. Entretanto, continuam a realizá-las por entenderem que tais procedimentos são favoráveis à manutenção de seu bem-estar, já que suas mães, sogras e vizinhas assim o fizeram e garantiram sua saúde, fazendo com que ocorra a perpetuação de tais práticas (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Por meio disso percebe-se que a experiência e os conhecimentos de outras mulheres da família que já vivenciaram o puerpério se fazem importantes na construção do ser mãe. A rede familiar e comunitária da puérpera transmitem a sua experiência vivida através de conselhos, ensinamentos e exemplos, orientando desta forma o cuidado que a puérpera deverá ter consigo e com o seu filho.

É no universo consensual, que as mulheres formulam os seus conhecimentos e saberes acerca do cuidado no período pós-parto, expressando livremente suas opiniões, respostas e teorias acerca da alimentação e outros problemas, construindo assim o seu senso comum. Essas representações acerca do autocuidado no pós-parto apoiam-se nos valores e crenças compartilhados pelos grupos sociais que convivem com essas mulheres, e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular (JODELET, 2001). Essas representações são determinadas ao mesmo tempo pelo sujeito (sua história,

vivência e experiências), pelo sistema social, cultural e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das relações e vínculos que ele mantém com esse sistema social (MOSCOVICI, 2013).

Os dois depoimentos abaixo demonstram além das precauções adotadas pelas puérperas em relação à sua alimentação, que essas mulheres reconhecem a importância de realizarem o seu autocuidado, valorizando o cuidado da imagem corporal, porém apresentam dificuldades para exercê-lo, uma vez que o cuidado ao recém-nascido lhe consome muito tempo.

*Minha mãe falava que eu tinha que comer comida forte, então ela acha que tomar caldo de feijão, suco, essas coisas, ela acha que fortalece naquele momento. Eu tinha cuidado com a cirurgia, cuidado com o corpo, é muito difícil manter a questão da beleza e associar ao neném, mas eu tinha cuidado com os nossos lençóis, sempre trocando as coisas do neném (neném) (uce n° 32 Phi = 0,07 uci n° 3 : *ent_03 *ida_1 *par_1 *sit_2 *esc_3 *tra_2 *tip_2 *int_1 *con_2).*

*Tomava bastante suco, que é bom também, leite, o pessoal diz, essas coisas. É difícil porque com a criança você sempre tem que arranjar um tempinho pra poder se cuidar, e o ruim é porque eu não podia ajeitar o cabelo, não pode tomar banho de lua, essas coisas (uce n° 133 Phi = 0,06 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

Observa-se, por meio dos depoimentos, a crença de que a puérpera deva ter uma alimentação diferenciada das demais pessoas devido ao estado fisiológico que se encontra. O ato de se alimentar das entrevistadas foi composto por prescrições e proibições que visavam beneficiar mãe e bebê durante o puerpério e a lactação. Ressalta-se, ainda, que estas prescrições e proibições estão pautadas na ideia de que tudo o que a mãe ingere será passado ao bebê através do leite materno.

No imaginário popular, o alimento não apresenta só o valor nutricional, mas também um papel simbólico, o que faz com que a alimentação seja um fenômeno de interesse tanto para a puérpera, como para os seus familiares, fazendo com que estes elaborem o seu conhecimento próprio a respeito do assunto. Para Moscovici (2013) o sujeito é o criador do conhecimento a partir do que ele conhece, das experiências ocorridas em seu cotidiano e do valor dado a estas experiências vividas. Essa condição de criador da realidade e conhecimento, nunca é deslocada da historicidade e do contexto social de seu mundo.

Essas representações acerca da alimentação no puerpério são criadas no decurso da comunicação e da cooperação entre pessoas e grupos. Depois de criadas, elas

circulam, se encontram, se atraem, se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto as velhas morrem (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2013).

A escolha do alimento certo para a nutriz é considerada pelos familiares não só uma postura saudável, mas um ato de suma importância para produção de leite em quantidade e qualidade suficiente para a nutrição do bebê (BAIÃO; DESLANDE, 2006; DANIEL; CRAVO, 2005).

Em estudo realizado por Marques *et al.*(2011), os alimentos fortes são associados à presença de vitamina e/ou ferro, além de um período maior de saciedade, sendo, portanto, considerados alimentos com sustância ou com fortidão, como foi evidenciado também neste trabalho. É importante destacar que a escolha alimentar depende do contexto na qual a mulher está inserida, isto é, da sua cultura.

Além disso, ensinamentos relativos à amamentação, higiene, repouso, “evitar sereno”, e uso de anticoncepcional no puerpério também foram repassados às mulheres:

*A minha vó foi a que mais me ajudou mesmo, elas diziam o que todo mundo diz, só dar de mamar assim que se acordar, tomar banho, banhar o bebê, ficar dando de mamar e repousar (uce n° 253 Phi = 0,05 uci n° 13 : *ent_13 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_1).*

*Elas me passaram isso, eu passei uma semana, um mês em casa sem sair, porque não pode pegar sereno, essas coisas pra não ficar doente. Eu fiquei mais com ela, porque minha mãe trabalhava, eu tive que ter mais cuidado com ela (uce n° 183 Phi = 0,01 uci n° 8 : *ent_08 *ida_1 *par_1 *sit_1 *esc_2 *tra_2 *tip_1 *int_2 *con_2).*

*Elas falaram, mas ela disse que eu tinha que tomar quando o médico autorizasse, o anticoncepcional próprio pra mãe que amamenta. Muitos dizem que esse anticoncepcional é muito fraco, então você tem probabilidade de engravidar novamente, aí eu já fico com medo porque o meu neném é muito pequenininho, todo cuidado é pouco (uce n° 168 Phi = 0,06 uci n° 7 : *ent_07 *ida_2 *par_1 *sit_2 *esc_2 *tra_1 *tip_2 *int_2 *con_2).*

No depoimento acima, observa-se a representação de que o anticoncepcional utilizado na amamentação é “fraco”, e por isso as mulheres ficam receosas de utilizá-lo, com medo de engravidarem novamente, esse conhecimento é socialmente partilhado por outro sujeitos do meio interacional da mulher, o que pode ser evidenciado pelas palavras “muitos dizem”, e “elas falam”.

Esse conhecimento socialmente elaborado e partilhado se diferencia dos outros, pelos modos de elaborações e funções a que se destina, trata-se da construção de uma realidade comum para um determinado conjunto social, nesse caso as puérperas. É, portanto, um conjunto organizado de crenças, opiniões, atitudes e informações referentes

a um objeto ou a uma situação, uma vez que a representação é sempre de algum sujeito sobre algum objeto (MOSCOVICI, 2013).

Os discursos acima reafirmam que o puerpério é visto como um período de precauções, em que a mulher deve ter cuidado com a sua higiene e repouso absoluto, além de prover os cuidados ao filho. São essas representações acerca do autocuidado no puerpério que influenciam o posicionamento da mulheres, guiando as suas atitudes, comportamento e práticas de cuidado neste período, já que as funções das representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, são contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 2013).

Diante disso, percebe-se que a vivência da mulher durante o puerpério é fortemente influenciada pelo conhecimento do senso comum, bem como pelo seu contexto social, cultural e familiar, sendo que muitas vezes estes fatores são os determinantes das práticas de cuidado adotadas pelas puérperas, tendo uma conotação forte nas suas ações e práticas de cuidado adotadas pelas mulheres.

A puérpera aprende com essas experiências, pois valoriza e acredita no conhecimento das pessoas que integram a sua realidade, repetindo a vivência dessas como modelo a ser seguido. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde valorizem na assistência à mulher na fase puerperal as crenças, os valores e costumes que se mostram presentes e dominantes, desde que estes não tragam prejuízos à saúde da mulher ou ao seu filho.

6 CONCLUSÃO

No presente estudo, pôde-se evidenciar que as puérperas associam o resguardo ao cuidado e à precaução, uma vez que simbolizam esse período como um momento de perigos e fragilidades, em que é necessário seguir determinadas restrições para evitar possíveis complicações, e prezar pela sua saúde. É esse conhecimento social acerca do resguardo que justifica e orienta as práticas de cuidado adotadas pelas puérperas.

Nesse sentido, os conteúdos das representações das puérperas anunciam que o autocuidado no puerpério está relacionado principalmente à dimensão biológica da mulher, valorizando o cuidado com o corpo, de modo a garantir a recuperação e a saúde da mulher neste período da vida. Apesar deste conhecimento, algumas mulheres não conseguem realizar o cuidado de si, uma vez que o desempenho do papel materno e as outras demandas de cuidado inerentes à mulher despendem tempo e esforços por parte dela, comprometendo o seu autocuidado.

O significados atribuídos pelas puérperas ao cuidado familiar está baseado no apoio, ajuda, suporte e atenção, sendo considerado indispensável para a vivência deste período, já que, muitas vezes, é no meio familiar que as mulheres buscam recursos para a prática do cuidado durante o puerpério, guiando-se a partir dos ensinamentos e conselhos dos seus familiares. A família exerceu um importante papel de apoio e suporte no puerpério, orientando e ajudando a mulher no cuidado do filho e com a casa, além de transmitir ensinamentos sobre o autocuidado neste período, ajudando a mulher a se adaptar a esta nova fase e a desempenhar o seu papel materno.

O cuidado de enfermagem recebido no alojamento conjunto foi representado como satisfatório, uma vez que atendeu às necessidades das puérperas, proporcionando a atenção, ajuda e apoio indispensáveis ao período vivenciado. As representações acerca do cuidado de enfermagem pautaram-se nos aspectos biológicos, intervencionistas e relacionais do cuidado.

Em relação à educação em saúde no puerpério, ela está voltada primordialmente para a criança, envolvendo orientações relativas à amamentação e à alimentação da nutriz, com vistas ao sucesso do processo de aleitamento materno e à saúde da criança. Deve-se atentar que essas orientações foram fornecidas principalmente pelos profissionais que trabalhavam nas maternidades. Observa-se que a mulher ficou à

margem desse cuidado, desse aprendizado, pois o foco das orientações é a saúde criança. O cuidado de si é valorizado na perspectiva de poder cuidar do filho.

Já a assistência ao puerpério na atenção primária foi caracterizada por diversas dificuldades, como a falta de acompanhamento e educação em saúde para as puérperas, uma vez que a maioria não teve acesso à consulta puerperal e à visita domiciliar. As puérperas revelaram sentir faltar do cuidado profissional no puerpério remoto e tardio, e que a falta de orientações e auxílio profissional neste período da vida comprometeu a realização do seu autocuidado e o cuidado com o filho.

As puérperas representam o cuidado em saúde da atenção primária como insatisfatório, uma vez que não atendeu às demandas expressas pelas mulheres. É necessário que os profissionais e serviços de saúde da atenção básica voltem a sua atenção para o período pós-parto, ajudando e instrumentalizando a mulher, por meio do cuidado e de orientações, para desenvolver o cuidado de si e do seu filho, tornando-a apta para o desempenho da maternidade.

Diante disso, é notório a necessidade de mudanças no que concerne a atenção do puerpério na rede básica de saúde, sendo necessário estratégias que viabilizem a efetivação da consulta puerperal e visita domiciliar, uma vez que se caracterizam como importantes instrumentos de promoção à saúde e bem-estar das puérperas.

Percebe-se a necessidade de uma maior atenção em saúde ao período puerperal, principalmente às demandas das mulheres que vivenciam este período, com o suporte necessário para que elas possam se adaptar às mudanças acarretadas e realizarem o cuidado de si.

Os profissionais de saúde devem conhecer e considerar os universos imaginários e simbólicos das puérperas sobre os significados do cuidado no período pós-parto, pautando a sua assistência nos conhecimentos socialmente elaborado dessas mulheres, para que as suas ações sejam de efetivo suporte para as puérperas e o cuidado oferecido tenha verdadeiro valor para elas.

Incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram, os seus conhecimentos próprios e suas vivências se torna imprescindível para que as práticas de cuidado se tornem efetivas e ajudem as mulheres a vivenciarem o puerpério de forma mais segura, confiante e prazerosa.

Como limitações deste estudo evidenciam-se o quantitativo de participantes e a restrição aos CSF de uma dada SER (IV), da capital do estado do Ceará, devendo-se ser ampliado para outras SER e municípios do interior do estado.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.155-171.
- ALBA, M. El método Alceste y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México. **Papers on Social Representation**, v.13, n.1, p.1-20, 2004.
- ALMEIDA, I. S.; RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D.; COSTA, C. C. P.; FREITAS, N. S.; VARGAS, E. B. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 19-25, jan./mar. 2010.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres em puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.2, p. 347-54, 2008.
- AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C. Tratamento da vaginose bacteriana com gel vaginal de Aroeira (*Schinus terebinthifolius* Raddi): ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 2, 2003 .
- ANDRADE, M.P. et al. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Rev. Rene**, v. 10, n.1, p. 104-13, 2009.
- ANGELO, B. H. B.; BRITO, R. S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Rev Rene**, v.13, n.5, p. 1163-9, 2012.
- BAIÃO, M.R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev Nutr**, v. 19, n.2, p. 245-53, 2006.
- BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. T.; PEREIRA, W. R. Consulta de enfermagem- um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n.2, p. 226-9, 2007.
- BERGAMASHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera: adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.3, p.454-60, 2008.
- BERNARDI, M.C.; CARRARO, T.E.; SEBOLD, L.F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p.1070-80, 2011.
- BITTENCOURT, I. S.; VILELA, A. B. A. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 80-85, jan./mar. 2011.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

BONFIM, P. F.; FORTUNA, C. M.; GABRIEL, C. S.; DURANTE, M. C. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 420-427, 2012.

BOTELHO, S.M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.4, p.929-34, 2012.

BRAGA, V. Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **Saúde Rev**, v.6, n.13, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Caderno nº 5. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BUSANELLO, J. et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p.807-14, 2011.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. p. 511-539.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; RENNÓ, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n.6, p.278-84, 2010.

CARNEIRO, M.S.; TEIXEIRA, E.; SILVA, S.E.D.; CARVALHO, L.R.; SILVA, B.A.C.; SILVA, L.F.C. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Rev Min Enferm**. v.17, n.2, p.446-453, 2013.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.1, p.105-11, 2005.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. **Rev Paul Pediatr**. v.25, n.3, p.267-88.

COSTA, F. T. da.; MOEHLECKE, V.; FONSECA, T. M. G. Abrir o corpo da clínica. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.299-304.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; FRANCESHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc e Saúde Colet**, v. 14, n.1, p. 1347-57, 2009.

COUTINHO, M. da. P. L.; NÓBREGA, S. M. da.; ARAÚJO, L. S. O software Trideux: uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: COUTINHO, M. da. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2011. p. 107-147.

DANIEL, J.M.P; CRAVO, V.Z. Valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 57-68.

DODOU, Hilana Dayana. **Práticas Humanizadas na Assistência à mulher no pré, trans e pós-parto: percepção de usuárias**, 2012. 105p. Monografia (Graduação de Enfermagem). Universidade Estadual do Ceará - UECE. Centro de Ciências da Saúde - CCS, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A. A.; SALDANHA, A. A. W.; COUTINHO, M. da. P. de. L. Depressão em adultos jovens: representações sociais dos estudantes de Psicologia. In: COUTINHO, M. da. P. de. L. **Representações sociais e práticas em pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p. 39-67.

FONSECA-MACHADO, M.O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev esc enferm. USP**, v. 46, n.4, p.809-15, 2012.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense-universitária, 1977.

FROTA, M.A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 895-901, 2009.

FURTADO, G.B. **Avaliação do efeito terapêutico da aroeira do sertão na gastropatia reativa induzida por anti-inflamatórios não esteroides**. 2012. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Curso de Pós-Graduação em Farmacologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2012.

GERHARDT, T. E.; RIQUINHO, D. L.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidar do cuidado: reponsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2008. p. 143-175.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010. p. 25-9.

GRANJEIRO, R. G.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 105-11, 2008.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. B. F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 11º ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In:_____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JUNGES, C.F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 343-350, 2010.

LANDERHAL, M.C.; RESSEL, L.B.; MARTINS, F. B.; CABRAL, F. B.; GONÇALVES, M. O. A Percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n.1, p. 105-11, 2007.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice**. 3. ed. Nova York: McGraw-Hill Professional, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA-LARA, A.; FERNANDES, R. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Braz J Nursing**, v.9, n. 1, p. 141-9, 2010.

MARQUES, E.S. et al. Rede Social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n.1, p. 261-81, 2010.

MARQUE, E.S.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.4, p.562-9, 2009.

MARQUES, E.S. et al. Representações Sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p. 4267-274, 2011.

MARTINS, P. A. F.; SILVA, D. C.; ALVIM, N.A.T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 1, p.43-50, 2010.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLO, R. N.; HORY, R. I. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação Psicol**, v. 13, n.1, p. 13-23, 2009.

MERIGUI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando período puerperal. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 775-9, 2006.

MINAYO, M. C. de. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 261-199.

MIRANDA, D.B.; BORTOLON, F.C.S.; MATÃO, M.E.L.; CAMPOS, P.H.F. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev. Electr. Enf.** v.10, n.2, p.337-46.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M.S. Percepções das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n.4, p. 427-32, 2006.

MONTEIRO, L. C. **Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto**. 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2011.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n.2, p.167-76, 2005.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio Janeiro: ZAHAR; 1978.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 429-434, 2010.

MULLER, F.S.; SILVA, I.A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutriz sobre o apoio à amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.5, p. 651-57, 2009.

NAKANO, A. M. S.; BELEZA, A.C.; GOMES, F. A.; MAMEDE, F. V. O cuidado no resguardo: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. **Rev. bras. enferm**, v. 56, n. 3, p. 242-247, 2003.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, 2º semestre de 2006.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p.51-80.

NÓBREGA, S. M. da.; COUTINHO, M. da. P. de. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. da P. de. L.; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa**

em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2011. p. 95-106.

OLIVEIRA, J.F.B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev Rene**, v. 12, n. 1, p. 74-84, 2012.

OREM, D. **Nursing:** concepts of practice. 6º ed. St. Louis: Mosby, 2001.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, v. 11, n. 2, p. 261-267, jun. 2007.

PAIVA, M. S.; OLIVEIRA, J. F. As Representações Sociais e a Saúde da Mulher: Balanço da produção do grupo de estudos sobre saúde da mulher da EEUFBA-GEM. In: COUTINHO et al. **Representações Sociais:** Abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p.251-64.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 275-286.

PATINE, F. S.; FURLAN, M. F. F. M Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. **Arq Ciênc Saúde**, v. 13, n. 4, p. 202-8, 2006.

PAULON, S. M. Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 259-273.

PEREIRA, P.R.; FRANCO, S.C., BALDIN, N. Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Rev Saude Soc.**v.20, n.3, p.579-89, 2011.

PIMPÃO, F. D.; KERBER, N. C.; FRANCIONI, F. F.; LUNARDI FILHO, W. D. O cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v.17, n.2, p. 562-7, 2012.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Regional Executiva IV. 2008. Disponível em: <http://fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV>. Acesso em: 01 set. 2013.

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. enferm. UERJ.**, v.17, n.2, p.165-9, 2009.

RAVELLI, A.F.X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de ponta grossa brasil. *Rev. Gaúcha Enferm*, v.29, n.1, p54-59.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal Pediatria**, v.80, n.5, p. 142-46, 2004.

REZENDE, J. R.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 12. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013.

ROCHA, N.B. et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Rev de Saúde Coletiva**,v. 20, n.4, p.1293-1305, 2010.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.1, p.113-6, jan.-fev. 2008.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, M. S. P.; JORGE, M. S. B.; SILVA. R. M. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n.2, p. 197-204, 2007.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, F. A. C.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto - enferm**, v. 15, n. 2, p. 277-86, 2006.

RODRIGUES, D.P. et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. **Online Braz J Nursing**, v.12, n. 4, p. 911-22, 2013.

RODRIGUES, D.P.; DODOU, H.D.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S.; MELO, L.P.T, SOUZA, A.S.S Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. **Online Braz J Nursing**, v.13, n.2, p. 227-38, 2014.

SANTOS, E. F.; WERNER, R. C.; TOMAL, T. A.; VRIESMAN, M. P. S. M.; BAYER, E. W. As representações sociais da amamentação em um ambulatório de especialidades. In: CONEX, 10., 2012, Ponta Grossa, PA. **Apresentação Oral – Resumo Expandido...** Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, 2012.

SARAIVA, E.R.A.; COUTINHO, M.P.L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Rev Mal-estar e Subjetividade**. V.3, N.2, P. 505-27, 2008.

SARAIVA, R. de. A.; COUTINHO, M. da. P. de. L.; MIRANDA, R. de. S. O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In: COUTINHO, M. da. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2011. p. 67-91.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.3, p. 387-92, 2009.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H.; RADUNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, L. A. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm**, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais das mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.1-10 2010.

SOARES, A. V. N.; SILVA, I. A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 2, p. 72-80, 2003.

SOUSA, E. S. et al. **Guia de utilização do software ALCESTE**: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2009.

SOUZA, K. V.; CUBAS, M. R.; ARRUDA, D. F.; CARVALHO, P.R. Q.; CARVALHO, C. M. G. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n. 2, p. 175-81, 2008.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciênc Cuidado Saúde**, v. 1, n. 2, p. 293-8, 2002.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 275-81, 2008.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.3, p. 521-528, 2010.

TORRALBA, R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p. 106-13, 2011 .

VAUCHER, A.L.I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Rev Eletrônica de Enferm**, v. 7, n.2, p. 207-14, 2005.

VELHO, M.B; SANTOS, E.K.A; COLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.2, p.282-9.

VIEIRA, F.; BACHION, M.M.; SALGE, A.K.M. MUNARI, D.B. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p.83-9, 2010

WALDOW, V. R. A prática do cuidado: conhecimento e arte da enfermagem. In: _____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2008. p.65-82.

_____. Os fundamentos filosóficos do cuidar. In: _____. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. p.19-39.

WATSON, J. **Nursing:** The philosophy and Science of caring. Colorado: University Press of Colorado, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós- Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Estou convidando a Sra. para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo conhecer as representações sociais de mulheres sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no período pós-parto. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo primeiramente a um teste em que serão ditas algumas palavras e rapidamente a Sra. me dirá as primeiras palavras que vierem à sua mente e, em seguida, a uma entrevista sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem recebido no período pós-parto, que poderá ser gravada se a Sra. concordar

Os riscos que a pesquisa poderá acarretar a Sra. estão relacionados a algum constrangimento e/ ou desconforto que gere reações emocionais desfavoráveis a fase do período puerperal vivenciado, considerada uma fase em que as reações como choro e tristeza estão mais presentes. Tentaremos minimizar estes riscos ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do teste e da entrevista, ao oferecer o apoio necessário para que a Sra. supere as reações desconfortáveis que possam vir a ocorrer, ao reforçar as orientações de que cada mulher é livre para dar continuidade ou não à sua participação na pesquisa, e ao garantir a confidencialidade das respostas.

Os benefícios do referido estudo possibilitarão, a médio e a longo prazo, mudanças nos serviços de saúde de atenção à mulher, a adoção de novas estratégias e formas de cuidar pelos profissionais de saúde na assistência às mulheres durante o período pós-parto, contribuindo para a qualidade e humanização da assistência a esse período.

Neste sentido, solicitamos sua permissão para participar da pesquisa. Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização da minha pesquisa, a divulgação dos resultados poderá ocorrer por meio de artigos científicos, revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Também lhe asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para esclarecer dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de deixar de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de penalidade.

Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho à comunidade científica, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la. O estudo não lhe trará nenhuma despesa e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistado).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará por meio do telefone (85)3101-9890, ou do seu endereço Av. Parajana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome, telefone e endereço abaixo:

Hilana Dayana Dodou

Endereço da Pesquisadora: Rua dos Coelhos, nº 232. CEP: 60710-705. Maraponga. Fortaleza- CE. E-mail: hilanadayana@yahoo.com. Telefone: (085) 88638346.

Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza/Ce. Fone/Fax : (85) 3101.9823.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Teste de Associação Livre de Palavras - Puérperas

Nº ____

Quais palavras vêm a sua mente quando digo para você o seguinte termo?

RESGUARDO

1. _____
2. _____
3. _____

CUIDADO

1. _____
2. _____
3. _____

CUIDADO COM VOCÊ NO RESGUARDO

1. _____
2. _____
3. _____

CUIDADO DE ENFERMAGEM NO RESGUARDO

1. _____
2. _____
3. _____

Iniciais: _____

Idade: _____

Situação conjugal: _____

Escolaridade (em anos): _____

Ocupação: _____

Paridade: G __ P __ A __

Nº consultas de puerpério realizadas: _____

APÊNDICE C - Entrevista semiestruturada - Puérperas

Nº ____

Dados de identificação

Iniciais: _____

Idade: ____ Situação conjugal: _____

Escolaridade (em anos): ____ Religião _____

Profissão: _____ G _ P _ A _

Doença ou agravo de saúde: _____

Número de consultas de pré-natal realizadas: _____

Intercorrências nesta gravidez, parto e puerpério: _____

Tipo de parto: _____ Número de consultas de puerpério realizadas: ____

Recebeu visita domiciliar no puerpério: _____

Nome da unidade em que é cadastrada: _____

Tempo de cadastro nesta unidade (em anos): _____

1. O que você sabe sobre o resguardo?
2. Que cuidados você acha que se deve ter nesse período e por quê?
3. E o seu resguardo como está sendo?
4. Como você está se cuidando nesse período?
5. Você está recebendo apoio de alguém da sua família neste momento? Como?
6. O que as outras pessoas (familiares, amigos, profissionais) falam para você sobre o resguardo e os cuidados que se deve ter neste período?
7. E no hospital/maternidade como foi o cuidado que você recebeu da equipe de enfermagem enquanto esteve internada?
8. E agora, depois que você teve alta, recebeu algum cuidado pela enfermagem? Como foi ou está sendo?
9. Esse cuidado de enfermagem lhe ajudou de alguma forma? Por quê?

APÊNDICE D – DICIONÁRIO DE PALAVRAS

ESTÍMULO 1: RESGUARDO (299 palavras evocadas)

Alegria	Calmo	Cuidado	Dor
Alegria	Cansaço	Cuidado	Dor
Alimentação	Cansaço	Cuidado	Dor
Alimentação	Carinho	Cuidado	Dor
Alimentação	Carinho	Cuidado	Dor
Alimentação	Chato	Cuidado comigo	Dor
Alimentação	Chato	Cuidado comigo	Dor
Alimentação	Choro	Cuidado para	Dor
Alimentação	Companheirism	não pegar outro	Dor
Alimentação	o	filho	Dor
Alimentação	Cuidado	Cuidados	Dor
Alimentação	Cuidado	médicos com o	Dormir
Alimentação	Cuidado	recém-nascido	Espera
Alimentação	Cuidado	Cuidado	Estar bem
Alimentação	Cuidado	Curtir o filho	Estresse
Alimentação	Cuidado	Difícil	Estresse
Alimentação	Cuidado	Deitado	Estresse
Alimentação	Cuidado	Depressão	Evitar
Alimentação	Cuidado	Depressão	aborrecimento
Alimentação	Cuidado	Descanso	Não fazer
Alimentação	Cuidado	Descanso	esforço
Alimentação	Cuidado	Descanso	Evitar quentura
Alimentação	Cuidado	Descanso	Fácil
Alimentação	Cuidado	Descanso	Felicidade
Alimentação	Cuidado	Descanso	Felicidade
Amamentação	Cuidado	Descanso	Ficar quieta
Amamentação	Cuidado	Descanso	Higiene
Amamentação	Cuidado	Descanso	Higiene
Amamentação	Cuidado	Descanso	Higiene
Amamentação	Cuidado	Descanso	Higiene
Amamentação	Cuidado	Descanso	Higiene
Amor	Cuidado	Descanso	Higiene
Andar bastante	Cuidado	Descanso	Higiene
Ardência	Cuidado	Descanso	Horrível
Atenção	Cuidado	Desconforto	Hospital
Atenção	Cuidado	Dificuldade	Indolor
Atenção	Cuidado	Dificuldade	Início
Atenção	Cuidado	Doloroso	Injeção
Atendimento	Cuidado	Doloroso	Importante
Auto-estima	Cuidado	Dor	Insônia
baixa	Cuidado	Dor	Intimidade
Banho	Cuidado	Dor	Ligação
Bom	Cuidado	Dor	Medicação
Bom	Cuidado	Dor	Medicação
Bom	Cuidado	Dor	Momento único

Não comer comida carregada	Paciência	Repouso	Ruim
Não comer comida remosa	Paciência	Repouso	Ruim
Não fazer desastre	Paciência	Repouso	Ruim
Não fazer esforço	Paciência	Repouso	Sangramento
Não fazer esforço	Paciência	Repouso	Satisfação
Não fazer esforço	Paciência	Repouso	Saúde
Não fazer esforço	Paciência	Repouso	Saúde
Não fazer esforço	Paz	Repouso	Saúde
Não fazer esforço	Péssimo	Repouso	Saúde
Não fazer esforço	Prazer em amamentar	Repouso	Saúde
Não fazer extravagância	Precaução	Repouso	Sensação boa
Não pegar peso	Precaução	Repouso	Sensibilidade
Não pegar peso	Preocupação	Repouso	Sofrimento
Não pegar peso	Preocupação	Repouso	Sono
Não pegar peso	Preocupação	Repouso	Sono
Não pegar peso	Prevenção	Repouso	Sono
Não pegar peso	Processo lento	Repouso	Sossego
Não pode fazer exercícios	Quebrar os pontos	Repouso	Sossego
Não quebrar os pontos	Rápido	Repouso	Sossego
Não se estressar	Recuperação	Repouso	Tirar os pontos
Não se preocupar	Recuperação	Repouso	Trabalho
Não ter raiva	Recuperação	Repouso	Trabalho
Não ter relação sexual	Recuperação	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Recuperação	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Repouso	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Repouso	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Repouso	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Repouso	Repouso	Tranquilo
Não ter relação sexual	Repouso	Resguardar	Tranquilo
Normal	Repouso	Resguardar	Vínculo materno
Normal	Repouso	Respeito	
		Responsabilidad e	
		Ruim	

ESTÍMULO 2: CUIDADO (279 palavras evocadas)

Acidente	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alerta	Atenção	cirurgia	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	cirurgia	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	cirurgia	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	cirurgia	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	cirurgia	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	família	bebê
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Atenção	gestante	bebê
Alimentação	Atitude	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Bebê	saúde	bebê
Alimentação	Calmo	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Cama	vida	bebê
Alimentação	Carinho	Cuidado com a	Cuidado com o
Alimentação	Carinho	vida	bebê
Amamentação	Carinho	Cuidado com as	Cuidado com o
Amamentação	Carinho	vacinas	bebê
Amor	Carinho	Cuidado com as	Cuidado com o
Amor	Carinho	vacinas	bebê
Amor	Carinho	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Carinho	ambiente	bebê
Amor	Carinho	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Casa	bebê	bebê
Amor	Casa	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Casa	bebê	bebê
Amor	Comida	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Comigo	bebê	bebê
Amor	Companheirism	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	o	bebê	bebê
Amor	Compreensão	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Criança	bebê	bebê
Amor	Criança	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Criança	bebê	bebê
Amor	Cuidado	Cuidado com o	Cuidado com o
Amor	Cuidado	bebê	bebê
Angústia	Cuidado	Cuidado com o	Cuidado com o
Apoio familiar	Cuidado	bebê	bebê
Asseio	Cuidado	Cuidado com o	Cuidado com o
Atenção	Cuidado	bebê	bebê
Atenção	Cuidado		

Cuidado com o bebê	Disposição	Mãe	Respeito
Cuidado com o bebê	Doação	Médicos	Respeito
Cuidado com o bebê	Emocional	Medo	Respeito
Cuidado com o bebê	Espiritual	Melhor de mim	Responsabilidad e
Cuidado	Esquecer problemas	Mimo	Responsabilidad e
Cuidado com os pontos	Essencial	Mundo	Responsabilidad e
Cuidado com os seios	Essencial	Não fazer esforço	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Eu	Não pegar peso	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Evitar acidentes	Não pegar peso	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Evitar o pior	Não ter raiva	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Evitar quedas	Não ter relação sexual	Responsabilidad es
Cuidado comigo	Evitar quedas	Não ter relação sexual	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Família	Observação	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Família	Observação	Responsabilidad e
Cuidado comigo	Família	Organização	Revisão do parto
Cuidado comigo	Família	Orientar	Sabedoria
Cuidado comigo	Filho	Paciência	Saúde
Cuidado comigo	Filho	Paciência	Saúde
Cuidado comigo	Forte	Paciência	Saúde
Cuidado comigo	Higiene	Paciência	Saúde
Cuidado intensivo	Higiene	Paciência	Saúde
Cuidado para não adoecer	Higiene	Paciência	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Perigo	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Preocupação	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Preocupação	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Preparação	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Presença	Saúde
Cuidado para não engravidar	Higiene	Prevenção	Segurança
Cuidado para não engravidar	Higiene	Prevenção	Segurança
Cuidado para não engravidar	Higiene	Profilaxia	Sinceridade
Cuidado para não engravidar	Higiene	Proteção	Trabalho
Cuidado para não engravidar	Higiene	Proteção	Tranquilo
Cuidado para não quebrar o resguardo	Importante	Proteção	Tratar bem
Dedicação	Importante	Proteção	Vacina
Dedicação	Importante	Proteção	Vacina
Dedicação	Insegurança	Proteção	Vacina
Dedicação	Lavar o seio	Recuperação	Zelo
Dedicação	Limpeza	Resguardo	Zelo
Deus	Limpeza	Resguardo	Zelo
Dieta	Limpeza	Respeito	

ESTÍMULO 3: CUIDADO COM VOCÊ NO RESGUARDO (298 palavras evocadas)

Academia	Alimentação	Cuidado com a	Evitar outra
Acompanhante	Alimentação	cirurgia	gravidez
Ajuda	Amamentação	Cuidado com a	Evitar outra
Ajuda	Amamentação	cirurgia	gravidez
Alerta	Andar devagar	Cuidado com a	Evitar
Alimentação	Apoio familiar	cirurgia	pensamentos
Alimentação	Asseio	Cuidado com a	negativos
Alimentação	Asseio	cirurgia	Evitar
Alimentação	Asseio	Cuidado com a	preocupação
Alimentação	Assistência	cirurgia	Evitar quedas
Alimentação	médica	Cuidado com a	Experiência
Alimentação	Atenção	cirurgia	Falta de repouso
Alimentação	Atenção	Cuidado com a	Falta de Saúde
Alimentação	Atenção	criança	Ficar deitado
Alimentação	Atenção	Cuidado com as	Ficar deitado
Alimentação	Atenção	escadas	Ficar deitado
Alimentação	Atenção	Cuidado comigo	Higiene
Alimentação	Atenção	Cuidado para	Higiene
Alimentação	Atividade física	não pegar	Higiene
Alimentação	Ausência de	infecção	Higiene
Alimentação	sexo	Curtir	Higiene
Alimentação	Banho	Desânimo	Higiene
Alimentação	Beleza	Descanso	Higiene
Alimentação	Bem estar	Descanso	Higiene
Alimentação	Calma	Descanso	Higiene
Alimentação	Calma	Descanso	Higiene
Alimentação	Carinho	Descanso	Higiene
Alimentação	Choro	Descanso	Higiene
Alimentação	Condição	Descanso	Higiene
Alimentação	financeira	Descanso	Higiene
Alimentação	Consciência	Descanso	Higiene
Alimentação	Consulta	Descanso	Higiene
Alimentação	Consulta	Descanso	Higiene
Alimentação	Cuidado	Diminuir	Higiene
Alimentação	Cuidado	contato com	Higiene
Alimentação	Cuidado	peessoas	Higiene
Alimentação	Cuidado	Dor	Higiene
Alimentação	Cuidado	Dormir bem	Importante
Alimentação	Cuidado com a	Emocional	Importante
Alimentação	cirurgia	Esforço	Lavar as mãos
Alimentação	Cuidado com a	Estado	Lazer
Alimentação	cirurgia	emocional	Lazer
Alimentação	Cuidado com a	Estresse	Limpeza
Alimentação	cirurgia	Evitar	Limpeza
Alimentação		aborrecimento	Limpeza

Limpeza	Não fazer	Não se	Prevenção
Limpeza	esforço	alimentar direito	Prevenção
Limpeza	Não fazer	Não se estressar	Prevenção
Mal	esforço	Não se estressar	Prioridade
Medicação	Não fazer	Não se levantar	Proteção
Medicação	extravagância	Não ter	Raiva
Medicação	Não fazer	aborrecimento	Repouso
Medicação	extravagância	Não ter	Repouso
Medicação	Não fazer	preocupação	Repouso
Medicação	extravagância	Não ter	Repouso
Medicação	Não fazer nada	preocupação	Repouso
Medo	errado	Não ter	Repouso
Não andar	Não fazer sexo	preocupação	Repouso
muito	Não ficar com	Não ter raiva	Repouso
Não andar	raiva	Não ter raiva	Repouso
muito	Não levantar	Não ter raiva	Repouso
Não andar	Não pegar peso	Não ter raiva	Repouso
muito	Não pegar peso	Não ter raiva	Repouso
Não descer	Não pegar peso	Não ter relação	Repouso
escada	Não pegar peso	sexual	Repouso
Não engordar	Não pegar peso	Não ter relação	Repouso
Não fazer	Não pegar peso	sexual	Repouso
esforço	Não pegar peso	Não tive	Repouso
Não fazer	Não pegar peso	repouso	Repouso
esforço	Não pegar peso	Não tive	Repouso
Não fazer	Não pegar peso	resguardo	Repouso
esforço	Não pegar peso	Não tive	Repouso
Não fazer	Não pegar peso	resguardo	Repouso
esforço	Não pegar peso	Não tive	Resguardo
Não fazer	Não pegar peso	resguardo	tranquilo
esforço	Não pegar peso	Não varrer o	Responsabilidad
Não fazer	Não pegar peso	chão	e
esforço	Não pegar peso	Necessário	Revisão pós-
Não fazer	Não pegar peso	Normal	parto
esforço	Não pegar peso	Obrigações	Revisão pós-
Não fazer	Não pegar peso	Operação	parto
esforço	Não pegar	Orientação	Saber as
Não fazer	quentura	Orientação	consequências
esforço	Não pegar sol	Paciência	Saúde
Não fazer	Não quebrar o	Paciência	Saúde
esforço	resguardo	Paciência	Saúde
Não fazer	Não quebrar os	Paz	Saúde
esforço	pontos	Pensamentos	Saúde
Não fazer	Não quebrar os	bons	Sensível
esforço	pontos	Preocupação	Ter
Não fazer	Não quebrar os	Preocupação	acompanhante
esforço	pontos	Preparar	Zelo
Não fazer	Não sair de casa	Prevenção	
esforço	Não sair na rua	Prevenção	
		Prevenção	

ESTÍMULO 4: CUIDADO DE ENFERMAGEM NO RESGUARDO (303 palavras evocadas)

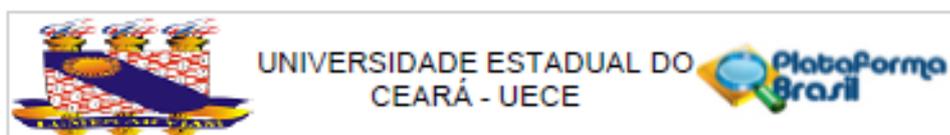
Acolhedor	Atenção	Banho	Consulta
Acompanhamen	Atenção	Banho	Consulta
to	Atenção	Banho	Conversa
Acompanhamen	Atenção	Beber água	Cuidado
to	Atenção	Bem	Cuidado
Ajuda	Atenção	atendimento	Cuidado
Ajuda	Atenção	Bem recebida	Cuidado
Ajuda	Atenção	Bem recebida	Cuidado
Ajuda	Atenção	Bem tratamento	Cuidado
Ajuda	Atenção	Bom	Cuidado
Ajuda	Atenção	Bom	Cuidado
Ajuda para	Atenção	Bom	Cuidado
tomar banho	Atenção	Bom	Cuidado
Ajuda para	Atenção	Bom	Cuidado
tomar banho	Atenção	Bom	Cuidado
Ajuda para	Atenção	Bom	Cuidado com a
tomar banho	Atenção	Bom	cirurgia
Ajuda para	Atenção	Bom	Cuidado com a
tomar banho	Atenção	Bom	cirurgia
Alimentação	Atenção	Bom	Cuidado com a
Alimentação	Atenção	Bom	cirurgia
Alimentação	Atenção	atendimento	Cuidado com a
Alimentação	Atenção	Bom	cirurgia
Alimentação	Atenção	atendimento	Cuidado com a
Alimentação	Atenção	Bom	cirurgia
Alimentação	Atenção	atendimento	Cuidado com a
Alimentação	Atenção	Bom	cirurgia
Alimentação	Atenção	atendimento	Cuidado com a
Amamentação	Atenção	Bom	cirurgia
Amamentação	Atenção	atendimento	Cuidado com a
Amamentação	Atendimento	Bom	cirurgia
Amiga	Atendimento	atendimento	Cuidado com a
Amorosas	Atendimento	Bom	cirurgia
Aprendizado	Atendimento	atendimento	Cuidado com a
Arrogância	Auxílio	Bom tratamento	criança
Asseio	Auxílio	Bom tratamento	Cuidado com a
Assistência	Banho	Capacitação	pressão
Assistência	Banho	Carinho	Cuidado com a
Atenção	Banho	Carinho	pressão
Atenção	Banho	Carinho	Cuidado com a
Atenção	Banho	Casa	pressão

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

BBB

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O AUTOCUIDADO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO												
Pesquisador: HILANA DAYANA DODOU												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 27660514.1.0000.5534												
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 630.912												
Data da Relatório: 09/04/2014												
Apresentação do Projeto:												
projeto de dissertação vinculado ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida em todos os Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) no Município de Fortaleza CE. Os participantes do estudo se constituirão de puérperas usuárias das doze Unidades Básicas de Saúde da SER IV. Para a realização da coleta de dados serão utilizadas duas técnicas, o Teste de associação livre de palavras (TALP) e a entrevista semiestruturada orientada por um roteiro.												
Objetivo da Pesquisa:												
Objetivo Primário:												
Apreender as representações sociais de puérperas sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério tardio e remoto.												
Objetivo Secundário:												
Identificar os aspectos constituintes das representações sociais sobre o autocuidado e o cuidado de enfermagem no puerpério para as mulheres que participaram da consulta puerperal e as que não tiveram esta experiência. Analisar os conteúdos e sentidos atribuídos ao autocuidado e ao cuidado de enfermagem no puerpério por mulheres que vivenciaram esta experiência.												
<table border="1"> <tr> <td>Endereço: Av. Siles Munguba, 1700</td> <td>CEP: 60.714-903</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Itapevi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: CE</td> <td>Município: FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (85)3101-0890</td> <td>Fax: (85)3101-9006</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: aneveska@uece.br</td> </tr> </table>			Endereço: Av. Siles Munguba, 1700	CEP: 60.714-903	Bairro: Itapevi		UF: CE	Município: FORTALEZA	Telefone: (85)3101-0890	Fax: (85)3101-9006		E-mail: aneveska@uece.br
Endereço: Av. Siles Munguba, 1700	CEP: 60.714-903											
Bairro: Itapevi												
UF: CE	Município: FORTALEZA											
Telefone: (85)3101-0890	Fax: (85)3101-9006											
	E-mail: aneveska@uece.br											
Página 01 de 03												



Continuação do Parecer: 630.912

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo pesquisadora os riscos da atividade são mínimos e a pesquisadora estará atento para resolvê-los ou minimizá-los. Os riscos que a pesquisa poderá acarretar aos participantes estão relacionados a algum constrangimento e/ ou desconforto que gere reações emocionais desfavoráveis, as reações que podem estar mais presentes são o choro e a tristeza. Diante disso, a pesquisadora estará disponível para resolver os possíveis transtornos ocasionados pela pesquisa. A pesquisadora se prontificará a evitar e minimizar os possíveis riscos causados pela pesquisa, promovendo uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do teste e da entrevista, oferecendo o apoio necessário para que os participantes superem as reações desconfortáveis que possam vir a ocorrer, reforçando as orientações de que cada pessoa é livre para dar continuidade ou não à sua participação na pesquisa, e garantindo a confidencialidade das respostas. Se mesmo assim, o participante permanecer com algum receio, a realização da entrevista

ou do Teste de associação livre de palavras será suspensa e a continuidade ficará a critério do pesquisado.

Benefícios:

Os benefícios do referido estudo possibilitarão, a médio e a longo prazo, mudanças nos serviços de saúde de atenção à mulher, a adoção de novas estratégias e formas de cuidar pelos profissionais de saúde na assistência às mulheres durante o período pós-parto, contribuindo para a qualidade e humanização da assistência a esse período.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem elaborado, metodologia bem descrita, é relevante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou Folha de Rosto, Orçamento, Cronograma, Roteiro de coleta dos dados, Anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação da SMS (estes dois últimos no projeto original).

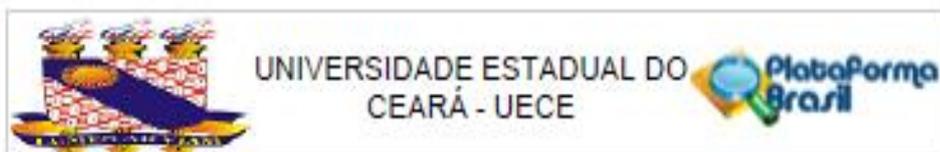
Recomendações:

O ideal é que o TCLE tenha só uma página, retirar a palavra "INICIAIS" do Instrumento de coleta dos dados, segundo a Resolução 466/12 não se coloca nome ou Iniciais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavlesha@usp.br



Continuação do Parecer: 630.912

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 29 de Abril de 2014

Assinador por:
Ana Carina Stelko-Peretra
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Murguba, 1700
Bairro: Itapevi CEP: 60.714-008
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: anavaleska@uece.br