



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO



ANA SUZANE PEREIRA MARTINS

**SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO  
PUERPERAL: contribuições para a Enfermagem**

TERESINA

2018

ANA SUZANE PEREIRA MARTINS

**SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO  
PUERPERAL: contribuições para a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery

Área de Concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro  
Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

TERESINA

2018

**Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**  
**Serviço de Processamento Técnico**

M379s Martins, Ana Suzane Pereira.  
Saberes e práticas de mulheres na vivência do período puerperal :  
contribuições para a enfermagem / Ana Suzane Pereira Martins. -- 2018.  
80 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Inez Sampaio Nery."  
Bibliografia

1. Período Pós-Parto. 2. Cultura. 3. Cuidados de enfermagem. 4.  
Enfermagem Materno-Infantil. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do  
Piauí.

CDD 610.736 2

ANA SUZANE PEREIRA MARTINS

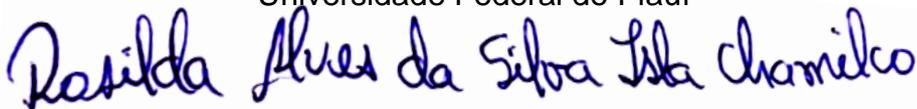
**SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO  
PUERPERAL: contribuições para a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery – Presidente**  
Universidade Federal do Piauí



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco – 1<sup>a</sup> Examinadora**  
Universidade Federal do Amapá



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Santiago da Rocha – 2<sup>a</sup> Examinadora**  
Universidade Federal do Piauí

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes – Suplente**  
Universidade Federal do Piauí

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço à Deus por me proporcionar a oportunidade de concluir mais esta etapa e me colocar próxima de pessoas tão especiais, sem as quais certamente eu não conseguiria chegar até aqui!

Aos meus pais, Aletácio e Eraneide, por acreditarem na minha capacidade, obrigada pelo amor de vocês. À minha mãe, pela força de sempre, desempenhando os dois papéis nesses últimos seis anos, por todo amor, carinho e dedicação. E em especial, ao meu pai, por toda paciência, pelas orientações, pelos valores e pelo incentivo a lutar sempre para o alcance dos meus sonhos, fazia-me acreditar que eu era a melhor de todas, mesmo que, às vezes, eu não fosse. Saudades para sempre...

Aos meus irmãos, Alex (meu cúmplice de toda a vida), Emanuel e Welson, sempre presentes e dispostos a me ajudar diante das dificuldades, proporcionando-me momentos de constante reconstrução. Amo vocês.

A toda minha família, presentes com seu apoio nos momentos mais felizes e também nos mais tristes da minha vida, tiveram papel importante em minhas conquistas. Minha gratidão eterna.

Ao meu namorado Humberto, sempre presente, sou grata por seu companheirismo, pela amizade, pela paciência, pela compreensão, pelo incentivo, pela alegria e pelo amor. Você faz parte desta conquista.

À minha amiga Vivianne Almeida Alves Arrais, tolerante com meus extremos de humor, a irmã que a vida me deu. Obrigada pela ajuda, apoio e companheirismo de sempre. Às minhas amigas, Girlene Ribeiro da Costa, Ilmara Cecília Pinheiro da Silva Morais, Luanna Nayra Mesquita Alvarenga, Eliziane Ribeiro Barros, Maria Simonia Gonçalves de Oliveira, Josefa Mayara de Figueiredo Andrade, Jessica Costa Brito Pacheco, Raiana Dantas Leopoldino Rocha, sempre presentes, com apoio incondicional, mostrando que o tempo, a distância e o desencontro entre um plantão e outro só fortalecem a nossa amizade. Obrigada pelos momentos de alegria compartilhados e pela torcida de sempre.

Às enfermeiras da Emergência Pediátrica do Hospital Regional Norte, companheiras do trabalho, pelo companheirismo e disponibilidade, possibilitando minha participação nas atividades do mestrado. Minha gratidão!

À professora Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery, por compartilhar seu conhecimento, pela paciência, pelo apoio incansável e pelo profissionalismo. A oportunidade de ser orientada por ela reforçou a certeza que *“O tempo todo Deus é bom”*. Seu lado humano, sua sinceridade, sua energia positiva e sua motivação foram importantes para que eu chegasse até aqui. Minha gratidão.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, inicialmente, na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Livramento Fortes Figueiredo e, após, na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista de Moura, pela dedicação na condução deste Programa de Pós-Graduação.

Ao corpo docente que compõe o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que contribuiu para minha formação como pesquisadora ao compartilhar seus conhecimentos, especialmente, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Teles de Oliveira Gouveia e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista de Moura. Grata pelas palavras de incentivo e pelo conhecimento repassado.

Aos servidores da Pós-Graduação em Enfermagem, pela atenção, pela disponibilidade, pela colaboração e pela ajuda de sempre. Em especial à Ruth Barros e ao Leonardo. Minha gratidão.

Às componentes da Banca Examinadora de qualificação e defesa, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Campelo Lago, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Santiago da Rocha e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, por sua disponibilidade, pela atenção e pelas excelentes contribuições.

Aos colegas da 10<sup>a</sup> Turma de Mestrado da Universidade Federal do Piauí, pela convivência e pela oportunidade de engrandecimento por meio das discussões e das experiências vividas.

Às mulheres que participaram deste estudo, pela disponibilidade, pela receptividade e pela confiança dedicada, possibilitando a elaboração deste.

E a todos os que contribuíram de alguma forma para a concretização de mais este sonho,

Minha gratidão!

## RESUMO

O puerpério constitui-se como um momento marcado por modificações nos aspectos fisiológicos e psicoemocionais da mulher. Compreender os valores e os significados atribuídos pelas puérperas constitui etapa importante para o cuidado na atenção à saúde materno-infantil. Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender os saberes e as práticas de puérperas no período pós-parto, relacionados aos cuidados com a mãe e com o recém-nascido. É um estudo com abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, utilizando o método Narrativa de Vida, de Daniel Bertaux. As participantes da pesquisa foram 13 puérperas internadas em uma maternidade pública de referência da cidade de Teresina-PI. A técnica de produção dos dados utilizada foi a entrevista em profundidade, no período de agosto a setembro de 2017. O instrumento foi um formulário para obtenção de informações sociodemográficas, culturais e gineco-obstétricas e da pergunta “Fale tudo o que a senhora sabe sobre o seu cuidado e com o recém-nascido no período pós-parto, e sobre a assistência de Enfermagem prestada à senhora nesse período”. Os resultados compreenderam a caracterização das participantes e as narrativas de vida das mulheres sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, das quais emergiram quatro categorias temáticas. Foram relatados os cuidados consigo no período puerperal, relacionados à alimentação, à higiene, ao repouso e à tranquilidade, garantindo um puerpério sadio e sem riscos à saúde da mulher e do recém-nascido; cuidados com o recém-nascido sob o olhar da puérpera, por meio de ações voltadas para higiene corporal do recém-nascido, amamentação, vacinação e puericultura; crenças e tabus das mulheres na vivência do período puerperal, em que foram relatadas restrições e recomendações alimentares, assim como a importância do repouso para um bom resguardo; e cuidados de Enfermagem no puerpério e com o recém-nascido na ótica das puérperas, com as contribuições para a atuação da Enfermagem, em especial do enfermeiro, para o cuidado com a puérpera e com o recém-nascido, voltadas aos aspectos psicoemocionais e biofisiológicos da puérpera e do recém-nascido. Esta pesquisa possibilita refletir sobre os saberes e as práticas das mulheres ao vivenciarem o período puerperal, em que acolher a cultura dessas e entender sua construção sociocultural torna-se um instrumento para tomada de decisões na elaboração do cuidado de enfermagem, gerando percepção positiva da vivência desse processo e do atendimento recebido.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Cultura. Cuidados de enfermagem. Enfermagem Materno-Infantil.

## ABSTRACT

The puerperium is a period that is marked by changes in the woman's physiological and psycho-emotional aspects. Understanding the values and meanings attributed by puerperal mothers is an important step for care in maternal and child health. This research has, as its general objective, to understand the knowledge and practices of puerperal women in the postpartum period, related to the care of the mother and the newborn. It is a qualitative study, of exploratory descriptive type, using the Narrative of Life method, by Daniel Bertaux. The participants of the research were 13 puerperal women, hospitalized in a public maternity of reference of the city of Teresina-PI. The data production technique used was the in-depth interview, from August to September 2017. The instrument was a form for obtaining sociodemographic, cultural and obstetrical information and the question "Say everything you know about your care and with the newborn in the postpartum period, and on the Nursing care provided to the lady during this period". The results included the characterization of the participants and the life narratives of the women about puerperal care and the newborn, from which four thematic categories emerged. Caring for the puerperal period, related to food, hygiene, rest and tranquility, has been reported to ensure a healthy puerperium with no risk to the health of the woman and the newborn; care of the newborn under the eyes of the puerperae, through actions directed to the newborn's body hygiene, breastfeeding, vaccination and childcare; beliefs and taboos of women in the puerperal period, in which dietary restrictions and recommendations were reported, as well as the importance of resting for a good shelter; and Nursing care in the puerperium and with the newborn in the perspective of puerperal women, with contributions to the Nursing work, especially the nurse, to care for the puerperium and the newborn, focused on the psychoemotional and biophysiological aspects of the puerperae and of the newborn. This research makes it possible to reflect on the knowledge and practices of women experiencing the puerperal period, in which to welcome their culture and to understand their socio-cultural construction becomes an instrument for decision-making in the elaboration of Nursing care, generating a positive perception of the experience of this process and the care received.

**Descriptors:** Postpartum period. Culture. Nursing care. Maternal and Child Nursing.

## RESUMÉN

El puerperio se constituye como un momento marcado por modificaciones en los aspectos fisiológicos y psicoemocionales de la mujer. Comprender los valores y los significados atribuidos por las puérperas constituye una etapa importante para el cuidado en la atención a la salud materno-infantil. Esta investigación tiene como objetivo general comprender los saberes y las prácticas de puérperas en el período post-parto, relacionados a los cuidados con la madre y con el recién nacido. Es un estudio con abordaje cualitativo, tipo exploratorio descriptivo, utilizando el método Narrativa de Vida, de Daniel Bertaux. Las participantes de la investigación fueron 13 puérperas internadas en una maternidad pública de referencia de la ciudad de Teresina-PI. La técnica de producción de los datos utilizada fue la entrevista en profundidad, en el período de agosto a septiembre de 2017. El instrumento fue un formulario para la obtención de informaciones sociodemográficas, culturales y gineco obstétricas y de la pregunta "Hable todo lo que usted sabe sobre su cuidado y con el recién nacido en el período post-parto, y sobre la asistencia de enfermería prestada a la señora en ese período. Los resultados comprendieron la caracterización de las participantes y las narrativas de vida de las mujeres sobre los cuidados puerperales y con el recién nacido, de las cuales surgieron cuatro categorías temáticas. Se han reportado los cuidados con uno mismo en el período puerperal, relacionados con la alimentación, la higiene, el descanso y la tranquilidad, garantizando un puerperio sano y sin riesgos para la salud de la mujer y del recién nacido; los cuidados con el recién nacido bajo la mirada de la puérpera, por medio de acciones dirigidas a la higiene corporal del recién nacido, lactancia, vacunación y puericultura; creencias y tabúes de las mujeres en la vivencia del período puerperal, en que se relataron restricciones y recomendaciones alimentarias, así como la importancia del reposo para un buen resguardo; y cuidados de enfermería en el puerperio y con el recién nacido en la óptica de las puérperas, con las contribuciones para la actuación de la enfermería, en especial del enfermero, para el cuidado con la puérpera y con el recién nacido, volcadas a los aspectos psicoemocionales y biofisiológicos de la puérpera y del recién nacido. Esta investigación posibilita reflexionar sobre los saberes y las prácticas de las mujeres al pasar por el período puerperal, en que acogerla cultura de esas y entender su construcción sociocultural se convierte en un instrumento para la toma de decisiones en la elaboración del cuidado de enfermería, generando percepción positiva de la vivencia de ese proceso y de la atención recibida.

**Descriptor:** Período post-parto. Cultura. Cuidados de enfermería. Enfermería Materno-Infantil.

## LISTA DE SIGLAS

CIPE® - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CPMI - Coordenação de Proteção Materno-Infantil

DEP - Depoente

DINSAMI - Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

FMS - Fundação Municipal de Saúde

IRA - Infecções respiratórias agudas

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

NEPECHE - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSSI - Primeira Semana de Saúde Integral

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

SESAPI - Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	Contextualização do problema e do objeto de estudo .....	12
1.2	Questões norteadoras e objetivos .....	166
1.3	Justificativa e relevância do estudo .....	166
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	199
2.1	Aspectos históricos, conceituais, clínicos e psicoemocionais do puerpério.....	199
2.2	Cuidado de enfermagem no período puerperal .....	244
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	322
3.1	Tipo de pesquisa.....	322
3.2	O método “Narrativas de vida” .....	322
3.3	Os participantes e o cenário de estudo.....	355
3.4	Instrumento para a produção dos dados .....	366
3.5	Produção dos dados e análise das narrativas de vida.....	377
3.6	Aspectos éticos e legais da pesquisa .....	388
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	399
4.1	Caracterização das participantes.....	399
4.2	Narrativas de mulheres acerca dos cuidados puerperais e com o recém-nascido .....	422
4.2.1	Os cuidados para consigo no período puerperal .....	433
4.2.2	Cuidados com o recém-nascido sob o olhar da puérpera.....	477
4.2.3	Crenças e tabus das mulheres na vivência do período puerperal.....	525
4.2.4	Cuidados de enfermagem no puerpério e com o recém-nascido na ótica das puérperas.....	54
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59

**REFERÊNCIAS..... 62**

**APÊNDICES ..... 71**

**ANEXOS**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema e do objeto de estudo

A valorização social da maternidade se revela como formadora da identidade da mulher quando esta constitui uma família e, conseqüentemente, quando a ela é atribuído o papel social de ser mãe. Concomitantemente, ocorrem várias mudanças nos aspectos físico e emocional dessa pessoa, independentemente da via do nascimento e da idade materna na qual o evento ocorre, sendo necessários, além de assistência de qualidade à saúde, mais apoio e orientação quanto às alterações características do período pós-parto, abrangendo suas particularidades.

O puerpério constitui o período em que ocorrem as modificações involutivas geradas pela gravidez e pelo parto. Torna-se, ainda, um momento de fragilidade para mãe, criança e família, o que faz com que os profissionais mantenham um olhar compromissado e atento. É essencialmente oportuno esse compromisso com a assistência à mãe, ao filho e à família, pois quaisquer possíveis fragilidades que acometam algum desses três alvos podem prejudicar a saúde da criança e contribuir para a morbimortalidade materno-infantil (ANDRADE *et al.*, 2015).

Os riscos à saúde da mulher e do neonato – assim como os óbitos maternos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério – acontecem, em sua maioria, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Nesse sentido, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2009) menciona que, nos países em desenvolvimento e de maior baixa renda, em comparação aos industrializados, prevalece o quantitativo de famílias e comunidades mais carentes. As tentativas de redução do número de mortes de mulheres por complicações relacionadas à gravidez e ao parto foram as que menos obtiveram sucesso nos campos do desenvolvimento humano.

Em todo o mundo, a razão de mortalidade materna apresentou redução de 385 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos em 1990 para 216 em 2015, mostrando que as metas em relação a esse aspecto não estão diminuindo no nível estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ALKEMA *et al.*, 2016). As principais causas de morte materna, como hemorragia pós-parto, hipertensão e eclâmpsia induzida por pré-eclâmpsia na gravidez e infecções, são evitáveis por meio de

estratégias que necessitam de poucos recursos, como investimento no transporte e acesso ao cuidado (HANSON *et al.*, 2015).

No Brasil, estima-se que a mortalidade materna apresenta redução nas taxas desde 1990, ano em que a razão corrigida deste fator era de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No ano de 2007, houve um declínio para quase metade dos casos, com 75 mortes para cada 100.000 nascidos. Essa queda se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas, que resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, por causa de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou outros eventos associados a qualquer um desses fatores. Dentre as causas de óbitos maternos relacionados ao puerpério, constata-se redução em 58,4% dos casos por hemorragia, em 46,8% por infecções puerperais e em 50,7% por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2012).

Já no período de 1996 a 2012, ocorreram 28.713 mortes de mães no Brasil. No entanto, a frequência desses casos vem mantendo seus níveis, sem grandes aumentos e sem queda importante no seu índice. Entre as causas mais frequentes, têm-se as síndromes hipertensivas, seguidas das doenças preexistentes à gestação, ao parto e ao puerpério e das hemorragias (BIANO *et al.*, 2017).

No Piauí, houve queda nos índices de mortalidade materna, com uma taxa de 49% entre os anos de 2008 e 2014 e tendência decrescente de 8,3% ao ano. A causa dessa redução está justificada pela qualificação dos recursos humanos em pré-natal, acolhimento com Classificação de Risco, aquisição de equipamentos e ampliação na realização de exames (SESAPI, 2016). No município de Teresina, houve registro de 13 casos de óbitos de mães no ano de 2012 e três no ano de 2014, de modo que a Fundação Municipal de Saúde (FMS, 2015) registrou a redução da mortalidade materna em 72,5%. Um estudo realizado na cidade com dados do período de 2002 a 2011 mostra que as causas diretas, como sepse por infecção do trato genital, hemorragia, aborto, doenças hipertensivas, gestação ectópica e ruptura uterina, continuam sendo as principais agravantes de mortalidade materna; no entanto, as causas externas têm adquirido notável importância, ocorrendo principalmente no período puerperal (CARVALHO *et al.*, 2014; FMS, 2015).

A mortalidade neonatal é responsável pela maior parte das mortes no primeiro ano de vida, o que torna o cuidado adequado ao recém-nascido como um dos

desafios para a redução dos índices de óbito infantil no Brasil. Há um vínculo direto entre o componente neonatal da mortalidade de crianças, os cuidados no período gestacional, parto, puerpério, e cuidado com o recém-nascido, sendo necessário o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo o período gravídico puerperal, seja qual for o nível de complexidade (BRASIL, 2011a).

A mortalidade materna é um evento que revela o nível de qualidade da assistência de um país, o que reflete diretamente no grau de desenvolvimento, e se constitui como indicador da realidade social. Revela-se como parâmetro ideal para definição da situação socioeconômica de uma região, sendo considerada, ainda, como um indicador para a análise das condições de vida e de assistência prestada à mulher. A mortalidade materna se associa, ainda, com os determinantes biológicos e socioculturais das mulheres brasileiras no que diz respeito às desigualdades de gênero (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Segundo Souto (2008), as dimensões do cuidado à saúde da mulher se expressam além da instrumentação da submissão e da opressão do seu corpo e dos papéis de mãe e reprodutora imposto pela sociedade. A partir desse pensamento, iniciaram-se os primeiros cuidados à saúde das mulheres, inclusive com atenção para o período gravídico-puerperal e o aspecto materno, estando incluso entre esses o fator reprodutivo. No Brasil, em 1983, como resultado dos movimentos sociais feministas, surgiu o termo “integralidade” na saúde, sendo ele utilizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por meio do qual se buscava o rompimento do paradigma materno-infantil, no qual a mulher era vista apenas como mãe, nutriz e cuidadora, e o cuidado era centrado apenas no recém-nascido. Dessa maneira, ela passou a ser vista também como sujeito na assistência.

A mulher no papel de mãe é fundamental nessa relação de cuidado e na constituição familiar, uma vez que a mortalidade materna gera repercussões negativas para a nova criança e a família como um todo. A puérpera comumente apresenta momentos de instabilidade emocional ao se encontrar diante de várias dificuldades, dúvidas e anseios em relação ao momento pós-parto. Tais sentimentos e questões podem ser minimizados a partir de uma adequada assistência puerperal, sendo o cuidado de enfermagem imprescindível na recuperação da condição pré-gravídica da mulher (GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

A escuta ativa às mulheres que vivenciam o período pós-parto possibilita suprir a necessidade de orientações relativas a esse momento, promovendo suporte

e enfrentamento dessa fase. Um estudo mostra que, sendo primíparas ou não, a maioria das puérperas tem um conhecimento adequado sobre autocuidado, mas ainda precisam de estímulos para que esse saber se transforme em ação. Elas afirmam ainda que o enfermeiro tem um importante papel na promoção da saúde nessa etapa (COSTA *et al.*, 2013).

Os profissionais de enfermagem atuam, ainda, na orientação educativa em saúde das puérperas quanto ao seu cuidado e ao cuidado com o recém-nascido, esclarecendo dúvidas sobre os saberes e as práticas adquiridos culturalmente, não com a intenção de excluí-los na sua totalidade e utilizar apenas o conhecimento cientificamente evidenciado, mas no sentido de buscar uma associação e, assim, uma melhor adesão por parte da puérpera e dos seus familiares.

Práticas populares são repassadas de geração a geração entre as famílias, devendo ser consideradas na elaboração do cuidado, pois condutas voltadas apenas para os aspectos biológicos são insuficientes para atender às demandas da mulher no período gravídico-puerperal, passando despercebida a sua subjetividade no que se refere às suas histórias de vida, às suas angústias e aos seus sentimentos, principalmente no período pós-parto.

Existe o reconhecimento do Ministério da Saúde quanto às condutas com relação ao atendimento, o qual é focado apenas nos aspectos biológicos, mostrando-se insuficientes para atender às necessidades da mulher durante seu período gravídico-puerperal. Negligenciam-se, ainda, as dimensões subjetivas de suas necessidades, seja a sua história de vida ou os seus sentimentos e as suas angústias (BAIÃO *et al.*, 2013).

Crenças, valores e significados, quando compreendidos no período puerperal, promovem intervenções e cuidado eficaz pelo enfermeiro, garantindo bem-estar à mãe e ao recém-nascido, o que ajuda na adaptação deles ao contexto sociocultural no qual estão inseridos. Tal estratégia se torna eficaz não somente nesse processo de adaptação, mas também como determinante no processo saúde-doença, aproximando-se da realidade das mulheres no período pós-parto (PRIETO; BRIGITTE; RUIZ, 2013).

Compreender os valores e os significados que são atribuídos pelas mulheres quando vivenciam o puerpério se torna uma etapa importante para o exercício do cuidado integral na atenção à saúde delas e do recém-nascido (BAIÃO *et al.*, 2013).

Dessa forma, este estudo tem como objeto os saberes e as práticas de puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados com a mãe e o bebê.

## 1.2 Questões norteadoras e objetivos

Considerando que o cuidado voltado para as necessidades biológicas é insuficiente para suprir a demanda da mulher no período pós-parto e que os saberes e as práticas de cuidado adquiridos por meio das experiências da puérpera têm relevância no seu dia a dia e na forma como ela realiza seu próprio cuidado e o cuidado ao recém-nascido, foram formuladas as seguintes questões norteadoras, que serviram para orientar e estruturar esta pesquisa: quais os saberes e as práticas adotados pelas puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados consigo e com o recém-nascido? Quais as crenças e os tabus relatados por elas nesse período? Como elas percebem os cuidados prestados pela equipe de enfermagem nesse processo?

Em busca de respostas às questões norteadoras, este estudo teve como objetivo geral compreender os saberes e as práticas de mulheres no período pós-parto relacionados aos cuidados puerperais e com o recém-nascido. Foram definidos como objetivos específicos: descrever as crenças e os tabus que ocorrem no período puerperal e discutir os saberes e as práticas das puérperas, bem como as contribuições dos profissionais de enfermagem no cuidado com elas e com o recém-nascido.

## 1.3 Justificativa e relevância do estudo

A motivação para a escolha do objeto de pesquisa do presente estudo partiu do interesse em compreender como as mulheres cuidam de si e do seu filho a partir dos saberes e das práticas aprendidos e incorporados no cotidiano cultural dos grupos familiares e sociais aos quais pertencem, bem como de experiências pessoais anteriores.

Surgiu o interesse em conhecer como os saberes e as práticas de cuidado eram executados pelas puérperas, se foram utilizados de forma isolada ou associados aos conhecimentos cientificamente evidenciados. Isso foi possível por meio da escuta ativa às participantes, no sentido de que ouvir suas necessidades,

sua história de vida, seus sentimentos e suas angústias contribui de forma positiva para as intervenções a serem realizadas pela equipe de enfermagem, fornecendo uma assistência integral à puérpera e ao recém-nascido de modo a respeitar sua dimensão biológica e psicoemocional, garantindo-se bem-estar à mãe, ao recém-nascido e à família.

É importante que a Enfermagem tenha conhecimento técnico-científico acerca do puerpério e dos cuidados a serem prestados, assim como das crenças e das superstições maternas e familiares, para que se possa realizar o planejamento da assistência, respeitando a cultura<sup>1</sup> popular e, ao mesmo tempo, prevenindo a utilização inadequada de ações comprometedoras da saúde materna e neonatal.

A aproximação com a temática foi possível durante a vivência acadêmica no curso de Bacharelado em Enfermagem e no semestre inicial do curso de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Durante a graduação, houve a participação no projeto de extensão “Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Alojamento Conjunto”, realizado no setor de internação da Maternidade Dona Evangelina Rosa. Nessa atividade, foi possível prestar cuidados e orientações para as puérperas relacionadas com o seu bem-estar e o do recém-nascido, assim como exercitar o processo de escuta ativa com a finalidade de participar da manifestação dos sentimentos e das dúvidas dessas mulheres, buscando resolutividade e garantindo o bem-estar materno, neonatal e familiar.

Nos semestres iniciais do Mestrado na UFPI, também houve essa aproximação com a temática, no acompanhamento de alunos do Curso de Enfermagem - Bacharelado da mesma instituição, nas disciplinas de “Saúde da Mulher” e “Estágio Curricular I”.

Ressalta-se, ainda, que houve participação nas atividades do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE), com discussões que envolveram os conhecimentos, as crenças e os tabus de puérperas sobre seu período gravídico e puerperal, que possibilitaram subsídios para aprofundamento no tema.

---

<sup>1</sup> Neste estudo, entende-se cultura como um conjunto de atividades e crenças que uma pessoa ou um grupo social adota para enfrentar situações com a finalidade de se adaptar ao meio no qual convive. Para Paulo Freire (1983, p. 108), cultura é “como o resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador. O sentido transcendental de suas relações. A dimensão humanista da cultura. A cultura como aquisição sistemática da experiência humana. Como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições ‘doadas’”.

Em várias ocasiões, foi possível constatar que há muitas práticas maternas de cuidados puerperais e com o recém-nascido, permeadas de dúvidas e influenciadas pelos fatores sociais e culturais, os quais abrangem o conhecimento de práticas influenciadas por elementos como visão de mundo, linguagem, religião, aspectos políticos, educacionais, tecnológicos e do meio ambiente em que ocorrem. Essas práticas duram e são repassadas de geração a geração, sendo uma influência importante no comportamento das pessoas.

A forma como as mulheres vivenciam o puerpério depende não apenas de aspectos próprios do período, mas de suas dificuldades pessoais e de como elas incorporam o acontecimento. Mesmo que a equipe de enfermagem realize uma assistência voltada para cuidados técnicos, ela também deve estabelecer uma relação interpessoal com a puérpera, na intenção de proporcionar cuidado integral e de qualidade com base nos princípios da humanização.

A troca de experiências entre os profissionais de enfermagem e as puérperas fortalece o vínculo, que gera a segurança para que as mulheres se sintam à vontade para expor seus sentimentos acerca do período que vivem. O conhecimento sobre suas histórias de vida estimulará estratégias de ação que possam reorientar a equipe de assistência, em especial a de enfermagem que atua diretamente na promoção do cuidado integral e com qualidade para a mãe e o recém-nascido.

As pesquisas na Enfermagem têm mantido uma maior aproximação com os participantes dos estudos, em busca da promoção de uma escuta ativa, sem tratá-los apenas como objetos de investigação em uma relação fria e impessoal. Dessa forma, o método “Narrativas de Vida”, utilizado neste estudo, oportunizou à entrevistadora e autora aprender a ouvir as participantes que vivenciaram a situação escolhida para o estudo, tornando-as ativas no estudo que fala sobre suas vidas. Mostrar aspectos tão particulares das depoentes diferencia as categorias de análise.

O exercício dos profissionais de enfermagem exige uma formação que seja pautada não apenas nas competências técnico-científicas, mas na realidade em que estes estão inseridos. Justifica-se esta pesquisa pela necessidade de melhoria na atenção à saúde das mulheres, do neonato e da família no período puerperal a partir dos saberes e das práticas relatadas por elas. Isso proporciona a familiarização dos enfermeiros com os aspectos existentes na instituição em que trabalham, a fim de que usem de forma associada o conhecimento científico e o empírico, sendo possível prestar um cuidado mais eficaz e condizente com a realidade vivenciada.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Aspectos históricos, conceituais, clínicos e psicoemocionais do puerpério

No que diz respeito à saúde pública, a atenção materna e infantil vem sendo considerada uma área prioritária, principalmente em relação aos cuidados na gestação e no puerpério. As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna dependem do acesso e da qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde, especialmente no parto e no período puerperal (LOPES *et al.*, 2011).

Historicamente, a vivência da gestação, do parto e do puerpério era de domínio exclusivo da mulher. Como auxiliares do processo de parturição, havia somente parteiras, comadres, religiosas ou mulheres da família que fossem experientes.

Ao longo do século XX, ocorreram constantes alterações no sistema de saúde brasileiro, mas somente em 1960 foram implantadas ações prioritárias para assistência à mulher, relacionadas à gravidez, ao parto e à criança. Trata-se do resultado de intensas discussões e reflexões sobre o tema, no que se refere a uma maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde, de modo a reforçar a participação efetiva delas e a possibilitar a aquisição de novos conhecimentos, ampliando a sua percepção corporal e a sua capacidade de gestar, parir e ser mãe (AMÂNCIO; SCHMIDT; COTRIM, 2013).

Em 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica, com a atribuição era planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme determinado no Decreto n.º 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011b).

Com a finalidade de contribuir para a redução da morbimortalidade da mulher e da criança, foi criado, em 1975, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, objetivando concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção à desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança menor de cinco anos, proporcionando a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011b).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil se tornou Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), sendo o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente. Por meio da DINSAMI, em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo objetivo era melhorar as condições de saúde desses sujeitos por meio da cobertura e da resolutividade da rede pública de serviços de assistência. Em 1984, em lugar ao PAISMC, surgiram os programas mais específicos, mas que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011b).

O PAISC tinha como ações principais a prevenção e o manejo do recém-nascido de baixo peso; a assistência ao recém-nascido; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; o controle das diarreias e da desidratação; o controle das infecções respiratórias agudas (IRA); e a prevenção a acidentes e intoxicações (BRASIL, 2011b).

Já o PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção, em um período em que se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Movimento Sanitário. Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas infecções sexualmente transmissíveis (IST), no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do referido perfil populacional (CASSIANO *et al.*, 2014).

No período de 1984 até a década de 1990, o PAISM apresentou algumas particularidades que foram influenciadas pelas características do SUS, pelo processo de municipalização e de reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o PAISM foi apenas o início das mudanças que ocorreram no vigente modelo assistencial médico privatista do país, em que as ações voltadas para a saúde eram básicas devido ao fato de o financiamento do sistema ser direcionado apenas à produtividade dos serviços. O período foi marcado pela ruptura dos princípios norteadores da política de saúde das mulheres e das

prioridades nessa área, ao mesmo tempo em que foram propostas intervenções voltadas para a integridade, a equidade e a abordagem global em todas as etapas do seu ciclo vital, com destaque para o pré-natal, pelo seu potencial de impacto no resultado perinatal (CASSIANO *et al.*, 2014).

Como as ações anteriores não corresponderam ao esperado, implantou-se, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 569/2000. Essa iniciativa teve como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assim como da assistência ao recém-nascido e à mulher durante o parto e o período puerperal (CASSIANO *et al.*, 2014).

Nos últimos anos, devido ao impacto e à relevância do processo de nascimento, o Ministério da Saúde tem assumido compromisso com a maternidade segura. Dessa forma, vem adotando estratégias para promovê-la, com vistas à humanização do cuidado em saúde (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2005).

Em 2004, o órgão elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, propondo diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento a ela, de modo a contribuir para a implementação de ações que colaborassem para a garantia dos direitos humanos, visando reduzir as taxas de morbimortalidade por causas evitáveis (BRASIL, 2004).

À medida que se organizava a atenção à saúde da mulher, foram elaboradas políticas públicas prioritárias e manuais para a padronização das condutas dos profissionais da área. Em 2005, foi publicada a quarta edição revisada e ampliada do Manual Técnico de atenção ao Pré-natal e ao Puerpério, tendo como finalidade oferecer uma referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde, ao considerar as evidências científicas atuais e as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Nesse mesmo sentido, uma rede com finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil foi lançada pelo citado órgão. Trata-se da Rede Cegonha, que objetiva implementar uma série de cuidados às mulheres, ao garantir o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado humanizado à gestante, ao parto e ao puerpério, bem como o direito de nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável às crianças (BRASIL, 2011c).

De forma complementar, em 2015, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, por meio da Portaria n.º 1.130, de agosto de 2015, com objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, com atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com foco prioritário na primeira infância e nas populações de maior vulnerabilidade, na tentativa de reduzir a morbimortalidade, promovendo condições dignas de sobrevivência e de desenvolvimento pleno (BRASIL, 2015a).

Relacionado aos aspectos clínicos, o puerpério corresponde ao período de seis semanas (42 dias) que se inicia logo após o parto ou a cirurgia cesariana, com expulsão da placenta (GALÃO; HENTSCHEL, 2011). Para o Ministério da Saúde, tal momento pode ser dividido, ainda, em imediato (1º ao 10º dia após o parto), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia) (BRASIL, 2016). Nesse período, acontece a involução dos órgãos reprodutivos, e o organismo materno retorna à condição pré-gravídica.

Segundo Andrade *et al.* (2015), no puerpério ocorrem as modificações involutivas geradas pela gravidez e pelo parto. Essas se dão tanto na genitália materna como no organismo de modo geral, perdurando até o retorno às condições pré-gravídicas. Torna-se um período em que a puérpera, a criança e a família se encontram frágeis, devendo o profissional garantir um olhar atento e comprometido.

Entre as modificações fisiológicas e anatômicas típicas do período pós-parto, podem ser citadas: involução uterina, redução das dimensões da vagina e do introito vaginal, alterações nos sistemas cardiovascular e urinário, na função ovulatória e nas mamas. Com relação aos aspectos clínicos, deve-se estar atento para a primeira hora no período pós-parto, visando intensificar a importância da paciente quanto ao risco de complicações, como a ocorrência de sangramentos devido a hipotonia uterina (GALÃO; HENTSCHEL, 2011). Tais complicações, quando não identificadas, nem realizadas intervenções, podem resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis. Um estudo evidenciou que doenças na gestação, no parto e no puerpério estão entre as 10 primeiras causas de morte de mulheres, sendo 92% desses casos evitáveis (BRASIL, 2005).

Em virtude do risco de complicações, deve haver ampla divulgação da necessidade de realização de consulta pós-parto, que deve ser feita até 42 dias após o fim da gestação. Essa iniciativa fornece um melhor controle para avaliação

da puérpera. A Rede Cegonha traz uma estratégia chamada “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), em que são realizadas atividades na atenção à saúde da puérpera e do recém-nascido. Essas ações ajudam na redução da mortalidade infantil, objetivando a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e Hepatite B e a avaliação do aleitamento materno para orientação e apoio. Fornecer assistência à mulher e ao recém-nascido no puerpério imediato e nas primeiras semanas após o parto é de grande importância para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Entre orientações fornecidas ainda na maternidade está a identificação de sinais e sintomas pelas puérperas, sendo alguns deles: aparecimento de febre, sangramento vaginal excessivo, dor ou sinais de infecção na ferida operatória da cesariana ou da episiotomia, tonturas frequentes, mamas doloridas e empedradas. É preciso esclarecer que, em qualquer dessas situações, é necessário buscar o serviço de saúde. As ações a serem realizadas no período puerperal são: avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; orientar sobre a importância do apoio familiar na fase de amamentação; orientar cuidados básicos com o bebê; avaliar a interação da mãe com ele; identificar situações de risco ou intercorrências e referenciá-las ao serviço especializado, se necessário; orientar o planejamento familiar; e agendar a consulta de puerpério dentro dos 42 dias após o parto (BRASIL, 2012).

Sendo esse período depois do nascimento um momento em que a puérpera se encontra potencialmente vulnerável, ela precisa e busca apoio nas relações interpessoais, com confiança principalmente em sua mãe, principal fonte de cuidado que interveio de forma positiva no poder vital das puérperas. Constata-se que a presença e o apoio das mães durante esse período transmitem tranquilidade, segurança, relevo, ajuda e conforto, sendo, ainda, importantes fontes de conhecimento, de experiência e de ajuda financeira e com as tarefas domésticas e higiênicas do bebê. Além da presença materna, as relações com família, parceiros e vizinhos também influenciam diretamente nas orientações, nos conhecimentos e no poder vital das mulheres no período pós-parto (BERNARDI; CARRARO, 2014).

Relacionado aos aspectos psicoemocionais do puerpério, por ser um período de adaptação a novas rotinas, o momento requer apoio físico e emocional para que seja enfrentado de forma saudável, como parte do processo de desenvolvimento humano. É importante considerar que o nascimento de um filho é uma experiência

familiar. Oferecer atenção de qualidade no período pós-parto é necessário não só à puérpera, mas à família de forma geral, incluindo as várias formas de organização familiar. Nesse sentido, o profissional de enfermagem fornece cuidado, também, quando desenvolve estratégias que oferecem incentivo e motivação para a mãe no pós-parto (BERNARDI; CARRARO, 2014).

Provisoriamente, há alteração emocional e maior vulnerabilidade psíquica, o que faz com que as mães se liguem aos recém-nascidos de forma mais intensa. Devido à relação inicial ser pouco estruturada, há predomínio de uma comunicação não verbal, emocional e mobilizadora. Podem ocorrer sintomas depressivos devidos à ansiedade despertada pela chegada do bebê, sendo as necessidades da própria mulher postergadas em função das necessidades da criança. Dessa forma, a mãe ainda precisa de proteção e de apoio no puerpério (BRASIL, 2005).

Entre as alterações emocionais nesse período, manifestam-se *baby blues* (estado depressivo transitório caracterizado por fragilidade, hiperemotividade, alterações de humor, falta de confiança em si, sentimento de incapacidade), depressão, lutos vividos durante a transição da gravidez para a maternidade e perda do corpo gravídico e não retorno ao corpo pré-gravídico (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a atenção pré-natal, no parto e no puerpério objetiva acolher a mulher com a garantia do nascimento de uma criança saudável e do bem-estar materno, neonatal e familiar, assim como planejar uma assistência de enfermagem sistematizada e humanizada com bases no processo científico, considerando as necessidades humanas básicas.

## 2.2 Cuidados de enfermagem no período puerperal

Os termos “cuidar” e “cuidado”, a depender da cultura na qual se inserem, podem oferecer uma variedade e uma flexibilidade de usos. No entanto, eles devem ser utilizados de forma integrada, sendo as ações realizadas considerando o ser humano como um conjunto de aspectos espirituais e biopsicossociais, pois o cuidado não pode ocorrer de modo isolado do cuidar, por se tratar de um processo interativo. Dessa forma, a relação de cuidado se estabelece entre o ser que cuida e o ser que é cuidado por meio da disponibilidade, da confiança, da receptividade e da aceitação, de modo a promover o crescimento de ambos (WALDOW, 1998).

Nesse sentido, o cuidado representa um compromisso que se constrói na promoção do bem-estar do outro. É o resultado de ações voltadas para a proteção, a promoção e a preservação da humanidade, em que as pessoas encontram significados no sofrimento, na doença, na dor e na existência (WALDOW, 2010).

O cuidado é um evento complexo que aborda conexões entre a equipe que presta o cuidado, o cliente, família e comunidade que o recebem, e ambiente onde aquele ocorre, orientando ações, promovendo direitos, produzindo técnicas e tecnologias que contribuem para a construção de um modelo de saúde fundamentado em princípios e valores. Prestar cuidado implica em lidar com os valores daquele que cuida e daquele que necessita de cuidados. Os sujeitos envolvidos devem ser a referência na construção das relações, devendo a decisão ética permear o processo de cuidado, qualificando a assistência.

As ações dos profissionais de saúde devem ser permeadas de ética e de valores, o que nem sempre é evidenciado. Estudos mostram que o modelo biomédico influencia na formação profissional na área da saúde ao desconsiderar que toda pessoa pertence a um contexto, com família e vida social, e que não é adequado que ela seja identificada por um número ou uma doença (MELO *et al.*, 2013).

Anteriormente, o cuidado se limitava à mecanicidade de procedimentos técnicos na busca de dados objetivos (relação de causa e efeito), distinguindo-se corpo e mente, diminuindo os aspectos psicológicos, sociais e comportamentais e inexistindo a relação entre profissional e paciente. É importante ressaltar que o encontro entre o cuidador e a pessoa cuidada é estabelecido no próprio ato de cuidar, não reduzindo tal ato a simples técnicas e conhecimentos, mas considerando a subjetividade dos sujeitos que estão envolvidos nessa relação por meio de uma comunicação efetiva (SILVA *et al.*, 2016).

Nos dias atuais, percebe-se fragilidade no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, evidenciada pela redução na comunicação com o paciente. Parte dos casos se deve à gravidade do quadro clínico, pelo fato de as mulheres não estarem em condições de opinar sobre a assistência que recebem ou ainda porque não há um familiar ou um acompanhante que possa fazer as considerações pertinentes em momentos adequados. Tal fragilidade na comunicação reduz a qualidade da assistência e pode ser justificada pela sobrecarga de trabalho, a qual dificulta até mesmo o ato de conversar com o paciente sobre o tratamento recebido e a sua

condição de saúde, o que pode gerar angústia na pessoa internada, transformando a assistência em um ato invasivo, de certo modo, à privacidade do paciente (SANTOS; COSTA NETO; NERY, 2016).

Assim, a comunicação efetiva é necessária, pois, segundo Waldow (2008), conhecer e entender o enlace dos diversos rituais de cuidado existentes, dos hábitos, dos padrões e dos comportamentos de cuidar auxilia no processo de promoção e de recuperação da dignidade e da totalidade humana.

Dessa forma, há a necessidade de resgatar a subjetividade envolvida no ato de cuidar e de permitir ser sensível ao sentimento do outro, ouvindo seus anseios e suas necessidades. Isso aproxima o profissional do paciente, pois, quando se conhece cada singularidade dele, torna-se possível a prestação de uma assistência de forma individualizada e humanizada (BASTOS *et al.*, 2013). Estudos mostram que o apoio emocional oferecido pelo enfermeiro por meio de um serviço amigável e cordial transfere conforto e confiança e tranquiliza as ansiedades e as crises situacionais (RODRÍGUEZ; VELANDIA; LEIVA, 2016).

O exercício da Enfermagem é regulamentado pelo Decreto n.º 94.406/1987 e pela Lei n.º 7.498/1986, em que a consulta de enfermagem e a prescrição do cuidado são partes integrantes do processo de enfermagem, executado privativamente pelo enfermeiro. Como integrante da equipe de saúde, cabe à Enfermagem, de forma geral, prestar assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido (COFEN, 1986; COFEN, 1987).

A Enfermagem se destaca como a arte que oferece cuidado aos indivíduos, às famílias e às comunidades de diversos núcleos. Sua execução está em constante avaliação, com a finalidade de oferecer uma assistência de qualidade, na busca de constante otimização do cuidado e do bom relacionamento entre o enfermeiro e as pessoas que recebem o cuidado (FREITAS *et al.*, 2014). Dessa forma, seja qual for a circunstância, o paciente internado em uma instituição de saúde irá lidar com profissionais de várias especialidades, principalmente a de Enfermagem, que fornecerá apoio e educação, garantindo que esse processo seja o mais agradável possível ao executar as intervenções e as atividades no benefício dos sujeitos atendidos (TORRES; BUITRAGO, 2011).

O cuidado prestado pelo profissional de enfermagem, em determinados momentos, limita-se ao paradigma biomédico, meramente assistencial, não havendo

o fortalecimento da educação e da comunicação com a mulher no puerpério (VINALAY; VICTORIA, 2012).

Estudos têm abordado a satisfação da mulher no puerpério acerca da atenção que recebe, o conhecimento da puérpera sobre autocuidado e cuidado com o recém-nascido, a influência da cultura familiar nas condutas de cuidados gerais que a mãe executa consigo mesma, assim como com o recém-nascido, sendo identificado em todos os estudos que a educação tem sido abordada no processo de cuidado durante a prática profissional do enfermeiro (ACZEVEDO-HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem se torna indispensável para a atenção integral à saúde da puérpera, de modo a identificar as suas necessidades e as das pessoas envolvidas no processo e elaborar um plano de cuidados individualizado.

Por se tratar de um período permeado por riscos e vulnerabilidade, o puerpério necessita de um cuidado de enfermagem qualificado, com base na prevenção de intercorrências, que ofereça conforto emocional e físico por meio de ações educativas que forneçam apoio para que a mulher cuide de si e do seu recém-nascido, considerando as modificações desse período e o impacto que elas podem causar (EBLING *et al.*, 2018).

A Enfermagem tem papel fundamental para a efetividade das ações voltadas para a promoção, a prevenção e o tratamento de saúde às puérperas. Para isso, operacionaliza-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio das etapas do Processo de Enfermagem, com histórico, diagnóstico e planejamento de enfermagem, implementação e avaliação, norteando as ações da categoria profissional.

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa mundialmente o domínio da prática. Favorece a visibilidade da contribuição da Enfermagem nos sistemas de informação (considerada uma tecnologia da informação). Sua estrutura abrange termos importantes para a sua prática, possibilitando a elaboração de diagnósticos, intervenções e resultados para descrever os fenômenos de interesse dessa classe profissional (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016).

Um estudo de Olegário, Fernandes e Medeiros (2015) utilizou a CIPE® para validar afirmativas de diagnósticos para assistência às mulheres no puerpério. Para

os autores, a não uniformização na linguagem dos registros e nas afirmativas de diagnósticos e resultados de enfermagem impede a agregação de dados, a interpretação e a síntese de informações para a elaboração das intervenções e das práticas desse âmbito. Entre os diagnósticos de enfermagem validados no estudo desses autores, totalmente ou potencialmente aplicáveis à assistência no período pós-parto, destacaram-se:

- Amamentação positiva;
- Amamentação exclusiva prejudicada;
- Sono prejudicado;
- Comportamento de repouso prejudicado;
- Deambulação prejudicada;
- Exaustão no período pós-parto;
- Fadiga no período pós-parto;
- Ferida cirúrgica;
- Ingurgitamento mamário;
- Risco de processo hemorrágico;
- Dor no período pós-parto;
- Baixo conhecimento sobre amamentação;
- Baixo conhecimento sobre recém-nascido;
- Baixo conhecimento sobre cuidado com ferida;
- Regime de cuidados com as mamas prejudicado;
- Baixa capacidade do cuidador para executar o cuidado ao recém-nascido;
- Risco de parentalidade prejudicada;
- Baixo conhecimento sobre ordenhar;
- Amamentação interrompida;
- Constipação;
- Risco de infecção;
- Edema periférico;
- Baixa autoestima;
- Eliminação urinária alta;
- Higiene pessoal prejudicada;
- Fissura na mama;
- Hipotensão;

- Ansiedade;
- Risco de ligação afetiva entre pais e criança prejudicada;
- Planejamento familiar prejudicado.

As intervenções de enfermagem devem estar voltadas para ações que minimizem os problemas de saúde identificados. O período puerperal causa insegurança na puérpera independentemente de ser ou não a sua primeira experiência, exigindo sensibilidade dos profissionais envolvidos de modo que identifiquem as reais necessidades da mãe. Há uma maior necessidade de orientações que promovam o suporte de enfrentamento a essa fase. Estudos mostram que puérperas têm conhecimento adequado sobre autocuidado, mas necessitam de estímulos para que ele seja exercido. Observou-se que o enfermeiro executa papel relevante na promoção da saúde, pois, além de se preocupar com a satisfação dos seus cuidados assistenciais, ele também realiza o trabalho educativo durante o período gravídico-puerperal, estimulando o autocuidado (COSTA *et al.*, 2013).

O planejamento das intervenções de enfermagem deve ser realizado de forma individual, conforme as necessidades de cuidado da puérpera e do recém-nascido, voltados também para o apoio e a orientação dos familiares envolvidos no cuidado, a fim de que se obtenham os resultados esperados.

Os resultados de enfermagem são os sensíveis às intervenções que são elaboradas de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados quando são julgadas determinadas necessidades humanas e sociais do paciente (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016). Portanto, a identificação dos resultados do sujeito é parte essencial para avaliação do cuidado de enfermagem.

Os autores Olegário, Fernandes e Medeiros (2016), em outro estudo, validaram resultados de enfermagem da CIPE® para a assistência a pacientes no período pós-parto construídos a partir dos diagnósticos de enfermagem obtidos em seu estudo anterior. São eles:

- Amamentação positiva;
- Amamentação exclusiva eficaz;
- Conhecimento adequado sobre ordenhar as mamas;
- Conhecimento adequado sobre a amamentação;

- Conhecimento adequado sobre a condição de saúde do recém-nascido;
- Conhecimento adequado sobre o cuidado com a ferida;
- Conhecimento adequado sobre regime de cuidados com as mamas;
- Conhecimento adequado sobre cuidado com o recém-nascido;
- Conhecimento adequado sobre planejamento familiar;
- Deambulação eficaz;
- Ausência de exaustão atual no período pós-parto;
- Fadiga ausente/fadiga melhorada no período pós-parto;
- Cicatrização da ferida eficaz;
- Ausência de ingurgitamento mamário;
- Pressão sanguínea eficaz;
- Comportamento de repouso positivo;
- Parentalidade eficaz;
- Sono adequado;
- Ansiedade melhorada;
- Amamentação positiva;
- Apetite positivo;
- Auto-higienização da região vulvar eficaz;
- Auto-higienização eficaz;
- Constipação percebida melhorada;
- Dor de período pós-parto ausente;
- Edema periférico ausente;
- Fissura mamária ausente;
- Baixo risco de infecção na ferida cirúrgica;
- Baixo risco de processo hemorrágico pós-parto.

Tais resultados são alcançados mediante identificação de problemas de base fisiológica, assim como psicoemocionais, devido à vivência do puerpério e ao contexto sociocultural no qual a mulher está inserida, bem como a potencialização das orientações principalmente quando a mãe e o recém-nascido estiverem de alta. Esse acompanhamento por profissionais de saúde e orientações devem ser mantidos pela equipe da Atenção Básica de saúde. No estudo de Silva *et al.* (2017), as participantes apresentaram um maior número de queixas de intercorrências após a alta hospitalar.

Independentemente do nível de complexidade do local onde as puérperas e os recém-nascidos serão assistidos, devem-se utilizar práticas, habilidades e conhecimentos científicos para auxiliá-las no processo de adaptação a esse período e no vínculo com o bebê. Deve-se, ainda, considerar os aspectos psicológicos, mentais e sociais, evitando prejuízos para a mãe, a criança e a família (SILVA *et al.*, 2017).

Valorizar as crenças e os valores é algo que deve ser exercido pelos enfermeiros, o que pode influenciar positivamente sobre as mães. É necessário agir de forma extensiva, ouvir com cuidado. O estado emocional e os sentimentos vivenciados pelas mulheres durante o puerpério devem ser observados pelo enfermeiro, pois, a partir disso, será possível avaliar a forma como a nova mãe está praticando o cuidado e qual a melhor forma de intervir (CARRARA; BERNADI, 2014).

A associação entre o cuidar, promovido pela equipe de enfermagem, e a escuta ativa promove, além da identificação de alterações na evolução do puerpério (fisiológicas e psicológicas), a realização de um trabalho educativo direcionado ao autocuidado materno e ao cuidado com o recém-nascido, com a finalidade de redução dos índices de morbimortalidade materna.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de pesquisa

O estudo utiliza a abordagem qualitativa, sendo do tipo exploratório descritivo, a partir do método “Narrativas de vida”. No âmbito da pesquisa qualitativa, deve ser valorizada a compreensão dos processos, e não apenas dos resultados, considerando as singularidades nos contextos históricos e sociais de forma ampliada, ou seja, os indivíduos e os grupos devem ser compreendidos no meio em que convivem, com suas próprias circunstâncias e histórias (MINAYO; GUERRIEIRO, 2014).

Dessa forma, compreender é a capacidade de se colocar no lugar do outro, exercitando a capacidade de entendimento e levando em consideração a singularidade do indivíduo, pois essa subjetividade é uma manifestação do viver. A compreensão da experiência de uma pessoa é contextualizada e envolvida pela cultura do grupo no qual ela se insere (MINAYO, 2012).

#### 3.2 O método “Narrativas de vida”

Historicamente, várias mudanças ocorreram na sociedade, alterando o modo de vida das pessoas e a prática da pesquisa científica por meio das inovações tecnológicas. Por volta de meados do século XX, o uso da oralidade nas pesquisas sociais se tornou uma inovação na utilização de instrumentos para a coleta de dados. Desde então, o uso de instrumentos tecnológicos como gravadores e filmadoras faz parte da realização de entrevistas, permitindo ao pesquisador registrar fatos, histórias e fenômenos relacionados ao indivíduo participante das investigações (MIRANDA; CAPPELLE; MAFRA, 2014). Assim, insere-se o uso do método “Narrativas de vida”, que busca ser a ligação entre os aspectos social e o individual por meio da oralidade histórica.

A história de vida começou a ser utilizada nas décadas de 1920 e de 1930 por pesquisadores da Escola de Chicago, sendo desenvolvida por meio dos trabalhos de Thomas e Znaniecki em 1927, na Polônia, e por antropólogos, em busca de formas

para a preservação da memória oral de tribos (MIRANDA; CAPPELLE; MAFRA, 2014).

A terminologia “relatos de vida” se originou na França, sendo utilizada nas ciências sociais como “história de vida” ou “*life history*”. Há uma diferença entre este termo e a expressão “*life story*”, a qual é caracterizada como relato de vida narrado tal como foi vivenciado pelo sujeito pesquisado, com importância focada na perspectiva do narrador. “*Life history*” se refere ao estudo da vida de uma pessoa ou um grupo, incluindo, além da narrativa, documentos consultados para atestar a veracidade dos fatos contados (BERTAUX, 2010).

Atualmente denominado de “Narrativas de vida”, é caracterizado como método de pesquisa qualitativa que se baseia no conhecimento da vivência de uma pessoa sobre determinado acontecimento. O próprio participante da investigação conta sua história, permitindo a obtenção de informações na essência subjetiva de sua vivência.

Trata-se de um dos métodos que compõem o campo mais amplo da pesquisa qualitativa, tornando-se instrumento das ciências humanas e sendo utilizado por antropólogos, sociólogos, historiadores, dentre outros sujeitos. Tal metodologia recorre a narrativas e relatos sobre determinado fenômeno ou período, colhidos por meio de estudo documental e entrevistas (gravadas em áudio e/ou vídeo) que podem ser trabalhadas por meio de várias técnicas e de muitos procedimentos (SILVA; BARROS, 2010). Para os autores referenciados, a história de vida compõe um dos métodos mais amplos da pesquisa qualitativa, especificamente o da história oral. Para Bertaux (1980), histórias de vida são sempre relatos de práticas sociais que trazem o modo como o indivíduo se insere e age no grupo e no mundo de que faz parte. Já a narrativa tem função descritiva e avaliadora, pois, no relato de um fato, reflete-se também sobre aquele momento. Dessa forma, o participante, além de relatar sua vida, reflete sobre ela enquanto a conta.

A forma mais eficaz de ter conhecimento sobre a experiência e a perspectiva de um indivíduo é por meio de sua própria fala. Esse método trata das trajetórias pessoais no que concerne às relações humanas, o que fornece uma riqueza de detalhes sobre o tema que se quer abordar, pois o sujeito tem liberdade e espontaneidade para falar sobre sua experiência (SANTOS; SANTOS, 2008).

É necessário diferenciar a história real de vida da narrativa que é feita sobre ela. A narrativa se estrutura por meio da sucessão temporal de acontecimentos ao

se referir à história de vida de alguém. Existem mediações entre os acontecimentos vivenciados pelo indivíduo e a narrativa realizada sobre eles, tais como percepção, memória, reflexividade do sujeito, sua capacidade de narrativa, dentre outros aspectos (BERTAUX, 2010).

Mesmo que a vida dos indivíduos tenha determinada continuidade, ela não segue o mesmo padrão quando é contada, pois, na história de vida, quem decide o que vai contar é o sujeito pesquisado. Dessa forma, a verbalização de suas trajetórias, de fatos e de acontecimentos relacionados ao tema pesquisado será lembrada de acordo com a importância atribuída pelo sujeito. Cabe ao pesquisador estabelecer núcleos de sentido para os temas relatados no momento de suas análises, ao mesmo tempo em que realiza a ligação entre os fatos, os contextos e as pessoas inseridas na trajetória do indivíduo (MIRANDA; CAPPELLE; MAFRA, 2014).

Dentre as etapas essenciais das pesquisas que utilizam o método “Narrativas de vida” está a entrevista. No momento antes dela, há uma preparação, na qual se realizem os primeiros contatos e as aproximações com o sujeito da pesquisa que será entrevistado e com o seu contexto, momento em que se deve também explicar o projeto de pesquisa para que haja uma resposta sobre o aceite de participação. Após isso, marca-se o encontro para a gravação da história de vida, etapa que requer planejamento, pois, além de iniciar a formação do vínculo com o participante da investigação, é o momento de reunião de informações e conhecimentos com a finalidade de manter um diálogo fluente e aprofundar os temas tratados (SILVA; BARROS, 2010; BERTAUX, 2010).

A entrevista deve ser realizada em ambiente acolhedor, de modo que o participante possa contar sua história sem constrangimentos ou interrupções. As inferências do pesquisador devem ser mínimas. Dessa forma, algumas atitudes devem ser evitadas: falar em excesso, interromper frequentemente ou nada expressar, com rosto impassível ou silêncio equívoco (BERTAUX, 2010).

O pesquisado deve se expressar, abordar situações pessoais e falar de seus sentimentos, seus sonhos e seus desejos. Deve estar ciente da importância de sua contribuição, bem como das etapas do projeto e dos princípios éticos para a realização da pesquisa. No momento pós-entrevista, o pesquisador deve organizar e realizar o tratamento das entrevistas registradas por meio da transcrição, da textualização e da transcrição ou síntese (SILVA; BARROS, 2010). Nesta última,

tenta-se recriar o contexto da entrevista por meio da escrita, com a elaboração de uma síntese do que foi percebido pelo pesquisador.

Bertaux (2010) afirma que devem ser consideradas as informações derivadas dos silêncios, dos esquecimentos, das reiteraões, da linguagem não verbal, do cotejamento de fontes escritas e advindas de imagem – tudo que não pode ser captado pelo gravador, para fazer parte dos dados de análise. É necessária atenção mesmo quando o gravador é desligado, pois, nesse momento, pode ser que o mais importante seja dito – algo essencial para o pesquisador entender o que busca conhecer.

Os dados são interpretados por meio da análise temática, baseada na literatura que trata do tema em estudo. De forma sequencial, realiza-se o agrupamento dos dados em categorias temáticas. Dessa forma, a interpretação das narrativas de vida é realizada de acordo com a compatibilidade do objeto de estudo (BERTAUX, 2010).

### 3.3 Os participantes e o cenário de estudo

As participantes da pesquisa foram 13 mulheres que estavam vivenciando o período puerperal em uma unidade de internação. Quanto aos critérios de inclusão, foram escolhidas as que estivessem vivenciando o período puerperal, com recém-nascido vivo, independentemente do tipo de parto. Nos critérios de exclusão estão as puérperas com menos de 18 anos e com presença de diagnóstico médico de transtorno cognitivo ou psiquiátrico que comprometesse a capacidade de autodeterminação.

Como cenário de estudo, definiu-se o setor de internação de uma maternidade pública de referência da rede estadual, localizada na cidade de Teresina, no estado do Piauí. Essa apresenta capacidade de 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais. É responsável por cerca de 63% dos nascimentos ocorridos na capital piauiense. Realiza, em média, 1.200 internações por mês, das quais 900 são partos. Oferece, ainda, serviços de caráter ambulatorial, como imunização, consultas médicas e de enfermagem a gestantes e crianças, acompanhamento à gestante adolescente, planejamento familiar, orientação com a equipe do Banco de Leite, realização de exames complementares, atendimento de urgências e emergências obstétricas, dentre outros (SESAPI, 2016).

O contato inicial com as puérperas aconteceu no setor de internação da mãe e do recém-nascido, para promoção do alojamento conjunto, onde as participantes foram identificadas pela pesquisadora logo na admissão. A aproximação ocorreu no período em que as puérperas se mantinham internadas, momento variável, tendo como fator dependente o quadro clínico delas e dos bebês.

Foram realizados, no mínimo, três encontros com cada uma, com o propósito de firmar um vínculo de confiança para que elas pudessem se sentir confortáveis para relatar suas vivências. Após a aceitação para participar do estudo, as mulheres escolheram a própria maternidade como ambiente para as entrevistas, as quais foram realizadas no próprio setor de internação, designado a internar puérperas e recém-nascidos no período pós-parto. As conversas foram realizadas em uma sala reservada, proporcionando um ambiente tranquilo e acolhedor para haver maior privacidade.

### 3.4 Instrumento para a produção dos dados

O instrumento utilizado foi um formulário composto por duas partes (Apêndice B). A primeira parte caracteriza a puérpera por meio do perfil socioeconômico, cultural, demográfico (idade, estado civil, religião, renda familiar, ocupação, escolaridade, procedência) e dados gineco-obstétricos (menarca, primeira relação sexual, número de gestações, de partos e de abortos prévios e número de consultas pré-natais). A segunda parte do instrumento traz uma questão referente aos saberes e às práticas das puérperas em relação ao cuidado consigo e com o recém-nascido e às orientações recebidas pela equipe de enfermagem: “Fale tudo o que a senhora sabe sobre o seu cuidado e com o recém-nascido no período pós-parto e sobre a assistência de enfermagem prestada à senhora nesse período”.

Após cada entrevista, os dados significativos foram registrados em um diário de campo. Segundo Demo (2012), o pesquisador qualitativo observa informações que não são ditas, como gestos, o olhar, o movimento do corpo, dentre outros aspectos que podem expressar mais que a própria fala, sendo impossível reduzir o entrevistado a um objeto.

### 3.5 Produção dos dados e análise das narrativas de vida

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no período de agosto e setembro de 2017. A produção dos dados ocorreu por meio da técnica de entrevista aberta e em profundidade, na qual as conversas foram coletadas até que as falas das participantes não acrescentassem novas informações com relação aos dados anteriormente obtidos, de forma a responder à questão de pesquisa. As entrevistas foram baseadas no método “Narrativas de vida”, com as respostas verbais gravadas por meio de aparelho *smartphone* com aplicativo específico para essa funcionalidade.

Inicialmente, realizou-se a validação do instrumento de pesquisa (Apêndice B – Formulário) através da aplicação de estudo piloto, que se refere à aplicação prévia do recurso em uma pequena amostra, visando avaliar se os itens se adequavam ao significado e à dificuldade de compreensão da amostra, de modo a alterar o instrumento conforme necessidade para que ele pudesse ser utilizado com segurança posteriormente (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Dessa forma, para garantir que sua construção e sua aplicação permitissem o alcance dos resultados conforme estabelecido pelos objetivos propostos, foram utilizadas duas entrevistas para validação, em que se constatou que as participantes entenderam o verdadeiro teor do instrumento que norteou a conversa.

Como material para a produção de dados, foram realizadas anotações sobre o que foi percebido no contexto da entrevista, no que se refere às participantes em relação à entrevistadora, ao tema da entrevista e à própria história de quem estava contando. Por meio desses registros, foi possível captar o que passou despercebido pela gravação durante o momento. Após cada entrevista, as falas das participantes foram transcritas, com a finalidade de analisar a fundo cada narrativa de vida.

O método de análise utilizado foi o referencial metodológico de História de Vida de Daniel Bertaux (2010). Segundo o autor, a fase de interpretação dos dados é realizada por meio da análise temática, com base na literatura que aborda o tema em estudo, sendo, em seguida, realizado o agrupamento das informações em categorias. Assim, a análise das narrativas de vida é direcionada de acordo com o que é compatível com o objeto de estudo.

### 3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

As participantes da pesquisa foram devidamente informadas e esclarecidas sobre o estudo, os objetivos e a relevância dele. Para participação e gravação das falas, foram solicitadas a autorização e o consentimento das partícipes, garantindo sigilo absoluto, assim como a liberdade de se recusar a participar ou de fazer a retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem consequências para elas. As que aceitaram participar, após os esclarecimentos necessários, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, ficando uma com a participante e a outra arquivada no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE) por cinco anos.

O TCLE seguiu as normas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, documento que trata das pesquisas que envolvem seres humanos, de modo que a atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, para garantir o sigilo, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes. A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada (Apêndice C – Correspondência para Autorização Institucional; Anexo A – Carta de anuência) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com o Parecer Nº 2.049.492 (ANEXO B), o que permitiu, dessa forma, o início da coleta e da produção dos dados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados compreenderam a caracterização das participantes da pesquisa e as narrativas de vida das mulheres acerca dos cuidados puerperais e com o recém-nascido.

### 4.1 Caracterização das participantes

As partícipes foram caracterizadas segundo informações obtidas por meio dos dados socioeconômicos, demográficos e culturais, bem como gineco-obstétricos, conforme é evidenciado nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica, demográfica e cultural das puérperas; Teresina-PI, ago./set. 2017

Dep.	Idade (anos)	Procedência	Est. civil/Sit. conj.	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda familiar*	Religião
1	36	Alto Santo-CE	Casada	EMC	Do lar	>2	Evangélica
2	21	União-PI	Casada	EMI	Do lar	1	Evangélica
3	25	Teresina-PI	Solteira	EMI	Lavadora	1	Católica
4	22	Rio de Janeiro - RJ	União estável	EMC	Diarista	1	Católica
5	26	Teresina-PI	Casada	EMC	Autônoma	1	Católica
6	32	Teresina-PI	União estável	EMC	Diarista	1	Evangélica
7	20	Oeiras-PI	União estável	EMC	Vendedora	1	Católica
8	23	Teresina-PI	Casada	EFI	Manicure	>2	Católica
9	37	Teresina-PI	União estável	EMI	Autônoma	>1	Católica
10	25	Teresina-PI	Casada	EMC	Lavadora	<1	Evangélica
11	23	Teresina-PI	Solteira	EFI	Do lar	<1	Católica
12	29	Coelho Neto-MA	Solteira	EMI	Cabeleireira	>3	Católica
13	26	Teresina-PI	União estável	EMC	Estudante	>1	Evangélica

**Fonte:** Pesquisa direta, 2017.

\*Renda familiar em salários mínimos (R\$ 937,00). LEGENDA: Dep. = Depoente; Est. civil/Sit. Conj. = Estado civil/situação conjugal; EMC = Ensino Médio completo; EMI = Ensino Médio incompleto; EFI = Ensino Fundamental incompleto.

Nas 13 puérperas participantes, a idade variou entre 20 e 37 anos. Quanto à procedência, oito são de Teresina-PI, duas de outras cidades do Piauí: União e Oeiras, enquanto uma é do Ceará, outra é do Maranhão e outra é do Rio de Janeiro. Em relação ao estado civil ou à situação conjugal, cinco das partícipes eram casadas, cinco estavam em união estável e três eram solteiras. Na escolaridade, os dados revelaram que sete possuíam Ensino Médio completo; quatro tinham esse nível incompleto; e duas não completaram o Ensino Fundamental.

Quanto à profissão ou ocupação exercida, houve uma diversidade de atividades citadas, sendo a ocupação “cuidadora do lar” citada por três participantes. Lavradora, autônoma e diarista foram citadas duas vezes. Vendedora, manicure, cabeleireira e estudante foram citadas uma vez. A renda familiar variou entre valores menores que um (<1) e maiores que três (>3) salários mínimos. No que se refere à religião, oito das partícipes eram católicas e cinco eram evangélicas.

Segundo estudo de Leite *et al.* (2013) realizado em uma maternidade filantrópica no estado do Espírito Santo, as mulheres que vivenciaram o período puerperal estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, representando um menor risco obstétrico, sendo que a maior parte delas estava casada ou morando com o parceiro. O nível de escolaridade predominante foi o Ensino Médio completo, e se destacou a renda familiar de até um salário mínimo. Em semelhança a esse resultado, Ebling *et al.* (2018) evidenciou que, entre as 14 puérperas que participaram do seu estudo, a faixa etária variou de 19 a 34 anos de idade, sendo que metade estava em situação conjugal casada e 10 tinham Ensino Médio completo e renda mensal de até um salário mínimo, aproximando-se do resultado que foi evidenciado nos dados desta pesquisa.

Quanto aos aspectos gineco-obstétricos (Quadro 2), as puérperas relataram menarca entre 11 e 18 anos de idade. A sexarca entre elas foi predominantemente na idade de 16 e 17 anos, por cinco e quatro mulheres, respectivamente. Um estudo realizado por Lima *et al.* (2017) evidenciou que a menarca das puérperas participantes aconteceu entre os nove e os 14 anos de idade e que a sexarca ocorreu entre os 14 e os 18 anos, o que mostra que, em ambos os casos, o intervalo entre a primeira menstruação e a primeira relação sexual, em geral, são curtos.

O número de gestações variou de uma a sete, sendo três primigestas, cinco secundigestas, quatro trigestas e uma grande multigesta. O número de partos foi de um a quatro, sendo aborto os demais desfechos de gravidez anterior. Das 13

puérperas, duas relataram ocorrência de abortos em gestações anteriores. Com relação a óbito neonatal anterior, houve relato de duas depoentes. Novaes *et al.* (2015) evidenciou em seu estudo que as puérperas tiveram, em média, duas gestações e que porcentagem considerável apresentou histórico de risco reprodutivo, com história de aborto, natimorto, prematuridade ou baixo peso e filho falecido antes do primeiro ano de vida.

Quadro 2 – Aspectos gineco-obstétricos das puérperas participantes do estudo; Teresina-PI, ago./set. 2017

Dep.	Menarca (anos)	Sexarca (anos)	G	P	A	Óbito neonatal	Pré-natal*	Último parto	Interc.**	Amamentação anterior
1	11	16	2	2	0	0	12	Vaginal	Não	Sim
2	14	16	1	1	0	0	9	Vaginal	Não	----
3	18	20	2	2	0	0	0	Cesárea	Sim	Sim
4	15	17	2	2	0	0	8	Vaginal	Não	Sim
5	12	16	2	2	0	0	7	Cesárea	Sim	Sim
6	17	16	7	4	3	1	14	Cesárea	Sim	Sim
7	15	17	1	1	0	0	5	Cesárea	Não	---
8	12	15	3	2	1	0	11	Cesárea	Sim	Sim
9	15	16	3	3	0	0	12	Vaginal	Não	Sim
10	14	17	2	2	0	0	5	Cesárea	Não	Sim
11	13	18	3	3	0	0	9	Cesárea	Não	Sim
12	13	17	3	3	0	2	14	Cesárea	Sim	---
13	13	23	1	1	0	0	7	Vaginal	Não	---

**Fonte:** Pesquisa direta, 2017.

LEGENDA: Dep. = Depoentes; G = Gestação; P = Parto; A = Aborto. \*Número de consultas pré-natais na última gestação; \*\* Intercorrências na última gravidez/no último parto.

No que diz respeito às consultas de pré-natal, 10 partícipes realizaram número maior que seis consultas, duas realizaram cinco consultas e uma não as realizou. Estudos de Leite *et al.* (2013) e Novaes *et al.* (2015) mostraram que as puérperas participantes de seus estudos participaram de, no mínimo, sete consultas de pré-natal durante a gravidez. A Organização Mundial de Saúde preconiza a realização de pelos menos seis, pelo médico e intercaladas com a consulta de enfermagem, ocorrendo mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre 28 e

36 semanas e semanalmente após esse último período, até o momento do parto (BRASIL, 2013).

Quanto ao tipo de parto, oito foram submetidas à cirurgia cesariana e cinco ao parto vaginal. Das participantes, oito relataram não ter apresentado intercorrências obstétricas.

Leite *et al.* (2013) evidenciaram em seu estudo que a maior parte das puérperas vivenciaram uma ou duas gestações, sendo a maioria dos partos decorrente de cirurgia cesariana, superando a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que seria entre 10% e 15%. Em concordância a isso, o estudo de Novais *et al.* (2015) evidenciou a alta prevalência de cirurgias cesarianas. A pesquisa afirma que a taxa de partos cesáreos é um indicador para medir a qualidade do cuidado obstétrico, já que há um maior risco de morbimortalidade para as mulheres que são submetidas a esse procedimento, podendo ocorrer eventos desfavoráveis relacionados ao próprio procedimento e infecções puerperais.

Em relação à amamentação, as puérperas informaram que executaram-na em puerpérios anteriores, o que mostra o reconhecimento da importância do aleitamento materno.

A Organização Mundial de Saúde, apoiada pelo Ministério da Saúde, orienta que o aleitamento seja praticado de forma exclusiva até os seis meses de vida do bebê, estendendo-se até os dois anos de idade com complementação alimentar. A amamentação promove de forma natural o vínculo, o afeto, a proteção e a nutrição para a criança. Funciona como uma intervenção econômica e eficaz na redução da morbimortalidade materna, além de gerar impacto positivo na promoção da saúde do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2015b).

#### 4.2 Narrativas de mulheres acerca dos cuidados puerperais e com o recém-nascido

Durante o período das entrevistas, pôde-se notar receio por parte das puérperas em participar da pesquisa, enquanto que outras foram bem mais receptivas ao diálogo inicial. Na prestação dos devidos esclarecimentos, 13 participantes aceitaram responder à questão deste estudo. Foram realizados, no mínimo, três encontros com cada puérpera, a fim de estabelecer um vínculo mais próximo para que a participante se sentisse mais à vontade para revelar suas vivências sobre o período puerperal e os cuidados com o recém-nascido.

Das “Narrativas de mulheres acerca dos cuidados puerperais e com o recém-nascido” emergiram quatro categorias temáticas, a saber: cuidados para consigo no período puerperal; cuidados com o recém-nascido sob o olhar da puérpera; crenças e tabus das mulheres na vivência do período puerperal; e cuidados de enfermagem no puerpério e com o recém-nascido na ótica das mães.

#### 4.2.1 Os cuidados para consigo no período puerperal

Nessa categoria, emergiram cuidados voltados para a alimentação e higiene corporal feminina no período pós-parto, com suas respectivas justificativas, conforme foi evidenciado nas falas das depoentes.

Uma alimentação balanceada, de verduras, legumes, carne cozida em vez de fritura, em vez de gordura, essas coisas, até, também, para ter uma boa amamentação e não passar nada através do leite para o neném (DEP. 1).

O meu cuidado é a higiene certa, não levantar de uma vez, mudo minha alimentação, corto refrigerante, corto tudo que pode ir para o leite para não passar para ele [recém-nascido] (DEP. 4).

O meu cuidado: eu tenho que comer coisas mais leves, não pode tomar refrigerante porque acho que dá cólica na criança; na minha alimentação, tem que comer frango, verduras, suco pra facilitar a amamentação (DEP. 6).

Comer coisas sem ser estragadas para não fazer mal [...] (não) sair para almoçar fora, jantar, alguma coisa parecida (DEP. 8).

Alimentação agora tem que ser equilibrada, por causa da pressão. Alimentação saudável, pouco sal, pouca gordura, mais verdura, nada de fritura (DEP. 10).

Entre os depoimentos registrados, as mulheres afirmaram seguir uma rotina de alimentação saudável como forma de se manter sadia durante o período puerperal, para promover uma amamentação eficaz e adquirir capacidade de cuidar de si e do recém-nascido.

Em estudo de Lima *et al.* (2017), as puérperas referiram que deve haver restrição de determinados alimentos que são por elas considerados como “reimosos” ou “carregados”, como carnes de origem suína e alguns peixes como sardinha e frutos do mar, pois acreditam que esses têm efeito inflamatório para a ferida operatória (cesárea) e a episiorrafia, o que pode complicar a cicatrização. Ainda como excluídos da dieta no puerpério, foram citados alimentos que poderiam

prejudicar o recém-nascido, como refrigerantes, frituras, chocolate, dentre outros, pois podem alterar o leite materno e provocar cólica no bebê.

Com relação à higiene, entre as citações das depoentes, foi atribuída grande importância aos cuidados voltados para a higiene corporal, principalmente no que se refere à cicatriz cirúrgica, seja ela oriunda de cesariana ou de episiorrafia no parto normal, conforme trazem as falas a seguir:

A minha [higiene] principalmente na cirurgia, tem que lavar com sabão, tomar banho, ficar sempre limpa. Tem que pegar o primeiro sol da manhã nele [recém-nascido], na mama (DEP. 7).

Comigo, no caso... Me manter sempre limpinha, principalmente após o parto, onde está costurado [episiorrafia], manter sempre a área limpinha (DEP. 13).

Sabe-se que há um risco aumentado de infecção quando realizada a cirurgia cesariana, sendo uma das complicações clínicas decorrentes do procedimento, juntamente com a endometrite, conferindo um maior risco de morbimortalidade puerperal. Além dos fatores inerentes ao próprio procedimento, outras causas podem estar associadas à infecção, como emergências em geral, intercorrências obstétricas, fatores socioeconômicos, hemorragia, obesidade, dentre outras (SANTOS *et al.*, 2017).

Conforme os depoimentos, as puérperas reconhecem também a importância do repouso e do acompanhamento à sua saúde no período pós-parto para que sejam evitadas complicações:

Eu acho que o cuidado após o parto é você ter um bom resguardo [referindo-se ao puerpério]... Se cuidar, como não pegar peso, não fazer muito esforço... Repousar e procurar ficar tranquila, como passar nervoso e não estressar, para que o leite não venha a secar e não venha ter nenhum problema (DEP. 1).

Ah, primeiro não engravidar agora. É ir ao ginecologista. E no resguardo ter bastante cuidados: é lavar bem a cirurgia, que é para não ter nenhuma infecção [...]. Não botar muito esforço, não pegar peso, não ter relação sexual, que é geralmente a partir dos 40 dias (DEP.5).

O meu cuidado é ter repouso. Também a vacinação, que é importante você voltar para tomar as vacinas que elas marcam, a obstetra marcou para "mim" voltar. Não fumar, não beber (DEP. 9).

As puérperas percebem sua vulnerabilidade durante o período pós-parto, justificando o repouso e a tranquilidade como métodos para não adquirir estresse

nem prejudicar o processo de cuidado consigo e com o recém-nascido. Sendo esse momento tipicamente marcado por instabilidade emocional, situações negativas podem prejudicar a adaptação e a formação do vínculo entre a mãe e o bebê, seja com sentimentos, como o *baby blues* materno, ou mesmo com doenças, como a depressão pós-parto.

Associado a isso, o acompanhamento de saúde com as consultas puerperais durante esse período fornece apoio à puérpera e à família, ao esclarecer dúvidas e sugerir alternativas de cuidado que sejam aceitáveis conforme o contexto vivido. Investigam-se as alterações involutivas próprias do pós-parto, a efetividade da amamentação exclusiva, a continuidade das doses para imunização e os métodos anticoncepcionais a serem utilizados no período, assim como os fatores relacionados ao insucesso deles.

Estudos reafirmam o conhecimento entre as puérperas sobre a importância da manutenção da tranquilidade e das ações de cuidado consigo, relacionando tais aspectos ao risco de complicações evitáveis que venham a ocorrer. Dessa forma, evidencia-se que as concepções desse período são permeadas pelos saberes repassados por meio do senso comum, criando um interacionismo simbólico entre a puérpera e as pessoas envolvidas com o seu cuidado, como parceiro, mãe, sogra, profissionais de saúde, dentre outras (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

Constatou-se, ainda, nos depoimentos, a importância da realização de consultas no período pós-parto no que se refere à saúde da mulher. A finalidade é o aconselhamento em benefício da adaptação na vivência do processo, com seguimento vacinal conforme necessidade e avaliação ginecológica. Para Santos, Brito e Mazzo (2013), mesmo quando as mulheres têm algum conhecimento teórico sobre as possíveis intercorrências que venham a surgir, permanecem os sentimentos de medo, de incerteza e de ansiedade, de modo que elas, então, preocupam-se com a estabilidade fisiológica e têm interesse em identificar problemas precocemente, para a superação de dificuldades.

Entre as outras finalidades do acompanhamento de saúde da puérpera no período pós-parto estão o aconselhamento e a oferta de métodos contraceptivos. Tal ação é orientada na Portaria n.º 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde, sendo, no seu componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança”, garantido o direito de planejamento reprodutivo à mulher (BRASIL, 2011c).

Em relação às atividades sexuais, duas mulheres afirmaram que estas deveriam ser retomadas após o período puerperal. Segundo Freitas *et al.* (2017), não há um momento pré-definido para o retorno às relações sexuais. Os autores recomendam que, após duas semanas de puerpério normal, com o desejo da puérpera e a adequada cicatrização, a atividade sexual pode ser reiniciada.

É importante considerar a adequada cicatrização e retorno uterino à condição pré-gravídica, a fim de reduzir o risco de infecção durante a relação sexual. Percebe-se que há uma combinação de aspectos culturais e conhecimentos cientificamente comprovados, devendo ambos serem considerados para a melhor definição do reinício das relações sexuais entre o casal. Associado a isso, o desejo feminino também é um fator importante para que o evento ocorra de forma saudável.

Nesse período, a libido feminina encontra-se reduzida, reflexo dos ajustes hormonais, satisfação marital, humor, mudanças nos papéis sociais, fadiga, entre outros (FREITAS *et al.*, 2017). Deve-se esclarecer ao casal que o ato sexual não se resume apenas à penetração vaginal, mas a valorização do carinho, apoio e conforto de ambos.

Estudo de Holanda *et al.* (2014) identifica os fatores associados a ocorrência de disfunção sexual no período puerperal, sendo destacados dispareunia (devido a aspectos locais da genitália, como sutura, ressecamento vaginal e infecção, ou incisão cirúrgica cesárea), vaginismo, disfunção do desejo (redução do desejo devido ao estresse, cansaço, presença de dor na relação sexual, amamentação, depressão), disfunção orgásmica e disfunção na fase de excitação. Tais disfunções podem ser minimizadas através de orientações fornecidas à mulher e seu parceiro nos momentos de atendimento, para dessa forma compreender os fatores associados.

Quanto ao planejamento familiar, duas participantes afirmaram veementemente a ideia de não engravidar em um momento breve. Demonstraram, por meio de suas falas, que tal comportamento é motivado pelo fato de acreditarem que há um aumento no risco de infecção nesse período, assim como por fatores socioeconômicos, pois falaram sobre sua necessidade de retornarem às suas atividades laborais ou não dispunham de recursos financeiros para cuidar de uma nova criança.

Relacionado à importância do protagonismo feminino no puerpério, as depoentes 2, 3, 8 e 11 veem de forma menos importante a sua necessidade de cuidados neste período, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

De mim nem tanto [cuidado] assim. Como tive normal [...], não sei ainda não. Vou ficar na casa da minha mãe, ela que vai cuidar de mim. Sobre isso, não pesquisei, não (DEP. 2).

Comigo é quase do mesmo jeito. Eu gosto das mesmas coisas, gosto de me banhar, gosto de me perfumar. Tudo do mesmo jeito (DEP. 3).

Eu vou fazer os exames de rotina para saber como ficaram as coisas que ficou dentro... E comer coisas sem ser estragadas para não fazer mal. Não tenho problema em comer, não. Eu como tudo (DEP. 8).

É se limpar direito, fazer as coisas direito... Alimentação é tudo igual, porque a comida daqui é quase a de casa (DEP. 11).

Nos depoimentos acima as puérperas revelaram que não há diferenciação entre os cuidados realizados antes da gravidez ou após o parto. Para Ribeiro *et al.* (2014), é comum que as transformações corporais da mulher durante o período gravídico-puerperal modifiquem a sua imagem corporal, de modo que a mãe pode se encontrar insatisfeita com seu corpo e ter sua autoestima, sua autoimagem, sua sexualidade e seus relacionamentos abalados. Isso se deve ao fato de ela priorizar a função materna e o papel social e deixar de lado o cuidado consigo, com seu corpo. É necessário reforçar a importância de a puérpera cuidar de si mesma, para que se sinta bem, atraente e valorizada.

Deve haver uma conscientização feminina quanto ao seu protagonismo no processo de gestar e parir, de forma que a mulher deve se ver também como participante ativa desse percurso, que precisa de cuidados e de um olhar atento. As ações necessárias devem ser orientadas quanto à sua realização não só para o bem-estar do recém-nascido, mas, principalmente, para promoção da saúde e recuperação das modificações involutivas no corpo da mulher que o período puerperal abrange.

#### 4.2.2 Cuidados com o recém-nascido sob o olhar da puérpera

As mulheres relataram o cuidado com os seus bebês a partir de conhecimentos adquiridos em suas vivências anteriores ou em orientações dos

familiares, dos amigos e de profissionais de saúde durante as consultas no pré-natal e no período pós-parto. Para uma melhor compreensão dessa categoria, apresentam-se as falas das puérperas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido. Assim se expressaram:

Tem que amamentar, banhar, passar álcool no umbigo com algodão [referindo-se ao álcool 70]; quando a criança fizer cocô, limpar com algodão, e não com lenço umedecido, eles fazem é ferir a criança. Levar todos os meses para o pediatra [referindo-se à puericultura], pesar, medir (DEP. 5).

Cuidado é ter higiene com ela [recém-nascida], e tem que tomar as primeiras vacinas. A limpeza mesmo que tem que ter, do umbigo com álcool 70 para poder higienizar e não ter infecção... E fazer todos os exames: coração, olhinho, orelhinha. Acho que é importante (DEP. 9).

Cuidados com o bebê é a higiene pessoal dele, cuidado com a carteira de vacinação; não deixar ele muito tempo no xixi e no cocô; dar banho, higienizar o ouvidinho, o narizinho; a roupinha tem que ser bem lavada e passada (DEP. 10).

Limpar o umbigo três vezes ao dia, trocar a fralda sempre quando tiver cocô ou xixi, dar banho de sol até 10 horas, no máximo, dar as vacinas sempre na data certinha, manter sempre o cuidado com a higiene para poder pegar no bebê, sempre estar limpando a mão com álcool, álcool em gel, álcool a 70 (DEP. 13).

Os cuidados com o recém-nascido relatos pelas depoentes abordaram a higiene corporal, cuidados com o coto umbilical, vacinação, amamentação, puericultura e exames a realizar. Tais cuidados contribuem para promoção da saúde integral do recém-nascido com a manutenção da integridade da pele do bebê prevenindo infecções, e cuidados para a evitar doenças através da imunização, acompanhamento de saúde do bebê e aleitamento materno.

No estudo realizado por Gomes *et al.* (2015), evidenciou-se que os cuidados voltados para a higiene do recém-nascido citados foram relacionados ao corpo, como: limpeza a cada eliminação intestinal, não utilização de talco, higiene oral com água filtrada e gaze ou fralda limpa, higienização correta da genitália, não esfregação das fontanelas durante o banho e higienização do coto umbilical com álcool a 70%.

Deve-se ressaltar que nos cuidados domiciliares ao recém-nascido, quando não for possível adquirir o álcool específico para higienização do coto umbilical, deve-se orientar que medidas simples com limpeza com água e sabão neutro e após, mantê-lo seco para evitar sinais de infecção, como secreção, odor ou hiperemia local.

Segundo o Ministério da Saúde, nas orientações aos pais sobre higiene do recém-nascido, destacam-se: lavagem das mãos previamente ao contato com o bebê, para evitar a transmissão de microrganismos que causam doenças respiratórias; higienização do coto umbilical, mantendo-o limpo e seco; troca de fraldas logo após as eliminações fisiológicas, para prevenir assaduras; secagem do bebê após o banho; e não utilização de talcos (BRASIL, 2012).

Mesmo sendo considerada uma medida universal para a prevenção da transmissão de infecções, percebe-se que a lavagem das mãos é um aspecto pouco relatado entre as falas das participantes, com exceção da depoente 12, que afirma: “[...] lavar as mãos todo o tempo com álcool em gel, no banheiro, com bastante cuidado com o bebê, nem todo mundo deve pegar ele com a mão suja” (DEP. 12).

Basicamente, o controle e a prevenção de infecções são construídos por meio de medidas de precaução simples, sendo a lavagem das mãos indiscutivelmente a mais eficaz. Ela deve ser realizada com fricção com preparações alcoólicas ou com a utilização de água e sabão/sabonete, livrando as mãos de contaminação microbiana que prejudique o paciente. Os cinco momentos para tal lavagem são: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas ao paciente (BRASIL, 2015b). Tal medida de cuidado deve ser difundida não só entre os profissionais de saúde, mas entre todos os sujeitos incluídos no cuidado, pacientes e acompanhantes, para que seja praticada também em ambiente domiciliar.

Segundo o calendário nacional, as vacinas BCG, que previne contra formas graves da tuberculose, principalmente a miliar e meníngea, e a hepatite B, que previne contra o vírus dessa doença devem ser administradas preferivelmente ainda na maternidade. Segundo o Ministério da Saúde, as orientações em relação a estas e as vacinas seguintes estabelecidas pelo calendário nacional de imunização devem ser iniciadas desde o pré-natal e de forma continuada durante todas as consultas de puericultura (BRASIL, 2014).

Mesmo com o início precoce das orientações básicas com relação à higiene e aos cuidados com a pele do recém-nascido, algumas informações são repassadas às puérperas, pelos profissionais de saúde, de forma desapropriada ao seu entendimento, não alcançando o seu intento e podendo comprometer os cuidados

prestados ao bebê após a alta hospitalar, conforme demonstra o seguinte depoimento:

Cuidar, para mim, é banhar, dar comida na hora certa, deixar arrumadinha, perfumada... Para mim, cuidar é só banhar no momento. Não pode passar perfume aqui, essas coisas... Passar em casa, mas aqui não pode (DEP. 3).

É necessário que as orientações direcionadas às puérperas sejam fundamentadas nas respectivas justificativas, mas adaptadas de acordo com o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem o recém-nascido e a mãe, respeitando suas crenças e seus costumes individuais. Essa ligação entre o conhecimento científico e o cultural estreita a relação entre o profissional de saúde e a mulher, o que faz com que as orientações prestadas pelo agente sejam, de fato, adotadas por ela, melhorando, assim, a qualidade do cuidado.

Outro fator abordado pelas puérperas no cuidado ao recém-nascido foi a amamentação, conforme é evidenciado a seguir:

Ah, eu pretendo amamentar ele [recém-nascido atual]. A minha filha [anterior] eu dei mamar até um ano. Eu pretendo dar mamar para ele também até um ano. Eu acho que é essencial o aleitamento materno. É muito bom tanto para a mãe como para a criança. O mais importante de tudo é você insistir no aleitamento materno, que é muito bom (DEP. 1).

Amamentação? Vai ser mesmo no peito, mamando diretamente. Eu não uso mamadeira nem chupeta em criança minha, não. E comidinha na colher eu dou também (DEP. 9).

A amamentação tem que ser de acordo com o que ele pedir. Na hora que quiser mamar, tem que dar. Seis meses sem água, sem chá, sem nada, só o peito (DEP. 10).

De acordo com os dados gineco-obstétricos obtidos nas falas das depoentes, constatou-se que as mulheres que vivenciaram puerpérios anteriores com filhos vivos realizaram a amamentação. Devido à boa experiência de gestações anteriores, seja por orientação de familiares, amigos ou profissionais de saúde, elas reafirmaram, na gestação atual, a importância do aleitamento materno como prática de cuidado para com o recém-nascido.

No entanto, não foram observados nos depoimentos das puérperas os benefícios do aleitamento exclusivamente para a saúde materna, como a rápida involução uterina, a redução do sangramento uterino secundário à produção de ocitocina durante a mamada, a recuperação rápida do peso anterior à gestação, a

redução do risco para o câncer de mama e ovário, a melhora no vínculo entre mãe e filho, a retarda do início do ciclo menstrual, aumentando, dessa forma, o espaçamento intergestacional (BRASIL, 2015b). Uma boa orientação realizada com as puérperas, que seja voltada não só para os benefícios da amamentação para o bebê, mas também para elas mesmas, pode estimular ainda mais a adesão delas ao aleitamento materno exclusivo.

Com a implementação de práticas educativas no período gravídico-puerperal, é possível alcançar o objetivo de promover a aleitamento materno exclusivo com efetividade. Ressalta-se que essa orientação deve ser constante durante todo o processo, devido a problemas que venham a emergir e afetar o aleitamento materno exclusivo (GOMES *et al.*, 2015).

No período puerperal, também surgem as principais intercorrências relacionadas à amamentação, como leite em excesso ou insuficiente, fissuras, ingurgitamento mamário, dentre outras. Tal fato pode ser agravado pela ocorrência de outras situações também relacionadas ao processo de adaptação às rotinas de cuidado para com o recém-nascido. Nesse momento, são de grande valia as orientações prestadas pelos profissionais de saúde tanto à puérpera quanto aos parceiros e aos familiares envolvidos (ANDRADE *et al.*, 2015).

Sobre o cuidado ao bebê, Santos *et al.* (2015) afirmam que, geralmente, as mães são as principais cuidadoras, não se excluindo a participação de outras pessoas. No entanto, em alguns casos, o cuidado é designado a outra pessoa da família, conforme fala a depoente 8 acerca do recém-nascido de gestação anterior: “Não fui eu que cuidei, não; foi minha mãe. Eu morava com ela, mas quem olhava era mais ela do que eu. Faz tanto tempo que eu não me lembro, não. Ele [filho anterior] vai fazer oito anos agora” (DEP. 8).

Nesse caso, o cuidado foi designado à avó. Um estudo afirma que avós dos recém-nascidos de mães adolescentes se apoderam do cuidado devido à insegurança da puérpera. Sabe-se que a família é a principal referência para essas gestantes, por causa do apoio social, econômico e emocional. O processo de cuidado prestado pelas avós traz um suporte positivo e significativo, sendo, no entanto, necessário reforçar o protagonismo materno, de forma que não haja troca de papéis no cuidado ao filho (SANTOS *et al.*, 2015).

Segundo Bertaux (2010), para compreender as ações de um sujeito, é necessário considerar os grupos dos quais ele fez parte em algum momento da sua

existência, pois o projeto de vida desse indivíduo não foi construído *in abstracto* dentro de uma consciência isolada, mas decidido, falado, dialogado, elaborado e negociado ao longo da sua vivência em grupo.

Dessa forma, a influência familiar tem importância não apenas para adolescentes puérperas, mas, também, para adultas primíparas, devido à inexperiência com a maternidade. O apoio emocional e as orientações fornecidas contribuem para o crescimento pessoal e humano das novas mães. Ressalta-se a importância de os profissionais de saúde incluírem os familiares nas orientações de cuidado, para que haja uma maior adesão delas.

#### 4.2.3 Crenças e tabus das mulheres na vivência do período puerperal

O puerpério se constitui como momento em que ocorre a involução das alterações fisiológicas adquiridas na gestação, além da instabilidade emocional, da insegurança e das dúvidas. Nesse período, a mulher se encontra envolvida em uma série de cuidados e rituais específicos, oriundos da sua cultura familiar.

Quando se perguntou a respeito dos hábitos de cuidado durante o puerpério, os primeiros citados foram as restrições e as recomendações alimentares. As partícipes relatam hábitos para se manter sadia e apta a amamentar e a responder às demandas de cuidado consigo e com o bebê. Contaram, ainda, a restrição a alimentos caracterizados como “reimosos” ou “carregados”, que podem prejudicar a cicatrização da ferida operatória ou da episiorrafia ou, ainda mais comumente, que podem prejudicar a qualidade do leite para a amamentação, como expressa a fala a seguir:

Me alimentar bem, de três em três horas, comer bastantes frutas, coisas naturais, para poder estar sempre com o seio cheio pra poder dar leite para o bebê. Nesse período, não pode tomar cerveja, não é bom comer chocolate porque dá cólica [no recém-nascido]. Acho que também não é bom comer nada assim de carne muito carregada, para não prejudicar a saúde do neném, carne de porco, o peixe também, tem aqueles peixes que podem prejudicar um pouquinho, peixes mais carregados; não comer também nada enlatado, nada industrial, para não passar para o neném (DEP. 13).

Alimentos carregados ou reimosos são aqueles que possuem reima, que prejudicam o sangue e causam pruridos, como mariscos (caranguejo e camarão), peixes de pele e cascudos (tamuatá), comidas de origem suína, aves (pato) e

algumas caças (paca e capivara). Há poucos estudos sobre a fisiopatologia de ação desses produtos sobre os processos de cicatrização e inflamatório. Uma das hipóteses seria que a ação dos alimentos reimosos pode estar ligada à ativação da imunidade inata por meio de estruturas moleculares próprias da superfície dos microrganismos que não são destruídas mesmo após processo de cozimento. Ao ocorrer dano tecidual primário e ativação dos mecanismos imunes como resposta ao dano, pode ocorrer a exacerbação do processo inflamatório (BRITO JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013).

Estudo de Castro, Kac e Sichieri (2006) evidencia que as mulheres apresentaram consumo energético menor que o necessário no período puerperal em relação à gestação. Houve queda na ingestão de energia, de macronutrientes, de micronutrientes, de ácidos graxos e de colesterol. Foi reduzido, ainda, o consumo de frutas, de leite desnatado e de salgados, assim como de cereais, de leite integral, de leite e de derivados. Em contrapartida, houve um aumento na ingestão de arroz, de feijão, de macarrão, de carnes, de frango, de doces, de café, de vinho e de cerveja, ficando a alimentação mais rica em proteínas e gorduras saturadas.

Dessa forma, é necessária a realização de mais pesquisas relacionadas a esse tipo de restrição alimentar, de modo que o assunto não seja tratado apenas como uma crença ou um tabu cultural.

Outras puérperas citaram as suas recomendações alimentares voltadas apenas para a qualidade do aleitamento materno, conforme se demonstra a seguir:

A minha alimentação, tem que comer comidas como frango, verduras, suco para facilitar a amamentação (DEP. 6).

Para mim, não seria saudável comer salgado, pizza, refrigerante, bolo, essas coisas boas, porque, aí, vai passar para o bebê que tá mamando. Não fumar e não beber... Isso eu não faço (DEP 9).

Sabe-se que uma alimentação saudável contribui para a saúde materna durante o período gravídico-puerperal, assim como para a efetividade do aleitamento materno exclusivo no pós-parto, sendo necessário reforçar o protagonismo da mulher na vivência desses momentos.

Em seguida, com relação aos hábitos de cuidado consigo durante o período puerperal, as participantes citaram a importância do repouso, com a privação de esforço físico e de estresse.

O cuidado após o parto é você ter um bom resguardo...Se cuidar, como [não] pegar peso, não fazer muito esforço, procurar se alimentar bem, repousar e procurar ficar tranquila... [não] Passar nervoso e não estressar, para que o leite não venha a secar e não venha ter nenhum problema (DEP. 1).

As mulheres conhecem como resguardo o período que é marcado pela fragilidade e instabilidade emocional destas após o parto. Manter o repouso físico, uma alimentação saudável e tranquilidade é essencial para que não ocorram sinais e sintomas patológicos que prejudiquem a puérpera.

Para Santos, Brito e Mazzo (2013), a morte é referenciada como uma das complicações do puerpério para as mulheres, o que as leva a sentir medo. Para prevenir esse desmembramento familiar, os componentes da família envolvidos no cuidado adotam o repouso como estratégia de proteção, de forma a evitar que a puérpera execute tarefas de casa, com a finalidade de manter sua saúde e sua vida. No entanto, é recomendado que a puérpera não permaneça integralmente restrita à cama, sendo necessário que ela deambule precocemente, para reduzir o risco de tromboembolia, para acelerar a involução e a drenagem uterina, para reestabeler o tônus muscular e, ainda, para melhorar o seu bem-estar.

É necessário que os profissionais de saúde respeitem a cultura da puérpera, adotando uma postura receptiva para oportunizar um momento de diálogo com ela e a família. Comportamentos culturais são construídos e moldados com base em valores socioculturais, que são carregados por toda a vida. Ao acolher a cultura do outro, o enfermeiro pode utilizar esses hábitos particulares de forma complementar, garantindo uma melhor adesão a novas orientações propostas para o cuidado à puérpera e ao recém-nascido.

#### 4.2.4 Cuidados de enfermagem no puerpério com as mulheres e o recém-nascido na ótica das puérperas

Diante das particularidades que permeiam o período puerperal, cabe à equipe de enfermagem acompanhar as modificações involutivas que levam ao corpo feminino pré-gravídico, as dúvidas e os anseios das mulheres, bem como suas necessidades de apoio emocional; entender suas crenças e seu conhecimento prévio para que se possam elaborar, individualmente, as intervenções de

enfermagem conforme as necessidades de cada uma delas; assim como contribuir nas orientações voltadas às necessidades de cuidado com o recém-nascido. Nos depoimentos, as puérperas demonstram estar satisfeitas com a assistência recebida durante a permanência no alojamento conjunto:

Ah, excelente aqui... Tudo que elas falam eu faço. Elas passaram uns remédios pra mim, sulfato ferroso, porque deu um pouquinho de anemia, mas elas disseram que é normal (DEP. 6).

Foi antes, bem antes, quando começa a fazer o pré-natal, eles vão falando o que a gente tem que fazer. Vou ter que ir ao postinho, tem que continuar tomando vacina, tanto a minha como a dele (DEP. 7).

O cuidado de enfermagem se torna fundamental em todas as etapas do processo gravídico-puerperal. O relato da depoente 7 mostra que as orientações relacionadas ao cuidado para consigo e ao para com o recém-nascido iniciaram logo no começo do pré-natal. Quanto à satisfação com a atuação da equipe de enfermagem no período puerperal, observa-se, ainda, a redução, por parte das puérperas, do significado de cuidado para ações tecnicistas, conforme é evidenciado no estudo de Ebling *et al.* (2018), pois, apesar dos avanços relacionados à atenção desses profissionais, nota-se a valorização do uso de técnicas e procedimentos ao invés de uma atenção holística.

Entretanto, deve-se destacar a importância de um olhar sensível à subjetividade de cada sujeito pesquisado, pois, mesmo que o cuidado seja focado nos aspectos biológicos, esses devem estar de acordo com as necessidades individuais, sendo o cuidado de enfermagem visto de forma diferente e singular por cada puérpera, conforme traz o relato da depoente 9, que mostra o diferencial dessa assistência ainda no momento do parto:

Teve sempre observação, teve muita atenção, coisa que eu achava que não tinha e teve aqui, atendimento eu tive bastante. Paciência que elas [da equipe de enfermagem] tiveram na hora do parto. Eu fiquei nervosa, mas elas insistiram para eu ter um parto normal. Sabiam que eu tinha condições, tinha dilatado os centímetros corretos, foi paciência mesmo. Eu estava muito cansada, e a força que eu tinha era pouca, porque eu trabalhei de sábado para domingo, sentindo muita dor nas pernas; aí, tem que fazer força. Fiz lá o exercício que elas pediram, bola, cavalo... Elas ajudaram muito, teve música, apagaram a luz, teve as músicas no celular para relaxar. Foi ótimo (DEP. 9).

Confirma-se, nesse depoimento, a compreensão do puerpério como um período permeado de modificações emocionais e sistêmicas, sendo o apoio, a paciência e a dedicação dos enfermeiros nos aspectos que proporcionaram tranquilidade e sentimento de confiança na parturiente, influenciando positivamente o momento do parto. A consciência dessa contribuição deve se iniciar desde a gestação e se estender até o período puerperal e pós-puerperal.

No estudo de Streffling *et al.* (2017), as puérperas se mostraram satisfeitas com as orientações concedidas, o apoio e o cuidado de enfermagem. Compreende-se que, quando a construção sociocultural dessas mulheres é entendida pelos profissionais, isso se torna um importante instrumento para a tomada de decisões e de condutas, refletindo na satisfação das mães quanto ao atendimento que será recebido.

Os cuidados de enfermagem são aplicados conforme os hábitos de vida observados na gestação e no período pós-parto. Dessa forma, eles poderão ser mantidos, pois as orientações para as puérperas devem ser oferecidas de acordo com as respostas às práticas de autocuidado executadas por elas (COSTA *et al.*, 2013). Assim, além da observação das particularidades do período puerperal, o cuidado deve ser elaborado e aplicado conforme as necessidades individuais de cada mulher.

No entanto, a depoente 13, mesmo vivenciando todo o período gravídico-puerperal e tendo realizado consultas pré-natais, afirmou não ter recebido nenhuma orientação quanto às ações voltadas para o seu cuidado: “*Não... Nem no meu pré-natal... Foi tão assim... Foi no postinho lá perto de casa, não me falaram, não me deram nenhuma informação de nada*” (DEP. 13).

Acredita-se que essa partícipe tenha recebido em algum momento orientações sobre o seu cuidado. No estudo realizado por Lima *et al.* (2017), uma das puérperas participantes relatou não ter recebido orientações sobre o seu cuidado durante o puerpério. No entanto, os autores afirmam que ela pode ter recebido, sim, as instruções pertinentes a esse período, mas não as absorveu por não haver importância imediata, o que também pode ser aplicado à mãe em questão no presente estudo.

O relato da puérpera relacionado à falta de orientações pertinentes ao pós-parto pode ser resultado de uma possível limitação de comunicação entre as mães e os enfermeiros, como afirmam Aczevedo-Hernández *et al.* (2016). Entre as principais

limitações está a que se refere à influência cultural, seguida de outras que foram identificadas na relação entre profissional e puérpera, como o uso de tecnicismo no momento das orientações, a falta de empatia por parte do enfermeiro e a postura de ser apenas um depósito de informações.

Torna-se necessária a troca de informações de forma compreensível tanto ao enfermeiro quanto à puérpera, para que, primordialmente, efetive-se a comunicação. Além disso, esse agente de saúde deve mostrar empatia ao se relacionar, não se mostrando apenas como transmissor de informações, mas fornecendo explicações coerentes, claras e congruentes, certificando-se de que foram compreendidas por quem as recebe.

Além disso, pode haver necessidades educativas perceptíveis ou não, seja pelo enfermeiro ou pela puérpera. Educar consiste um processo que é influenciado também por características de quem aprende e de quem quer ensinar. Entre as mulheres que afirmaram não necessitar de novos conhecimentos, destacaram-se as que já vivenciaram mais de um processo gravídico-puerperal e as que têm a presença da sua mãe como principal cuidadora nesse período (ACZEVEDO-HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

Tendo a educação em saúde como estratégia para a prevenção de intercorrências, a promoção da saúde e a redução da insegurança, dos anseios e das dúvidas presentes na fase gravídica-puerperal, o estudo de Guerreiro *et al.* (2014) mostra que as puérperas relacionam o termo “educação em saúde” às palavras “educação”, “informação”, “aprender” e “conhecimento”, caracterizando a importância deste termo com os vocábulos “saúde”, “respeito”, “melhorar” e “atenção”. Essas mulheres associaram, ainda, a educação em saúde às suas relações familiares, em que a educação é transmitida a cada geração, em uma relação verticalizada (os mais experientes são detentores de conhecimento), e às informações adquiridas em palestras, na escola e nos meios de comunicação.

Considerando isso, a efetividade da educação em saúde causa a ruptura do cuidado assistencialista direcionado para o mecanicismo do corpo, devendo ser potencializados o diálogo e a socialização de saberes e de práticas entre as puérperas e os profissionais de saúde.

É necessário que sejam implementadas, pelo enfermeiro e pela equipe que presta assistência, atividades educativas direcionadas para a melhoria da vivência da mulher na fase gravídica-puerperal, como grupos para compartilhamento de

saberes e promoção de interação entre seus usuários, gerando impacto na saúde física e psicoemocional da mãe nesse período (GUERREIRO *et al.*, 2014).

Deve ser prestado cuidado de enfermagem qualificado, com base na prevenção de intercorrências, fornecendo-se apoio físico e emocional, com atenção às ações educativas que forneçam às puérperas o conhecimento necessário para o cuidado consigo e com o recém-nascido, de modo que se respeitem as limitações e as necessidades das mulheres, de acordo com a demanda de cada uma delas.

Nesse momento, a Enfermagem exerce papel primordial no exercício do cuidado, ao englobar uma série de competências, como habilidades manuais e técnicas, pensamento crítico, conhecimento, habilidades humanísticas e de educação. No entanto, para um cuidado qualificado, é necessário o componente relacional com quem recebe o cuidado, fazendo com que a mulher se sinta confiante, tranquila e acolhida pela equipe de enfermagem no período puerperal. Deve-se, ainda, ampliar nas puérperas a percepção de que na ação educativa os conhecimentos adquiridos se ampliam além do contexto vivenciado na gravidez e no puerpério, já que esses serão permanentes em todo o processo de viver.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível conhecer os saberes e as práticas de mulheres na vivência do período pós-parto em relação aos cuidados consigo e com o recém-nascido, associando isso às suas crenças e aos seus tabus, bem como a contribuição dos profissionais de enfermagem às puérperas no que se refere ao cuidado para com elas e o bebê.

A aproximação às mulheres proporciona uma relação de confiança e de segurança, de modo que elas podem expressar sua vivência relacionada aos seus saberes e às suas práticas de cuidado para consigo e com o recém-nascido durante o período puerperal, emanadas da experiência atual ou em conjunto com vivências anteriores, demonstrando uma percepção positiva relacionada a esses aspectos.

As puérperas relataram conhecimento quanto às restrições e às recomendações alimentares durante o pós-parto, como se manter saudável e garantir uma amamentação eficaz, além de manter repouso e acompanhamento da sua saúde (realização de consultas nessa fase, seguimento vacinal conforme necessidade e avaliação ginecológica) nesse período, com o intuito de evitar complicações.

No entanto, parte dessas mulheres ainda subvaloriza a sua própria necessidade de cuidados. Deve haver uma conscientização feminina quanto ao seu protagonismo no processo de gestar e parir, de modo que elas devem se enxergar como participantes ativas desse percurso que também precisam de cuidados. Esses devem ser orientados quanto à sua realização não só para o bem-estar do recém-nascido, mas, principalmente, para o cuidado e a recuperação das modificações involutivas no corpo da mulher que o período puerperal abrange.

No que se refere aos cuidados com o bebê sob o olhar da puérpera, as mulheres relataram tal aspecto a partir de conhecimentos adquiridos de suas vivências anteriores ou de orientações dos familiares, dos amigos e dos profissionais de saúde durante as consultas pré-natais e no pós-parto. São fatores relacionados à higiene do recém-nascido, ao coto umbilical, à vacinação, à amamentação e aos exames a serem realizados.

É importante que as orientações direcionadas às puérperas sejam justificadas e fundamentadas conforme o contexto cultural em que elas se inserem juntamente ao recém-nascido e à família, respeitando as crenças e os costumes individuais e do

grupo, pois essa ligação entre o conhecimento científico e o cultural estreita a relação do profissional de saúde com a mulher, o que faz com que as orientações prestadas por esse agente sejam, de fato, adotadas por ela, melhorando, assim, a qualidade do cuidado.

Quanto ao aleitamento materno, as partícipes reconhecem a importância dele. Seja devido à boa experiência de gestações anteriores ou por orientação de familiares, amigos ou profissionais de saúde, elas reafirmaram na gestação atual o sentimento positivo acerca do aleitamento materno como prática de cuidado com o recém-nascido. No entanto, falta o conhecimento sobre os benefícios da amamentação exclusiva para a saúde materna. Uma boa orientação realizada para com as puérperas, que seja voltada não só para os benefícios do mamar para o bebê, mas, também, para a mãe, pode aumentar a eficácia do aleitamento materno exclusivo.

Na distribuição da responsabilidade do cuidado, os familiares trazem um suporte positivo e significativo. No entanto, é necessário reforçar o protagonismo materno, de forma que não haja troca de papéis no cuidado ao filho. Assim, a influência familiar tem importância, sendo que o apoio emocional e as orientações fornecidas contribuem para o crescimento pessoal e humano das novas mães, justificando a importância de os profissionais de saúde incluírem os parentes nas orientações de cuidado, para que haja uma maior adesão dessas práticas.

Envolvida nesse contexto familiar, a mulher manifesta suas crenças e seus tabus na vivência do período puerperal. Nesse momento, ela se encontra envolvida em uma série de cuidados e de rituais específicos, oriundos da sua cultura pessoal. Entre os principais hábitos de cuidados durante essa fase estão as restrições e as recomendações alimentares, com os hábitos para se manter sadia e apta a amamentar e a responder às demandas de cuidado para consigo e com o bebê, bem como com o entendimento da importância do repouso, com a finalidade de manter a saúde e a vida da mãe e do filho.

Nesse momento, é necessário que os profissionais de saúde respeitem a cultura da puérpera, adotando uma postura receptiva para oportunizar um momento de diálogo com ela e a família. Ao acolher a cultura do outro, o enfermeiro pode utilizar esses hábitos particulares de forma complementar, garantindo uma melhor adesão a novas orientações propostas no cuidado à puérpera e ao recém-nascido.

Cabe ao profissional de enfermagem acompanhar de forma particular as modificações involutivas que levam ao corpo feminino pré-gravídico, assim como auxiliar as puérperas em suas dúvidas, seus anseios e suas necessidades de apoio emocional e entender suas crenças e seu conhecimento prévio, para que possa elaborar individualmente as intervenções conforme as necessidades de cada mulher.

A assistência de enfermagem se torna fundamental em todas as etapas do processo gravídico-puerperal, sendo suas ações voltadas para as necessidades biológicas, como a monitoração dos sinais vitais, o estímulo à deambulação precoce, o cuidado com as mamas, a involução uterina e o diagnóstico precoce de hemorragia, a avaliação abdominal, os cuidados com o recém-nascido, dentre outras; ou para as necessidades psicoemocionais, como orientações voltadas para o esclarecimento de dúvidas e tabus e o fortalecimento do vínculo entre mãe, recém-nascido, pai e família.

O enfermeiro, bem como os demais membros da equipe, deve implantar ações educativas que promovam uma vivência saudável do período gravídico-puerperal. Tais práticas são iniciadas desde o pré-natal e envolvem atividades como grupos para compartilhamento de conhecimentos e para promoção de interação, assim como orientações repassadas de forma individual, respeitando-se os limites e as necessidades de cada puérpera.

Para isso, os enfermeiros devem aprimorar seus conhecimentos e seu pensamento crítico com base em competências humanísticas e educativas, para promover a adaptação da puérpera às demandas presentes no período.

Entender a construção sociocultural dessas mulheres se torna um importante instrumento para a tomada de decisões e de condutas, tendo como resultado a satisfação das puérperas na vivência desse processo e do atendimento recebido. Esse componente relacional gera sentimentos de acolhimento, de confiança, de tranquilidade. Espera-se que este estudo contribua para que os enfermeiros possam refletir e questionar no que se refere às suas práticas, com a finalidade de prestar uma assistência qualificada no cuidado à mulher puérpera.

## REFERÊNCIAS

- ACZEVEDO-HERNÁNDEZ, B. A. *et al.* Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.**, Juarez, v. 24, n. 3, p. 197-204, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim163h.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.
- ALKEMA, L. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 462-74, jan. 2016. Disponível em: <doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7>. Acessado em: 17 jan. 2017.
- AMÂNCIO, V. C.; SCHMIDT, D. B.; COTRIM, O. S. A história da mulher e sua problemática de saúde com ênfase no município de Botucatu. **Cad Saúd Desenvolv.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 79-96, jul./dez. 2013.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 out. 2016.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de referência técnica para a higiene das mãos**. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos>>. Acesso em: 29 mar. 2018.
- BAIÃO, M. R. *et al.* O puerpério e sua dimensão sociocultural na perspectiva de mulheres moradoras da região de Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-320, ago. 2013.
- BASTOS, A. Q. *et al.* Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 382-90, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.15724>>. Acesso em: 06 out. 2016.
- BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E. Vital power of postpartum women during nursing home care. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 142-150, mar. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100142&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100142&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BERTAUX, D. L approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialités. In: BERTAUX, D. (Org.). **Cahiers Internationaux de Sociologie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1980. v.69, p.197-225.

\_\_\_\_\_. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. São Paulo: Natal: EDUFRRN, Paulus, 2010. 167 p.

BIANO et al. , 2017 Mortalidade Materna no Brasil e nos Municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996 a 2012. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1464, 2017. Acesso em 28 de dezembro de 2017. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1464>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2011a. 192 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 184 p.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema de Legislação da Saúde, Brasília 5 de agosto de 2015a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Sistema de Legislação da Saúde, Brasília 24 de junho de 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. 80 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 176 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

\_\_\_\_\_. **Planejamento familiar: manual para o gestor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.

BRITO JÚNIOR, L. C. de; ESTÁCIO, A. G. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 213-6, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CARVALHO, M. V. P. *et al.* Mortalidade materna na capital do Piauí. **R. Interd**, v. 7, n. 3, p. 17-27, jul. ago. set. 2014. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265/pdf\\_133](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265/pdf_133)>. Acesso em 20 jan. 2018.

CARRILLO, I. V.; MORI, F. M. L. V. Resonancia y disonancias en el proceso de

cuidar durante el puerperio. **Desarrollo Científico de Enfermería.**, Granada, v. 20, n. 9, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/dce/20/sumario9.php>>. Acesso em: 06 out 2016.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev.Serv Públ Brasília.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-44, abr./jun. 2014. Disponível em:< <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CASTRO, M. B. T.; KAC, G.; SICHIERI, R. Padrão de consumo alimentar em mulheres no pós-parto atendidas em um centro municipal de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1159-70, jun, 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n6/1159-1170/pt>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)**. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília 25 de junho de 1987. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília 25 de junho de 1986. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 29 mar. 2018.

COSTA, N. S. *et al.* Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. **Rev Enf Atenção Saúde.**, Uberaba, v. 2, n. 1, p. 75-88, jan. 2013. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/378/394>>. Acesso em: 06 out 2016.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**: aportes metodológicos. 5. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.

EBLING, S. B. D. *et al.* Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 30-5, jan./fev. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.30-35>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14.ed., Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1983.

FREITAS, J. *et al.* Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-60, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>>. Acesso em: 06 out. 2016.

FMS. Fundação Municipal de Saúde. **FMS comemora redução de números de óbitos no Dia de Redução da Mortalidade Materna**. Teresina (PI): 2015. Disponível em: <<http://www.portalpmt.teresina.pi.gov.br/noticia/FMS-comemora-reducao-de-numeros-de-obitos-no-Dia-de-Reducao-da-Mortalidade-Materna/6867>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

GALÃO, A. O.; HENTSCHEL, H. Puerpério normal. In: FREITAS, F. *et al.* (Org.). **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre, Artmed, 2011. 904 p.

GARCIA, E. S. G. F.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5923-8, out. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4836/7397>>. Acesso em: 06 out. 2016.

GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: Uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. Porto Alegre: Artmed, 2016. Cap. 2.

GOMES, A. L. M. *et al.* Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 258-65, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2722/2106>>. Acesso em: 06 out. 2016.

GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 abr. 2018

HANSON, C. *et al.* Maternal mortality and distance to facility-based obstetric care in rural southern Tanzania: a secondary analysis of cross-sectional census data in 226,000 households. **Lancet Glob Health.**, v. 3, n. 7, p. 387-95, 2015.

LEITE, F. M. C. *et al.* Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm.**, Espírito Santo, v. 18, n. 2, p. 344-

50, abr./jun. 2013. Disponível em:

<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/32584/20700>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

LIMA, G. K. S, *et al.* Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da Teoria de Orem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, p. 4217-25, out. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231185/25167>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

LOPES, C. V. *et al.* Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Rev Enferm Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011.

MELO, S. C. C. *et al.* Complementary health practices and challenges of its applicability in hospital: nurses' point of view. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, dez. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000600005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 07 out. 2016.

\_\_\_\_\_; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa.

**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-12, abr. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MIRANDA, A. R. A.; CAPPELLE, M. C. A.; MAFRA, F. L. N. Contribuições do Método História de Vida para Estudos Sobre Identidade: o exemplo do estudo sobre professoras gerentes. **Rev Ciênc Administ.**, Florianópolis, v. 16, n. 40, p. 59-74, dez. 2014.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONCALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

OLEGÁRIO, W. K. B.; FERNANDES, L. T. B.; MEDEIROS, C. M. R. Validação de Diagnósticos de Enfermagem da CIPE® para assistência às mulheres no período pós-parto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiania, v. 17, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2015.

Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31502>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Validação de Resultados de Enfermagem da CIPE® para a assistência à pacientes no período pós-parto. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3507-16, set. 2016. Disponível em: <DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201601>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PRIETO, B.; BRIGITTE, M.; RUIZ, C. H. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 1, p. 7-16, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2017.

RIBEIRO, D. H. F. *et al.* Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 820-6. abr. 2014. Disponível em: <[www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9748/9861](http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9748/9861)>. Acesso em: 04 jan. 2018.

RODRÍGUEZ, L. M. B.; VELANDIA, M. F. A.; LEIVA, Z. O. C. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. **Revista CUIDARTE**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1297-1309, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330/743>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SANTOS, A. A. *et al.* Antibioticoprofilaxia em gestantes submetidas à cesariana. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1842-6, mai. 2017. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8657/pdf\\_3102](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8657/pdf_3102)>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SANTOS, A. G; COSTA NETO, A. M.; NERY, I. S. Assistência de enfermagem a mulheres com necessidades de cuidados intensivos durante o ciclo gravídico-puerperal. **Rev Red Cuid Saúd.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 12, jan. 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/2707/1508>>. Acesso em: 04 set. 2017.

SANTOS, A. L. *et. al.* Participação de avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 55-59, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/985/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 854-858, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/891>>. Acesso em: 25 out. de 2016.

SANTOS, I. M. M; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – Uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-9, out./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Maternidade Evangelina Rosa**. Teresina (PI): SESAPI, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. Acesso em: 25 out. de 2016.

\_\_\_\_\_. **Costa apresenta ações para redução da mortalidade materno e infantil**. Teresina (PI): SESAPI, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2015-07-01/6486/costa-apresenta-acoes-para-reducao-da-mortalidade-materno-e-infantil.html>>. Acesso em: 06 out. 2016.

SILVA, E. C. *et al.* Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2826-33, jul., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SILVA, L. B. *et al.* Espaços epistemológicos de cuidado em saúde e enfermagem segundo teoria de Halldorsdottir. **Revista CUIDARTE**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1358-65, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/333>>. Acesso em: 07 out. 2016.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/17](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17)>. Acesso em: 18 ago. 2016.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. **J. res.: fundam. care. online.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 333-339, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4469>>. Acesso em: 31 nov. 2017.

TORRES, C.; BUITRAGO, M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. **Revista CUIDARTE.**, Bucamaranga, v. 2, n. 2, p. 138-48, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2009**. Brasília (DF): UNICEF, 2009. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowc2009\\_pt.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2016.

VINALAY, I.; VICTORIA, F. Resonancia y disonancias en el proceso de cuidar durante el puerperio. **Desarrollo Científico de Enfermería**, v. 20, n. 9, out. 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-291.pdf>>. Acesso em 20 já. 2018.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan. Chiá.**, Colômbia, v. 8, n. 1, p. 85-96, jul. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. COGITANDO SOBRE O CUIDADO HUMANO. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez. 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44316/26805>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Cuidar**: uma expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

## **APÊNDICES**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título da pesquisa:** Saberes e práticas de mulheres na vivência do período puerperal: contribuições para a enfermagem.

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

**Pesquisadora participante:** Ana Suzane Pereira Martins

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/Departamento de Enfermagem

**Telefone para contato:** (86) 3215-5558 / (86) 9 9444 0870

**Local da produção dos dados:** Maternidade Dona Evangelina Rosa - PI

**Prezada Senhora,**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre “Saberes e práticas de mulheres na vivência do período puerperal: contribuições para a enfermagem” e que poderá servir de base para o ensino, pesquisa e assistência de enfermagem e de outros profissionais da área de saúde e educação.

Os princípios que serão aplicados a todos os participantes deste estudo são os seguintes:

- a) Sua participação é totalmente voluntária;
- b) Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa material e nem constrangimento moral, decorrente da pesquisa;
- c) Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar;
- d) Após a leitura destas explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária ao entendimento da natureza deste estudo.

**Objetivos do estudo**

- Compreender os saberes e práticas de puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados com a mãe e o recém-nascido;
- Descrever as crenças e tabus que ocorrem neste período puerperal;
- Discutir sobre a contribuição dos profissionais de enfermagem às puérperas relacionados aos seus cuidados e com o recém-nascido.

**Período de participação para obtenção dos dados:**

Agosto e setembro de 2017.

**Riscos**

As respostas dadas pela Senhora, em relação aos riscos da sua participação neste estudo, são consideradas mínimos, no entanto, será minimizado pelo compromisso ético assumido pelas pesquisadoras de garantir a confidencialidade de dados sobre os informantes. Trata-se de estudo de informações e não prevê riscos a sua saúde

física ou psicológica, pois a concessão das respostas fica condicionada a sua vontade.

### **Benefícios**

Há o entendimento de que a participação pela Senhora, neste estudo poderá trazer benefícios à assistência à puérpera e ao neonato, promovendo uma reflexão sobre a prática profissional atual e, conseqüentemente, um melhor funcionamento dos serviços da rede de atenção em saúde.

### **Sigilo**

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e as pesquisadoras se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, \_\_\_\_\_, Identidade Nº \_\_\_\_\_/CPF nº \_\_\_\_\_ estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina/PI, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo.

\_\_\_\_\_  
Dra. Inez Sampaio Nery  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Ana Suzane Pereira Martins  
Pesquisadora Participante

Presenciamos a assinatura deste TCLE:

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

### **Informações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga, Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ - CEP: 64.049-550 — Teresina — PI. Telefones: (86) 3237-2332 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE B: Instrumento para produção de dados  
FORMULÁRIO Nº \_\_\_\_\_**

**PESQUISA: Saberes e práticas de mulheres na vivência do período puerperal: contribuições para a enfermagem.**

**1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

**1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E CULTURAL**

- A. Idade: \_\_\_\_\_  
 B. Procedência: \_\_\_\_\_  
 C. Estado civil/ Situação Conjugal/Tempo \_\_\_\_\_  
 D. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 E. Profissão/ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 F. Renda Familiar: \_\_\_\_\_  
 G. Religião: \_\_\_\_\_

**1.1 DADOS GINECO- OBSTÉTRICOS**

A. Idade da menarca	( )	G. Nº de consultas de pré-natal	( )
B. Idade da sexarca	( )	H. Último nascimento por parto normal ou cesariana?	Normal ( ) Cesareana ( )
C. Nº de gestações	( )	I. Intercorrências na gravidez ou parto atual?	Sim ( ) Não ( )
D. Nº de abortos	( )	J. Algum acontecimento desagradável com algum filho no período neonatal?	Sim ( ) Não ( )
E. Nº partos	( )	K. Amamentou os filhos anteriores?	Sim ( ) Não ( )
F. Nº óbitos	( )		

**2 SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO PUERPERAL: contribuições para a enfermagem.**

Fale tudo o que a senhora sabe sobre o seu cuidado e com o recém-nascido no período pós-parto e sobre a assistência de enfermagem prestada à senhora nesse período.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

**APÊNDICE C – Correspondência para autorização institucional**

**Ofício Nº 013/17**

**Teresina, 14 de março de 2017.**

**De: Profª Dra. Inez Sampaio Nery  
MD – Orientadora da pesquisa**

**PARA: Profº Dr. Joaquim Parente  
MD – Comissão de Ética da Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER**

Senhor coordenador,

Eu, Profa. Dra. Inez Sampaio Nery, responsável principal pelo projeto de Mestrado, venho pelo presente, solicitar V. Sa. autorização para realizar este projeto de pesquisa na Maternidade Dona Evangelina Rosa, para o trabalho de pesquisa sob o título “Saberes e práticas de mulheres na vivência do período puerperal: contribuições para a enfermagem”, juntamente com a mestrande Ana Suzane Pereira Martins, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - nível Mestrado.

Este projeto de pesquisa atende ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e tem como objetivos compreender os saberes e práticas de puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados com a mãe e o recém-nascido; descrever as crenças e tabus que ocorrem neste período puerperal; e discutir sobre a contribuição dos profissionais de enfermagem às puérperas relacionados aos seus cuidados e com o recém-nascido.

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, que utilizará o Método Narrativas de Vida, a ser aplicado junto às mulheres que estejam vivenciando o período puerperal no setor de internação da referida instituição.

Esta atividade não apresenta riscos físicos aos participantes, no entanto, algumas questões de ordem pessoal podem causar constrangimento, mas os participantes serão assegurados que os dados utilizados apenas no âmbito da pesquisa e que suas identidades não serão reveladas em nenhum momento. Participarão da pesquisa as mulheres que estejam vivenciando o período puerperal, com recém-nascido vivo, independente do tipo de parto, e que aceitem voluntariamente participar do estudo. Após aceitação deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE. Os dados serão coletados no período de maio a junho de 2017.

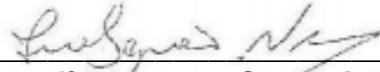
Espera-se que esta pesquisa para ampliar conhecimentos sobre esse período de insegurança e dúvidas para a puérpera, assim como a possibilidade de uma maior reflexão acerca da assistência prestada a esse grupo, com a finalidade de prestar um cuidado mais eficaz e condizente com a realidade vivenciada.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail cep.ufpi@ufpi.br, inezsampaionery11@gmail.com ou suzanepmartins@gmail.com e telefones (86) 3215-5558 / (86) 9 9444-0870 / (86) 9909-3185.

A qualquer momento V. Sa. poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer geração de ônus, poderá cancelar sua autorização. As pesquisadoras estão aptas e disponíveis para esclarecer qualquer dúvida e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos posteriormente. Assumimos totalmente a responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição, como nome, endereço e outras informações pessoais. Na eventualidade da participação nesta pesquisa causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar e/ou prover meios para a reparação deste dano. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Pesquisadora responsável/orientadora do projeto



---

**Prof.ª. Dra. Inez Sampaio Nery**  
SIAPE 6422171

**ANEXOS**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO  
ANEXO A – Carta de anuência**



**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/PI, declaro que os (a) alunos (a) do curso de enfermagem: Ana Suzane Pereira Martins pretende realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO PUERPERAL: contribuições para a enfermagem, Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery, cujo objetivo geral: compreender os saberes e práticas de puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados com a mãe e o recém-nascido; descrever as crenças e tabus que ocorrem neste período puerperal; e discutir sobre a contribuição dos profissionais de enfermagem às puérperas relacionados aos seus cuidados e com o recém-nascido.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentro outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

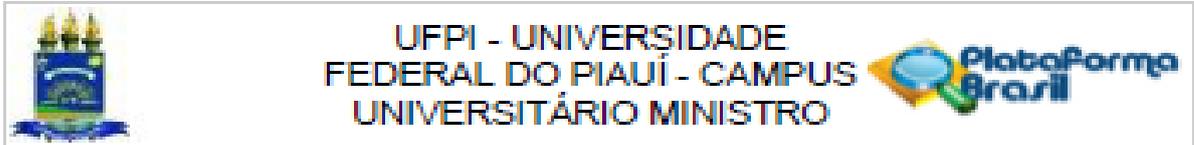
- 1) Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade federal do Piauí- UFPI garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 05 de abril de 2017.

*Dr. Joaquim Vaz Parente*  
CRM-PI 584 CPF: 063.106.751-01  
Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PERÍODO PUERPERAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM.

**Pesquisador:** Inez Sampaio Nery

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67240117.1.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.049.492

#### Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, que utilizará o método Narrativas de Vida, segundo o referencial metodológico de Daniel Bertaux. As participantes da pesquisa serão aproximadamente 20 puérperas que estejam vivenciando o período puerperal em unidade de internação da maternidade pública de referência da rede estadual, localizada na cidade de Teresina - PI. O instrumento será um formulário composto por duas partes: caracterização socioeconômica, cultural, demográfico e gineco-obstétricos da puérpera; e do instrumento composto por uma questão referente aos saberes e práticas das puérperas em relação ao cuidado de si e do recém-nascido.

#### Objetivo da Pesquisa:

1. Compreender os saberes e práticas de puérperas no período pós-parto relacionados aos cuidados com a mãe e o recém-nascido;
2. Descrever as crenças e tabus que ocorrem neste período puerperal;
3. Discutir sobre a contribuição dos profissionais de enfermagem às puérperas relacionados aos seus cuidados e com o recém-nascido.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: são consideradas mínimos, no entanto, serão minimizados pelo compromisso ético

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga Município: TERESINA CEP: 64.042-550  
 UF: PI Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.049.492

assumido pelas pesquisadoras de garantir a confidencialidade de dados.

Benefícios: trazer benefícios à assistência à puérpera e ao neonato, promovendo uma reflexão sobre a prática profissional atual e, conseqüentemente, um melhor funcionamento dos serviços da rede de atenção em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos anexados e conferidos pelo secretário do CEP durante a validação documental.

**Recomendações:**

Sem Recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido

**Considerações Finais a critério do CEP:**

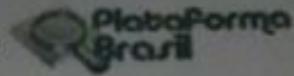
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_870515.pdf	18/04/2017 00:57:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPLATAFORMA.pdf	18/04/2017 00:51:10	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	CURRICULOLATTES.pdf	18/04/2017 00:39:30	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	INSTRUMENTOPARAACOLETADADOS.pdf	18/04/2017 00:38:28	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	CORRESPONDENCIAAUTORIZACAOINSTITUCIONAL.pdf	18/04/2017 00:36:44	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	18/04/2017 00:35:56	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	18/04/2017 00:34:41	Inez Sampaio Nery	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOSPESQUISADORES.pdf	18/04/2017 00:29:57	Inez Sampaio Nery	Aceito
TCLE / Termos de	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE	17/04/2017	Inez Sampaio Nery	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 2.849.482

Assentimento / Justificativa de Ausência	LARECIDO.pdf	22:39:13	Inez Sampaio Nery	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/04/2017 22:04:19	Inez Sampaio Nery	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/04/2017 21:53:48	Inez Sampaio Nery	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	17/04/2017 21:42:48	Inez Sampaio Nery	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	01/04/2017 00:06:24	Inez Sampaio Nery	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 06 de Maio de 2017

*Herbert de Sousa Barbosa*

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa  
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa  
Coordenador CEP - UFPI  
Portaria PROPESO Nº 011/2017

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br