

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Meillyne Alves dos Reis

**CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS PARA O AUTOCUIDADO NO  
PERÍODO PUERPERAL**

Goiânia

2017

Meillyne Alves dos Reis

## **CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS PARA O AUTOCUIDADO NO PERÍODO PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia

2017

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

R375c Reis, Meillyne Alves dos  
Conhecimento de primíparas para o autocuidado no período puerperal [manuscrito]/ Meillyne Alves dos Reis.-- 2017.  
99 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês  
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, Goiânia, 2017  
Inclui referências f. 73-84

1. Puerpério. 2. Enfermagem neonatal. I. Matão, Maria Eliane Liégio. I. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 618.7(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Meillyne Alves dos Reis

### CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS PARA O AUTOCUIDADO NO PERÍODO PUERPERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 12 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Valéria Martins Pereira  
Membro Efetivo, Externo UniEVANGÉLICA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Milca Severino Pereira  
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alice Coelho  
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

---

Profa. Dra. Silvéria Maria dos Santos  
Membro Suplente, Externo Universidade de Brasília

## DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio e compreensão, pelo amor e carinho, refletidos em dedicação e doação. É meu porto seguro!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida, que se faz presença viva em meu ser e que tanto tem me honrado e abençoado.

Às minhas filhas, Maria Fernanda Alves dos Reis Sousa e Cecília Alves dos Reis, que são anjinhos de Deus na minha vida. Com suas doçuras e pequenos gestos de carinho, refletem em meu ser o quanto somos importantes umas para as outras. Souberam compreender minhas ausências e embora tão pequenas sabem o quanto o saber é necessário em nossas vidas.

À minha mãe, Marina Alves, que com sua diferente forma de amar e demonstrar sentimentos apóia-me incondicionalmente e ama minhas filhas de uma forma sobrenatural.

À minha tia, Márcia Alves Lima, por ter sido durante toda a minha existência e formação acadêmica, minha mãe, amiga, confidente, companheira, símbolo de paz e harmonia, que com o seu olhar terno, sua voz serena se fazia a cada dia figura marcante em minha vida, é, pois um instrumento do SENHOR na terra.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão, expresso os meus sentimentos de admiração, respeito, confiança e liberdade evidenciados em nossa relação orientanda/orientadora. Obrigada!

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Valéria Martins Pereira, diretora do Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA em Anápolis/GO, o meu muito obrigada, por acreditar no meu trabalho e me apoiar nesta jornada tão difícil.

À família Maternidade Dr. Adalberto Pereira Silva em Anápolis/GO, na figura da Enf<sup>a</sup> Aline Grazielly Souza, que me acolheu acreditando em meu trabalho, apoiando-me e sempre me mostrando que há uma luz no fim do túnel, desde que nos agarremos em Cristo. Saudades!

Aos participantes da pesquisa, pela aceitação, confiança, colaboração e participação.

Agradeço a todos os colaboradores desta pesquisa, especialmente à Instituição, palco das investigações.

A CAPES que subvencionou recursos para a concretização do presente estudo.

Às amigas: Gláucia Meireles, Lucimar Afonso, Maria Tereza Caixeta e Najla Maria Carvalho de Souza, por todo apoio e credibilidade a mim depositados.

## RESUMO

REIS, M. A. dos. **Conhecimento de primíparas para o autocuidado no período puerperal**. 2017. 99p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

**Introdução:** A atenção à saúde da mulher oferecida no período gravídico puerperal compreende um conjunto de ações integradas e harmônicas, que visam proporcionar o desenvolvimento saudável para mãe e filho. **Objetivo:** analisar o conhecimento de primíparas para o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido no período puerperal em hospital e domicílio. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, no período de janeiro a junho de 2016. O cenário foi uma maternidade de referência para parto de risco habitual no município de Anápolis-Go. Os dados foram coletados em dois momentos, primeiro em ambiente hospitalar e o segundo, dez dias após a alta, em local indicado pela puérpera, em ambas as oportunidades realizando-se entrevista semi estruturada. O primeiro *corpus* reuniu as narrativas obtidas no ambiente hospitalar, e o segundo todo o conteúdo obtido no ambiente domiciliar. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** A idade média das participantes é de 22 anos, mínima de 18 anos e máxima de 33 anos, a maioria cursou ensino médio completo em escola pública e vive com o companheiro. Estabelecidas duas categorias temáticas, ambiente hospitalar e ambiente domiciliar, respectivamente com duas e três subcategorias. No ambiente hospitalar, a primeira subcategoria foi identificada como vivências do parto e nascimento, contendo os temas percepção e primeiro contato com o bebê; na segunda subcategoria, denominada vivências do ALCON, aparecem quatro conteúdos, a saber, sensações do período puerperal, cuidados com o bebê, perspectivas relacionadas a rede de apoio, e orientações na alta hospitalar. Na categoria ambiente domiciliar, as três subcategorias são, a primeira semana em casa, demandas do bebê, subdividida em dois enfoques, cuidado físico e amamentação, e a última, autocuidado da puérpera. No estudo, a influência da rede de apoio aparece de forma significativa. A participação da família se destaca, essencialmente, pela imposição de normas e regras de comportamento adquiridas do senso comum. A maioria das puérperas apresentou engajamento e envolvimento para a promoção do autocuidado e cuidado com o filho. Do mesmo modo, verificou-se a existência de algum déficit de conhecimento ou inabilidades para as ações necessárias nesse período, o que comprometeu a autoconfiança imprescindível ao desempenho do autocuidado e do cuidado com o filho. **Considerações Finais:** O estudo permitiu conhecer, ainda que em parte, a realidade do conhecimento de uma parcela de primíparas acerca dos cuidados no período puerperal. Observou-se deficiência no conhecimento relacionado ao cuidado integral das puérperas, assim como a existência de forte influência do senso comum nesse período. Pode-se dizer que a maioria das puérperas apresentou engajamento e envolvimento para a promoção do autocuidado e cuidado com o filho, o que relativiza, de algum modo, o seu fazer cotidiano.

Palavra-chaves: Assistência de Enfermagem; Autocuidado; Período Pós-parto.

## ABSTRACT

REIS, M.A. dos. **Knowledge of primiparae for self-care in the puerperal period.** 2017. 99p. Dissertation (Master in Health Care) - Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

**Introduction:** Women's health care offered in the puerperal pregnancy period comprises a set of integrated and harmonic actions aimed at providing healthy development for both mother and child. **Objective:** to analyze the knowledge of primiparous for self-care and care of the newborn in the puerperal period in hospital and home. **Objective:** to analyze the knowledge of primiparous for self-care and care of the newborn in the puerperal period in hospital and home. **Methods:** This is an exploratory, longitudinal, descriptive study with a qualitative approach, from January to June 2016. The scenario was a reference maternity for usual risk delivery in the municipality of Anápolis-Go. The data were collected in two moments, first in the hospital setting and the second, ten days after discharge, in a place indicated by the puerperal woman, in both occasions, performing a semi-structured interview. The first *corpus* gathered the narratives obtained in the hospital environment, and the second all the content obtained in the home environment. For the data analysis, the Bardin content analysis technique was used. **Results:** The average age of the participants is 22 years, minimum 18 years and maximum 33 years, most of them have completed high school in public schools and live with their partners. Established two thematic categories, hospital environment and home environment, respectively with two and three subcategories. In the hospital setting, the first subcategory was identified as birth and birth experiences, containing the themes of perception and first contact with the baby; In the second subcategory, called ALCON experiences, four contents appear, namely, puerperal sensations, baby care, perspectives related to the support network, and guidelines at hospital discharge. In the home environment category, the three subcategories are the first week at home, demands of the baby, subdivided into two approaches, physical care and breastfeeding, and the last, self care of the puerpera. In the study, the influence of the support network appears in a significant way. The participation of the family stands out, essentially, by the imposition of norms and rules of behavior acquired from common sense. The majority of puerperal mothers presented engagement and involvement to promote self-care and care for the child. Likewise, there was a lack of knowledge or disabilities for the actions needed during this period, which compromised the self-confidence essential to the performance of self-care and child care. **Final Considerations:** The study allowed to know, although in part, the reality of the knowledge of a parcel of primiparous about care in the puerperal period. It was observed a deficiency in the knowledge related to the integral care of the puerperas, as well as the existence of a strong influence of the common sense in this period. It can be said that the majority of the puerperas presented an engagement and involvement for the promotion of the self-care and care with the child, what relativizes, in some way, its daily doing.

Key-words: Nursing care; Self-care; Postpartum period.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos indicadores sócio-demográficos, socioeconômicos e culturais de puérperas de parto normal. Anápolis-Go, 2016	37
Tabela 2 - Distribuição das informações relativas ao pré-natal de puérperas participantes do estudo, Anápolis-Go. 2016	38
Tabela 3 - Distribuição das informações relativas ao parto e nascimento de puérperas participantes do estudo, Anápolis-Go, 2016	39

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com puérperas primíparas sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido 40

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ALCON	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TN	Triagem Neonatal
TNA	Triagem Auditiva Neonatal
TRV	Teste do Reflexo Vermelho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Atenção a saúde da mulher no período grávido puerperal</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Alojamento Conjunto e a construção do vínculo mãe e filho</b>	<b>25</b>
<b>3.3</b>	<b>O autocuidado e a promoção da saúde</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>5.1</b>	<b>Categorias Temáticas</b>	<b>40</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Ambiente Hospitalar</b>	<b>41</b>
<b>5.1.1.1</b>	<b>Vivências do parto e nascimento</b>	<b>41</b>
	<i>Percepção</i>	<b>41</b>
	<i>Primeiro contato com o bebê</i>	<b>43</b>
<b>5.1.1.2</b>	<b>Vivências do ALCON</b>	<b>44</b>
	<i>Sensações do período puerperal</i>	<b>44</b>
	<i>Demandas do bebê</i>	<b>46</b>
	<i>Perspectivas relacionadas a rede de apoio</i>	<b>47</b>
	<i>Orientações na alta hospitalar</i>	<b>48</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Ambiente Domiciliar</b>	<b>50</b>
<b>5.1.2.1</b>	<b>A primeira semana em casa</b>	<b>50</b>
<b>5.1.2.2</b>	<b>Demandas do bebê</b>	<b>52</b>
	<i>Cuidados físicos</i>	<b>52</b>
	<i>Amamentação</i>	<b>54</b>
<b>5.1.2.3</b>	<b>Autocuidado da puérpera</b>	<b>56</b>

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>61</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA - AMBIENTE HOSPITALAR</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE C - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA - AMBIENTE DOMICILIAR</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE D - FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICOCULTURAL</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO 01 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PUC-GOIÁS</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher oferecida no período gravídico puerperal compreende um conjunto de ações integradas e harmônicas, que visam proporcionar o desenvolvimento saudável para mãe e filho. No entanto, as taxas de mortalidade infantil e materna ainda permanecem altas em algumas partes do mundo, particularmente em países não desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento (ONU, 2014).

Diante dessa situação caótica e seus diversos determinantes, no ano 2000 foi estabelecida uma agenda global de compromissos mínimos com a dignidade humana. Esforços que resultaram nos estabelecimento de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais o quarto e quinto estão voltados para a redução da mortalidade materna e infantil, por meio de estratégias para elevar os níveis de saúde e qualidade de vida de mulheres e crianças.

Apesar dos esforços a maioria dos países, incluindo o Brasil, não conseguiram atingir as metas ao final do prazo estipulado, qual seja o ano de 2015. Assim para acelerar o alcance das metas a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2016, a Agenda 30, com dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que abrangem e asseguram os direitos humanos de todos, a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas (ONU, 2016).

No entanto no Brasil, são elevados os percentuais de mortalidade materna, perinatal e infantil. No período de 2000 a 2013, o país apresentou a quarta pior taxa de redução dessas ocorrências no mundo, ao lado de Madagascar e atrás apenas da Guatemala, África do Sul e Iraque. A estimativa em números absolutos, de mortalidade materna no país, em 2016, foi de 56477, e de mortalidade infantil 31542 (DATASUS, 2016). Essa situação, justifica a necessidade de esforços coletivos por parte de diversos setores governamentais e não-governamentais, além da participação social, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo o País.

A inclusão do manejo adequado das conjunturas que possam originar detrimientos à mãe ou ao recém-nascido, são o enfoque da assistência. Medidas adequadas de acompanhamento devem ter início na assistência pré-natal de modo oportuno, o que restringe a morbidade materna, diminui a prematuridade e o obituário perinatal, tendo sua continuidade durante todas as etapas da assistência.

Tais medidas de acompanhamento impactam positivamente na melhoria dos indicadores da população envolvida (GUARIENTO, 2011).

O período gestacional, fenômeno normal, é uma atribuição significativa do desenvolvimento biológico, assim como os demais abrangidos no processo reprodutivo. Concernente ao período parturitivo, compreendido como acontecimento único e fascinante na existência da mulher, deve ser respeitado e tratado de forma individualizada e humanística (FIGUEIREDO, 2010; MURTA, 2010; GUARIENTO, 2011).

O sistema de Alojamento Conjunto (ALCON) surge como uma estrutura hospitalar criada com a finalidade de receber a puérpera e o recém-nascido (RN) hígidos logo após o parto. Nesse ambiente, mãe e filho permanecem juntos durante 24 horas até a alta hospitalar, o que possibilita e facilita todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação da mulher sobre a sua saúde e a do bebê (BRASIL, 2012). A permanência no ALCON é uma oportunidade singular de aprendizagem, que contribui em muito para a promoção do autocuidado da díade mãe-bebê. Este período requer uma assistência multiprofissional, com destaque para a equipe de enfermagem, uma vez que as instruções podem ser direcionadas em razão das demandas e das limitações da puérpera, frente ao seu autocuidado e recém-nascido (GUARIENTO, 2010; FIGUEIREDO, 2010).

A aproximação com o objeto de estudo ocorreu em razão da prática docente, quando da supervisão de estágio no setor da maternidade na cidade de Anápolis. Retomando a experiência junto às puérperas, foi possível verificar dificuldades das mesmas no autocuidado e com o cuidado do recém-nascido nas primeiras horas de vida. Na oportunidade, diversos questionamentos foram acompanhados, muitos deles devido a insegurança por falta de conhecimento, o que causava sofrimento cotidiano no alojamento conjunto. Não raro, as carências e lacunas de conhecimento são supridas por pessoas leigas, geralmente na figura da avó, mãe, companheiro, amigos e vizinhos.

No sentido de aprofundar acerca da temática, houve interesse em investigar o conhecimento das puérperas quanto ao seu autocuidado e do cuidado com o recém-nascido no decorrer do período puerperal imediato<sup>1</sup>. Assim, para a realização do estudo, foram estabelecidas as seguintes questões de pesquisa: Qual o

---

<sup>1</sup> Compreendido entre o primeiro e o décimo dia após o parto (BRASIL, 2012).

conhecimento de primíparas para o exercício do seu autocuidado e do recém-nascido no período puerperal vivenciado no âmbito hospitalar? As orientações recebidas por ocasião da alta hospitalar contribuem para o exercício do seu autocuidado e do cuidado do recém-nascido no período puerperal imediato experienciado no ambiente domiciliar?

Na prática constata-se controversas e obstáculos em relação aos cuidados da díade mãe e filho. Por mais que o Ministério da Saúde (MS) apresente publicações como manuais, normas técnicas e cartilhas referentes à assistência materno infantil com enfoque na humanização, existem mitos e crenças que persistem como senso comum e impactam negativamente o cotidiano.

Por essa razão, acredita-se que é preciso lançar mão de estratégias que possam, de algum modo, desestabilizar os mitos e as credences enraizadas na cultura popular sobre os cuidados no pós-parto. Nesse sentido, entende-se que o enfermeiro é o profissional preparado para orientação e promoção da saúde, além de ser o segmento profissional presente nas unidades de saúde em número maior é capaz de desenvolver ações de educação em saúde, enfocando temas que possam contribuir para a desmistificação de saberes do senso comum. Especificamente junto as gestantes, também a realização de rodas de conversas e reuniões com gestantes é tática importante para trabalhar a temática e perceber o engajamento para o cuidado por parte de cada mulher.

Dentre os modelos conceituais e teorias de enfermagem, entende-se que a Teoria do Déficit do Autocuidado, composta por três modelos conceituais: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem todas propostas por Dorothea Orem (FITZPATRICK; WHALL, 1989; GEORGE et al., 2000; LEOPARDI, 2006). Essa teoria apresenta conceitos aplicáveis ao desenvolvimento do autocuidado da puérpera e seu bebê. A aplicação dessa teoria permite a detecção das dificuldades e ratifica o interesse da mulher para o exercício do autocuidado de si e do bebê.

A importância deste estudo está centrada no seu potencial para o conhecimento sistematizado da realidade vivida pelas puérperas. A partir do mesmo, pode-se pensar em subsidiar os profissionais que atuam na área obstétrica para o verdadeiro fundamento das práticas do autocuidado, desde o momento do pré-natal até o puerpério. Essa informação também poderá ensejar processos reflexivos juntos aos profissionais, oportunidade ímpar para detecção de falhas na orientação e

prestação da assistência oferecida à mãe e ao recém-nascido, assim como nas conseqüências que estas podem gerar aos mesmos.

Faz-se necessário que as ações de autocuidado sejam discutidas com vistas à compreensão do papel de cada indivíduo neste processo. A puérpera necessita obter assistência segura, efetiva e de qualidade. Para tanto, a atuação dos profissionais neste âmbito deve ser revista, sobretudo do enfermeiro, pois em maiores proporções é o responsável por proporcionar apoio e orientações, que ajudam a puérpera na redução da ansiedade durante o processo puerperal, minimiza o medo e oferece segurança e entusiasmo (GUARIENTO, 2010).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o conhecimento de primíparas para o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido no período puerperal em ambiente hospitalar e domiciliar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as orientações sobre autocuidado e cuidado do recém-nascido obtidas pelas puérperas durante o pré-natal;
- Analisar as crenças, as influências e as práticas que permeiam o autocuidado das mulheres e o cuidado de seus bebês no puerpério;
- Verificar as práticas do autocuidado e cuidados com o recém-nascido que foram aplicadas no domicílio.
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelas puérperas acerca do autocuidado e cuidados com o recém-nascidos.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

A obstetrícia estuda os fenômenos da reprodução na mulher, especificamente os períodos de gestação, parto e puerpério em circunstâncias normais e sob condições anômalas. Os cuidados dispensados durante o período gravídico-puerperal ao binômio mãe e filho compõem a prática obstétrica, aperfeiçoada pela experiência e constantemente aprimorada pelos conhecimentos teórico-práticos que a pesquisa, a clínica e a observação proporcionam (REZENDE, 2011).

A realidade mostra um amplo espaço para o enfermeiro na assistência obstétrica, perinatal e infantil, que demandam conhecimento para o desenvolvimento de ações coerentes e em tempo oportuno. A assistência de enfermagem no período gravídico-puerperal principia com o auxílio pré-natal de qualidade, com embasamento em ações concretas, que propendem simplificar a interação dos conjuntos de ações que são proporcionadas à mulher e que se solidifica no período puerperal (FIGUEIREDO, 2010; MURTA, 2010; GUARIENTO, 2011).

A assistência de enfermagem no pós-parto é valiosa, devido à vulnerabilidade da mulher neste período, similarmente ao vasto desgaste emotivo vivido durante o trabalho de parto e parto, decorrente das dores e desconfortos derivado das contrações uterinas, visto que desta maneira a mulher fica propensa a ocorrência de infecções, hemorragias, dentre outras. Assim sendo, o profissional de enfermagem deve promover um auxílio integral a puérpera e ao RN, com vista à humanização da assistência (FIGUEIREDO, 2010).

#### **3.1 Atenção a saúde da mulher no período grávido puerperal**

No início dos anos 80, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Nessa versão, a maior ênfase foi para os cuidados básicos de saúde a serem adotados no período gravídico puerperal, assim como da importância das ações educativas voltadas à mulher nessa condição, sendo essa a marca considera diferencial em relação aos outros programas. A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, que objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo, sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o RN (RIOS; VIEIRA, 2007).

A gravidez é um componente basilar do ciclo biológico da mulher. Trata-se de um fenômeno natural, que conduz a variações fisiológicas e que afetam tanto os órgãos reprodutores quanto a economia feminina e suas representações no âmbito social. Tais modificações são essenciais para a manutenção da prenhez, do desenvolvimento do feto, da realização do parto e da lactação (GUARIENTO, 2011).

Em 2000, o MS lança a Portaria Nº 569, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS. Para fins da Portaria supra citada, humanizar consiste na “oferta do atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 06). A portaria estabelece princípios e diretrizes para a organização e estruturação do programa, com vistas à melhoria do acesso das gestantes aos serviços de saúde, com enfoque na humanização da assistência obstétrica e neonatal, com acompanhamento adequado, mais que isso, digno e de qualidade, no decorrer da gestação, parto, puerpério, e ao RN (BRASIL, 2001; LÍBERA et al., 2011; FRIGO et al., 2014).

O MS preconiza que a atenção básica seja a porta de entrada prioritária para os usuários no SUS, conforme proposto, na Portaria Nº 648/2006:

Considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sociocultural e na busca da promoção de sua saúde, com a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, além de efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006, tela 2).

O acompanhamento pré-natal se faz extremamente necessário e importante no contexto de promoção da saúde. Uma intervenção apropriada e competente restringe, sobretudo, a morbidade e a mortalidade materna, bem como diminui a prematuridade e o obituário perinatal (MURTA, 2010; GUARIENTO, 2011). O MS preconiza que a assistência pré-natal deve iniciar ainda no primeiro trimestre da gravidez, com consulta devidamente planejada para proporcionar acompanhamento efetivo de todo período, sendo assim devem ser realizadas no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, estas intercaladas entre enfermeiro e médico (BRASIL, 2012; CORRÊA et al., 2014).

O objetivo da assistência pré-natal é o acolhimento da mulher no começo da gravidez, já que visa minimizar seus medos, angústias, curiosidades, fantasias e sanar dúvidas sobre diferentes modificações fisiológicas e psicológicas que transpassam este momento (BRASIL, 2012). O ato de escutar e a oferta de informações tonificam o vínculo dos serviços de saúde e dos profissionais com os grupos de gestantes, refletindo numa adesão cada vez mais significativa aos pré-natais, o que leva a uma redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, presentemente evidenciados no País (MURTA, 2010; GUARIENTO, 2011; BRASIL, 2012).

Há plena legalidade do enfermeiro na realização do atendimento pré-natal. De conformidade com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7.498/86, que dispõe sobre a regulação do exercício da enfermagem, e o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a lei, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira. Dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é um profissional qualificado para o atendimento à mulher, com papel importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização do cuidado (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012; COFEN, 2017).

No âmbito da saúde da mulher e da prática obstétrica, o enfermeiro exerce um importante papel no que concerne à qualidade e a humanização da assistência, tendo em vista que o processo gestatório e o período pós-parto são permeados por sentimentos de medo e insegurança (GUERREIRO et al., 2012). Esses por sua vez podem interferir negativamente no sucesso da assistência durante o período gravídico-puerperal. O enfermeiro obterá êxito se estiver respaldado pelo senso de responsabilidade e compromisso (LÍBERA et al., 2011).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal sugere seu preparo clínico para identificação das necessidades da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações cotidianas (PEREIRA; BACHION, 2005). O enfermeiro pode utilizar um plano de ação que estabeleça as intervenções, orientações, com encaminhamentos a serviços de referência, com vistas a interdisciplinaridade das ações, com destaque para a inclusão de profissionais da medicina, odontologia, nutrição, serviço social e psicologia. As ferramentas para tal são facilmente evidenciadas no uso da tecnologia leve e dura do cuidado (LÍBERA et al., 2011; VIEIRA et al., 2011; BRASIL, 2012). Entende-se

por tecnologia leve do cuidado em saúde, aquela que permite produzir relação interpessoal, ocorridas no momento singular do encontro profissional usuário. Apesar de, no momento da utilização da tecnologia leve, não raro se verifica presente a materialidade dura, mas não se torna dependente dela, pois prioriza o encontro, a conversa com a pessoa que procura o cuidado (LÍBERA et al., 2011; PAVANATTO; ALVES, 2014).

O contato da equipe de saúde com a gestante no pré-natal se caracteriza em uma ocasião excepcional para a educação em saúde. As atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas em todas as oportunidades possíveis,

Por exemplo, serem realizadas nas salas de espera ou de reunião da unidade, e mesmo no período da consulta de pré-natal. Há que se destacar que o acolhimento durante toda permanência da gestante na unidade (DUARTE; MAMEDE, 2013). A ação deve ser voltada para atividades de autocuidado, desde os cuidados precípuos, como higienização até a amamentação. As dinâmicas empreendidas refletirão durante todo o período puerperal, na aceitabilidade e adequação das mães, a amamentação natural contínua com sucesso e na segurança do cuidado do bebê em amplos aspectos (BRASIL, 2012; DUARTE; MAMEDE, 2013).

A OMS (2000) define o parto normal como aquele que apresenta início espontâneo durante todo o trabalho até o nascimento. O bebê nasce livremente em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Logo após este momento, ainda na sala de parto, com o início do período puerperal, o MS recomenda que ocorra o contato precoce, pele a pele entre mãe e RN. Este procedimento beneficia a constituição da junção mãe e filho e, facilita o aprendizado da sucção de forma correta e em boa posição pelo bebê. Estas primeiras horas do pós-parto são as mais importantes, pois propiciam o estabelecimento das primeiras interações essenciais para o vínculo entre ambos, no qual a mãe expressa o seu amor e inicia de fato cuidar de seu filho. Sendo assim, a assistência de enfermagem ao binômio mãe e filho deve ser metodizada e humanizada, partindo de um levantamento das necessidades de ambos (BRASIL, 2001).

A OMS, em 1996, apresentou a classificação das práticas comuns para a condução do parto normal. Tais práticas foram divididas em quatro categorias, estas segundo sua utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional, sendo elas, as demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; as

claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela (OMS, 1996; CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015). Apesar da ampla divulgação dessa classificação, as medidas intervencionistas desnecessárias por ocasião do parto e nascimento são consideradas um dos maiores problemas da saúde materna no Brasil. Dentre as medidas consideradas prejudiciais ou ineficazes estão o uso da ocitocina e a realização da episiotomia/epiorrafia como rotina nos serviços de saúde (OMS, 1996; CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015).

Tais eventos são qualificados como violência obstétrica do tipo institucional e física, cuja incidência é maior durante as práticas hospitalares (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; CLARK et al., 2014; DA SILVA et al., 2015). A violência institucional, exercida pelas organizações hospitalares públicas ou privadas por ação abusiva, reflete na omissão de informações referentes à assistência, imposição de normas infundadas ou exigências desnecessárias (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; CIELLO et al., 2012; PULHEZ, 2013; LEAL et al., 2014; DINIZ et al., 2015; COLLAÇO et al., 2016). A violência física por sua vez, ocorre quando são provocadas diretamente lesões, dor ou desconforto à mulher, sem recomendação baseada em evidências científicas que justifiquem tal prática. O exemplo mais comum desse tipo de violência tem sido a realização da episiotomia de forma rotineira (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; CIELLO et al., 2012; PULHEZ, 2013; LEAL et al., 2014; COLLAÇO et al., 2016).

A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado. Foi introduzida com a intenção de reduzir o dano causado por laceração natural do períneo, como consequência, redução do risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, bem como proteger o neonato do trauma do parto (LEAL et al., 2014). A episiotomia é um procedimento para aumentar o canal vaginal durante o parto, prática que deve ser adotada pelos profissionais de maneira adequada e discriminada, ou seja, utilizada exclusivamente nos casos necessários (LEAL et al., 2014; COLLAÇO et al., 2016).

Quando da adoção do procedimento, alguns cuidados importantes devem ser adotados e outros repassados à puérpera. Há que se ressaltar que os pontos da epiorrafia se desfazem espontaneamente, bem como a importância de higienizar a genitália com água e sabão, e secar com toalha limpa após as eliminações vesicointestinais (MIRANDA; MARÓSTICA; MATÃO, 2015).

Ao longo de décadas, tal intervenção foi praticada desnecessariamente, sem repasse de informação nem pedido de consentimento prévio à mulher. Em tais circunstâncias, caracteriza-se como crime de violência obstétrica, com carência de notificação formal, tanto no sistema de saúde quanto o judiciário nacional. Assim, trata-se de grave problema de saúde pública, cuja verbalização ainda ocorre de maneira velada, razão pela qual discutir acerca da temática se torna imprescindível também para a formação ética do profissional (PULHEZ, 2013; LEAL et al., 2014; COLLAÇO et al., 2016).

Parte dos transtornos físicos e psicológicos provocados pela epiotomia/episiotomia ocorrem no puerpério. O período pós-parto, puerperal ou sobreparto caracteriza-se pelo retorno do organismo da mulher às condições pré-gravídicas, ou seja, quando acontecem as modificações locais e sistêmicas decorrentes da gravidez e parto (BRASIL, 2001). Didaticamente, é classificado em imediato, tardio e remoto, respectivamente, do primeiro ao décimo dia, do décimo primeiro ao quadragésimo segundo dia, e a partir do quadragésimo terceiro dia até da imprevista. Entretanto, apesar dessa divisão, a fase é cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto (REZENDE, 2011).

No período puerperal, a mulher contém a imprescindibilidade de atenção física e psíquica. Deste modo, nos momentos iniciais em seguida ao parto, o vínculo mãe e filho ainda não estão bem elaborados, já que as ações da equipe de enfermagem necessitam estar focadas tanto na puérpera, quanto no bebê, com o propósito de estimular a construção da vinculação mãe e filho (FIGUEIREDO, 2010).

No puerpério a mulher deve ser examinada, para análise da sua situação clínica e o seu estado psíquico, a fim de entender o que representa para ela a chegada de seu filho. O examinador deve transmiti-la segurança buscar empatia, para que a mesma se sinta mais à vontade para demonstrar seus sentimentos e preocupações (BRASIL, 2001).

A equipe de saúde precisa estar disponível para perceber a primordialidade de cada mulher, dado que no puerpério imediato, a mulher traz inevitabilidades de atenção física e mental. A equipe necessita estar atenta para não concentrar todas as atenções apenas à criança, do contrário a puérpera pode sentir que não está recebendo atenção às suas ansiedades e queixas. Deverá ser realizada uma avaliação clínica rigorosa com exame físico completo, avaliando ainda a

deambulação e higiene. Essas informações deverão ser registradas no prontuário, de forma clara e objetiva, obedecendo a uma padronização (BRASIL, 2001; ACOSTA et al., 2012).

A enfermeira deve estimular a mãe a tirar proveito da responsividade inicial do RN amamentando-o, o mais cedo possível. A amamentação imediata propicia o contato íntimo que pode expandir a união entre mãe e filho (BRASIL, 2015). O profissional precisa fazer uso da observação sistemática para a detecção precoce de problemas que possam interferir no processo de amamentação.

O envolvimento apropriado e satisfatório dos profissionais de saúde com estas mães favorecerá a promoção da amamentação natural. Principalmente durante o período inicial, as lactantes podem apresentar intercorrências que, por vezes, as desencorajam de dar continuidade ao processo. Apesar de muitas mães possuírem um bom conhecimento sobre a importância do aleitamento materno (AM) no crescimento e desenvolvimento da criança, elas nem sempre apresentam consciência quanto ao seu papel de mãe, como fonte principal de alimento e amor para o seu filho (ACOSTA et al., 2012; ESCARCE et al., 2013; BRASIL, 2015).

Após o parto, sempre que a mãe e o bebê estejam em boas condições, devem ser encaminhados ao regime de ALCON (OMS, 2000). Neste sentido, a seguir destaca-se a importância dessa rotina na construção do vínculo mãe e filho na vida de ambos e futuramente da família e até da sociedade.

O cuidado no pós-parto se constrói essencialmente no espaço da família, fora dos muros da instituição de saúde. Uma complexa rede de relações se estabelece em torno da mulher e RN, na qual se estruturam ações de ajuda no cuidado com o bebê e com a puérpera. Nesse meio, a família atua como transmissora de crenças, tabus, hábitos, atitudes e condutas (FRANCISQUINI et al., 2011). O puerpério é um momento complexo, envolto por transformações intensas e influenciado pelas questões culturais, muitas vezes esquecido pela equipe de saúde (COLLAÇO et al., 2016). O MS recomenda a visita domiciliar no pós-parto imediato, preferencialmente na primeira semana após a alta. A visita domiciliar no pós-parto envolve um conjunto de ações voltadas para o atendimento educativo e assistencial. É um amplo espaço para o profissional enfermeiro, atuar de forma efetiva na prestação de orientações e cuidados ao binômio mãe e filho (BRASIL, 2005; ALMEIDA; NELAS; DUARTE, 2016; BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2016).

O período puerperal é um estágio de mudanças na vida de homens e mulheres, na qual se evidencia a necessidade de ajuda e orientação mútua. A família apresenta um importante papel, uma vez que é capaz de transmitir segurança e apoio nesse novo contexto (RIBEIRO et al., 2015). Entretanto, a rede familiar não pode tomar pra si todas as responsabilidades acerca do cuidado, uma vez que mãe e filho carecem do aconchego e da presença um do outro. A mãe tranquiliza-se com a companhia do filho, sentindo-o adjacente de seu corpo e o bebê por sua vez, sente-se seguro. Essa proximidade favorece o toque, o qual traz sensações de intensivo prazer e traduz a grandeza do amor (MONTAGU, 1988; ACOSTA et al., 2012).

### **3.2 Alojamento Conjunto e a construção do vínculo mãe e filho**

Até o final do século XIX, os hospitais existiam para os dependentes e necessitados, não provendo recursos técnicos especializados para as pessoas em geral. Naquela época, os partos aconteciam no domicílio, sendo executados com o auxílio de parteiras, visto que somente aquelas mulheres que não possuíam parentes ou entes queridos, ganhavam seus filhos em nosocômios. Com o passar dos anos e os altos índices de mortalidade infantil, os partos passaram a ser realizados em hospitais (GARIENTO, 2011; MURTA, 2010).

Em decorrência da política de saúde hospitalocêntrica, o processo de parturição passou a ser considerado evento médico desde a década de 40, até os últimos anos do Séc. XX. Assim, todas as ações eram adotadas para facilitar as rotinas médico assistenciais, as quais competiam para afastar mãe e filho. Como reflexo, pode-se apontar o desmame precoce, e porque não dizer o abandono quase que completo da prática da amamentação e, em decorrência disso, a desnutrição protéica das crianças, principalmente na primeira infância (GARIENTO, 2011; MURTA, 2010). Decorrente dessa situação, foram registradas altas taxas de óbitos neonatais e infantis por doenças mórvidas da primeira infância, quais sejam, principalmente diarreia, infecção respiratória, desnutrição (ABEn, 2002; FIQUEIREDO, 2010; MURTA, 2010).

Com vistas a reverter essa situação, o MS criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. Uma constatação inicial foi a verificação do papel dificultador exercido pelos serviços de saúde sobre a prática de

amamentar, evidenciado pela separação do binômio mãe e filho, que se iniciava no pós-parto, ocasião em que o RN era encaminhado ao berçário e lá permanecia até a alta hospitalar (GARIENTO, 2011).

Em 1983, o PNIAM publicou a Resolução Nº 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), dirigida aos hospitais públicos e conveniados. O documento estabelecia normas e tornava obrigatória a permanência do filho junto à mãe, 24 horas por dia, no sistema de ALCON, este já instituído pelo MS, mas não obrigatório (BRASIL, 1993).

As ações em prol da diminuição dos fatores atenuantes dos óbitos não tiveram repercussão imediata. No período de 1990 a 1997 a taxa de óbito neonatal precoce aumentou de 37,8 para 48,9%; a taxa de óbito neonatal tardia manteve-se estável de 1990 a 1996 em torno de 1,1 a 12% para 18,2% em 1997; a taxa de óbito pós-neonatal apresentou-se oscilante de 1990 a 1994, entre 47 a 68%, com decréscimo em 1995 de 43,4% para 37,8% em 1997 (DATASUS, 2015).

Em 1992 foi estabelecido o IHAC. Seu principal objetivo é promover o AM exclusivo sobre livre demanda, como estratégia para diminuir as taxas de óbito no 1º ano de vida (BRASIL, 2001). Deste modo, o MS voltou suas atenções para o desenvolvimento de uma política para a promoção do AM. Em 1993, o MS, através da Portaria Nº 1016, de 26 de agosto, obrigou todos os hospitais públicos e particulares, assim como demais estabelecimentos de atenção a gestante a manter o ALCON, destarte possibilita ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 1993; GUARIENTO, 2011).

ALCON é definido como um sistema hospitalar em que o RN sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. O sistema permite a prestação de cuidados integrais a mãe e seu bebê, por parte da equipe de saúde, bem como orientações a cerca do autocuidado (BRASIL, 1993). A estratégia aumenta e favorece o relacionamento afetivo entre mãe e filho, ao mesmo tempo em que funciona como fonte terapêutica para a prevenção de inúmeras doenças. O sucesso do AM pode ser claramente ratificado, uma vez que o RN conserva-se ininterruptamente ao lado de sua progenitora (MURTA, 2010; GARIENTO, 2011; BRASIL, 2015).

O MS lançou em 2011, a estratégia inovadora denominada Rede Cegonha (RC), Portaria Nº 1.459/2011. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao

parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A RC tem como princípios a defesa dos direitos humanos o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais; a promoção da equidade, o enfoque de gênero; garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes e a participação e a mobilização social (BRASIL, 2011).

A implantação da RC tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Tem foco na melhoria da atenção ao parto, nascimento e ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses de vida. Tem início pela organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, para a conseqüente redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

O MS publicou em 2014, a Portaria Nº 371, que institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS. A portaria surgiu da necessidade brasileira para honrar o compromisso firmado com a OMS para o cumprimento dos ODM. O Art. 4º trás como recomendação referente ao nascimento, assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, no ato de colocar o RN de bruços, sobre o abdômen ou tórax da mãe, e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida. Essa medida visa o favorecimento da construção do vínculo mãe e filho (BRASIL, 2014).

Assim, também no sentido de estimular o vínculo entre a díade mãe-bebê, o MS dita comportamentos aos profissionais em sala de parto. Recomenda que após o parto se deve adiar pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao RN que separe a mãe de seu bebê, com o objetivo de permitir o contato pele a pele ininterrupto entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar, o momento do reconhecimento do RN pela mãe é único. É no primeiro contato pele a pele que a mãe concretiza, por sua própria percepção, o delineamento físico do filho, o qual foi imaginado ao longo da gestação. Potencializa para a mulher a possibilidade de apreciar o seu filho pela primeira vez e vivenciar fortes sentimentos de emoção (SANTOS et al., 2014).

A ligação emocional acentuada e precoce facilita o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas (BRASIL, 2001). Nesse sentido, Montagu (1988, p. 82) esclarece:

O seio não lhe fornecerá apenas o insuperável colostro, líquido amarelo-esverdeado que provê com benefícios imunológicos e fisiológicos variados, de elevada importância, como a criança ainda proverá a mão benefícios vitais, como a sucção que realizar. Os benefícios psicofisiológicos que mãe e criança, a dupla da amamentação, conferem reciprocamente um ao outro, no prosseguimento de um relacionamento simbiótico são de importância vital para seu futuro desenvolvimento.

É consenso, em diversas fonte estudadas, que para o bebê à sucção precoce substitui as funções do cordão umbilical e da placenta. A mãe traz ao bebê segurança, o estímulo da nutrição, e o bebê atua como um agente terapêutico após o parto (MONTAGU, 1998; MURTA, 2010; GARIANTO, 2011; ACOSTA et al., 2012; BRASIL, 2015). A doação materna refletida no contato pele a pele é claramente evidenciada pelo ato de amamentar, de feito que exprima todo laço afetivo entre mãe e filho, assim torna-se a prática de cuidar intimamente coadunada á um amor sem barreiras e limites. Cabe ainda destacar que:

A amamentação modelará todos os relacionamentos amorosos, em que o encontro com o objeto futuro será um reencontro com o primeiro objeto fora do próprio corpo (o seio materno) que, vinculado com a nutrição levava a uma primitiva satisfação sexual (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015; p. 344).

A díade mãe-bebê deverá deixar a unidade com seu retorno agendado, conforme preconiza o MS, na chamada Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI). Esta é uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades de atenção à saúde da puérpera e RN, que refletem na redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2012). A PSSI, viabiliza assistência precoce ao RN e à puérpera, pois reconhece a importância de ações no período pós-parto para promoção da saúde dos mesmos. A atuação dos profissionais de saúde é oportuno nesse período, porque as ações se voltam, simultaneamente, para as duas clientelas vulneráveis (BRASIL, 2012; ANDRADE et al., 2015 CASTIGLIONI et al., 2016).

O MS tem normatização específica para o retorno da puérpera e do RN à unidade de saúde. A consulta de retorno em puerpério deve ocorrer o mais precocemente possível, sendo adequado o comparecimento entre o sétimo e o

décimo dia após o parto. A primeira consulta da criança em unidade básica de saúde (UBS), preferencialmente, deve acontecer junto com a mãe. Nessa oportunidade, devem ser enfocados aspectos preventivos, educativos e terapêuticos, de acordo com as necessidades apresentadas pelo binômio mãe bebê (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012; ANDRADE et al., 2015).

A Triagem Neonatal (TN), também conhecida por teste do pezinho, foi incorporada ao SUS em 1992, pela Portaria Nº 22, tornando obrigatória a realização do teste em todo RN no território nacional (BRASIL, 2001). Em 2001, o MS, lançou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), Portaria Nº 822, com ampliação dos testes a serem realizados para a triagem neonatal biológica, triagem auditiva neonatal (TAN) e triagem ocular pelo teste do reflexo vermelho (TRV), popularmente conhecidos como teste do pezinho, teste do ouvido e teste do olhinho (BRASIL, 2014). Em 2014, o MS acrescentou como obrigatório o teste do coraçãozinho pela Portaria Nº 20 (BRASIL, 2016).

Segundo preconizações ministerial, o teste do pezinho deve ser realizado entre o terceiro e o quinto dia de vida para identificação de seis doenças genéticas ou congênitas passíveis de tratamento, mas que não apresentam evidências clínicas ao nascimento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2016). A TAN, preferencialmente deve ser realizada na maternidade, nos dois primeiros dias de vida, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames (BRASIL, 2012). O TRV deve ser realizado em três diferentes épocas, antes da alta da maternidade e outras duas a três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida (BRASIL, 2013). Quanto ao teste do coraçãozinho, tem indicado como momento ideal para a realização entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar (BRASIL, 2016).

### **3.3 O autocuidado e a promoção da saúde**

O uso do termo autocuidado é difundido na literatura interdisciplinar, de uma forma geral. Há um variedade de significados para a utilização do termo em contexto da saúde como um todo (FITZPATRICK; WHALL, 1989). No modelo de Orem, surge especialmente quando considera o potencial de cura do indivíduo, seu encorajamento para a interação entre com o profissional da saúde, e os cuidados de

saúde feitos por outras pessoas, para o alcance do autocuidado (FITZPATRICK; WHALL, 1989; LEOPARD, 2006).

A Teoria Geral de Orem é a Teoria do Déficit do Autocuidado, composta por três modelos conceituais, a saber, Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (LEOPARDI, 2006). O conceito do autocuidado é a caracterização central de seu referencial teórico, cujo conceito é:

O desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano (OREM apud GEORGE et al., 2000, p. 84).

Assim, no contexto da teoria, autocuidado traduz a predisposição que o ser humano possui de cuidar de si mesmo, a fim de manter sua integridade e funcionamento, assim como de seus dependentes (GEORGE et al., 2000). Os estudos de Orem buscavam respostas sobre os conceitos, objetivos e funções de enfermagem. Para ela as ações de enfermagem são baseadas na ajuda, ou seja, quando os indivíduos não são capazes de cuidar de si mesmos. Nessa perspectiva, o enfermeiro somente se faz presente quando a pessoa é/ou se torna incapaz de efetuar o autocuidado. Para as crianças, a assistência de enfermagem é concretizada quando os seus pais e/ou responsáveis não são capazes de tutelá-las. (FITZPATRICK; WHALL, 1989; GEORGE et al., 2000; LEOPARD, 2006).

A Teoria do Autocuidado enfoca os seres humanos em uma abordagem holística e humanizada. Nesse contexto, os indivíduos desempenham ações para elevar o seu nível de saúde e melhorar a sua qualidade de vida. O efeito produzido pelo autocuidado é a integridade estrutural, funcional e de desenvolvimento do ser humano, sendo assim, a propensão que os indivíduos têm de atender aos seus próprios requisitos do autocuidado, varia de acordo com fatores sócio-econômico-culturais e ambientais (GEORGE et al., 2000; VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

A Teoria do Autocuidado refere-se à prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar. O próprio autocuidado e o cuidado dos dependentes são postulados como comportamentos aprendidos que os indivíduo iniciam e executam em seu próprio interesse para manter a vida, a saúde e o bem-estar, o que denomina-se

competência para o autocuidado. Na ausência de verificação da habilidade do indivíduo para executar o autocuidado, assim como dos idosos, das crianças, dos doentes e dos que tem incapacidade e que estão sob a sua tutela, torna-se imprescindível o auxílio profissional (LEOPARDI, 2006).

Para a teorista, os requisitos do autocuidado são elementos imperativos para que o ser humano possa manter seu equilíbrio e autofuncionamento, estes classificados em universais, de desenvolvimento e desvio da saúde. Os universais estão associados aos processos de vida, manutenção da estrutura e do funcionamento humano. Nesse requisito estão incluídos a manutenção da ingestão de ar, água e alimentos de acordo com a necessidade do organismo; provisão dos cuidados associados com os processos de eliminações; equilíbrio entre atividades e repouso, bem como solidão e interação social; prevenção dos perigos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar; promoção do funcionamento e desenvolvimento dos sistemas orgânicos.

O requisito desenvolvimento trata-se da soma dos requisitos universais, adaptadas ao que o indivíduo está passando, ou seja, está relacionado com o seu processo de desenvolvimento. No caso de desvio da saúde, que ocorrem, obviamente, em condições de doença, lesão ou medidas médicas para prevenção. Estes requerem ações de educação em saúde junto ao indivíduo, a fim de majorar o grau de saúde por meio de medidas preventivas.

A Teoria do Déficit do Autocuidado determina quando a enfermagem deve ser requisitada. Sua idéia central se assinala que os serviços de enfermagem são solicitados quando os sujeitos apresentam limitações de saúde que os tornam incapazes de cuidar de si mesmos e de seus dependentes, fato este que resultará em um cuidado ineficaz, por conseguinte, haverá necessidade da intervenção da enfermagem (CAMPEDELLI et al., 1992; DUPAS et al., 1994; GEORGES et al., 2000).

Nesse sentido a Teoria dos Sistemas de Enfermagem baseia-se nas necessidades e capacidades dos enfermos para a execução de autocuidado, o que determinará ou não a intervenção de profissionais de enfermagem (LEOPARDI, 2006). O indivíduo em Orem mantém seu autocuidado enquanto é possível, mas pode requerer ajuda para o seu desempenho. Essa relação é expressa quando o indivíduo é incapaz de promover para si mesma uma ação deliberativa de autocuidado, o enfermeiro pode servir como apoio e forma de ajuda para a pessoa

na promoção do cuidado. Ações da enfermagem são benéficas se transferir as responsabilidades do autocuidado ao próprio indivíduo ou um familiar ou cuidador, desde que sejam competentes para realizar essas ações (FITZPATRICK; WHALL, 1989).

Para operacionalizar essa teoria, torna-se importante entender os conceitos de demanda do autocuidado terapêutico e déficit do autocuidado. Nesse sentido, segundo Orem (1993), o cliente possui a necessidade de diferentes dinâmicas de autocuidado, na provisão de condições em grau e tempo ideal para o seu funcionamento e integridade humana, o que reflete a demanda do autocuidado terapêutico. As demandas terapêuticas estão moldadas em ações deliberadas, ou seja, “desempenhadas por alguns membros de um grupo social para provocar eventos e resultados que beneficiem outros de maneira específica” (GEORGE et al., 2000, p. 84).

Déficit do Autocuidado atribui-se à inabilidade para se engajar no autocuidado. Dito de outro modo, verifica-se restrições para desempenhar ações ou para responder à demanda terapêutica exigida, devido a limitações de conhecimento, destreza e/ou motivação, bem como de recursos ambientais (CAMPEDELLI et al., 1992).

A Teoria dos Sistemas de enfermagem baseia-se no grau de ajuda exigido pelo cliente durante a provisão de cuidados. Os sistemas podem ser totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e de apoio e educação em saúde. Assim, a enfermagem desenha um plano de cuidados baseado no sistema ideal para a intervenção de cada cliente, sendo que na maioria das vezes, o plano é uma combinação dos vários sistemas (OREM, 1993).

O cuidado de enfermagem a ser implementado junto ao binômio mãe e filho, na perspectiva do cuidado integral e humanizado no período gravídico-puerperal de forma geral, com bases no referencial teórico-filosófico do autocuidado de Orem (1993) visa capacitar a puérpera para o exercício de seu autocuidado e do cuidado com o RN. Segundo esse referencial deve-se iniciar sempre a avaliação da puérpera pelo potencial do autocuidado, que é também conhecido como poder de autocuidado, caracterizado por Campedelli et al (1992) como sendo as habilidades que os indivíduos têm ou demonstram para dar início e desempenhar atividades de saúde em seu benefício próprio e/ou de seu dependente para elevar o nível de saúde, bem-estar e manter a qualidade de vida. Dependente de características do

cliente tais como: conhecimento, atitudes, valores, crenças, motivações e habilidades. No processo de alcance do autocuidado os objetivos da assistência de enfermagem derivam das indispensabilidade e preferências do próprio indivíduo, capacidade de desenvolvê-las e não das percepções do profissional.

Neste intento, o discurso de Foster; Jassens (apud FIGUEIREDO; CARVALHO, 1994, p. 46), está também fundamentado no autocuidado:

O cuidado é algo intimamente ligado ao autocuidado. O enfermeiro age oferecendo e controlando esse autocuidado ao cliente para que ele possa se recuperar da doença. O profissional provê o autocuidado em seus requisitos, os quais estão associados a processos de vida e na manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano.

A teoria apresenta três variações básicas de sistema de enfermagem para organizar os serviços, quais sejam, completamente compensatório, parcialmente compensatório e suporte educativo. Na primeira a terapia individual é o centro principal do autocuidado, na segunda tanto o indivíduo como o enfermeiro pode ter a função primordial no cuidado, na terceira o enfermeiro exerce papel de orientador, assessora e promove o desenvolvimento do conhecimento, refletindo na educação como o principal componente do cuidado (FITZPATRICK; WHALL, 1989; GEORGE et al., 2000; LEOPARDI, 2006).

Os seres humanos têm capacidade para refletir sobre si mesmo, sobre o que experienciam e usar suas ideias para realizar ações benéficas a si próprios e aos outros. Orem (1993) conceitua o cuidado que a mãe presta a seu filho como autocuidado dependente. A mesma teorista privilegia a experiência e capacidade de aprender com determinantes do potencial do autocuidado, nesse ponto destaca que a enfermagem tem o papel fundamental no desenvolvimento desse autocuidado, que se dá por meio de uma relação de ajuda e nesse caso acreditamos que de ações de apoio e educação em saúde que são amplamente requisitadas nos serviços de pré-natal e no ALCON (DUPAS et al., 1994).

#### 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada no período de janeiro a junho de 2016. O local de pesquisa foi a Maternidade Dr<sup>o</sup> Adalberto Pereira Silva, entidade beneficente sem fins lucrativos, instituição de referência para parto de risco habitual do município de Anápolis-Go, credenciada ao SUS.

O município se localiza no interior do Estado de Goiás, região Centro-Oeste do País, situado no Planalto Central Brasileiro, pertence a Mesorregião Centro Goiano e à Microrregião de Anápolis, é o terceiro maior município em população, hoje estimada em 370.875 habitantes e a segunda maior força econômica do estado (IBGE, 2016). No município não existe maternidade pública, o mesmo conta com dois estabelecimentos filantrópicos conveniados ao SUS, ambos com assistência na perspectiva das políticas humanizadas de atendimento ao parto e nascimento. Tais instituições também implementam o Programa de promoção ao aleitamento materno, inclusive são reconhecidos pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e uma delas desenvolve o Projeto Maternidade Segura.

Fundada na década de 60, a instituição desenvolve, ao longo dos anos, inestimável serviço na área obstétrica. São realizados diversos atendimentos entre consultas, exames, acompanhamento de pré-natal e partos de mulheres tanto de Anápolis-Go, quanto de cidades próximas. A instituição tem como perfil a prestação de serviço na perspectiva da política humanizada na atenção ao parto e nascimento. Em termos quantitativos, realiza cerca de duzentos partos por mês, em média cinquenta por semana. Como estabelecimento que atua em conformidade com as boas práticas obstétricas recomendadas pelo MS, os partos normais ocorrem com maior frequência, cerca de 74% em relação aos partos cesáreos no período de 30 dias. O atendimento das consultas de pré-natal é realizado por equipe interdisciplinar, integrada por enfermeiros e médicos obstetras, fisioterapeutas, nutricionista e psicólogo. Além das consultas, mensalmente a equipe de profissionais realiza mini-curso destinado às gestantes. Por essa ocasião, são abordados temas importantes e fundamentais que envolvem a gestação, parto e puerpério.

Participaram do estudo 20 puérperas, todas primíparas, cujo parto tenha sido por via vaginal e sem intercorrências. Tais informações foram verificadas no livro de

registro de partos da instituição. Em seguida, as puérperas foram abordadas individualmente para apresentação da pesquisa e feito o convite para participar voluntariamente, após receber alta hospitalar. Nos casos de manifestação favorável, foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com todo o detalhamento da pesquisa, para leitura. Todas as mulheres abordadas concordaram em integrar o estudo, e assinaram o TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, uma ficou com a participante e outra com a pesquisadora.

Os dados foram coletados em dois momentos, ambos utilizando-se entrevista semi estruturada, o primeiro em ambiente hospitalar (APÊNDICE B) e o segundo em local indicado pela puérpera (APÊNDICE C). Em todos os casos, o registro das informações fornecidas pelas puérperas foi gravado em aparelho MP4, após consentimento por parte de cada uma delas. O critério para encerramento da primeira etapa da coleta de dados foi o oferecimento da pesquisa para 50% das parturientes de cada dia, durante uma semana.

Inicialmente, a abordagem se deu no ALCON, após a alta hospitalar, tanto obstétrica quanto neonatal. No sentido de oferecer privacidade às participantes, a entrevista foi realizada em sala separada, com a presença da puérpera, RN e pesquisadora. Ao término de cada entrevista, a participante recebeu um formulário para registro dos dados socioeconômico e culturais (APÊNDICE D). Transcorridos dez dias da alta, foi feito contato com cada puérpera para questionamento acerca de sua participação nessa segunda etapa do estudo, com resposta afirmativa por parte de todas. Em todos os casos, a indicação do local da puérpera para a realização desse segundo encontro foi a sua própria residência.

As falas das participantes foram transcritas na íntegra, com vistas à garantia da fidedignidade das informações. Após, as entrevistas foram lidas e comparadas individualmente por participante, para verificação de cada caso quanto ao autocuidado de si e o cuidado com o RN. Em seguida, as entrevistas foram reunidas em dois *corpus*, um para cada momento da entrevista, ou seja, intra hospitalar após a alta e no domicílio da mesma. Em seguida realizou-se leitura minuciosa e exaustiva de cada um dos *corpus*, vertical e horizontalmente, o que permitiu que as unidades de registro fossem classificadas em unidades de contexto e, posteriormente, definidas as categorias temáticas, conforme as fases da análise de conteúdo segundo proposta por Bardin (2016). Cada uma das diferentes fases

organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com inferência e interpretação dos mesmos.

Na primeira, ocorre a organização propriamente dita dos dados. É composta por atividades não estruturadas: leitura flutuante, que no caso, consiste no primeiro contato com o texto, seguida do estabelecimento do *corpus*, este submetido à análise das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Formula-se a seguir as hipóteses e os objetivos cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros. Para facilitar a manipulação da análise, ocorre a digitalização e impressão em papel, no qual estão dispostas colunas vazias a esquerda e à direita para os códigos, a fim de facilitar a demarcação dos contrastes (BARDIN, 2016).

A segunda consiste na exploração do material. Nesta fase as operações se consistiram essencialmente em codificações, decomposições ou enumeração, do material a ser trabalhado. Na terceira fase, os resultados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos. Com o intuito de condensar os resultados, propôs-se uma figura na qual aparecem em relevo as categorias temáticas fornecidas para análise (BARDIN, 2016).

Ainda para análise e discussão dos dados considerou-se a Teoria do autocuidado de Orem, que referencia autocuidado como sendo a capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (GEORGE et al., 2000; LEOPARDI, 2006). É o engajamento dos indivíduos em prol da manutenção da vida, a saúde e o bem-estar. Este evento é também conhecido como ações de autocuidado (GEORGE et al., 2000). Normalmente os adultos cuidam-se voluntariamente e no caso dos bebês e das crianças, ocorre o denominado cuidado dependente, e esse por sua vez gera as demandas de autocuidado ou cuidado terapêutico, que são ações desempenhadas por algum membro da família ou grupo social para provocar resultados que beneficiem outros de maneira específica (FITZPATRICK; WHALL, 1989; GEORGE et al., 2000; LEOPARDI, 2006).

Para fins de registro, as falas das participantes foram renomeadas com nome de flores com vistas a manutenção do anonimato das mesmas. O estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Goiás, CAEE 51518715.3.0000.0037/2015 (ANEXO 1).

## 5 RESULTADOS

Integraram o estudo um total de 20 participantes, cujas características sócio-demográficas encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição dos indicadores sócio-demográficos, socioeconômicos e culturais de puérperas de parto normal. Anápolis-Go, 2016**

Variáveis	f (%)
<b>Faixa Etária</b>	
≥ 18 ≤ 22	65,00
≥ 23 ≤ 27	10,00
≥ 28 ≤ 33	25,00
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	35,00
Casada	40,00
União Estável	25,00
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fundamental	5,00
Ensino Médio Incompleto	25,00
Ensino Médio Completo	45,00
Ensino Superior Incompleto	15,00
Ensino Superior Completo	10,00
<b>Estabelecimento de Ensino</b>	
Todo em Escola Pública	85,00
Todo em Escola Particular	5,00
Maior Parte em Escola Pública	10,00
<b>Tipo de Moradia</b>	
Própria	75,00
Alugada	25,00
<b>Tipo de Moradia</b>	
Própria	75,00
Alugada	25,00
<b>Trabalha</b>	
Sim	20,00
Não	80,00
<b>Renda Mensal (SM)</b>	
≥1 ≤ 2 SM	65,00
Até 3 SM	35,00
<b>Sabe e utiliza o computador</b>	
Sim	85,00
Não	15,00

**Legenda:** SM – Salários Mínimos / OBS: valor de referência para o período: R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

A idade média das participantes é de 22 anos, mínima de 18 anos e máxima de 33 anos. A maioria delas vive com o companheiro e cursou ensino médio completo em escola pública.

A maioria das participantes possui casa própria, não tem trabalho remunerado, sobrevive da renda familiar (pais, marido ou companheiro), que varia entre 1 a 2 SM. Quanto ao acesso à informação, também a maioria se mantém informada por meio de TV e *internet*, domina o uso de computadores, acessa a *internet* pelo celular, com frequência maior para as redes sociais (*facebook* e *whatsapp*). Quanto ao lazer, prevalece a opção ficar em casa, seguido de ir ao cinema e shows.

As informações referentes ao período de pré-natal aparecem na Tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição das informações relativas ao pré-natal de puérperas participantes do estudo. Anápolis-Go, 2016**

Variáveis	f (%)
<b>Realizaram o Pré-Natal</b>	
Sim	100,00
Não	00,00
<b>Idade Gestacional no início do acompanhamento</b>	
Primeiro Trimestre de Gravidez	85,00
Segundo Trimestre de Gravidez	15,00
<b>Local do Pré-natal</b>	
Consultório Particular	15,00
Estratégia Saúde da Família	50,00
Maternidade conveniada SUS	35,00
<b>Condução do Pré-Natal</b>	
Médico	90,00
Médico e Enfermeiro	5,00
Enfermeiro	5,00
<b>Conhecimento do Grupo de Gestante</b>	
Sim	60,00
Participou	75,00
Não participou	25,00
Não	40,00
<b>Avaliação do Atendimento Pré-Natal</b>	
Ótimo	25,00
Bom	55,00
Regular	20,00

Todas as participantes fizeram acompanhamento de pré-natal, a grande maioria iniciado no primeiro trimestre da gestação. Quanto ao local, a maior parte das consultas foram realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) mais próxima de sua residência, seguido de uma parcela que realizou na maternidade. A maioria das participantes avaliou o atendimento de pré-natal recebido como tendo sido bom,

seguido de uma parcela que o considerou ótimo e uma minoria regular. Referente a grupos de gestantes, a maioria informa conhecer e ter participado dos mesmos.

Quanto às informações do parto e nascimento, estas aparecem descritas na Tabela 3.

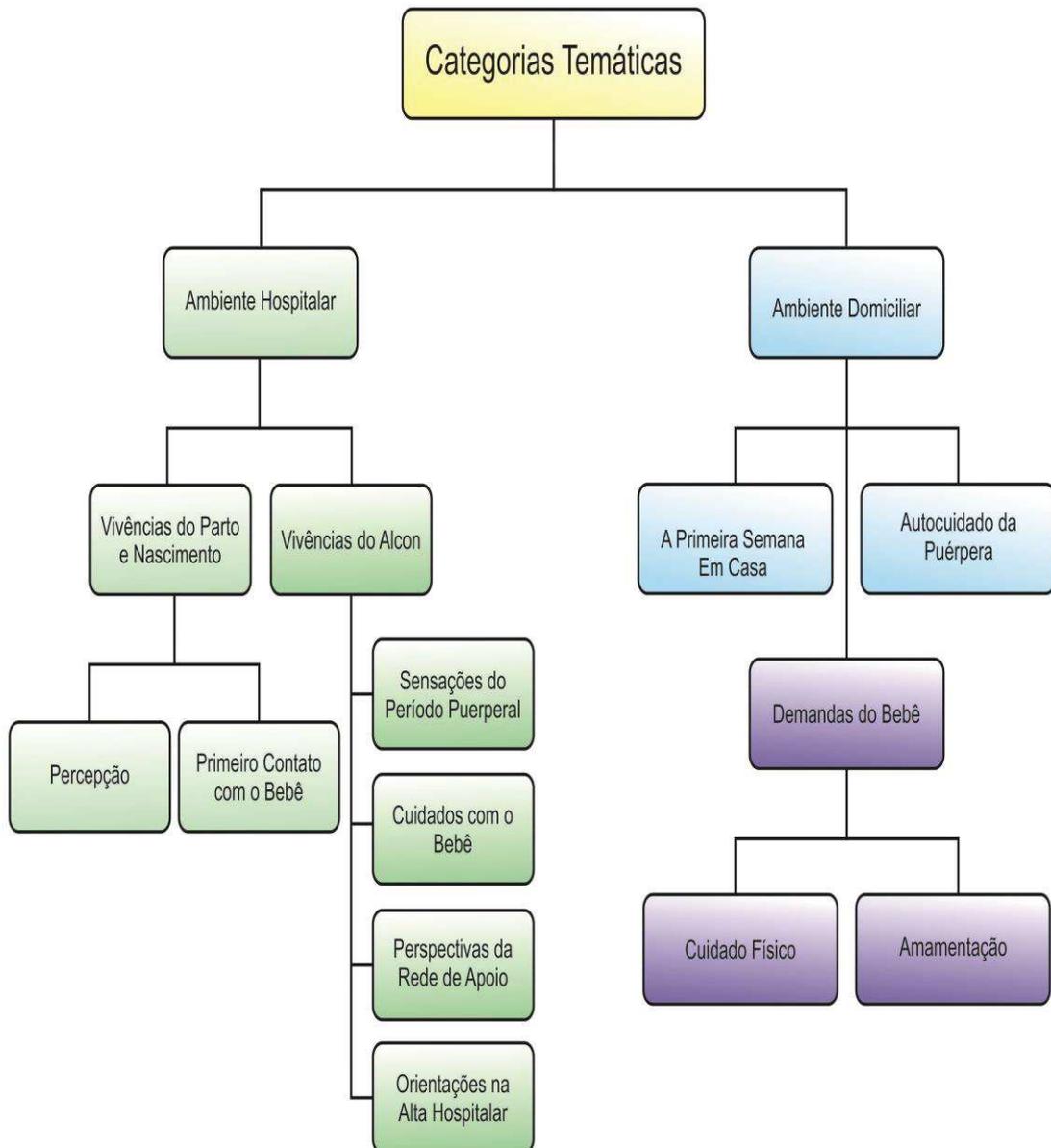
**Tabela 3 - Distribuição das informações relativas ao parto e nascimento de puérperas participantes do estudo. Anápolis-Go, 2016**

Variáveis	f (%)
<b>Tipo de Parto</b>	
Parto Normal sem episiotomia	20,00
Parto Normal com episiotomia	80,00
<b>Referência de Violência Obstétrica</b>	
Sim	10,00
Não	90,00
<b>Avaliação do Parto</b>	
Ótimo	10,00
Bom	55,00
Complicado, difícil e doloroso	25,00
Horrível	10,00
<b>Contato Pele a Pele no 1º minuto de vida</b>	
Sim	100,00
Não	00,00
<b>Sugou em seio materno na sala de parto</b>	
Sim	80,00
Não	20,00
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

Na grande maioria dos casos, as mulheres foram submetidas a episiotomia e a minoria referiu ter sofrido violência obstétrica. A maioria das participantes avaliou positivamente o parto, entre bom e ótimo. Para uma parcela pouco menor que a metade, a avaliação foi negativa, entre complicado, difícil e doloroso, até horrível.

Quanto aos recém-nascidos, maioria foi do sexo feminino, todos tiveram contato pele a pele com a mãe, e a maioria sugou o seio materno na sala de parto.

A análise do primeiro *corpus* reuniu as narrativa obtidas no ambiente hospitalar e o segundo *corpus* as narrativa obtidas no ambiente domiciliar (Figura 1).



**Figura 1** - Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com puérperas primíparas sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido.

### 5.1 Categoria Temáticas

Estabelecidas duas categorias temáticas, ambiente hospitalar e ambiente domiciliar, respectivamente com duas e três subcategorias.

### 5.1.1 Ambiente Hospitalar

No ambiente hospitalar, a primeira subcategoria foi identificada como vivências do parto e nascimento, contendo os temas percepção e primeiro contato com o bebê; na segunda subcategoria, denominada vivências do ALCON, aparecem quatro conteúdos, a saber, sensações do período puerperal, cuidados com o bebê, perspectivas relacionadas a rede de apoio, e orientações na alta hospitalar.

#### 5.1.1.1 Vivências do parto e nascimento

##### *Percepção*

Transcorrido o parto, as participantes, em sua grande maioria, se perceberam bem, com sensação de alívio e de dever cumprido, o que pode ser constatado em trechos de falas:

Bem, senti bem [...] E ... *[pausa longa para pensar]*, depois que ela saiu, daí me deu um alívio muito grande, muito bom; cansaço sim, mais o meu corpo respondeu muito bem. Eu consegui andar, levantar, sentar, então meu corpo me ajudou muito [...] E meu corpo reagiu bem, eu me senti muito bem, não senti nada, nada, nada. (Chuva de Prata)

Nossa! *[expressão de espanto]*. Foi sensação de tudo dever cumprido, alívio, glória, de paz, de amor... de tudo mesmo, sensação de que parecia que eu nunca nem tinha engravidado. Quando o neném sai de dentro da barriga acaba tudo, dor nas costas, na barriga aquelas dores em tudo quanto é lugar, acaba, como se tirasse com a mão e finalmente eu tinha conseguido. (Rosa)

Me senti bem, bem mesmo. Achei que fosse sentir cansaço, mas não senti nada. O parto foi tão rápido que não deu tempo de sentir nada, apenas um alívio enorme, porque ela nasceu estava bem, e que tamanha era a minha vitória de ter conseguido trazer ela ao mundo. (Rosa Amarela)

Ah eu senti uma felicidade enorme, porque eu vi que estava tudo bem, que tudo tinha ocorrido bem, pra mim foi muito bom. [...] me senti aliviada. [...] Eu já fiquei tranqüila até demais, respirei fundo bem aliviada mesmo, estava com sensação de dever cumprido. (Cravo)

Bem, eu até achei que ia ficar pior, mas me senti bem. Um misto de alegria e alívio. Um pouco cansada mas bem. Feliz, por ter meu bebê nos braços e mamando. (Flox)

[...] eu fiquei bem após o parto, a palavra que define isso é alívio *[risos]*. Eu me senti aliviada! (Tango)

Eu senti um misto de alívio e tranquilidade, principalmente de saber que ela *[a filha]* estava bem. (Margarida)

Tive uma sensação de alívio *[risos]*, especialmente da dor. Alívio *[ficou pensativa]*, seguida de uma alegria muito grande e da sensação de dever cumprido [...] um pouco exausta *[suspirou, seguido de risos]* eu não deixei de ter a exaustão que já tinha ouvido sobre isso antes, mas foi muito bom. (Girassol)

É possível verificar que em meio à vivência de sentimentos e percepções positivas, muitas se referem também ao aspecto cansaço experimentado depois do parto:

Eu estava muito cansada, [...] eu fiquei por muitas horas me sentindo muito fraca. (Tango)

Cansada demais, mais ao mesmo tempo aliviada. (Watsonia)

Eu senti muito cansaço, um cansaço terrível. (Margarida)

Assim que eu ganhei ele, me senti muito cansada [...]. Mas foi tudo muito rápido e sem problemas. Eu achei que não ia nem dar conta de ficar em pé. (Palma)

A dor experimentada no parto aparece como a principal causa do desconforto físico:

Eu me senti [...] humm. Nossa doeu demais, senti muita dor nas costas, e na barriga, nossa muita dor, muita, muita mesmo, tipo a contração mesmo, tava tudo duro, doeu demais, até mesmo quando eles fizeram aquelas massagens na barriga pra sair o sangue. (Amarílis)

Eu me senti com muita dor. (Astromélia)

[...] quando eu cheguei no quarto, as primeiras horas eu achei mais fácil do que agora, me senti cansada! (Copo de Leite)

Me senti maneira, bem leve *[risos]*. Foi tranquilo no término, mas esses pontos, aí ficou doendo demais depois do parto. Aliás está doendo até agora. Assim que ela saiu de dentro de mim, eu vi que ela era normal, parece que meu sangue esfriou, aí senti muita moleza nas pernas. (Narcisio)

Além das sensações imediatamente percebidas após o parto, aparecem narrativas que demonstram a existência de processos reflexivos acerca do momento parturitivo:

Eu fiquei um pouco muito traumatizada *[risos]*, porque nossa, eu nunca que imaginava que eu fosse sofrer tanto assim. A dor é muito grande, muito grande, grande, grande mesmo, e de todo jeito que as pessoas falam eu acho que elas não conseguem descrever a abrangência da dor. (Copo de Leite)

Eu me senti fraca e arrasada. A pior das pessoas. A pressão psicológica que eu senti foi horrível, ninguém merece isso. Eu fiquei pensando, em que

eu deveria ter me concentrado, onde eu errei, será que era na dor, ou no que ele me dizia? (Estrelícia)

Eu fiquei bem fisicamente. Fiquei foi muito triste. Pensando sabe, o que eu tinha feito de tão errado, eu fui tão judiada. Eu não quero nunca mais ver esse médico na minha vida. Tomara que ele não faça essas coisas com outras pessoas, pois é ruim demais. Eu fico pensando se os pontos dói mesmo ou se ele fez tudo com má vontade, eu acho que ele queria dormir e eu atralhei com os meus gritos e medo do bebê morrer, porque eu realmente não tinha mais força. (Tulipa)

Depois do parto a gente se sente tão cansada! E senti falta, porque sabe que até que era bom o bebê dentro da barriga da gente. Mas se a gente for parar pra pensar é melhor fora *[risos]*. Fora posso ficar vendo ele sem parar, imaginando como fui capaz e colocar uma coisinha tão pequena e indefesa no mundo. É amor demais que envolve este momento *[suspiros]*. Bom demais! (Íris)

### *Primeiro contato com o bebê*

Em meio as sensações e reflexões feitas por elas, também há referência à magia das primeiras interações com seu bebê:

Na verdade eu não me senti, estava meio boba, aí a primeira coisa que eu queria ela pegar minha filha, e se brincar depois que eu dei mama lá na sala, a única coisa que eu pedi pro médico foi se eu podia pegar e ficar com o neném. Eu nem estava aí com a situação do meu corpo eu só queria pegar o meu neném. A sensação de pegar ela pra mim era muito importante. Quanto estar ou não cansada eu nem me importei. (Gérbera)

Colocaram ele em cima de mim, foi bom demais, você vê o rostinho dele ainda mais que ele estava chorando. É bom demais, é a maior sensação que uma mãe pode ter. (Cravo)

[...] eles me mostraram a neném, colocaram ela em cima de mim. A sensação que eu tive foi de muita emoção, de ver ela, ver a carinha, ver que está tudo bem. Que valeu a pena, todo aquele meu sofrimento, meu sacrifício, a humilhação pra ter ela. (Estrelícia)

Na hora que a enfermeira tirou ela, colocou ela em cima de mim. Ela já foi pra perto de mim *[puérpera suspirou como se estivesse extremamente satisfeita]*. Foi uma sensação maravilhosa, eu senti, uma sensação que não dá pra descrever, uma felicidade muito grande. (Flox)

Colocaram ela bem na minha barriga *[suspiro]*, há eu tive sim. Ah é um sentimento assim que, chega a ser incomparável. Uma emoção muito grande e muito forte. (Girassol)

Na hora que ela saiu, já foram logo colocando na minha barriga. Eu segurei ela forte, o corpinho todo, e logo em seguida colocaram próximo ao meu rosto. Nossa foi bom demais, uma sensação indescritível. Nossa é uma felicidade sem tamanho. (Margarida)

[...] Sabe é uma sensação maravilhosa. Nem daria conta de descrever. Muita, muita emoção. Assim que ele saiu, ele chorou muito forte, estava muito nervoso, mas já colocaram ele próximo ao meu peito e ele calou com

o meu cheiro. Eu nunca vou esquecer, a mãozinha dele veio no meu rosto e foi pra ele um alento, pois ele acalmou. (Palma)

### 5.1.1.2 Vivências do ALCON

#### *Sensações do período puerperal*

As sensações do período puerperal tem dois principais pólos, um positivo e outro negativo, respectivamente associadas à amamentação e aos pontos da episiotomia.

Amamentar o bebê foi percebida como a melhor sensação experimentada no puerpério:

Amamentar foi uma experiência ótima [risos]. É uma emoção muito grande, difícil descrever em palavras. (Astromélia)

Ah primeira vez que o bebê suga no peito é muito bom também. Eu acho que isso, não se dá nem pra descrever direito. É muito emocionante. (Girassol)

Eu não tenho nem palavras para descrever como é dar de mamar. É muito carinho, esse contato é estranho, ao mesmo tempo que é bom e diferente. Ele toca na gente, a gente nele. (Palma)

Olha eu fiquei tentando fazer ela pegar, quando ela pegou a primeira sensação foi ótima, maravilhosa, deu uma espécie de cóceguzinha [...]. (Rosa)

Nossa é bom quando ela mama, a experiência da primeira vez foi boa demais da conta [risos], foi muito emocionante. (Íris)

Mas pra mim amamentar foi bom demais, doeu um pouco, mas valeu a pena. (Cravo)

[...] amamentei, a minha primeira sensação foi de dor, depois foi de alívio também de e satisfação, de saber que ela vai poder mamar no peito. (Flox)

Quando ele pegou o peito foi estranho [risos] eles puxa muito forte. Foi estranho [...] dói, e eu espero que passe mais essa dor. Nossa pra mim ta doendo viu [risos]. (Lírio Casablanca)

Os pontos da episiotomia referidos como causa de dor, aparecem a seguir:

Agora a dor que eu sinto nos pontos da epsio é demais. É demais, lateja muito, eu não imaginei que doesse tanto, [...] doe pra sentar, doe pra deitar, doe pra tudo. Nossa, epsio é terrível, terrível! (Copo de Leite)

Eu, além de muito triste mesmo, tive muitas dores, dores em todo lugar e o pior está sendo nesses pontos. Parece uma dor constante. É ruim demais, atrapalha tudo. (Estrelícia)

Olha, pra falar a verdade, eu queria um parto normal, mais normal mesmo, mas como não veio tão normal. Foi aquela coisa diferente, eu não queria aquele pique, aquilo não é normal. Se eu tivesse que classificar esse corte agora, com certeza seria horrível! (Gérbera)

Precisaram fazer aqueles pontos em mim. Eu tenho tido um pouco de dor no local, eles são bem desconfortáveis. Eu não imaginava que doía tanto esse tal de epsio. (Íris)

Nossa o corte que fazem pra ajudar o bebê nascer é muito ruim. Não sei, se eu sou mole demais ou se realmente doe muito esses pontos. (Lírio Casablanca)

Após o parto, eu também senti um pouco de dor e desconforto no corte. (Margarida)

Eu também tive muita, mas muita dor mesmo no corte. Credo, nem sei pra que fazer isso com a gente. É ruim pra sentar, banhar, pra tudo! (Amarílis)

Foi tranquilo no término, mas esses pontos! Ficou doendo demais depois do parto. Aliás está doendo até agora. (Narcísio)

Só que depois que faz aqueles pontos na perereca, aí, a gente não deixa de voltar a sentir dor, porque dói. Incomoda até pra ir no banheiro, pra sentar. Isso dói demais, até agora mesmo, aqui, falando com você, está doendo pra caramba. (Rosa)

Em meio a alegria provocada pela amamentação e a dor causada pela episiorrafia, também apresentam preocupação e medo:

Tenho todos os medos e preocupações agora. Todos daqui pra frente. Continuar amamentando, o banho, é [pausa] como que eu vou cuidar dela [choro] ... Eu precisei do psicólogo, aí [pausa], como criar, escola, entendeu tudo. Tudo daqui pra frente eu já estou pensando lá na frente. (Chuva de Prata)

Tenho medo, mas assim, tipo: se ele chorar muito, eu tenho medo de ele tomar fôlego. Mas eu acredito que esse medo vai passar, eu vou me acostumar com o tempo! (Cravo)

Tenho, medo! Medo de chegar em casa e ela rejeitar o peito e eu ter que dar outro tipo de leite. (Narciso)

Nossa, eu tenho várias preocupações! Do momento da cólica, do choro, aqui mesmo até estou achando que ele está fazendo coco demais, fico impressionada, mas as meninas falaram que é normal. (Watsonia)

Vixe, tenho uma preocupação com esse umbigo. Como é esse cuidado com o umbigo, achei um pouco complicado, mas vou tentar. (Amarílis)

Tenho medo de não dá conta. Eu acho que é o medo de todo mundo. Medo de oh “e agora??” Como vai ser??? Porque no hospital a gente pode chamar, né? A técnica, alguém pra ajudar. E em casa não vai ter isso. É eu, eu mesma e pronto! [expressão de espanto] e se acontecer qualquer coisa, não vai mais só apertar a campainha e alguém vir correndo. Então eu tenho essa preocupação. (Copo de Leite)

Assim, medo e preocupação agente sempre tem né? Do banho, do curativo, de saber se estará tudo bem. (Margarida).

### *Cuidados com o bebê*

É possível perceber que a efetivação do cuidado com o filho(a) no ambiente hospitalar acontece de forma reduzida:

Ainda não dei o banho. Eu vi o banho e fiquei atenta aos detalhes pra fazer em casa. Eu recebi orientações de como deve ser feito, e tudo que eu tive dúvida as enfermeiras me explicaram. Aí eu tô com um pouco de medo quando eu chegar em casa, de ter dificuldade, mais eu que vou dar banho, eu que vou tentar *[risos]*. (Chuva de Prata)

Eu ainda não dei, as já assisti os banhos. Fiquei observando tudo. Questionei também. Eu acho o banho um momento muito lindo, mas também muito delicado, tem que saber fazer direito. Vou esperar ele ficar maiorzinho. (Palma)

Apenas acompanhei todos os dias [...] Eu já tinha dado banho em outros bebês *[risos]* e eu até achei estranho não poder banhar a minha filha. Eu queria porque queria dar banho na minha filha, até cheguei a pedir, mas elas falaram que como é o mesmo espaço, comum para todas as mães, aí não dá, porque se uma ficar lá dando banho, a outra vai querer e a outra também vai querer, aí ia virar uma bagunça, e assim elas não deixaram. Mas me explicaram o passo a passo *[risos]*. (Copo de Leite)

Eu ainda não dei banho nela. Foi à enfermeira que deu. Eu vi, eu acompanhei, e do jeito que ela dá eu acho que não consigo, porque eu vou dá na banheira, nem sei bem como que pega. (Estrelícia)

Eu não dei o banho, nossa, ainda não. E eu também nem assisti que foi com ele foi a minha sogra. Eu não fui não. Eu não estava querendo ver ele chorar. Agora não, deixa ele acostumar mais com o banho. (Lírio Casablanca)

As que cuidaram no ambiente hospitalar, seja no momento do banho do bebê ou na hora do curativo umbilical, revelam medo, se sentiram inseguras e por vezes sozinhas:

Eu fiquei muito nervosa, porque ele começou a chorar e eu não sabia o que fazer. Então eu só lavei a cabecinha dele mais ou menos. Tirei a sujeira, mas foi um banho bem rápido, porque mãe de primeira viagem tudo fica com medo. (Cravo)

Aliás *[risos]* eu tive que dar banho *[risos]*, eu fui obrigada, fiquei sem acompanhante e tive muito medo *[risos]* [...]. No segundo banho já tinha os acadêmicos de enfermagem auxiliando. Aí eu já aprendi outras técnicas de como dar o banho, mas não fizeram pra mim, me orientaram. Com eles eu me senti mais segura, e com certeza, bem mais segura. O curativo do umbigo eu achei simples até demais. Estou passando o álcool 70%, depois

do banho e todas as vezes que troco a fralda dele. Há eu passo o álcool com o cotonete, pra não escorrer demais nele. (Girassol)

Eu dei banho. Achei a primeira experiência terrível [risos]. Me senti sozinha, ela esticava as pernas como se fosse chutar a banheira, mesmo com a enfermeira me senti com medo e pavor. Mas eu fiquei ali firme, como se nada estivesse acontecendo. Tirei até o sebinho do cabelo dela. (Narciso)

Foi bom demais. Eu achei que ia ter medo, mas não tive. E olha que eu nunca tinha banhado outro bebê antes, mas as estagiarias de enfermagem me ajudaram. Até seguraram na minha mão e aí eu me senti muito segura. De verdade. O curativo do umbigo foi tranquilo e simples também. Eu coloquei só o álcool 70%. (Tulipa)

### *Perspectivas relacionadas a rede de apoio*

A maior parte das puérperas diz que fará, pessoalmente, o autocuidado e o cuidado com o bebê, como se apreende nas falas seguintes:

Estou tranquila, eu sei que quem vai ter que cuidar é eu mesmo. Minha mãe trabalha então fiquei aqui assuntando tudo, pra aprender e não fazer nada de errado. Acredito que ela não vai me atrapalhar. Ela é bem calma, só mama e dorme mesmo. Vou cuidar dela sozinha, sem dificuldades. (Tulipa)

Eu vou cuidar dela sozinha, é muito boazinha. Eu não tenho ninguém para me ajudar. Fico a maior parte do tempo só. (Copo de Leite)

Eu vou cuidar dele sozinha, minha mãe mora em uma fazenda e os pais do meu esposo em outro estado. (Cravo)

Tudo sou eu mesmo que vou fazer com ela, não tenho ninguém pra me ajudar. Quando eu chegar em casa não vou ter mais ninguém pra me dar orientação. (Estrelícia)

Eu vou fazer todas as coisas sozinha. Preciso me acostumar a estar sempre juntinho dele. (Gérbera)

Lá em casa, acredito que vai ser mais tranquilo, como é somente eu pra fazer as coisas, não tem outra pessoa, então o jeito é fazer mesmo. estou até pensando em dar banho nela de manhã e umas seis da tarde. (Narcísio)

Eu já falei, faço questão quando chegar em casa dar todos os banhos dele e o curativo também. Minha mãe e minha avó estão até meio com pé atrás comigo. Mas, eu disse à elas que eu tenho que cuidar, senão não vou aprender nunca. (Watsonia)

Uma minoria revela que seu contexto familiar pode proporcionar apoio, como se observa nas falas registradas a seguir:

Ah, [suspiro]! Por enquanto estou tranquila até demais. Mas, acho que é porque tenho minha mãe e minha sogra por perto. Isso facilita muito né? (Flox)

Não estou preocupada. Eu tenho muita gente pra me ajudar lá em casa, minha cunhada, minha mãe e sogra. (Palma)

Por enquanto não tenho nenhuma preocupação. Tenho minha mãe aqui comigo, então está tudo tranquilo. Me sinto bem segura com a presença dela. (Waxflower)

Eu até me acalmo só de saber que a minha mãe vai estar comigo. Ela vai me ajudar, cuidar de nós. (Margarida)

Estou tranquila até demais e sem preocupações. Minha mãe vai me ensinar. Tenho um irmão de oito meses. Eu não vi quando ela curou o umbigo dele, tava uns dias fora de casa [risos]. Moramos na mesma casa. (Astromélia)

Os banhos foi todos a minha sogra. Só fiz nos dois dias que fiquei sozinha, até minha mãe chegar. (Lírio Casablanca)

### *Orientações na alta hospitalar*

No momento da alta da maternidade, a maioria faz referência ao seu preparo, ou não, para a promoção do autocuidado e cuidado do filho no domicílio:

Estou liberada, mas não sei se estou preparada. Penso como vou fazer em caso de febre, cólica, se pega no peito direito, se vou dar conta do banho, mas agora tenho que enfrentar as dúvidas e dificuldades sozinha. (Estrelícia)

Já estou de alta. Mas, vou precisar de ajuda, não estou preparada pra cuidar dela sozinha. Porque eu sou muito insegura, eu estou insegura agora. Tenho medo de machucar, de não saber o que ela está sentindo, interpretar as coisas erradas e prejudicar ela. Tenho medo do choro dela, de não saber o que é. (Margarida)

[...] Estou de alta, preparada eu já não sei, mas vou ter ajuda e isso me deixa mais tranquila. (Palma)

Estou de alta graças a Deus [risos]. Eu acredito que estou preparada. (Copo de Leite)

[...] Eu estou liberada, aliás é o que eu mais quero [risos]. Eu me considero preparada. (Cravo)

As ações de educação em saúde realizadas no ambiente hospitalar, durante o puerpério, aparecem com destaque nas narrativas das participantes. Todas as puérperas receberam orientações gerais para os cuidados com o RN, feitas coletivamente:

Tem que fazer exames entre o quinto ao sétimo dia de vida, aquele do pezinho e da orelhinha. A vacina já tomou aqui, eu olhei no cartão e vai tomar de novo só com dois meses. A enfermeira fez uma palestra pra gente e disse pra não colocar muita roupa senão eles só dormem e não mamam. (Lírio Casablanca)

Eu participei de uma palestra de amamentação que abordou estas coisas. Ela já está saindo daqui vacinada, agora é só com dois meses. Banho sempre que necessário, mais se estiver frio é melhor dar só um mesmo. Não colocar roupinha demais, pra ela não ficar só dormindo e não querer o peito. Essas coisas assim. (Margarida)

Todas. Eu participei de uma palestra aqui ontem a tardezinha. Falaram como amamentar, como massagear o peito, deram o número do banco de leite. De como agente deve cuidar dela, do banho, do curativo. Hoje eu já recebi uma receita com o agendamento dos exames. E ela já foi vacinada aqui. Ah me falaram pra levar ela no postinho com os exames prontos. Humn [pausa] os exames são o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha que já marcaram a data pra eu fazer. (Narciso)

A médica passou aqui já explicou algumas coisas, ele já foi vacinado aqui mesmo, tivemos uma palestra ontem sobre amamentação, curativo do umbigo, o banho, o registro de nascimento e os testes que tem que fazer com ela a partir do quinto dia de vida. (Palma)

Aqui no hospital eu recebi orientações, hoje na hora do banho, e ontem uma palestra de amamentação, foi bom, mais muito rápido. Não sei se consegui gravar muita coisa. Estou com uns pedidos de exames, e um panfleto do banco de leite. (Rosa Amarela)

Eu vi uma palestra ontem aqui no hospital mesmo, essa foi muito boa, fala como dá de mamar certinho, ela usa um boneco e fica explicando pra gente sabe? Falou do umbigo, do álcool 70%, de colocar o neném em pé pra mamar. Falou até do registro, é de graça, né? Eu nem sabia. (Tulipa)

As mulheres que participaram do grupo de gestante, revelam ter adquirido tais conhecimentos em algum momento durante o período gestacional:

Eu fiz o curso de gestante né, lá falaram do banho, dá roupinha, da vacina, do umbigo, tudo. Ainda aqui no alojamento assisti uma palestra sobre amamentação, cuidados gerais com o bebê, registro gratuito. (Chuva de Prata)

Todos os dias antes da consulta a gente tinha uma palestra sobre alguma coisa, sobre o parto, o aleitamento, ou alguma coisa sobre isso. Dava uma palestra desde epsiotomia, essas coisas assim pra ensinar pra gente, até o cuidado com o bebê. Antes das consultas a gente fazia isso. Lá no posto também agente fazia todos os exames. (Copo de Leite)

E fiz o curso de gestante. Nele eles falavam do banho, da amamentação, do cuidado com a mama, com o umbigo. Essas coisas assim. (Estrelícia)

Aqui as orientações não foram detalhadamente. Mas no posto de saúde sim. Lá tinha o curso de gestante Aqui já vacinaram ela. Sobre esse banho de sol e os exames que tem que fazer sim, aqui é bom porque eles já marcam tudo pra gente. (Gérbera)

Especificamente quanto as orientações para o seu autocuidado, aquelas que foram submetidas a epsiotomia referem essa atenção por parte da equipe:

[...] devo manter o períneo bem limpo, retornar no médico e voltar se alguma coisa diferente acontecer comigo. [...] se eu tiver muito sangue, hemorragia que fala né moça! Febre, dor, essas coisas. (Amarílis)

Então, eu recebi a fisioterapeuta, falou de uns movimentos para eu fazer, porque estou com edema de membros inferiores. E falou também de exercício pra eu fazer sobre a cicatrização do epsio. A técnica orientou a questão de alimentação, pra beber água e essas coisas assim. (Copo de Leite).

Pra não exagerar nas comidas com muita gordura, pra não beber café, nem refrigerante, pois dá cólica no bebê. Tomar mais de dois banhos por dia, usar bastante água e sabão nos pontos. Deixar as mamas sempre limpar e fazer repouso. (Íris)

[...] eles pediram pra eu ir mais vezes no banheiro e toda vez lavar bem com água e sabão, colocar compressa de gelo, pra não inchar muito e bater um remédio, a receita está até aí na cabeceira. Me disseram que é pra não dar infecção. E o peito vai doer um pouco mesmo e as vezes até ferir, mas não é pra passar nenhum produto só o meu próprio leite mesmo, que vai melhorar. (Palma)

Lavar o peito antes de dar de mamar, tirar o leite se ele encher demais. Tomar dois banhos por dia e passar o remédio da minha receita. Retornar com trinta dias. Olha aqui pra mim, por favor, isso aqui é local né? (Flox)

Como eu vou cuidar de mim, só por cima, tipo assim: é pra lavar o peito antes de dar de mama, lavar bem a genitália pra não inflamar os pontos, e passar o remédio da receita. Retornar com trinta dias. (Gérbera)

## 5.1.2 Ambiente Domiciliar

Na categoria ambiente domiciliar, as três subcategorias são, a primeira semana em casa, demandas do bebê, subdividida em dois enfoques, cuidado físico e amamentação, e a última, autocuidado da puérpera. No estudo, a influência da rede de apoio aparece de forma significativa.

### 5.1.2.1 A primeira semana em casa

A percepção geral da semana é avaliada a partir do comportamento do bebê. A maioria faz referência a um período calmo e tranquilo:

Então a bebê é bem calma. Ela tem dormido à noite. É difícil assim o dia que ela não dorme. Essa noite, por exemplo, ela não dormiu, passou a noite em claro. Mas de maneira geral ela tem dormido. Tem sido uma criança calma. Semana boa! (Copo de Leite)

Ah [*pensou, risos*] bom. Ela é bem quietinha, não dá trabalho nada. Até pra tomar banho ela é quietinha até demais. [...] Minha mãe fica aqui em casa com agente, pois mora todo mundo junto. Mas eu é que cuido dela. (Íris)

Semana tranquila, dias bons. Ela é bem calminha. [...] Ela simplesmente só mama e dorme. Nem parece que tem bebê em casa. (Narciso)

Nossa ele é muito calminho. Mama e dorme, dorme e mama [risos]. [...] Esses dias tem sido bons e tranqüilos. (Palma)

Tem sido ótimo [...] Ela é bem calminha, não dá trabalho. Ela é uma maravilha. Ela mama e dorme muito [risos]. (Rosa)

#### Uma minoria considerou a semana difícil:

Na primeira semana foi difícil, mas agora, já tá de boa, eu já me acostumei mais, até com essa estória dele ficar mais acordadinho de noite, eu tô me acostumando mais, sabe. [...] o mais difícil pra mim é dar de mama, esta é a única coisa mais difícil, esse trem é difícil moça! O resto até que eu já sabia, eu tinha cuidado dos filhos da minha irmã, te falei né? [...] A primeira noite que eu cheguei em casa ele ficou acordado a noite todinha, ele não dormiu, nem mamou, Aí eu procurei as meninas na maternidade no outro dia, a enfermeira me falou que podia ser o bico do meu peito que ele não pegava, ela me ajudou e me ensinou a fazer uma massagem no bico, aí ele pegou, eu puxei, massageei, aí ele pegou! (Amarílis)

Os dias tem sido difíceis. Ela não é calma. Ela é um pouquinho agitada. Às vezes eu fico mais é tentando compreender o que significa cada choro. E ultimamente ela tem trocado o dia pela noite. [...] Tenho que dar o peito, aí ela não pega, porque não quer leite. Ela quer é atenção. Quer que conversa. (Estrelícia)

A maioria saiu de casa com seus bebês entre o quinto e sétimo dia após o parto, em todos os casos por motivação relacionada ao bebê:

Com cinco dias pra fazer os testes. Aqueles que passam pra gente fazer no hospital. O do pezinho e da orelhinha, o do olhinho eu não fiz, porque só tem pago e eu estou esperando receber pra poder fazer. (Gérbera)

Eu já saí. Com sete dias nos fomos fazer os exames, já fomos lá no posto marcar o médico pra mim e o pediatra. Levei já na casa de dois tios e dos avós. Eu fiz o teste do pezinho e da orelhinha. (Íris)

Eu saí, mesmo porque ele teve que voltar, no primeiro dia do retorno fez o exame da icterícia e falou pra ele ficar de observação, o meu teste do pezinho era pra aquele dia, e era lá mesmo, a enfermeira mandou eu ir fazer. Depois, pediu o médico pra me olhar. (Cravo)

Eu saí só para fazer os testes, do pezinho, da orelhinha, do olhinho. E por enquanto só. (Chuva de Prata)

Eu já saí de casa com ela, a saída foi para fazer os testes. Ela já fez o teste do pezinho e teste da orelhinha. O teste do olhinho está marcado para a semana que vem. (Copo de Leite)

Nós saímos somente para fazer o teste do pezinho e da orelhinha, fizemos lá na APAE. O teste do olhinho está marcado para o final do mês. (Flox)

Nós saímos de casa com ela após cinco dias. Fui fazer os testes do pezinho, da orelhinha e do ouvidinho. (Girassol)

### 5.1.2.2 Demandas do bebê

Os relatos referentes aos cuidados com o bebê podem ser divididos em Cuidados Físicos e Amamentação:

#### *Cuidados físicos*

O banho do bebê aparece com tendo sido realizado pela maioria:

Eu dou banho sozinha nele, é naquele trocador que também é banheira, sabe? Aí eu pego ele assim *[ela demonstrou a como segurava]*, eu lavo primeiro a cabecinha dele, como a enfermeira falou, de pois eu lavo o corpinho. Ah eu dou banho nele de manhã e a tarde. (Amarílis)

Toma banho por volta de 07 e 30 3 8 horas da manhã. Eu tenho feitos todos os banhos dela, acho super tranquilo. (Copo de Leite)

O banho foi tranquilo, só tinha eu pra dá mesmo, estou dando dois banhos por dia. (Cravo)

Está sendo ótimo, eu banho ele. Eu banhei ele assim que eu cheguei em casa, fiquei dois a três dias no hospital e quando cheguei em casa, já fiz tudo nele sozinha. [...] É muito gostoso poder banhar ele, poder sentir que ele te olha e de certa forma confia em você. Na verdade com o tempo e olhar dele, agente percebe que ele conhece a gente, confia na gente, que mesmo tão pequenininho me ama. [...] Eu estou dando 02 (dois) banhos por dia, mas tem dia que dou só um, dependendo da friagem é só um mesmo ou de manhã ou de tarde, quando fica um pouco mais quentinho. (Gérbera)

Uai! *[suspiros]* No começo, eu fiquei meio que com medo. Medo de banhar ela, mas eu enfrentei o medo. Passei sabão até na cabeça. Mas, fiquei com medo de derrubar ela, de fazer alguma coisa errado. Mas, tudo sou eu mesmo que faço com ela, não tenho ninguém pra me ajudar e quando cheguei em casa não tive mais ninguém pra me dar orientação. (Estrelícia)

Logo que eu cheguei em casa, no mesmo dia a tardezinha eu já pedi minha mãe pra banhar ela, na hora ela ficou meio surpresa, perguntou se eu tinha certeza disso. Eu disse que sim, aí ela foi me explicar como era. O primeiro banho foi um pouco tenso, fiquei com medo de deixar ela cair, mas fiquei firme. Quando terminou eu: Ufa *[suspirei]* sobrevivi! (Flox)

Aqui em casa foi mais tranquilo o banho, como é só eu pra fazer, não tem outra pessoa, então o jeito é fazer mesmo. Banho ela de manhã e umas seis da tarde. Estou usando só o sabonetinho mesmo, ainda não usei shampo nem creme. Tenho medo de causar alergia nela. (Narcísio)

Realizo o banho eu mesma, eu dou dois banhos nela, eu uso a banheirinha dela, pego água no chuveiro, ela nem chora pra banhar, chora é quando tiro ela da água. Se eu deixar acho que ela ia querer ficar só na banheira *[risos]*. (Tulipa)

Desde o dia que cheguei em casa faço questão de realizar todos os banhos dele, e faço de manhã e a tarde, minha mãe e minha avó estão até meio

com pé atrás comigo. Mas eu disse a elas que eu tenho que cuidar, senão não vou aprender nunca. Ele precisa se sentir seguro comigo. (Watsonia)

Entretanto, algumas compartilham esse cuidado com algum membro familiar, seja na execução ou no simples fato da presença:

Pra falar a verdade, eu não dei nenhum. Ele toma dois banhos por dia, um pela manhã e outro bem a tardezinha. Mas, todos quem dá é a minha mãe. (Palma)

Ela banha de manhã e de tarde, mais banha mais é com a minha sogra, que já vai embora amanhã. Ela mora em outra cidade. (Rosa)

Quanto ao curativo do coto umbilical, a maioria delas informa que foi realizado em diferentes momentos ao longo do dia, sempre com uso de álcool 70%:

Eu faço, faço todos os dias, todas as vezes que ela banha, que troca a fralda, é com álcool e estou seguindo as orientações das aulinhas de gestantes, que é secar bem, colocar o álcool, e deixo quietinho com a fralda. Caiu com sete dias. (Chuva de Prata)

O umbigo caiu ontem. Eu não tive dó. Na hora do banho usava muita água e sabão. Depois secava bem e colocava muito álcool 70%, gastei mais de um frasquinho, pois colocava o álcool todas as vezes que trocava a fralda. (Narciso)

Minha mãe faz o curativo e usa somente o álcool 70%. (Rosa Amarela)

Estou curando com o álcool 70%, e ainda não caiu, mais já está bem sequinho. Estou fazendo sempre a cada troca de fralda e após os banhos. (Copo de Leite)

Eu usei somente o álcool, ele caiu ontem, cerca de oito dias. Eu passava depois do banho e quando trocava a fralda também. (Estrelícia)

Fiz após toda troca de fralda e após todos os banhos. Eu fiz questão de usar só o álcool 70%. E demorou exatamente nove dias para cair, aliás, caiu ontem [risos]. (Girassol)

Os curativos do umbigo eu fiz todos, queria ter certeza que iam usar só o álcool 70% mesmo, ele caiu com sete dias. (Lírio Casablanca)

Só usei o álcool 70% mesmo e passava junto com o cotonete. Acho que usei até demais, pois já caiu [risos]. Toda fez que trocava e banhava, e as vezes assim do nada eu passava também. (Palma)

Apesar de poucos, há relatos quanto ao uso de produtos não recomendados para o curativo do coto umbilical:

Eu cuidei do umbigo dele como as meninas falou, eu coloquei olinho e deixei secar, caiu ontem. Minha amigas, falou pra por óleo de corpo e não álcool, a minha mãe falou pra eu não por álcool e meu marido também, aí

eu não coloquei. Coloquei aquele óleo de corpo que a gente faz de mamona, eu só usei o óleo, a mamãe disse que tinha que ficar bem sequinho e demorou uns 9 dias pra cair. Tá ótimo! Fiquei com medo do álcool escorrer nele e fazer mau. (Amarílis)

Ah [risos], nos usamos o álcool 70%, mas intercalamos com o remédio caseiro, o óleo de mamona, que uns falam que é o azeite. Usei também o pó de café no período noturno. Já até sarou. O álcool, eu usei mesmo só depois do banho, agora o remédio caseiro eu usei todo hora, sempre que trocava as fraldas. Ah, ela dormia com o remédio caseiro e caiu com 08 (oito) dias. Eu não usei faixa. (Íris)

Usei o álcool do mercado, eles brigaram até comigo, mas eu não tive culpa. Achei que o álcool era o mesmo, podia ser qualquer um. (Gérbera)

Poucas puérperas relatam não ter feito, pessoalmente, nenhum dos cuidados em referência, por medo de causar sofrimento ao bebê:

Eu tinha medo demais de mexer nele, aí minha mãe mexeu, usou o álcool, o que a enfermeira falou, foi só um vidro branco com azul, deixa eu pegar pra você ver. Minha mãe banhava ele e punha eu pra colocar o álcool, eu pus umas três vez, mas fiquei com medo, achei perigoso demais, vai que eu machucava ele. Caiu com sete dias. (Astromélia)

Não fiz nenhum cuidado. Deixei todos pra minha mãe. Tenho muito medo de fazer algo errado. Mas acompanho todos os banhos dela, minha mãe acha melhor até fazer uns 40 dias, dar só um banho por dia. Eu concordei com ela, acho ela ainda muito pequena. Também não fiz nenhum curativo, tive medo. Foram todos minha mãe e só usamos o álcool 70%. Caiu ontem, com uns nove dias. (Tango)

Não fiz nenhum cuidado, foram todos a minha mãe. Ainda bem que ela está aqui, pois me sinto muito segura. Tenho muito medo de queda. Afogamento ou até mesmo de machucar ele sem querer. Ela tem dado dois banhos por dia. Banhos rápidos ela adora, porque nem chora. (Waxflower)

Eu não dei banho nela nenhum dia, apenas assisto aos banhos. Todo o cuidado é feito pela minha mãe. Estou aqui na casa dela desde o dia em que sai do hospital. Casa de mãe é bom demais. Ela banha pela manhã e pela tarde. Eu também não fiz nenhum curativo, é somente minha mãe quem faz. O umbigo dela não caiu ainda, está prestes a cair a qualquer hora. (Rosa Amarela)

### *Amamentação*

As participantes, em sua maioria, relatam sucesso no processo de amamentação no domicílio. Dizem ofertar apenas leite materno e sob livre demanda:

É bom né, o leite, ele come só isso, fica barato! [...] O meu bebê vai ficar no peito até mesmo sabe, é melhor né? (Astromélia)

Ela está só no peito. Eu ainda não sei muito bem de quanto em quanto tempo ela está mamando. De manhã às vezes mama duas vezes, às vezes

não, mas cada dia está sendo diferente um do outro. Mas ela está mamando mais é de noite. (Estrelícia)

Ela está só no peito. Peito é bom demais, pois é um alimento bom, barato e muito saudável. Nos dois últimos dias ela tem mamado até vaziar leite nos cantos da boquinha dela. (Flox)

[...] se puder e deixar, ele fica grudado no peito por vinte quatro horas. [...] Ele não solta mesmo, mama até não poder mais. Ele está só no peito. (Gérbera)

O peito está ficando bem cheio, estou pensando até em doar. Se eu arrumar alguém pra me ajudar a tirar, vou doar. (Narcísio)

Ela mama e dorme. Mama muito e com gosto. Eu amo amamentar, minha mama não doe, não tenho nenhum desconforto, apenas um cansaço infinito. (Rosa Amarela)

Mama toda hora. Ela se aconchega e dorme, acorda e mama, mama e dorme [risos]. É bom demais. Amamentar é muito bom, não doe mais, não é sacrifício algum. O leite é realmente um alimento muito completo. Por enquanto pretendo deixar só no peito mesmo. Ela realmente está só no peito. (Tango)

#### Uma minoria ofertou complemento, no caso fórmula infantil:

Eu falei com a pediatra e dou o NAN como complemento, é isso que fala né? Ele as vezes mama os dois peito e não enche, continua chorando, as vezes eu tenho leite e as vezes não tem, o peito pinga e depois não pinga, assim fica vazando e as vezes ele chupa, chupa e não sai nada, mas ele mama muito, seca os dois peito, e ainda assim quando continua chorando eu dou mais leite que é o NAN, só vinte ml. (Amarilis)

[...] não, não foi tão difícil amamentar. O problema é que o meu leite não sustentou aí você coloca mamadeira e o bebê começa a não querer mais pegar o peito. O meu peito nem chegou a ferir ele simplesmente não quis, fiquei muito triste. (Cravo)

#### Quanto à oferta de água e chás, além de chupeta, referência:

Eu só dei o leite na chuquinha, tentei dá o bico, porque ele chorava muito, mas não pega de jeito nenhum, aí desisti, vi que ele tem é fome, aí faço daquele jeito que te falei, só dou um pouco de leite. (Amarilis)

Ah (humn) a chupeta eu dei, ele ta de bico, a senhora viu? Mas sabe ele não calava de noite. Ele acalmou um pouquinho. (Astromélia)

Ai, não chupeta sim, porque ela estava querendo mamar o dedo e eu não estava querendo isso. (Chuva de Prata)

Humn [risos], você acredita que ele já usa os três, eu não queria, mas infelizmente não fui feliz na amamentação. (Cravo)

Então [ficou pensativa] no início foi só o peito mesmo, mas não teve jeito. Devido às cólicas, tivemos que dar uns chazinhos. Que na verdade não resolveu muito não [risos], mas dei mesmo assim. (Girassol)

Ah *[risos]*, está no bico, pra descansar um pouco do peito. Mas é só nos intervalos, pra vestir roupa, pra eu tomar banho. (Íris)

Eu ofereci chá, mas não adiantou nada, ofereci chupeta pra vê se ela acalmava, mas também não adiantou nada. (Margarida)

Eu ofereci foi tudo pra ele poder ficar calmo e pra ver se largava um pouco o meu peito. (Lírio Casablanca)

A chupeta, você quer dizer o bico? Dei sim. Mas, ela não pega de jeito nenhum até já desisti. Dei também o chazinho pra cólica, mas ela joga ele pra fora *[risos]*. (Rosa)

Está no bico, pra ficar bem calminha e na chuquinha pra tomar a água e o chazinho. (Rosa Amarela)

### 5.1.2.3 Autocuidado da puérpera

Na residência, como a maioria das puérperas foi submetida a episiotomia/episiotomia, dentre as medidas adotadas para o autocuidado tem destaque a priorização dos cuidados com o períneo:

Meu parto foi com aquele corte, não tá bom ainda, mas eu lavo com água e sabão, tento deixar seco. Tem um ponto meio ruim, mas acho que é normal, minha mãe falou isso. Mas dói um pouco, eu tô usando um spray que o médico falou, tá ficando bom. (Amarílis)

Os pontos é ruim demais, eu lavo com muita água e sabão, já está ficando bom. (Astromélia)

O meu epsio eu fiz os curativos nos primeiros dias com o remédio que o médico e também banho com água e sabão. (Copo de Leite)

Quanto ao corte, é horrível! Arde ainda e o remédio que o médico passou, não achei muito bom, mas tenho lavado com muita água e sabão. (Flox)

Eu tenho tomado um ou dois banhos por dia. Lavo os pontos com muita água e sabão. Não me passaram nenhum remédio. (Gérbera)

Estou tomando uns três banhos por dia. Precisei fazer a compressa no períneo e já usei uns dois spray, mas agora está bem melhor, no início doeu demais. (Palma)

Banho todas as vezes em que uso o banheiro. Os pontos ainda doem um pouco. Estou usando um spray que alivia muito pouco a dor, mas cada dia que passa fica melhor. E também tenho lavado com muita água e sabão. (Tango)

Dentre as puérperas submetidas ao procedimento, uma minoria delas optou pela utilização de remédios caseiros para higienização do períneo, devido a influência familiar:

No períneo eu limpei bem direitinho os pontos, pra não infeccionar, eu não usei o spray que me passaram, é muito caro. Estou lavando com chá de algodão. Tenho que dizer a verdade [risos], uso mesmo é o chá de algodão tanto nos pontos quanto pra beber [risos] é errado né! (Girassol)

Nada mudou, só os meus pontos que doeu demais, aí lavei bem, mas bem mesmo, tomei umas remédios caseiros e nada de bater um spray caro. Caro demais, eu não tenho dinheiro pra comprar isso, então uso folha de algodão igual todas as mulheres aqui de casa usaram. (Tulipa)

As poucas que tiveram o parto por via vaginal sem intervenção, fazem referência ao autocuidado como sendo o habitual:

Eu tomo banho normalmente, pois não precisei fazer o corte. (Chuva de Prata)

Cuido da higienização normal. Meu parto foi bem natural, sem corte que eles falam. (Cravo)

Tranquilo. Eu não precisei daquele corte, aquele pique que eles falam. (Rosa Amarela)

Eu não precisei fazer os ponto, e eu achei muito bom, pois as mulheres reclamam muito desses pontos, então meu banho é normal. (Waxflower)

Referente as mamas, enfocam:

O meu peito vaza muito aí a enfermeira falou pra eu lavar com água e sabão antes de dá pra ele, eu lavo, ele mama muito, chega vaza no canto da boca. (Astromélia)

Antes de amamentar eu tento limpar os seios. (Chuva de Prata)

Eu lavo bem o peito com água e sabão e dou pra ele. E eu continuei e continuo dando peito pra ele. (Lírio Casablanca)

Tenho lavado muito o peito, por causa do bico de silicone, que tenho usado para auxiliar na amamentação, o bico do meu peito é muito plano. (Narciso)

Eu estou lavando bem as mamas e tomando sol de manhã nelas, me falaram que é bom pra não ferir o bico do peito. (Gérbera)

Eu tô tomando dois banhos por dia. Eu lavo bem o peito com água e sabão, tento deixar ele seco pra não da sapinha no bebê. (Íris)

Nas narrativas, a maioria delas modificou sua alimentação em benefício do bem estar do bebê, em alguns casos para evitar cólicas:

Eu, por enquanto tô comendo só a sopa. A minha mãe e a minha avó estão fazendo aquela sopa de frango de quintal. Elas falam que comer normal nos primeiros 40 dias dá muita cólica e gases no bebe. (Astromélia)

Embora comendo muito, estou em uma dieta restrita, de sopa, aquela canja de galinha, canjica. Nada de açúcares, chocolate, refrigerante, café, não

estou consumindo nada do gênero. Estou comendo só mesmo o mais básico, pra não dá nada no neném nesses primeiros dias. (Copo de leite)

Então, ... [*ficou pensativa*] minha alimentação ficou bem restrita, eu na verdade me alimentei e estou me alimentando bem, mas eu tirei muita coisa que desse cólica nela, como refrigerante, chocolate, leite, carne de porco, e outros. (Girassol)

Eu estou comendo só sopa, aquelas de frango caipira, sem pimenta, que é pra não dá cólica no bebê. (Palma)

Por enquanto só sopa, essas canjas, que é pra não da cólica na criança. (Tango)

Há aquelas que falam da mudança na alimentação para não atrapalhar a produção do leite:

A minha comida é sopa nesses primeiros dias. Até vinte dias depois do parto eu vou com sopa. Aquelas sopinhas de vó mesmo! Aquelas de canja, sopa, e coisas pra tentar dá leite, canjica, essas coisas que o pessoal fala que dá leite. Durante a amamentação, eu vou tentar fazer isso ao máximo pra ver se eu consigo manter o peito. (Chuva de Prata)

Eu abusei muito nos três primeiros dias de chocolate e refrigerante, mas minha avó brigou demais e agora é só sopa de milho, farinha de milho, galinha, para não atrapalhar o leite. (Gérbera)

Eu como de tudo, mas mais fruta, pouca gordura, mais verdura. Não tomo refrigerante, nem como chocolate, tomate, repolho, carne de porco, feijão, abacaxi, arroz pouco. Mais é verdura do tipo beterraba, cenoura, só esses trem que agente não gosta mais precisa. Pois é necessário pra deixar o leite forte. (Íris)

Eu não tomo refrigerante, não tomo café, não como pimenta. Tem muitas coisas que eu deixei de comer. Passei a comer canjica e coisas de milho pra aumentar o leite. (Lírio Casablanca)

A alimentação [*risos*] será 40 dias de sopa. Minha mãe faz questão. Segundo ela ajuda a aumentar o leite. (Rosa Amarela)

Minha mãe e avó estão cuidando muito da minha dieta, é sopa ou canja, coisas de milho pra ajudar a dar leite. (Watsonia)

Para uma parcela, a alimentação após o parto continua como antes:

Eu como comida normal, ninguém me ajuda em casa, cozinheiro comida normal, essas que dá tempo mesmo sabe. (Amarílis)

Foi tudo tranquilo, estou me alimentando normal. Está tudo de boa. (Cravo)

Estou com dieta normal, como de tudo, mas sem exageros. (Margarida)

Estou comendo de tudo, mas sem exagerar, sabe! (Narcísio)

Eu comi comida leve só nos três primeiros dias, agora, já estou comendo tudo normal, muita carne. (Rosa)

Minha comida é normal, tudo normal, como antes. O tal do resguardo eu nem sei o que é isso não moça. (Tulipa)

Estou comendo de tudo, não vejo nenhum problema. (Waxflower)

O aumento da ingestão hídrica é referido pela maioria:

Estou bebendo muita água, a enfermeira falou que é bom pro leite aumentar. (Amarílis)

A enfermeira e a nutricionista da maternidade falaram pra gente beber muita água e suco natural, pois ajuda a aumentar o leite. Então, tomo quase toda hora e tenho ido muito ao banheiro por causa disso. (Astromélia)

Bebo bastante água! A nutricionista da maternidade me falou que a água é muito importante e ajuda a dar leite. Eu cheguei à conclusão de que é mesmo, pois sinto uma sede danada depois que eu amamento. (Flox)

Bebo água demais da conta, principalmente quando ela está sugando no meu peito. Dá muita sede mesmo e faz bem demais água, tanto pra gente quanto pra bebê. (Íris)

Estou tomando muita água. (Lírio Casablanca)

Eu estou bebendo muita água! O pessoal do hospital falou que muito líquido ajuda na amamentação. (Palma)

Estou bebendo muita água, porque falaram no hospital que ajuda na produção e aumento do leite. (Tango)

Outros registros apontam também para a manutenção de cuidados adotados com base em conhecimentos do senso comum:

Eu não posso nem pensar em lavar a cabeça, minha mãe e minha avó não deixam, elas falam que o sangue sobe e aí dá uma doença de cabeça. [...] eu também não posso pegar friagem, atrapalha demais o leite, são 40 dias de resguardo rigoroso. (Astromélia)

Faço tudo normal, eu só não posso lavar a cabeça, a vovó fala que faz muito mal. Está tudo tranquilo, há mas também estou proibida de pegar vento frio ou andar descalço, atrapalha o resguardo. Fora isso tudo normal, meu parto foi bem natural, sem corte que eles falam. (Cravo)

Vou ficar 40 dias sem lavar a cabeça e sem colocar os pés fora de casa, vai ser muito tenso [risos]. A minha bisavó explicou que o sangue sobe para a cabeça e podemos ficar loucas. Resguardo total! Não tenho colocado o pé fora de casa, aliás nem o pé no chão frio [risos]. Por favor, fala pra elas que pode! [risos]. (Waxflower)

Repouso absoluto, resguardo mesmo. Eu nem mesmo posso lavar a cabeça, minha mãe diz que dá loucura e o sangue sobe. E pé no chão nem pensar, a friagem faz agente quebrar o resguardo, aí é dores por todo o corpo muitos anos. (Tango)

Eu estou bem, só com a cabeça fedendo já, minha família não permite que se lave os cabelos, pois falam que o sangue tende a subir pra cabeça. Um

horror isso! [...] e nem que se coloque os pés no piso frio. Eu particularmente não acredito muito nisso, mas é melhor não desagradar, vai que começam as dores no corpo. (Margarida)

Num dos casos, fica explícito o despreparo para o autocuidado no domicílio:

O meu maior problema é a água. Água eu ainda estou tomando pouco. Mas, ainda tenho dúvidas sobre o que eu posso comer pra não afetar o leite. Eu não aprendi a fazer a limpeza da mama. Como faz? O que posso comer? Eu faço dois banhos com água e sabão no local dos pontos mais doe muito ainda. (Estrelícia)

Referente ao seu retorno à unidade de saúde após o parto, verifica-se:

O meu retorno é só com trinta dias. (Amarílis)

Eu quase fui lá sabe, meu sangue desceu muito, mas muito mesmo, mas agora estou boa, vou lá com trinta dias. (Astromélia)

O meu retorno ficou com uns trinta a quarenta dias, lá na maternidade mesmo. (Chuva de Prata)

Então, eu tenho o meu retorno marcado com trinta dias, se não acontecer nenhum problema antes. E o chamado retorno pós-parto. (Girassol)

O meu retorno é com trinta dias ou na presença de intercorrências. (Margarida)

Lá na maternidade me mandaram retornar com trinta dias. (Narciso)

Então a gente não saiu de lá com o retorno marcado. Nem eu, nem a neném, não tem nada previsto. Eu fui no posto de saúde pra fazer o cartão do SUS dela. Aí no posto de saúde a gente já marcou o pediatra. Aliás a única coisa que eu consegui marcar foi o pediatra para o mês que vem. (Copo de Leite)

Olha o retorno eles não me explicaram, e essa é que uma das minhas dúvidas. [...] Mas o pessoal do hospital deixou os exames tudo marcado pra mim, tipo o da orelhinha, do olhinho e do pezinho. Mas não marcaram o retorno. E eu não lembrei de perguntar. Vou no postinho aqui do bairro pra tentar marcar pelo menos o pediatra. (Estrelícia)

Minha mãe seguiu a orientação das enfermeiras da maternidade e já foi no postinho de saúde aqui do bairro e marcaram nossas consultas, digo a minha e da neném para a última semana desse mês. E ela também já tem o cartão do SUS. (Flox)

## 6 DISCUSSÃO

As puérperas participantes apresentam características sócio-econômico-culturais semelhantes aos descritos por outros estudos (VIEIRA et al., 2010; MATÃO et al., 2011; MIRANDA, MAROSTICA, MATÃO, 2015). É importante destacar que todas as participantes são escolarizadas, o que é fator positivo tanto na compreensão das informações recebidas, quanto na adesão aos hábitos de vida saudável (PEIXOTO et al., 2012). Outra característica favorável para a maioria das puérperas do grupo é a presença de companheiro, visto que tem relevância ao longo do período gravídico puerperal, em especial no que se refere ao apoio material e psicoemocional (CARVALHO et al., 2009; VIEIRA et al., 2010; RIBEIRO et al., 2015), além disso sua presença tem destaque no processo de humanização da assistência obstétrica (BRASIL, 2006; FREITAS; COELHO; SILVA, 2007; CARVALHO et al., 2009).

Referente ao lazer, ficar em casa aparece no entendimento das puérperas como sendo o preferido. Diferentemente, na definição tradicional, atividades de lazer são aquelas que a pessoa escolhe, com a finalidade de diversão, para ocupar o seu tempo livre (DUMAZEDIER, 1979; ALMEIDA; GUTIERREZ, 2007; SANTOS; DINIZ, 2011). O achado no estudo pode, por ventura, justificar-se em razão do papel tradicional e cultural da mulher intimamente ligado à maternidade, que as leva de forma mais concreta à permanecerem no espaço doméstico (SANTOS; DINIZ, 2011).

O fato da maioria ter iniciado o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, é considerado como início precoce e atende ao preconizado pelo MS, por ser importante indicador para a qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012; ACOSTA et al., 2012). No que se refere ao local de realização das consultas, a metade das puérperas teve atendimento no âmbito da ESF, esta entendida como a porta de entrada preferencial das gestantes no SUS. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades, inclusive proporcionar acompanhamento longitudinal e continuado às gestantes (BRASIL, 2012; ACOSTA et al., 2012).

Quando ao fato de prevalecer a condução do pré-natal pelo profissional médico, revela, em alguma medida, o aspecto histórico cultural relacionado ao papel do médico na sociedade. Ao longo de muitas décadas, o atendimento em saúde teve

como agente principal o médico, visto como o detentor de todo o conhecimento teórico-prático necessário (COPELLI et al., 2015). Também, pode ser atribuída à resistência do médico da equipe em colaborar com o enfermeiro na condução da assistência pré-natal. A interação entre enfermeiro e médico para realizar o trabalho em equipe deve acontecer, pois, do contrário, contrapõem a proposta do MS, da oferta de assistência integral e multidisciplinar ao usuário (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011; BRASIL, 2012; BARBIERI et al., 2012). A condução do pré-natal envolve procedimentos básicos que o profissional com conhecimento e ato da escuta qualificada, pode transmitir confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2001; RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

O conhecimento e participação no grupo de gestante não aparece de forma significativa. Durante o acompanhamento pré-natal é imprescindível que informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre a mulher e os profissionais de saúde. Os grupos de apoio as gestantes tem o importante papel, enquanto espaço de educação em saúde, de ofertar as mulheres orientações e informações importantes sobre a gestação, parto, puerpério e lactação (FIGUEIREDO, 2011; GUARIENTO, 2011; PICCININI et al., 2012). Os espaços de educação em saúde podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2012). O MS reforça a importância das atividades educativas a serem realizadas junto as gestantes, parturientes ou puérperas. Estas devem ocorrer por meio de uma linguagem clara e compreensível, focalizando orientações gerais sobre os cuidados na gestação, bem como os cuidados com o RN, amamentação e planejamento familiar, entre outros aspectos (BRASIL, 2012; BARBIERI et al., 2012).

Todas as primíparas do estudo tiveram ao parto normal, entretanto, o fato da maioria das participantes ter sido submetida a episiotomia/epsiografia, pode significar a sua adoção como procedimento de rotina, o que está na contramão das recomendações do MS e OMS. O procedimento está incluído dentre as práticas consideradas frequentemente utilizadas como inapropriadas. Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual, o seu uso pode até ser considerado, em situações onde os

benefícios possam ser maiores que os riscos (OMS, 1996; LOPES, et al., 2012; BRASIL, 2014; CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015).

Assim, o achado não condiz com o preconizado para as boas práticas obstétricas e está diretamente relacionado à dor e ao desconforto da puérpera. A dor ocasionada pela episiotomia, reflete na limitação das puérperas para a realização do autocuidado e o cuidado com o filho (BELEZA et al., 2012; MALHEIROS et al., 2012).

O parto, evento avaliado pela maioria das participantes como tendo sido bom e ótimo, aparece para algumas como complicado, difícil, doloroso e até mesmo horrível. A percepção do parto é influenciada por diferentes fatores, sendo que, os casos com menores intervenções, são avaliados de forma mais positiva do que negativa (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002; CARRARO et al., 2006; MORATORIO, 2015). Também, pode estar associado aos processos de educação em saúde ao longo do período gestacional, ou seja, se a mulher recebeu ou não orientações adequadas durante o pré-natal, trabalho de parto e parto (CARVALHO; PINHEIRO; XIMENES, 2010; MOTA et al., 2011).

Práticas antes consideradas comuns durante a prestação da assistência ao parto, são entendidas como forma de violência obstétrica, principalmente a partir da última década (CARNEIRO, 2015; MORATÓRIO, 2015; ANDRADE et al., 2016). O tema em questão aponta diferentes questionamentos sobre a prática obstétrica ideal e segura para mãe e filho. O presente estudo trás referência à tal prática, embora com representatividade pequena, o que pode ser considerado sob diferentes aspectos. Primeiro, efetivamente como não tendo sido realmente praticada, portanto não referida. Contrariamente, mas compatível com outros estudos, as mulheres não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas, o nascimento de seu bebê, e que finalizado o processo sem implicações à saúde do filho, tudo é alegria. Com isso, os maus tratos são, de certa forma, esquecidos (WOLFF; WALDOW, 2008; CARNEIRO, 2015; MORATÓRIO, 2015; ANDRADE et al., 2016).

A maioria das participantes apresentaram falas reflexivas acerca do momento do parto. Descreveram um conjunto de acontecimentos que são específicos e intrínsecos ao processo de parto e nascimento, os quais traduzem negativa e positivamente essa vivência. A experiência é apontada fisicamente como dolorosa e difícil, mas recompensada pelo especial e mágico momento em que vêm o bebê

pela primeira vez. A literatura demonstra que, na maior parte das vezes, a experiência de parto é, sob diversos aspectos, relatada como uma experiência difícil, o que coincide, em parte, com os resultados obtidos. Destaca-se que quanto mais difícil é o evento, pior é o ajustamento emocional da mulher no puerpério, e menos adequada a relação que estabelece com o bebê (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002; CARRARO et al., 2006; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010; MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015). Assim como na literatura, a superação das adversidades se dá quando da materialização da expectativa física do filho (DOS SANTOS FUCKS et al., 2015).

Todas as puérperas tiveram contato pele a pele com o bebê ainda na sala de parto, o que não garantiu a sucção em seio materno para todos no local. Tais práticas nos primeiros minutos de vida do RN são internacionalmente aceitas como positivas no favorecimento das construções do vínculo entre ambos (KLAUS; KENNEL, 1993; RAMIRES; SCHNEIDER, 2010; BRASIL, 2010). Além do contato pele a pele e a sucção em sala de parto logo após o nascimento, também o processo de amamentação, que não significa somente a oferta do seio e a introdução do leite materno, mas a voz materna, seus embalos e carícias, refletem o sentimento de acolhida e amor (MABUCHI; FUSTINONI, 2008; OLIVEIRA et al., 2014; DOS SANTOS FUCKS et al., 2015).

Seguidos aos relatos acerca dos momentos marcantes do processo de parturição, aparecem aqueles referentes à permanência no ALCON. Da mesma forma que anteriormente, os achados trazem aspectos positivos e negativos dessa vivência, respectivamente, o ato de amamentar e a dor decorrente da episiorrafia. Amamentar pela primeira vez, foi percebido pela maioria das participantes como uma experiência ótima. O evento é um comportamento natural e sofre influências diversas, muitas relativas aos determinantes sociais e culturais. Os estudos demonstram que as mães quando amamentam, frequentemente, referem sentir enorme prazer e satisfação como consequência resultante desde ao atendimento das necessidades físicas e nutricionais até das demandas emocionais e afetivas de ambos e o próprio desejo de amamentar (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015; WILHELM et al., 2015; BOMFIM; BARBIERI, 2015).

No que concerne ao aspecto negativo as participantes referem dor e desconforto provenientes episiorrafia. Na literatura, a prática da episiotomia e da episiorrafia aparece de modo recorrente como causa de maior desconforto no pós-

parto (BELEZA et al., 2012; LOPES et al., 2012; CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015). A dor perineal é sequela frequente do processo de parturição em que há a prática da episiorrafia/episiotomia, sendo caracterizada como aguda e considerada a causa mais comum de morbidade no puerpério (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015; LEAL et al., 2014).

Como reflexo da dor pode ocorrer prejuízo do autocuidado materno e a prestação de cuidados ao RN. Também a autoestima da puérpera pode ficar abalada, o que implica desfavoravelmente, em maior ou menor grau, no processo de adaptação ao novo contexto (SANTOS; SHIMO, 2007; ACOSTA, et al.; BELEZA et al., 2012; LOPES et al., 2012). As consequências que o procedimento pode acarretar na vida da mulher são amplos, motivo pelo qual a sua utilização deve ficar restrita aos casos estritamente necessários. Do contrário, a episiotomia constitui uma violência contra a mulher, pois afeta sua integridade corporal, compromete o senso de segurança, o estado psíquico e emocional da parturiente, violando o direito de controle sobre o próprio corpo, que constitui o fundamento mais importante da liberdade sexual e reprodutiva (SANTOS; SHIMO, 2007; MATHIAS et al., 2015).

No ambiente hospitalar, na categoria denominada relatos do ALCON, observou-se que a promoção e efetivação dos cuidados com o filho ocorreram de forma reduzida. Dentre as mães que realizaram os cuidados, há destaque para a sensação de insegurança e medo no puerpério imediato, em especial referente ao banho e curativo do coto umbilical. Tais sentimentos são rotineiramente registrados nas maternidades, e pode significar a transição do ser mulher para o ser mãe, além do compromisso de ser boa mãe, portanto, promover com competência os cuidados maternos (STRAPASSO; NEDEL, 2010; COSTA et al., 2013). Diferentemente, pode revelar ausência das ações de educação em saúde pelas unidades de atendimento (COSTA et al., 2013; MATHIAS et al., 2015).

Durante a estadia no ALCON, as puérperas receberam orientações para o cuidado com o filho. Foram mais evidenciadas as orientações com enfoque no cuidado do filho, especificamente quanto ao banho, curativo do coto umbilical e amamentação, além dos exames neonatais necessários. As puérperas que foram submetidas a episiotomia/episiorrafia receberam orientação. Na vivência do puerpério, a mulher necessita de uma gama de conhecimentos e orientações que a ajude a enfrentar esta fase (STRAPASSO; NEDEL, 2010; COSTA et al., 2013). O exercício da maternidade deve ser compreendido como um processo social e

culturalmente construído e que, por isso, necessita ser aprendido no dia-a-dia, por meio de ensinamentos, de vivências e de ajuda (STRAPASSO; NEDEL, 2010; COSTA et al., 2013)

Partindo do pressuposto de Orem (1993), uma pessoa para engajar-se nas ações de autocuidado, precisa ter potencial para tal. Este potencial deve ser analisado pelo enfermeiro com vistas a ajudar o cliente a desenvolvê-lo, se necessário. O ponto de partida para a operacionalização do modelo de autocuidado pela puérpera inicia-se pela avaliação do conhecimento específico que detém e sua predisposição para o autocuidado e o cuidado com o RN (GEORGE et al., 2000; LEOPARDI, 2006; COSTA et al., 2013).

As orientações realizadas no puerpério, na instituição cenário da pesquisa, conforme relatos das participantes, foram realizadas de forma coletiva. Não há registro quanto ao acompanhamento de cada binômio, separadamente, para a avaliação do conhecimento e habilidade para o cuidado, os quais em geral se apresentam com alguma fragilidade, seja na orientação recebida ou captação das mesmas (PEREIRA; GRADIM, 2014). Também, não se verificou o aproveitamento da presença do acompanhante para a obtenção de informações e hábitos de vida da mulher, assim como as experiências, tabus, crenças e práticas culturais familiares (COSTA et al., 2013; MIRANDA; MARÓSTICA; MATÃO, 2015).

Na oportunidade, também deverá avaliar o conhecimento dos integrantes da rede de apoio familiar da puérpera, a qual será acionada caso a mesma não consiga desempenhar o autocuidado e o cuidado do filho. A formação de uma rede de apoio pelo grupo familiar pode ser extremamente benéfica, tanto para a puérpera quanto para os demais membros que vivenciam de forma mais próxima o nascimento da criança (MARTINS, et al., 2008). Entretanto, conforme as concepções detectadas, pode ser necessário orientações no sentido de adequá-las.

Entender como se processa essa dinâmica, colabora para a efetivação das ações de educação em saúde que contemplem as necessidades de cada mulher, com incentivo as práticas saudáveis, desestímulo daquelas consideradas inadequadas ou advindas do senso comum, inclusive pela negociação de condutas para o autocuidado (STRAPASSO; NEDEL, 2010; LÍBERA et al., 2011; COSTA et al., 2013). O ALCON como espaço ideal para orientação e preparo da mãe para os cuidados consigo e com o seu bebê é oportunidade singular nessa trajetória gravídica puerperal para a efetiva orientação quanto aos cuidados necessários,

especialmente pela presença física da díade (RODRIGUES et al., 2014). Assim, seguramente, pode-se afirmar que a equipe de enfermagem da referida instituição tenha perdido um momento único para detecção da predisposição individual de cada puérpera para o exercício do autocuidado. É imprescindível o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, o que exige relação interpessoal. O atendimento individualizado no puerpério constitui uma alternativa de apoio na fase pós-parto para sanar possíveis dúvidas e dificuldades que possam se apresentar (LEOPARDI, 2006; COSTA et al., 2013; MIRANDA; MARÓSTICA; MATÃO, 2015).

No contexto dado pelas narrativas, é possível afirmar acerca da impossibilidade da aplicação da Teoria de Orem (1993) junto a cada puérpera participante, durante a internação com preparo para a alta. O fato de não se efetivar a verificação da existência de dúvidas ou inabilidades para o desempenho do autocuidado, evento este conhecido por déficit do autocuidado, implica na execução dos cuidados puerperais de forma rotineira pelo profissional. Nesses termos, também a Teoria dos Sistemas de Enfermagem não foi aplicada, uma vez que não houve nenhum planejamento da assistência oferecida à puérpera.

Em linhas gerais, no ambiente domiciliar, as ações de autocuidado ou cuidados pessoais recebidos, assim como aqueles prestados ao RN são fortemente influenciados por crenças e práticas passadas de geração pra geração. Tais influências têm origem nos relatos de sucessos e insucessos ocorridos no pós-parto de outras mulheres da família. São histórias e vivências que, muitas vezes, despertam tanta confiança, que acabam sendo percebidas como verdades absolutas e, assim, são seguidas sem questionamentos (LUZ; BERNI; SELLI, 2007; MARTINS et al., 2008; ACOSTA et al., 2012; MIRANDA; MARÓSTICA; MATÃO, 2015).

Nesse momento de rearranjo familiar, a mulher convive com orientações do senso comum. Por essa razão, os profissionais da área de saúde devem lançar mão de estratégias que permitam solidificar os ensinamentos adquiridos na interação mútua para o cuidado com a mulher e o RN, e com isso minimizar influências prejudiciais ao cuidado (MARTINS, et al., 2008; ACOSTA et al., 2012).

Os primeiros dias da presença do filho em casa foram referidos como tranquilos. Entretanto, a chegada de um novo membro à família pode gerar alguma tensão, pois traz consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar (PEREIRA; PICCININI, 2007; CYPRIANO; PINTO, 2011; SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013). Em muitos casos, também as

visitas comumente recebidas nos primeiros dias seguidos ao nascimento de um bebê, podem alterar a rotina familiar (RIBEIRO et al., 2015). Nesse estudo, a percepção diferente do encontrado na literatura, possa ser resultado da somatória dos fatores existentes, com destaque para o curto período de tempo da convivência com o filho em casa. Dito de outra forma, seria a vivência da maternidade, principalmente por primíparas, provocadora de euforia inédita. Evidenciam-se nas primíparas, a atribuição do significado da maternidade como algo especial em suas vidas. A nova experiência representa uma oportunidade de aprendizado diário na promoção dos cuidados com o novo ser e mobiliza integralmente a mãe (BARRETO; MOREIRA, 2014).

É compreensível que as primeiras narrativas obtidas no ambiente domiciliar apontem, essencialmente, para o comportamento do filho. A adaptação à condição materna implica em desenvolver capacidades para prestar cuidado ao filho frágil e dependente, ao tornar-se mãe, a mulher centraliza toda sua atenção na criança e as próprias necessidades são deixadas de lado, ocorrendo uma reorganização da sua vida em função do cuidado com o outro. As atenções nesse período costumam ser dirigidas para o cuidado com o bebê, sendo o cumprimento das obrigações sem dificuldades a maior expectativa das mulheres. A prática do autocuidado puerperal fica em segundo plano e a mulher se vê obrigada socialmente a cumprir um ritual de boa mãe sob pena de sofrer represálias da família e da sociedade. Evidencia-se que o mundo social denomina a concepção de mãe ideal, ou seja, aquela que se doa em benefício exclusivo do filho, mesmo que isto represente o abandono das suas demandas (SILVA et al., 2009; BARRETO; MOREIRA, 2014).

Na mesma direção, a saída de casa no período puerperal imediato foi motivada por necessidade relativa ao RN, a maioria deles para a realização da TN. É possível verificar nos depoimentos das puérperas que todos os exames incluídos foram recomendados para serem realizados entre o quinto e sétimo dia após o parto, o que atende parcialmente às recomendações do MS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

É importante destacar que, semelhante a outros estudos, as mães participantes referiram comportamentos relacionados ao cuidado com o bebê. O processo de adaptação à nova condição materna, leva as mulheres a necessidade de desenvolver habilidades e competências para prestar o cuidado ao RN, este um ser totalmente frágil e dependente, centrado em ações que visam a promoção da

saúde do filho em todos os sentido (PEREIRA et al., 2012; SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013; BARRETO; MOREIRA, 2014).

Os cuidados realizados com o bebê no domicílio, mais uma vez, permite dizer do cumprimento do papel materno, ou mesmo disposição para tal, percebido junto às puérperas do estudo. A maior parte delas promoveu, pessoalmente, os cuidados com o bebê, embora existam algumas que precisaram da rede de apoio para desempenhar ou auxiliar nesse cuidado.

Em geral, os cuidados com a higiene corporal do RN, concentram parte da atenção materna e familiar, o que é considerado importante, uma vez que além de conforto possibilita a observação física e motora do bebê, bem como favorece a formação de vínculo e socialização entre os diversos integrantes da família (FRANCISQUINI et al., 2011; SANTOS et al., 2014).

Quanto ao curativo do coto umbilical, as puérperas manifestaram compreensão acerca da importância do uso do álcool 70%, conforme recomendação do MS. O coto umbilical é, frequentemente, visto com preocupação por parte das puérperas, e por membros de sua rede social, como uma necessidade básica de cuidado à saúde do RN a ser atendida de forma prioritária (LINHARES; DA SILVA, 2012; ACOSTA et al., 2012; LINHARES et al., 2012). Mesmo assim, conforme outros estudos encontrados na literatura, esse também trás evidências de mulheres que se deixaram influenciar pelo modo de cuidar familiar. O uso de substâncias populares como benéficas no cuidado do coto umbilical aparece como elemento de uma cultura transmitida transgeracionalmente (ACOSTA et al., 2012; LINHARES et al., 2012; LINHARES; DA SILVA, 2012; MIRANDA; MAROSTICA; MATÃO, 2015). No Brasil, ainda se percebe a forte influência do conhecimento popular-empírico e das tradições culturais e religiosas sobre os aspectos gestacionais (FRANCISQUINI et al., 2011).

Poucas puérperas não realizaram nenhum cuidado com o filho, por insegurança e medo de causar-lhe sofrimento. Sentimentos como ansiedade e insegurança são comuns na mulher durante os cuidados com o RN (ACOSTA et al., 2012; PEREIRA et al., 2012). Estudo realizado com primíparas aponta que o temor das mães é potencializado por se tratar do primeiro filho e pela falta de experiência, percebido principalmente no momento do banho e do manuseio do coto umbilical (PEREIRA et al., 2012).

Nos discursos das puérperas há verificação de outros fatores culturais que influenciaram nos cuidados materno infantil. No âmbito puerperal e neonatal se verificam enormidade de mitos e crenças que interferem negativamente nessa evolução. Nesse estudo, mesmo com a demonstração da puérpera acerca da compreensão da importância do AM, houve constatação quanto à introdução de água ou chás nos primeiros dez dias de vida do RN, seja para diminuir as cólicas ou para acalmar o bebê, quando se utiliza também a alternativa da chupeta, o que reafirma a existência do forte fator cultural no país (MIRANDA; MAROSTICA; MATÃO, 2015).

A amamentação do RN mobiliza, sobremaneira, a atenção materna e familiar. No grupo, o sucesso no AM foi evidenciado pela maioria das participantes, que relatou ofertar somente o seio materno sob livre demanda, em conformidade com os resultados de outros estudos (ROCCII; FERNANDES, 2013; MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015).

Apesar de se constituir minoria, merecem destaque os poucos casos em que se constatou a interrupção da amamentação exclusiva, visto que se efetivaram por motivação questionável, qual seja, a indicação de leite fraco para sustentar o filho. Essa é uma percepção inadequada decorrente do desconhecimento do valor nutricional do leite materno, ditado pelo reconhecimento popular do choro do RN sempre vinculado a fome (ROCCII; FERNANDES, 2013). O leite humano tem todos os nutrientes e substâncias necessárias ao desenvolvimento do RN. O processo de amamentação é rico, com inúmeros benefícios à saúde do lactente, desde os aspectos nutricional, gastrointestinal e imunológico até os psicoemocionais, este último decorrente da interação mãe-bebê (UNICEF, 2003). Assim, o ato da sucção do bebê tem duas funções, uma nutritiva e outra não nutritiva (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015).

Outra interferência no processo de amamentação, trata-se da introdução de fórmula infantil. A literatura aponta que o conhecimento deficitário sobre a importância do AM é o que motiva, muitas vezes, tal escolha (DIAS et al., 2014; MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015; SOUZA, 2015; BRANCO et al., 2016). No presente estudo, diferentemente, acredita-se que os poucos casos em que ocorreu a adoção de fórmula infantil tenha se dado pela inexistência de apoio no domicílio, principalmente por parte de profissionais da saúde. As ações de educação em saúde promovidas ao longo do período gestacional, bem como por ocasião da

permanência na maternidade, são fundamentais para os cuidados no domicílio, uma vez que os comportamentos se baseiam nas crenças e valores do contexto social e influenciam fortemente o período puerperal (BRASIL, 2005; ALMEIDA; NELAS; DUARTE, 2016; BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2016).

No que se refere ao autocuidado puerperal, também se verifica registros que apontam para a manutenção de alguns cuidados provenientes do senso comum. Foram detectadas inúmeras situações de influência familiar embasadas em crenças e tabus, como restrição da dieta, ingestão hídrica, cuidados com a mama, não lavar os cabelos, não colocar os pés no chão frio ou pegar qualquer tipo de friagem e o uso de remédios caseiros na episiorrafia. Nessa perspectiva, existem normas e regras culturalmente aprendidas que devem ser observadas, no sentido de evitar a recaída do resguardo (LUZ; BERNI; SELLI, 2007; ACOSTA et al., 2012; MIRANDA; MARÓSTICA; MATÃO, 2015). Especificamente para as puérperas submetidas a episiotomia/episiorrafia, a houve orientação acerca das medidas de cuidados com o períneo, com destaque para a higiene do local com água e sabão (LOPES, et al., 2012; DE OLIVEIRA et al., 2016; QUIRINO et al., 2016).

Embora seja um caso isolado, fica explícito o despreparo para o autocuidado e o cuidado do filho no domicílio por uma das participantes. A assistência prestada à mulher no pós-parto deve considerar a singularidade e particularidade da vivência de cada uma, a fim de detectar dúvidas e inabilidade para o cuidado. A equipe de saúde conseguirá assim, promover os esforços para o ajustamento no novo papel que assume esta mulher como cuidadora do filho (STRAPASSON; NEDEL, 2010; FRANCISQUINI, et al., 2011).

Quanto ao retorno pós-parto, as participantes foram orientadas a procurar os serviços de saúde entre o trinta e quarenta dias, o que não atende ao preconizado pelo MS. O retorno puerperal deverá ocorrer ainda no puerpério imediato, para instituir todo o cuidado previsto para a PSSI. O retorno ao serviço de saúde depois do parto, no tempo recomendado, deve ser incentivado no pré-natal e na maternidade (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer, ainda que em parte, a realidade do conhecimento de uma parcela de primíparas, acerca dos cuidados no período puerperal. As puérperas aqui estudadas apresentam um conjunto de características sócio-demográfica que podem ser consideradas favoráveis para vivenciar a maternidade. Embora as participantes sejam escolarizadas, este um importante indicador para a adesão aos hábitos saudáveis, se verificou a existência de circunstâncias favorecedoras da adoção de medidas consideradas inadequadas.

Com base nos relatos das puérperas, observou-se deficiência das orientações relacionadas ao cuidado integral nessa fase. Pode-se constatar que o conhecimento dispensado à mulher durante o período gravídico-puerperal não garantiu a autoconfiança necessária para o desempenho dos cuidados consigo mesma e o com filho.

O conhecimento das puérperas sobre o autocuidado nesse período e o cuidado com o RN pode ser considerado relativamente satisfatório, embora sob forte influencia do senso comum. Mesmo tendo iniciado o pré-natal precocemente, o conhecimento e a participação no grupo de apoio a gestante não aparece de forma significativa. Dessa forma, as mesmas perderam a oportunidade de orientação e troca de experiências em espaço educativo adequado ao pré-natal, seja devido ao não oferecimento do serviço às mesmas ou falta de interesse por parte delas.

Verificou-se também que, durante a estadia no ALCON, as ações da equipe de saúde para a promoção do autocuidado foram parcialmente realizadas. Para a puérpera, o cuidado foi direcionado àquelas submetidas a episiotomia/epiorrafia, e não há evidências de que as demais tenham recebido qualquer orientação para o autocuidado. Houve maior direcionamento das informações centradas no cuidado com o RN, promovido de forma coletiva, especialmente no que se refere ao banho, curativo do coto umbilical e amamentação. A prática de educação em saúde realizada coletivamente, na grande maioria das vezes não consegue perceber as necessidades de demandas do cuidado individual. Assim, os profissionais de saúde da instituição perderam momento único e singular de avaliação e acompanhamento individual do binômio mãe e filho, para promover a capacitação para o autocuidado da díade.

A influência da rede de apoio aparece de forma significativa no estudo. A participação da família se destaca, essencialmente, pela imposição de normas e regras de comportamento adquiridas do senso comum. Constata-se a existência de crenças, mitos e tabus, tanto para o cuidado com a puérpera, quanto para o cuidado com o RN. Para a mulher verifica-se de forma explícita a restrição da dieta, lavagem dos cabelos e pegar friagem no período de quarentena, além da utilização de remédios caseiros para a cicatrização do períneo. Relativo ao bebê, evidenciaram-se no curativo do coto umbilical, também quando da adoção de substâncias caseiras, na oferta de água e chás para evitar cólica e utilização da chupeta como estratégia para acalmar o bebê.

As práticas do autocuidado e cuidados com o RN aplicadas no domicílio refletem, em parte, o conhecimento recebido intergeracionalmente, visto que também apresentam condutas decorrentes de informações repassadas por profissionais de saúde ou pela mídia. Há forte compreensão quanto à importância do AM para o adequado desenvolvimento do bebê, assim como a realização da TN no prazo estipulado.

Pode-se dizer que a maioria das puérperas apresentou engajamento e envolvimento para a promoção do autocuidado e cuidado com o filho. Do mesmo modo, verificou-se a existência de algum déficit de conhecimento ou inabilidades para as ações necessárias nesse período.

Considera-se que haja limitação no presente estudo. Como limitação parcial, atribui-se a reduzida representatividade de puérperas, se considerada a demanda de mulheres no período gravídico puerperal atendidas no município, assim como ter sido realizado num único estabelecimento que presta assistência ao parto.

Por fim, sugere-se um melhor aproveitamento do ALCON como espaço educativo. A adoção correta das orientações realizadas no local, sem dúvida, refletirá em melhor qualidade do autocuidado no ambiente domiciliar. Fundamentada na Teoria de Orem, sugere-se a viabilização de instrumento, a ser aplicado por enfermeiro, que visa a avaliação integral da díade, com enfoque no conhecimento para detectar inabilidades. Sugere-se também uma melhor articulação da maternidade com os serviços de atenção básica, bem como a realização de visita domiciliar no pós-parto, visto que é um importante suporte no cuidado do binômio mãe e bebê.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 46, n. 6, p. 1327-1333, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600007>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)** [online], v. 15, n. 6, p. 79-92, 2011. Epub Dec 10, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832011000100007&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832011000100007&script=sci_abstract&tIng=es)>. Acesso em: 09 fev. 2017.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Subsídios teóricos do conceito cultura para entender o lazer e suas políticas públicas. **Conexões**, Campinas, SP, v. 2, n. 1, nov. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637910>>. Acesso em: 30 jan. 2017.
- ALMEIDA, E.; NELAS, P.; DUARTE. Visita Domiciliária no Pós-Parto. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 50, p. 267-281, 2016. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a25v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a25v12espn4.html)>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ANDRADE, F. K. MADEIRA, L. M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, n. 1, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/29/28>>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília: 2002.
- BARBIERI, A. et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**, [S.l.], v. 24, n. 1, maio 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9702/7207>>. Acesso em 15 fev. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, B. C. R.; MOREIRA, M. A. Vivência da maternidade no puerpério e sua interferência nas práticas de autocuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2014 jan.-mar., v. 21, n. 1, p. 29-35. Disponível em: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-21-1/ID\\_562\\_21\(1\)\\_\(Jan\\_Mar\\_2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_562_21(1)_(Jan_Mar_2014).pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BELEZA, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev. bras. enferm.** [online]., v. 65, n. 2, p. 264-268, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200010>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BERNARDI, M. C; CARRARO, T. E; SEBOLD, L. F. Visita domiciliar puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2016. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4456>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

BOMFIM, I. H. F. B.; BARBIERI, V. Narrativas maternas: um estudo transcultural com mulheres brasileiras e francesas. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 29-60, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRANCO, M. B. L. R. et al. Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano Protection and support breastfeeding: a contribution of bank of human milk. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4300-4312, apr. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4357>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto:** Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento Materno; Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde – SUS. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar.** 4. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 23. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1992, p. 43-108.

CARNEIRO, R. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. **Revista Latinoamericana**, p. 91-112, 2015, Disponível em: <<http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=293340671006>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 15, n. spe, p. 97-104, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500011>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CARVALHO, E. M. P.; GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CARVALHO, F. A. M.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene** [online]. Fortaleza, v. 11, n.

1, jan./mar. 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\\_html\\_site/a09v11n1.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a09v11n1.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CARVALHO, J. B. L. de et al. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [online] Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 125-131, jul.-set. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027967015>> Acesso em: 30 jan. 2017.

CASTIGLIONI, C. M. et al. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. **Revista de enfermagem UFPE** [online], v. 10, n. 10, p. 3751-3759, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11440>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CLARK, L. E. et al. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. **Am J Obstet Gynecol**. 2014, Jan, 210(1): 42.e1-42.e8. Published online 2013 Sep 18. doi: 10.1016/j.ajog.2013.09.019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24055583>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Person Prentice Hall, 2002.

CIELLO, C. et al. **Dossiê da violência obstétrica: “parirás com dor”** [online]. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CONSELHO Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. 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: 02 fev. 2017.

CONSELHO Federal de Enfermagem (COFEN). **Decreto n. 94406/87, de 25 de junho de 1986**. de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

COLLAÇO, V. S. et al. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela Equipe Hanami. **REME rev. min. enferm**, 2016. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1082>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

COPELLI, F. H. S. et al. Compreendendo a governança da prática de enfermagem em um centro obstétrico. **Esc. Anna Nery** [online], v. 19, n. 2, p. 239-245, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150031>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CORRÊA; M. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, (Esp), p. 24-32, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-024.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-024.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-22, jun. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15635>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

CYPRIANO, L. M.; PINTO, E. E. P. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. **Psicol. hosp.** (São Paulo) [online], v. 9, n. 2, p. 02-25, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200002)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DA SILVA, J. K. et al. Violência obstétrica no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre incoerências e controvérsias. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1345-1351, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10843>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DE OLIVEIRA, A. P. G. et al. Episiotomia: discussão sobre o trauma psicológico e físico nas puérperas uma revisão bibliográfica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/racs/article/view/3311>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

DIAS, A. S. et al. Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 44, n. 6, 2014. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/app/article/view/2719>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

DOS SANTOS FUCKS, I. et al. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **av.enferm.** [online], v. 33, n. 1, p. 29-37, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermería**, v. XIX, n. 1, p. 117-129, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100011)>. Acesso em: 12 ago. 2016.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva: SESC, 1979.

DUPAS, et al. Reflexões e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 19-26, jan./mar. 1994.

ESCARCE, A. G. et al. Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. **Rev. CEFAC** [online], v.

15, n. 6, p. 1570-1582, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000600020>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1994, 161p.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 203-217, abr. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312002000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

FITZPATRICK, J. L.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. 2. ed. Appleton & Lange, 1989.

FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13826>>. Acesso em 15 fev. 2017.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, [online], v. 23, n. 1, p. 137-145. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100015>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FRIGO, J. et al. O puerpério nas políticas públicas de saúde no Brasil: necessidades de saúde das mulheres?. **Revista de enfermagem UFPE** [online], p. 6539-6546. 2014: Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/7d15d3f47c214f3beae3e8275af89e71/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036194>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/bde-23911>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal**. Barueri, SP: Manole, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores de morbidade, mortalidade e fatores de risco**. In: DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/c01.htm>> Acesso em: 12 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2016**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais e bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública** [online], 2014, v. 30, suppl. 1, p. S17-S32. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300034>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

LINHARES, E. F. et al. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 4, p. 828-36, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-828.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LINHARES, E. F.; DA SILVA, L. W. S. O cuidado do coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores: saberes culturais. **Gestão e Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 690-707, maio 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23054/16576>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LOPES, D. M. et al. Episiotomy: feelings and consequences experienced BY mothers. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 2623-2635, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O.; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 60, n. 1, p. 42-48, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100008>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. **Acta paul. enferm.** [online], v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300006>>. Acesso em: 10 jun. de 2016.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enferm.** [online], 2012, v. 21, n. 2, p. 329-337. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>>. Acesso em: 12 set. 2016.

MARTINS, C. A. et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev Eletr Enferm** [online], 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>>. Acesso em: 22 set. 2016.

MATÃO, M. E. L. et al. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. **Rev. enferm cent.-oest min** [Internet] [cited 2013 Mar 20], v. 1, n. 3, p. 283-93, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/106/190>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MATHIAS, A. E. R. A. et al. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. **Rev. dor** [online], v. 16, n. 4, p. 267-271, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150054>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MIRANDA, D. B.; MAROSTICA, F. C.; MATÃO, M. E. L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Gestão e Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 3, p. 2444-2459, abr. 2015. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/826>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. Trad. Maria Silva Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1988.

MORATÓRIO, M. B. **Trabalho de parto e parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial**. 2015. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MOTA, E. M. et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 692-8, out./dez., 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_html\\_site/a05v12n4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a05v12n4.html)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 334-351, ago. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

MULLER, E.; RODRIGUES, L.; PIMENTEL, C. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 272-293, set. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17928>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

MURTA, G. F. (Org.). **Saberes e práticas: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem**. 6. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010. vol. 6.

MINAYO, M. C. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, A. S. et al. Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: estudo descritivo. **Online braz j nurs**, v. 13, n. 1, 2014. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-4285201400010005&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-4285201400010005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 14 dez. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para Infância. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. 2000. Disponível em: <[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)> Acesso em: 10 set. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para Infância. **Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento**. 1996. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea / MP / SPI, 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Agenda 30**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

OREM, E. D. **Modelo de Orem**: conceptos de enfermería em la prática. Trad. Maria Tereza Rodrigo. Barcelona: Masson Itália Editori, 1993.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 4, 761-770, out./dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11329/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza - CE. **REME Rev Min Enferm** [Internet], v. 16, 2, n. p. 171-7, 2012. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_501bf3211a106.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 58, n. 6, p. 659-664, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600006>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera DOI: 10.4025/cienccuidsaude. v13i1. 19572. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, 2014. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19572>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PEREIRA, M. C. et al. Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29295>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

PULHEZ, M. M. Parem a violência obstétrica! **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção** [online], v. 2, n. 35, p. 522-37, 2013. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezRes%20Copy.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

QUIRINO, Á. F. A. et al. Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto. Self-care practices in the first year postpartum. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 436-444, 2016. Disponível em: <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8427>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento *versus* representação?. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], v. 26, n. 1, p. 25-33, 2010. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

REZENDE, J. F. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIBEIRO, J. P. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de Enfermagem. **Espaço Para a Saúde**, v. 16, n. 3, p. 73-82, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20272>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22, 2014. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/7488bc202438e63ebf905ca75e2aa981/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032618>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500002>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

RODRIGUES, D. P. et al. Cuidados ao binômio mãe-filho no puerpério imediato: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, p. 227-238, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/en/bde-26623>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 137-149, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-5665201100020009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-5665201100020009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 432-438, dez. 2007.

Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622007000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 67, n. 2, p. 202-207, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100006>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SILVA, A. L. S. et al. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery** [online], v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-34, abr. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 20 mar. 2017.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SOUZA, L. P. S. **Fatores associados ao aleitamento materno e ao consumo de leite de vaca e fórmula infantil de lactentes atendidos em unidades básicas de saúde.** 2015. 88 f. Dissertação (Mestre) - Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2015.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

UNICEF; IBFAN. **Como o leite materno protege os recém-nascidos.** Documento sobre o mês de amamentação. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/arquivos.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WEIL, P.; TOMPKOW, R. **O corpo fala:** a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 53. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

WILHELM, L. A. et al. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 160-168, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15409>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc.** [online], v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery** [online], v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100013>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 20, n. spe, p. 255-262, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online], v. 14, n. 3, p. 611-616, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

Avenida Universitária, 1069 – Bloco B – Sala 303 – Setor Universitário  
Goiânia – GO CEP: 74605-010 Caixa Postal: 86 Telefone: (62) 3946-1261  
e-mail: mas.enf@pucgoias.edu.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, do Projeto de Pesquisa sob o título “**Conhecimento de primíparas para o autocuidado no período puerperal no âmbito hospitalar e domiciliar**”, com o objetivo de compreender o conhecimento de mulheres sobre o autocuidado e o cuidado com o bebê no período puerperal, tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar.

Meu nome é **Meillyne Alves dos Reis**, sou a pesquisadora responsável, mestranda no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Meillyne Alves dos Reis, fone (62) 9137 1144 ou (62) 9825 7704, ou por meio do e-mail [meillynealvesdosreis@yahoo.com.br](mailto:meillynealvesdosreis@yahoo.com.br). Também poderá fazer contato com a orientadora da pesquisa Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Eliane Liégio Matão, fone (62) 3946 1095 / 3946 1261 ou por meio do e-mail [liegio@ih.com.br](mailto:liegio@ih.com.br).

Você poderá entrar em contato a qualquer momento – antes, durante e após o estudo e tirar todas as suas dúvidas com os pesquisadores, pelos números acima indicados. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia-Goiás.

Seu nome e informações pessoais não serão revelados em nenhum momento desta pesquisa e, como garantia de seu anonimato, seu nome será substituído por flores. Você poderá desistir de sua participação no estudo a qualquer momento, conforme lhe for conveniente. Sua recusa de participação não implicará em qualquer tipo de punição.

Os dados serão coletados em dois momentos. Primeiramente será no hospital, após a alta e, num segundo momento, no domicílio, 10 dias após a alta hospitalar. Em ambas as oportunidades será realizada entrevista com uma sequência de perguntas. A primeira entrevista receberá um formulário para registro dos dados socioeconômico e culturais. Preferencialmente, a primeira coleta se dará no ato da assinatura deste documento. Entretanto, caso haja algum impedimento será agendado outro horário. Concluído este primeiro momento, será agendada a segunda etapa em local e horário conforme sua preferência. Para fins de registro, as pesquisadoras se deslocarão até você. Em todos os casos, se pretende que o registro das informações que nos fornecerá se dê com a gravação em aparelho MP4, desde que haja concordância por parte da entrevistada. Caso não concorde com a gravação, o registro será feito manualmente pela pesquisadora com caneta esferográfica em bloco de papel. O tempo médio para as entrevistas será de no mínimo 20 minutos podendo se estender até 60 minutos de conformidade com as respostas encontradas durante a entrevista.

Os resultados obtidos serão utilizados para a elaboração da dissertação de Mestrado, e poderão ser publicados em revistas ou eventos científicos, porém será resguardado o anonimato de todas as participantes, bem como o sigilo. Apenas as pesquisadoras terão acesso na íntegra aos dados colhidos, serão arquivados em ambiente seguro sob responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e posteriormente, destruídos (queimados).

Considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência, em especial quando não consiga desempenhar adequadamente o seu autocuidado e de seu bebê. Em tais casos, também poderá haver manifestação de alteração facial, inclusive choro ao revisitar sua prática.

Ao menor sinal de desconforto demonstrado por você, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a sua vontade como participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja sua vontade, em outra ocasião. Caso seja percebido a impossibilidade dessa continuidade a entrevista será interrompida e oferecida assistência imediata, seja qual for a necessidade, sempre integral e gratuita para a participante, mesmo após a realização da entrevista, com ônus financeiro para a pesquisadora.

O mesmo tipo de assistência, ou seja, integral e gratuita, será providenciada caso ocorra alguma complicação física decorrente da sua participação na pesquisa, mesmo após a realização da entrevista.

Quanto aos benefícios, estes poderão ser diretos e indiretos. No caso de serem verificadas falhas graves no autocuidado de si e/ou do bebê, a participante será orientada a procurar o serviço da ESF mais próxima de seu bairro. Também pra você se prevê benefício indireto, pois o compartilhamento de experiências sobre o tema proposto poderá contribuir para a produção de estudos e ações que potencialmente poderá influenciar positivamente em seus futuros partos.

Está previsto que haja outros benefícios indiretos, uma vez que a pesquisa, potencialmente, será para a área da saúde de grande importância, pois colocará em evidencia os sentimentos e dificuldades vivenciadas por puérperas no autocuidado de si e do novo ser. Isso possibilitará melhor compreensão dessa vivência, e esse conhecimento poderá ser considerado nas ações de educação permanente junto aos profissionais. Na perspectiva seguinte, poderá contribuir para melhoria na assistência oferecida às futuras puérperas no Alojamento Conjunto.

Não estão previstos gastos para os participantes, mas caso ocorram serão ressarcidos. As participantes terão direito a indenização em caso de danos decorrentes da participação neste estudo.

Meillyne Alves dos Reis  
Pesquisadora Responsável

Maria Eliane Liégio Matão  
Pesquisadora Orientadora

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, discuti com o **Sra. Meillyne Alves dos Reis** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Anápolis \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 2016.

Nome Completo do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AMBIENTE HOSPITALAR**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AMBIENTE HOSPITALAR**

1. Conta como foi o atendimento que recebeu no período da gravidez.
2. E o parto como foi?
3. Teve contato com o seu bebê nos primeiros minutos de vida?
4. Amamentou seu bebê? Em caso afirmativo, questionar: como foi a primeira experiência? O que sabia sobre amamentação está sendo útil? Como espera que será o restante desse período?
5. Fale sobre oferecer chá, água e outras bebidas para o bebê?
6. O que pensa sobre os usos de chucas, mamadeiras, bicos e chupetas para o bebê?
7. Deu banho no seu bebê? Fale sobre essa experiência.
8. Está segura para fazer o curativo umbilical? Fale sobre isso.
9. Tem alguma preocupação ou medo?
10. Que orientação recebeu quanto ao cuidado do bebê quanto ao teste do pezinho? Vacinação do bebê? Uso de roupas? Banho de sol?
11. Que orientação recebeu quanto ao cuidado com você nesse período?
12. Está liberada para casa (recebeu alta da maternidade), se sente preparada? Fale sobre isso!

Obrigada por sua participação!

## **APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AMBIENTE DOMICILIAR**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AMBIENTE DOMICILIAR**

1. Conta pra nós como tem sido os primeiros dias em casa com o bebê? Ele é calminho o não?
  
2. Como tem sido sua rotina diária com o bebê? Especificamente quanto a:
  - 2.1 – Amamentação
  - 2.2 – Banho do bebê
  - 2.3 – Coto umbilical
  - 2.4 – Saída de casa com o bebê
  - 2.5 – Imunização
  - 2.6 – Oferecimento de chupeta, água, chás
  
3. Como tem se cuidado no pós-parto quanto à alimentação e ingestão de líquido, higienização das mamas, higienização do períneo?
  
4. Como ficou seu retorno com o bebê ao médico?

Obrigada por sua participação!

**APÊNDICE D - FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICOCULTURAL****FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICOCULTURAL**

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1. Idade:

18 a 24 anos

25 a 29

30 a 39

Acima de 39 anos

2. Estado civil:

( ) Solteira

( ) Casada

( ) União Estável

( ) Divorciada/desquitada/separada

( ) Viúvo

( ) Outros

3. Município de Residência/ local de moradia:

Cidade: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_.

4. Meio de Transporte que utiliza:

( ) carro ( ) moto ( ) ônibus ( ) a pé ( ) outros, qual?

5. Nível de Instrução:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Técnico-Profissionalizante

( ) Ensino Superior

( ) Pós-graduado

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

6. Tipo de Estabelecimento onde você cursou os estudos

- (     ) Todo em Escola Pública
- (     ) Todo em Escola Particular
- (     ) Maior parte em Escola Pública
- (     ) Maior parte em Escola Particular
- (     ) Escolas Comunitárias
- (     ) Outros

### **CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS**

(se mora com os pais, informar os dados da família).

#### 7. Inclusão Digital

Sabe usar o computador? (     ) sim ( ) não

Onde utiliza computador: ( ) casa (     ) trabalho ( ) Lanhouse

Tem acesso à internet? ( ) sim ( ) não

Cite os programas que sabe utilizar

8. Trabalha? ( ) sim (     ) não

Onde? \_\_\_\_\_.

9. Renda mensal do trabalho:

- (     ) Menos de 1 salário mínimo
- (     ) De 1 a 2 salários mínimos
- (     ) 2 a 3 salários mínimos
- (     ) 3 a 4 salários mínimos
- (     ) acima de 4 salários mínimos

### **ATIVIDADES CULTURAIS**

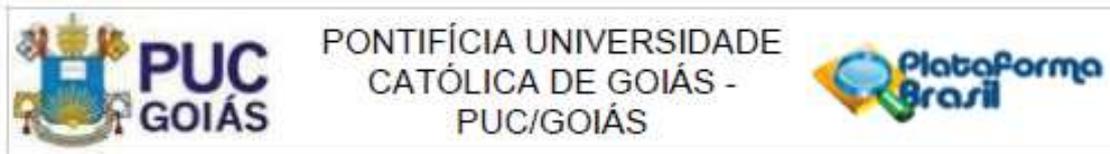
10. Como você se mantém informado?

- (     ) TV
- (     ) Jornal
- (     ) Revista
- (     ) Rádio
- (     ) Internet

11. Gosta de ler? Não ( ) Sim ( )
12. Em caso afirmativo para a questão acima, que tipo de livros gosta de ler?
- ( ) Ficção
  - ( ) Não-ficção
  - ( ) Livros Técnicos
  - ( ) Livros de autoajuda
  - ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_.
  - ( ) Nenhum
13. Qual o seu lazer preferido?
- ( ) Teatro
  - ( ) Cinema
  - ( ) Balada
  - ( ) Praia
  - ( ) Shows musicais
  - ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Obrigada por sua participação!

**ANEXO I**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PUC-GOÍÁS**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS PARA O AUTOCUIDADO NO PERÍODO PUERPERAL NO ÂMBITO HOSPITALAR E DOMICILIAR

**Pesquisador:** MEILLYNE ALVES DOS REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51518715.3.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

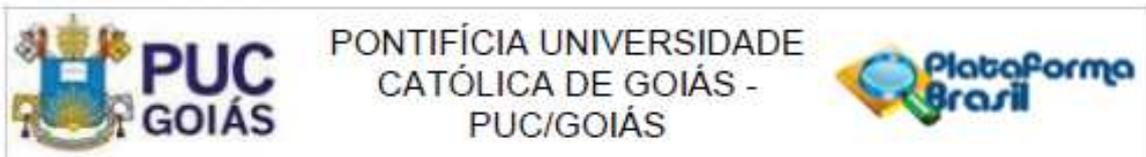
**Número do Parecer:** 1.370.764

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, a ser realizado no âmbito do Mestrado em Atenção à Saúde. A pesquisa será realizada com puérperas de pós-parto normal, inicialmente abordadas em uma maternidade credenciadas ao SUS. A coleta de dados será feita a partir de entrevista semi-estrutura com o mesmo roteiro nas duas oportunidades, e terá técnica de análise de Bardin (2011). Será adotado os seguintes critérios de Inclusão: primípara com idade superior a 18 anos; Mulheres cujo parto tenha sido hospitalar, com estadia no ALCON no pós-parto; Mulheres de pós-parto normal sem apresentação de intercorrências no parto; Mulheres que receberam orientação sobre os cuidados de si e do novo ser por ocasião da alta hospitalar. Os critérios de Exclusão serão primíparas: com óbito neonatal; que tenham história de abortamento anterior; pós cesariana; de pós-parto normal que não permaneceram no regime de ALCON. Os dados coletados serão transcritos na íntegra visando garantia à fidedignidade das informações. As entrevistas serão lidas e

comparadas individualmente por participante, para se verificar como se apresenta cada caso, se manutenção, evolução ou involução quanto às considerações feitas sobre o autocuidado de si e do bebê. Em seguida, as entrevistas serão reunidas em dois corpus, um para cada momento da entrevista (intra hospitalar antes da alta e no domicílio da mesma); estes serão lidos de modo

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.370.764

exaustivo, horizontal e verticalmente, até que se obtenha a emergência dos conteúdos de cada um dos corpus, este conforme o momento da coleta, especificamente no ambiente hospitalar e depois no domicílio da puérpera, para posterior categorização dos mesmos, conforme Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Compreender o conhecimento de mulheres sobre o autocuidado e o cuidado com o bebê no período puerperal, tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar.
- Identificar as orientações recebidas no pré-natal referentes ao cuidado da mãe e seu bebê;
- Conhecer as crenças, influências e práticas que permeiam o autocuidado das mulheres e seus bebês no puerpério;
- Identificar se as orientações fornecidas no momento da alta hospitalar tem sido consideradas na prática do autocuidado puerperal no domicílio.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores informaram os possíveis riscos relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência, em especial quando não consiga desempenhar adequadamente o autocuidado de si e de seu bebê. Em tais casos, também poderá haver manifestação de alteração facial, inclusive choro ao revisar sua prática. Ao menor sinal de desconforto demonstrado pela puérpera, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Assim como, será respeitada a vontade da participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja sua vontade, em outra ocasião. Caso seja percebido a impossibilidade dessa continuidade a entrevista será interrompida e oferecida assistência imediata.

Quanto aos benefícios, as participantes serão orientadas a procurar o serviço da estratégia saúde da família (ESF) mais próxima de seu bairro.

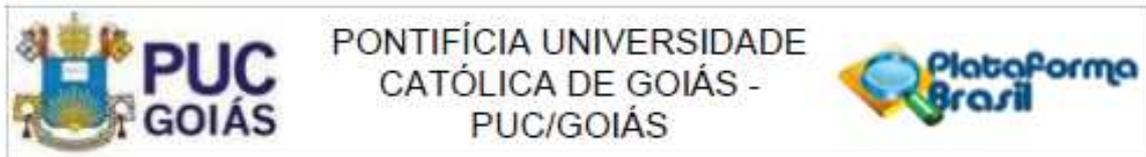
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo relevante para a saúde materno-infantil

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

Sem considerações

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@puagogias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.370.764

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Os pesquisadores atenderam ao que preconiza a Resolução 466/2012

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_593038.pdf	29/11/2015 21:30:13		Aceito
Outros	ROTEIRO.doc	29/11/2015 21:29:29	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Outros	Pedido.pdf	29/11/2015 21:28:28	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Outros	Carta.pdf	29/11/2015 21:28:53	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	meillyne.pdf	29/11/2015 21:25:46	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Outros	MESTRADO.pdf	29/11/2015 21:21:22	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/11/2015 21:19:43	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Orçamento	Meillyne.doc	29/11/2015 21:16:14	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	29/11/2015 21:15:17	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	29/11/2015 21:10:51	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.370.764

Folha de Rosto	FOLHA.pdf	29/11/2015 21:10:36	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Outros	Eliane.pdf	23/09/2015 12:35:16	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 16 de Dezembro de 2015

---

Assinado por:  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br