



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



BRUNA REGINA PINHEIRO DE PAIVA

EVELYNE TEIXEIRA DE SOUZA

LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA

Belém – PA
2015

BRUNA REGINA PINHEIRO DE PAIVA

EVELYNE TEIXEIRA DE SOUZA

LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito para obtenção de Grau em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves.

Belém – PA

2015

LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Pará - UFPA, como requisito para a obtenção do título em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, com conceito final igual a excelente conferida pela Banca Examinadora formada pela orientadora e pelos professores:

MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves
1º. Membro - Orientador
Universidade Federal do Pará - UFPA

MSc. Andréa Ribeiro da Costa
2º Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA

Esp. Geyse Aline Rodrigues Dias
3º Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA

Belém, 16 de Julho de 2015.

Ofereço todos os esforços da conclusão desse TCC a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o finalizar desta etapa. Agradeço a Deus por todas as graças concedidas, as minhas mães, ao meu esposo, meu filho, irmãos e amigos. Meu muito obrigada!

Bruna Regina Pinheiro de Paiva

*Dedico este trabalho aos meus pais, as minhas irmãs, ao meu noivo, enfim a minha família, que nunca me deixaram desistir desse sonho e que sempre me apoiaram dando todo o suporte para que eu pudesse alçar esse grande voo em minha vida!
Obrigada!*

Evelyne Teixeira de Souza

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa que finaliza, e ela representa mais do que uma conclusão de um trabalho de final de curso, representa todos estes anos vividos na faculdade e com eles todas as felicidades, sacrifícios, aprendizados e desafios enfrentados, vivi esses quatro anos e meio intensamente, muitos foram os acontecimentos, com grandes mudanças em minha vida, com as bênçãos de Deus, durante o curso casei e a vida me presenteou com meu bem mais precioso, meu filho Théo, que hoje me inspira e me dá forças sempre pra batalhar por todos meus sonhos. Tive a certeza de que é com a família que posso contar nos momentos de alegria e tristeza, também tive a oportunidade de conhecer verdadeiros amigos, com quem pude compartilhar momentos importantes.

Agradeço a Deus por permitir que eu chegasse até aqui, agradeço por todas as graças concedidas, a minha mãe vó Lucimar por todo seu amor, pelo apoio, ensinamentos e incentivo para nunca desistir, a minha mãe Lena por me ajudar durante esses anos de faculdade, me ajudando sempre nas horas que precisei, ao meu esposo Bruno pessoa com que amo partilhar a vida, por nunca me fazer desistir de estudar, por todo seu amor e incentivo nas atribuições dos semestres em conciliar os cuidados com nosso filho e a faculdade, enfim por tudo que passamos juntos, obrigada por tudo, aos meus irmãos Igor e Hanna que por muitas vezes me ajudaram cuidando do meu filho nos dias que eu precisava chegar mais tarde em casa, estarei sempre disposta a acompanhar vocês nos caminhos, ajudando no que for preciso. A todos familiares, tios, tias, primos e primas e todos os amigos que cruzaram em algum momento, ajudando de alguma forma.

Muito grata a nossa orientadora Professora Ana Paula pela atenção, pelo tempo concedido e dedicação para conclusão deste trabalho, a minha parceira deste Tcc Evelyne por todas as contribuições pela amizade e pela cooperação, a todas as puérperas e gestantes que aceitaram a participar desse estudo, foram essenciais com suas colaborações, a essa instituição que sempre teve meu respeito e que sempre sonhei fazer parte. Enfim, meus eternos e sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a chegasse a finalização dessa importante etapa.

Bruna Regina Pinheiro de Paiva

AGRADECIMENTOS

À **Deus e a Nossa Senhora de Nazaré**, por todas as bênçãos derramadas em minha vida, pela saúde, paz, força e sabedoria que me concederam durante esses 4 anos e meio de curso.

Aos meus queridos pais, **João Maria e Rosilene**, que com todo o amor e zelo, sempre me empenharam para persistir e trilhar este caminho. Que nos momentos de fraqueza me deram forças e me ajudaram a levantar, que comemoraram comigo cada conquista e que sofreram comigo em cada tristeza e por SEMPRE confiarem nos meus sonhos. Vocês são os meus exemplos, a minha direção, a minha força. Obrigada por tudo. Eu amo vocês!

As minhas irmãs, **Éveny e Evelyze**, que estiveram comigo de mãos dadas me ajudando em todos os momentos, pela cumplicidade, pelo carinho, pela experiência de poder cuidar de vocês meus amores e por dividirem comigo esses quase cinco anos. Choramos, rimos, brigamos, perdoamos, enfim vivemos e aprendemos muito. Vocês duas foram o maior presente que o papai e a mamãe puderam me dar. Agradeço a vocês por me ensinarem muito. Amo vocês minhas princesas.

Ao meu noivo, **Dener**, que me apoiou sempre na decisão de vim realizar o meu sonho de cursar a ‘Enfermagem’, que apesar da distância com todo o seu amor, paciência, alegria, me ajudou e incentivou. Que sempre me escutou pelos inúmeros telefonemas onde eu chorava muitas vezes e sorria, ofertando palavras de conforto e contentamento pelas conquistas diárias. Você, meu amor, foi parte essencial para que eu alcançasse essa vitória. Agradeço cada dia de convivência. Como sempre dizemos: “*O amor supera tudo!*”, Eu amo você!

A minha prima querida e sua família, **Deysiane, Laerth e Enzo**, que no início da minha formação acadêmica me acolheram em sua casa para aqueles 20 minutos de descanso após o almoço, ou para aqueles 20 minutos de jogadas de vídeo game com o meu branquinho. Prima sempre construímos uma verdadeira parceria, você e sua família compartilharam comigo esse sonho. Minha eterna gratidão.

Aos meus tios amados, **Erivaldo e Auricélia**, que sempre me deram palavras de conforto e sempre torceram pelo o meu sucesso. Palavras são poucas para expressar todo o carinho

envolvido. Meus tios obrigada por tudo, por acreditarem e confiarem em mim, por sonharem comigo e pela torcida. Vocês dois sempre estarão dentro do meu coração. Respeito e amor sempre. Amo vocês!

A minha amiga e parceira deste trabalho, **Bruna Paiva**, um presente que a graduação me deu, pela paciência, por entender os meus estresses, pela amizade, pelo ombro amigo, por ser essa companheira. Eu não poderia ter escolhido melhor a minha dupla de TCC, agradeço pela convivência, pelo o apoio nos momentos difíceis, por me corrigir quando eu estava errada e por me elogiar quando eu estava certa. Amizade é isso. Que essa amizade, seja muito além desses anos de graduação.

À **Profª MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves**, por todo apoio, tranquilidade e compreensão e pelos ensinamentos no decorrer da nossa formação, possibilitando a realização desse estudo. E por ter aceitado ser a nossa orientadora e por acreditar que somos capazes. Obrigada!

Ao **corpo docente** do Curso de Graduação em Licenciatura e Bacharelado de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, pelos ensinamentos, pelas contribuições científicas; Que nos ensinaram a ter um olhar mais profundo do ser humano e que devemos ser um profissional diferenciado comprometido com vidas!

À toda a **minha turma da graduação** por tudo que vivemos juntos, pelas memórias de cada dia de aula, pelos incansáveis dias de práticas hospitalares que se tornarem mais leves na companhia de vocês. Obrigada pela companhia e pelo apoio dado uns aos outros nos momentos difíceis. Conseguimos!

Aos **minhas amigas, colegas, familiares** que direta ou indiretamente contribuíram para que chegasse até aqui, com carinho e compreensão nos momentos em que precisei estar ausente.

A **Universidade Federal do Pará**, minha casa por esses 4 anos e meio, aprendi muito, sofri um pouco, mas vivi intensamente cada segundo dessa graduação!

Evelyne Teixeira de Souza

“... plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar
que alguém lhe traga flores...

E você aprende que realmente pode suportar... que
realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de
pensar que não se pode mais.

E que realmente a vida tem valor e que você tem valor
diante da vida!"

William Shakespeare

RESUMO

PAIVA, B.R. P; SOUZA, E.T. **Legitimando a Cartilha da Puérpera**. 2015. 137f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

O puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações no corpo da mulher ocasionadas pela gestação e parto retornam a situação de estado pré-gravídico. Por isso, existem muitas dúvidas acerca desse período e na tentativa de auxiliar as puérperas criou-se e aplicou-se uma tecnologia leve. Como instrumento de educação em saúde usou-se a Cartilha da Puérpera, pois é uma ferramenta acessível para o processo de ensino e aprendizagem das puérperas, caracterizando-se como importante e viável alternativa para auxiliá-las durante esse período. O objetivo principal é de legitimar a Cartilha da Puérpera. O trabalho foi realizado em três passos: primeiramente cadastrou-se a cartilha para no registro de propriedade intelectual, depois a cartilha foi encaminhada para dois expertises e por fim aplicou-se a cartilha e os questionários ao público alvo com a finalidade de saber das puérperas se a cartilha realmente auxilia em questões de dúvidas que podem surgir no período puerperal. Sendo que o último passo foi realizado na Unidade Municipal de Saúde do Guamá da cidade de Belém – Pará, para 36 puérperas. O estudo apresentado teve uma abordagem quantitativa e foi desenvolvido como proposta de educação em saúde. A educação em saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, as puérperas puderam adquirir informações, refletir sobre suas práticas, bem como sobre os cuidados no período puerperal. Diante disso dentre as estratégias metodológicas utilizou-se a roda de conversa que é um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, possibilitando fluidez de discursos e de negociações diversas entre pesquisadores e participantes. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2015. Os dados foram coletados por meio de dois questionários, um aplicado antes de conhecer a cartilha e o outro aplicado após o contato com o instrumento. Os dados levantados tiveram suas variáveis distribuídas em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010. Na análise dos resultados, foi feita a discussão com os achados na literatura confrontando-os com os dados que foram coletados. A maior parte das puérperas entrevistadas tinham idades entre 18 e 22 anos (39%), casadas (45%), possuíam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (47%) e tinham entre um a dois filhos (69%). De acordo com as pesquisadas, 100% tinham dúvidas sobre questões do período puerperal e após o contato com a cartilha 100% relatam que o instrumento ajudou a tirar as dúvidas pertinentes. Os resultados evidenciaram que a maioria das participantes aprenderam as principais questões que envolvem o período pós-parto, destacando temas como modificações físicas e psíquicas, amamentação, entre outros conhecimentos essenciais à puérpera. A orientação prestada às puérperas tiveram efeitos positivos, auxiliando essas mulheres durante essa fase tão difícil. Então podemos concluir, afirmando que o objetivo foi alcançado, conseguiu-se executar os três passos e agora a cartilha está validada e considera-se que a cartilha da puérpera contribui, facilitando o processo de ensino-aprendizagem entre as puérperas, no que se refere à orientação sobre período puerperal.

Palavras – Chaves: Educação em Saúde. Puerpério. Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

PAIVA, B. R. P; SOUZA, E.T. **Legitimizing the Primer on Postpartum**. 2015 137F. Work Completion of course (Graduate Degree and Bachelor of Nursing) - Institute of Health Sciences, Federal University of Pará, Belém, 2015.

The postpartum period is defined as the period of pregnancy and childbirth in which the changes in the woman's body caused by pregnancy and childbirth return to pre-pregnancy status situation. Therefore, there are many doubts about this period and to try to help the mothers was created and applied a light technology. As health education tool used to Primer on Postpartum as it is a handy tool for the teaching and learning of mothers, characterized as important and viable alternative to help them during this period. The main objective is to legitimize the Primer on Postpartum. The work was carried out in three steps: first registered to primer for intellectual property registration, after the booklet was sent for two expertises and finally applied the primer and forms the target audience in order to know the mothers the booklet really helps in doubt issues that may arise in the puerperal period. And the last step was carried out in Guama the Municipal Health Unit of the city of Belém - Pará, 36 postpartum women. The present study had a quantitative approach and was developed as a health education proposal. Health education is strong ally in order to arouse behavior changes. Through it, the mothers were able to acquire information, reflect on their practices as well as on care in the postpartum period. Therefore among the methodological strategies we used the conversation wheel that is a feature that enables a greater exchange of information, enabling smooth speeches and various negotiations between researchers and participants. Data collection took place from May to July 2015. Data were collected using two forms, an applied before knowing the playbook and the other applied after contact with the instrument. The data collected had their variables distributed in spreadsheets Microsoft Office Excel 2010 program Analyzing the results, the discussion with the findings in the literature comparing them with the data that was collected was made. Most of the interviewed mothers were aged between 18 and 22 years (39%), married (45%) had a family income 1-2 times the minimum wage (47%) and were between one to two children (69%). According to the surveyed, 100% had doubts about questions of puerperal period and after contact with the primer 100% report that the instrument helped take the relevant questions. The results showed that most participants have learned the main issues surrounding the postpartum period, highlighting issues such as physical and psychological changes, breastfeeding, among other essential knowledge to postpartum women. The guidance given to mothers had positive effects, helping these women during this phase that difficult. So we can conclude by saying that the goal was reached, it was possible to perform the three steps and now the primer is validated and it is considered that the playbook of postpartum contribute by facilitating the process of teaching and learning among postpartum women, with regard guidance on the puerperal period.

Keywords: Health Education. Postpartum. Educational technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: O Colostro	23
Figura 02: Leite de Transição	24
Figura 03: Leite Maduro	24
Figura 04: Pega Correta	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exames no Puerpério.....	32
Quadro 2: Calendário de Vacinação das Puérperas (adaptado segundo calendário vigente)...	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Faixa etária das participantes	51
Gráfico 02: Estado civil das participantes.....	53
Gráfico 03: Renda familiar das participantes	55
Gráfico 04: Quantidade de filhos das participantes.....	56
Gráfico 05: Conhecimento das puérperas sobre as modificações físicas e psíquicas – Quest.. A.....	57
Gráfico 6: Conhecimento das puérperas sobre as modificações físicas e psíquicas – Quest. B.....	58
Gráfico 07: Conhecimentos prévios das puérperas sobre os cuidados com o bebê – Quest. A.....	59
Gráfico 8: Aprendizagem das puérperas sobre os cuidados com o bebê – Quest. B.....	60
Gráfico 09: Relação com o companheiro – Quest. A	61
Gráfico 10: Conhecimentos adquiridos para melhorar a relação com o companheiro –Quest. B.....	63
Gráfico 11: Cuidados de si – Quest.A.....	65
Gráfico 12: Conhecimento das puérperas sobre os cuidados de si – Quest. B.....	66
Gráfico 13: Informações prévias das puérperas sobre o planejamento familiar – Quest. A.....	67
Gráfico 14: Conhecimento adquirido pelas puérperas sobre planejamento familiar – Quest. B.....	68
Gráfico 15: Dúvidas sobre o puerpério – Quest. A.....	69
Gráfico 16: Dúvidas sanadas sobre o puerpério – Quest. B.....	71
Gráfico 17: Conhecimento sobre mitos e verdades – Quest. B.....	72

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
	2.1 Educação em Saúde.....	16
	2.1.1 A História.....	16
	2.1.2 Na Atualidade.....	18
	2.1.3 Modelos de Educação em Saúde.....	19
	2.1.3.1 Modelo Tradicional ou Curativista.....	19
	2.1.3.2 Modelo Radical ou Dialógica ou Popular.....	20
	2.2 Puerpério: foco da educação em saúde.....	20
	2.2.1 O que é Puerpério?.....	20
	2.2.2 Modificações Físicas.....	22
	2.2.3 Modificações Psíquicas.....	26
	2.2.4 Cuidados com o Bebê.....	26
	2.2.5 Relação com o Companheiro.....	28
	2.2.6 Cuidando de Si.....	30
	2.2.7 Planejamento Familiar.....	34
	2.2.8 Fim do Puerpério.....	38
	2.2.9 Mitos e Verdades.....	38
	2.3 Tecnologias Educativas.....	39
	2.3.1 Tecnologia Educacional.....	40
	2.4 O Papel do Enfermeiro como Educador.....	43
3	METODOLOGIA.....	47
	3.1 Tipo de Estudo.....	47
	3.2 Local de Estudo.....	47
	3.3 População/Amostra.....	48
	3.3.1 Critérios de Inclusão.....	48
	3.3.2 Critérios de Exclusão.....	48
	3.4 Passos da Pesquisa.....	48
	3.5 Análise dos Dados.....	50
	3.6 Questões Éticas e Legais.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	ANEXOS.....	90
	APÊNDICES.....	99

1 INTRODUÇÃO

A ideia de elaborar um instrumento de educação em saúde para as puérperas surgiu em 2012 no 3º semestre da graduação mais especificamente a atividade curricular Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente pertencente ao projeto pedagógico do curso de Graduação em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, onde as professoras propuseram uma atividade para confecção de uma tecnologia educativa para o puerpério voltada ao planejamento familiar. Após a apresentação da Cartilha do Planejamento Familiar, pensou-se: Por que não fazer uma cartilha contemplando os principais tópicos do puerpério com a finalidade de ajudar essas mulheres? Logo, neste mesmo semestre foi elaborado o Trabalho de Conclusão de Atividade Curricular (TCAC) com a confecção da Cartilha da Puérpera. Sendo que nesta etapa, foram utilizadas fotos e imagens da internet.

A elaboração da cartilha partiu do princípio de que a fase puerperal corresponde a um período importante na vida da mulher lembrando que a mesma passa por mudanças biológicas, como também transformações de ordem subjetivas, período onde surgem às dúvidas decorrentes do cuidado com o bebê, cuidado de si, mitos sobre o que fazer ou não no período puerperal e cuidados em relação ao companheiro. Devido ao surgimento de novos afazeres, muitas mulheres não conseguem conciliar velhas atribuições com o novo papel. Abandonando os afazeres importantes que faziam no período antes do parto, como o autocuidado ou mesmo a atenção ao companheiro, influenciando negativamente em sua vida, podendo causar transtornos emocionais e físicos.

Buscou-se aproximar o trabalho científico à realidade das puérperas e da viabilização de um material de qualidade, que não tivesse conotação prescritiva e ao mesmo tempo, promovesse uma aproximação com a linguagem popular. Para tanto, haveria a necessidade de se conhecer os meios para possibilitar a produção de um material educativo proposto para difundir o trabalho desenvolvido. Alguns autores destacam a importância da ilustração para atrair o leitor, despertar o interesse pela leitura e auxiliar na compreensão do texto (OLIVEIRA et al., 2007; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Para Echer (2005), os recursos de comunicação, como os materiais educativos podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar a comunicação no trabalho com educação em saúde,

facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação dos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreenderem melhor o processo pelo qual estão passando.

Dessa forma, o desenvolvimento da tecnologia educacional para o período puerperal, aliado ao cuidado de enfermagem, permitiu novas possibilidades de educação em saúde, estreitando a relação entre os profissionais de enfermagem e a puérpera, visando o encorajamento e o alcance da qualidade de vida durante esse período que muitas vezes é desconhecido pelas mulheres, tendo como principal objetivo promover a saúde da puérpera, esclarecer para ela e para a família as grandes mudanças e dificuldades que a mulher enfrenta nesse período.

Para este trabalho, a cartilha foi aperfeiçoada com desenhos elaborados por um colega de faculdade, com a finalidade de obter o registro autoral da mesma no Setor de Propriedade Intelectual da Universidade Federal do Pará e de cadastrar a tecnologia no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), a fim de fazer agora a aplicação desta tecnologia ao público alvo da pesquisa.

O objetivo principal deste estudo é o de legitimar a Cartilha da Puérpera. No entanto surgiram as seguintes dúvidas: Quais os passos para legitimar a cartilha? E será que para as puérperas a cartilha ajudará nos momentos de dúvidas do período em que elas se encontram?

O trabalho está dividido em cinco capítulos, mais anexo e referências. O primeiro capítulo consiste nesta introdução, o segundo capítulo agrega toda a revisão de literatura, onde são abordados temas como a Educação em Saúde (sua história, atualidades e seus modelos); o Puerpério, onde abordamos tópicos encontrados na cartilha como: O que é o puerpério? Modificações físicas e psíquicas, cuidados com o bebê, relação com o companheiro, cuidados de si, sobre o planejamento familiar, o fim do puerpério e alguns mitos e verdades mencionados com frequência nesse período. Outro tema deste capítulo é a Tecnologia Educativa, abordaram-se os tipos das tecnologias educativas e por fim o Papel do Enfermeiro como Educador.

No terceiro capítulo, foi descrito todo o processo metodológico utilizado para a realização deste trabalho. O tipo do estudo, o local, os passos para a realização da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, a análise dos dados e as questões éticas e legais.

O quarto capítulo é intitulado Resultados e Discussões, foram analisados os dados obtidos durante a coleta, foram feitas as análises dos gráficos juntamente com a

literatura pertinente e o resultado do parecer dos expertises. Neste encontram-se as possíveis respostas das questões que nortearam a pesquisa.

O último e quinto capítulo são as considerações finais, descreve-se e analisa-se se os objetivos traçados durante a pesquisa foram realmente alcançados, apresentando as principais dificuldades encontradas na construção deste. Dando a sequência neste capítulo, são apresentadas todas as referências utilizadas, apêndices e anexos, a saber: os questionários utilizados, a cartilha, os termos de autorização de imagem e o de consentimento livre e esclarecido, o parecer do comitê de ética favorável, calendário vacinal da criança e o parecer dos expertises.

Justifica-se que a cartilha como tecnologia educativa é uma ferramenta acessível para o processo de ensino e aprendizagem das puérperas, caracterizando-se como importante e viável alternativa para auxiliá-las durante esse período, dessa forma, decidiu-se por aplicar uma tecnologia educacional ilustrada para sanar possíveis dúvidas, e fornecer orientações importantes que podem passar despercebidas durante a consulta do puerpério, sendo uma estratégia acessível que ajuda na tomada de decisões e principalmente na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, por meio de uma linguagem simples e dinâmica. A tecnologia tem a vantagem de poder ser consultada pelas puérperas a qualquer momento, uma vez que a orientação oral no momento da consulta pode não ser tão satisfatória, pela sua diversidade de informações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para o desenvolvimento da literatura pertinente buscou-se artigos e periódicos em base de dados de bibliotecas virtuais, como LILACS, SCIELO, BIREME. Nas pesquisas realizadas usaram-se os seguintes descritores: educação em saúde, puerpério, tecnologia educacional, enfermagem e educação em saúde. Além de pesquisas em manuais do ministério da saúde, livros, teses, dissertações e trabalhos de congressos.

2.1 Educação em Saúde

2.1.1 A História

Primeiramente chamada de Educação Sanitária, a Educação em Saúde de forma tradicional surge no Brasil a partir da necessidade dos estados brasileiros em controlar os surtos de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período essa população era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, as quais estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que a sociedade brasileira encontrava-se (KAWAMOTO, 1995; ANDRADE, 2001 apud MACIEL, 2009).

Segundo Polignano (2007 apud MACIEL 2009) o governo da época, não se importava com o elemento socioeconômico de ideologia liberal-oligárquica, enfrentava os problemas de saúde pública por campanhas sanitárias voltadas para o combate as epidemias, no entanto, as doenças já haviam tomado grandes dimensões. Este modelo de intervenção ficou conhecido como Campanhista e foi idealizado dentro da visão militar onde os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados instrumentos essenciais de ação.

Como resultado dessa visão, as campanhas sanitárias apresentavam vacina obrigatória, vistoria nas casas, internações forçadas, interdições, despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biologista e mecanicista, que eram transmitidas de forma repressiva e, muitas vezes, preconceituosa. Damos como exemplo a histórica Revolta da Vacina, onde as pessoas carentes de orientação, espaço para reflexão e poder de decisão, se sentiram manipuladas e se negaram a receber a aplicação de vacinas. A repulsa dos cidadãos, compreendidos como seres que não possuem terras, valores, bens e autonomia, apreciados apenas pela óptica do consumo, fez com que prosperasse o conceito amplo do processo saúde-doença. Isso teve como decorrência a

redefinição do papel da educação em saúde (PEDROSA, 2006 apud MACIEL, 2009; SMEKE, 2001 apud SOUSA, 2010).

Com o início da Era Vargas, em 1930 há a criação de Centros de Saúde para expandir ainda mais as noções de higiene individual e prevenção de doença infecto-parasitária. Porém, a saúde da população continuava a desvalorizar, começando nesse período uma valorização da assistência médica individual em prejuízo da saúde pública (PEDROSA, 2006 apud MACIEL 2009). Assim, as ações educativas em saúde nesse período, ficaram restritas aos programas e serviços destinados à população de baixa renda (VASCONCELOS, 1999 apud MACIEL 2009).

O autor citado acima, Vasconcelos (1999), ainda refere que, diante desses fatos os profissionais de saúde, insatisfeitos, começaram no início da década de 1970, experiências de educação em saúde voltadas para a dinâmica e realidade das classes populares. A essas experiências muitas vezes realizadas em parcerias com outros segmentos sociais, deu-se o nome de Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde.

Nos anos de 1980, no Brasil, com as políticas, as crises econômicas e a emergência da proposta de atenção primária a saúde, favoreceram o desenvolvimento da assistência comunitária. Nesse período, implantava-se a ideia de um sistema de saúde baseado na atenção integral de todos os brasileiros que, foi consolidada com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 1996 apud SOUSA, 2010).

A década de 1990 caracterizou-se, pela elaboração de programas estratégicos objetivando a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diferentes cenários do país. O programa Saúde da Família foi um importante instrumento da área da Enfermagem de direcionamento de ações de Educação em Saúde. Surge assim, a ênfase na autonomia dos sujeitos neste processo de educação em saúde, sendo que, o enfermeiro tem a função não só de orientar, mas também, favorecer com que o sujeito manifeste-se no que diz respeito a sua própria saúde (SENNA, 2008; FREIRE, 1999 apud SOUSA, 2010).

A enfermagem contribuiu significativamente para esta história no decorrer da Reforma Sanitária. Nos dias atuais esta área de profissionais é uma das que está mais próxima da comunidade, e se prevalece da prática do cuidado como ferramenta pedagógica na ação de educar e promover saúde (PIRES, 2005).

2.1.2 Na Atualidade

Convencionalmente a Educação em Saúde, estabelece-se como área específica na segunda década do século XX, nos Estados Unidos, durante a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, em 1989. No Brasil, instituiu-se no âmbito da saúde pública, orientando novas práticas, e só mais tarde constituiu-se em área de estudo e pesquisa. Verifica-se que duas dimensões dessa disciplina se destacam e persistem atualmente. Uma primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. A outra tendência, caracterizada como promoção da saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

Ultimamente a educação em saúde objetiva mais que desenvolver hábitos de higiene na comunidade, ela enfatiza a autonomia do paciente, democratização do saber, voz do povo, cidadania, solidariedade, responsabilização pela própria saúde, pela comunidade e pelo outro, inclusão social, aceitação das diferenças, formação de multiplicadores do conhecimento, sensibilização sobre os riscos de saúde - como evitá-los e ações intersetoriais (COSTA, 2009).

Consiste em ser um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Dessa forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto realização pessoal e afetiva) e sócio ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’ (SCHALL e STRUCHINER, 1999).

2.1.3 Modelos de Educação em Saúde

2.1.3.1 Modelo Tradicional ou Curativista

O modelo de educação em saúde tradicional centrava o poder nos profissionais de saúde, considerados detentores do saber científico indispensável à vida saudável. Esta estratégia educativa não tinha em vista a autonomia da população, visava apenas a doença e a intervenção curativa do processo saúde-doença. (VASCONCELOS, 2001; RICE e CANDEIAS, 1989; SILVA et al., 2007 apud ULBRICH, 2010).

Pelo caráter paternalista, o profissional mencionava aos usuários hábitos e condutas saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Entendia-se que a partir da informação recebida, os usuários seriam capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, assim como adquirir novos hábitos e comportamentos (ALVES, 2005 apud ULBRICH, 2010).

Nesse sentido, os usuários eram vistos apenas como objeto das práticas educativas e responsáveis pela transformação dos seus hábitos cotidianos, independente de suas histórias de vida, crenças e valores. (ALVES, 2005; SMEKE e OLIVEIRA, 2001 apud ULBRICH, 2010).

Logo, este modelo de educação sofre muitas críticas, pois não são considerados os determinantes psicossociais e culturais das condutas de saúde. Ao analisar o indivíduo como objeto e desprovido de conhecimentos, perdem-se de vista que os comportamentos são guiados por valores, crenças e representações sobre o processo saúde. Portanto, para atender as complicações da nova saúde pública surgiu o modelo de educação em saúde radical ou dialógica, que sugere analisar as raízes dos problemas de saúde e nestes interferir (ALVES, 2005; SOUZA et al., 2005 apud ULBRICH, 2010).

2.1.3.2 Modelo Radical ou Dialógica ou Popular

Após as críticas que surgiram ao modelo tradicional, surge nas últimas décadas ao modelo de educação em saúde radical, dialógica ou popular, pelas dificuldades em determinar informações que explicassem o surgimento de problemas públicos. Deste modo, após alterações de pensamento entendeu-se a necessidade de trabalhar com a perspectiva da população nas práticas de saúde, pela participação comunitária (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007; SOUZA et al., 2005 apud ULBRICH, 2010).

Para esse modelo é necessário, conhecer os indivíduos, compreendendo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições em que habitam, assim como envolvê-los, contestando a obrigação realizada pela educação tradicional. Diante desta concepção, almeja-se a transformação da realidade que só é “possível assegurar pela sustentabilidade e efetividade das ações de saúde” (SOUZA et al., 2005; ALVES, 2005, p. 48 apud ULBRICH, 2010).

Este modelo dialógico, radical ou popular tem como instrumento de base o diálogo, onde o sujeito é reconhecido por possuir um saber, que mesmo sendo diferente do saber técnico-científico, não é ignorado pelos profissionais, visto que estes atuam em níveis iguais, mesmo com papéis distintos. Tendo como objetivo de transformar saberes, com a finalidade de desenvolver a autonomia e responsabilidade do indivíduo com a saúde, em compreender a sua situação e não mais pela obrigação de um saber científico. Com isso, será habilitado a definir qual estratégia é melhor para promover, manter e recuperar a sua saúde (ALVES, 2005 apud ULBRICH, 2010).

Dessa forma, o diálogo permite aos profissionais e usuários a construção de um saber sobre o processo saúde-doença de forma compartilhada, com a troca de saberes, o que possibilita maior confiança nos serviços de saúde. Esta participação nas atividades educativas relaciona-se com mudanças duradouras de hábitos e condutas, sem atitudes impostas ou de autoridade, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005 apud ULBRICH, 2010).

2.2 Puerpério: foco da educação em saúde

2.2.1 O que é Puerpério?

É definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré- gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término

imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação (GONÇALVES, 2005).

Segundo Vokaer (1955) apud Neme (2000) o período pós-parto pode ser dividido em três momentos:

- ✓ Pós - Parto Imediato (as duas primeiras horas após o parto);
- ✓ Pós-Parto Mediato (após as duas primeiras até o 10º dia após a parturição);
- ✓ Pós - Parto Tardio (11º ao 45º dia);
- ✓ Pós - Parto Remoto (além de 45 dias).

No pós-parto imediato predomina a crise genital, prevalecendo os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas durante a gravidez. Já o pós-parto tardio é o período em que todas as funções começam a ser influenciadas pela Nesse sentido, Guimarães (2003) afirma:

O puerpério é o período de tempo entre a dequitação placentária e o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas, tendo duração média de 6 semanas (variável em cada mulher). Já o chamado estado puerperal é o momento dentro do puerpério em que algumas mulheres previamente sãs possuem uma alteração temporária com colapso do senso moral e diminuição da capacidade de entendimento seguida de liberação de instintos, culminando com a agressão ao próprio filho [...].

O pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio; experiência do parto e nascimento do filho saudável – aumentando a autoconfiança; desconforto físico – inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar – ansiedade quando o leite demora a aparecer e ingurgitamento das mamas; sentimentos de decepção com o filho – pelo sexo ou aparência física; medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e de não ser uma boa mãe (MALDONADO, 2000.).

Conforme Vokaer (1955) apud Neme (2000) é durante este período que a mulher apresenta o chamado lóquios que consiste de um sangramento sanguinolento liberado pelo útero após o parto. Inicialmente são vermelhos e, por vezes, tão ou mais abundantes que a menstruação e com o passar do tempo tornam-se acastanhados e em pequena quantidade. Passados de 10 a 14 dias tornam-se brancos ou amarelados, até que desapareça. Então, de maneira didática, os lóquios dividem-se em:

- ✓ Rubro: apresentam-se sanguinolentos, logo após o parto;
- ✓ Flavo: inicialmente possui coloração acastanhada após período de dez dias adquirem coloração amarelada;
- ✓ Alvo: aos poucos se tornam brancos ou serosos.

2.2.2 Modificações Físicas

Podemos afirmar que a gravidez e o pós-parto são fases da vida das mulheres que exigem um enfrentamento frente a importantes eventos vitais como as mudanças físicas e a de papéis (ROJAS; FRITSCH; GONZÁLEZ; GUAJARDO; ARAYA, 2006 apud SALIM; JUNIOR; GUALDA, 2010).

Baracho (2007) enfatiza que é nesse período, o do puerpério, que ocorrem as mais importantes modificações físicas, dentre as quais se destacam alterações nos sistemas genital, cardiovascular, respiratório, músculo esquelético, gastrointestinal e urinário, as quais podem ser causas de comprometimentos funcionais (disfunções) e, por consequência, fontes de desconforto físico e emocional.

Em nenhuma outra fase da vida modificações físicas tão grandes acontecem em tão curto espaço de tempo. Todos os órgãos, principalmente os genitais, se recuperam das alterações ocorridas ao longo da gravidez e do parto, o períneo pode ficar edemaciado, o útero regride de tamanho, as mamas aumentam, o abdômen pode sofrer variáveis modificações e é nessa fase que se inicia a lactação (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

Aqui abordaremos algumas modificações de maneira simplificada, tais como:

1. *Involução uterina*: é processo que o útero está retornando ao seu tamanho normal, inicia-se após o parto e dura aproximadamente 10 dias. As contrações uterinas estão presentes nas primeiras 48 a 72 horas, especialmente durante a amamentação, porque o reflexo de sucção do bebê estimula a secreção de ocitocina que, por sua vez, estimula as contrações uterinas, tornando-as mais intensas (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

2. *Episiorrafia*: é a sutura do corte cirúrgico feito no períneo durante o parto normal, (região muscular que fica entre a vagina e o ânus) durante o parto, para facilitar a passagem do bebê. Os pontos caem espontaneamente e não necessitam de cuidados além dos de higiene (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

3. *Cesariana*: é uma cirurgia abdominal, pela qual é normal sentir dores e/ou desconforto, devido à incisão nesta zona e às contrações do útero. A incisão interna uterina cicatriza habitualmente em seis semanas e a sutura da pele numa semana. Se tiver pontos externos devem ser retirados entre o 8º -10º dia após parto. A cicatriz costuma ficar avermelhada durante alguns meses, tornando-se mais clara ao fim de 6 meses a 1 ano, dependendo do seu tipo de pele e genética. São raras as complicações associadas à cesariana

no entanto podem surgir hematomas, seromas, infecção ou deiscência da sutura (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

4. *Função urinária*: as micções não devem ser dolorosas e nos primeiros dias podem ser mais frequentes devido à eliminação da água retida pelo organismo durante a gravidez. Pode surgir incontinência urinária, durante os primeiros 3 a 4 meses após o parto que deverá ser passageira. Por vezes torna-se necessária uma reeducação muscular através dos exercícios de Kegel (contrair e descontraír os músculos perineais) (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

5. *Função intestinal*: vários são os fatores que predisõem à obstipação durante este período e que contribuem para que se instale um “ciclo” em que a obstipação se acentua cada vez mais, sendo mais doloroso evacuar, o que por sua vez leva a uma inibição da eliminação intestinal, aumentando o desconforto, a dor e a ansiedade. Essa inibição muitas vezes é reforçada pelo receio que ocorra deiscência da sutura perineal ou pela presença de hemorroidas (ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas após o Parto, 2015).

6. *Progressão mamária*: durante o puerpério umas das mais importantes modificações são as das mamas que são preparadas para o processo de amamentação. O leite materno é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança, visto que é rico em diversas substâncias (FERRAZ, 2015).

O **coloostro**, é o precursor do leite humano, tem um aspecto amarelado e já pode estar presente nos últimos meses de gestação ou começa a surgir no 2º-5º dia de puerpério. O colostro é rico em imunoglobulinas, minerais, vitamina A e proteínas (FERRAZ, 2015).



Figura 01: O Colostro

Fonte: <http://vilamamifera.com/depeitoaberto/diferencas-na-composicao-do-leite-materno/>

O **leite de transição ou leite anterior** o seu aspecto é aguado, menos espesso e amarelo que o colostro. É substituído em 7 a 10 dias e na sua composição há um aumento gradual de gordura, lactose, água e uma diminuição das globulinas e do valor total das proteínas (FERRAZ, 2015).



Figura 02: Leite de Transição

Fonte: <http://vilamamifera.com/depeitoaberto/diferencas-na-composicao-do-leite-materno/>

Já o **leito maduro ou leite posterior** tem um aspecto mais branco. E compõem-se basicamente por água (a maior parte), carboidratos (lactose) – proteção do intestino e absorção do cálcio - e gorduras – aumento ponderal da criança e prevenção da obesidade (FERRAZ, 2015).



Figura 03: Leite Maduro

Fonte: <http://vilamamifera.com/depeitoaberto/diferencas-na-composicao-do-leite-materno/>

Deste modo, recomenda-se como orientação, a prática da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança, para que, posteriormente, sejam introduzidos alimentos complementares. É importante que os profissionais saibam de todos os benefícios do aleitamento humano exclusivo e incentivem as puérperas de sua importância para o desenvolvimento de seu filho e para a recuperação mais rápida do período puerperal (FERRAZ, 2015).

Além disso, é de suma importância que o profissional oriente também a mãe de alguns cuidados com as mamas, como o uso de sutiãs durante todo o dia, banho de sol,

higiene das mãos antes da amamentação, esvaziamento de cada mama antes de amamentar na outra e limpeza da mama após a mamada (sem utilizar sabão ou sabonete) (FERRAZ, 2015).

Além de todos esses cuidados, é imprescindível orientar a mãe quanto à pega correta para evitar lesões e possíveis infecções, como a mastite (FERRAZ, 2015).

A posição correta para a amamentação é aquela em que a mãe se sinta confortável e que favoreça ao bebê a sucção da mama. A posição mais utilizada é a mãe sentada, com as costas, os braços e pés apoiados. A criança em decúbito lateral elevado, com a cabeça frente à mama, apoiada na parte interna do ângulo que o braço forma com o antebraço da mãe. A barriga do RN deve ficar encostada na barriga da mãe (BARROS, 2006).



Figura 04: Pega Correta

Fonte: <https://saudedamulherufal.wordpress.com/tag/cuidados-com-as-mamas/>

2.2.3 Modificações Psíquicas

Importantes modificações psicológicas podem ocorrer como Baby Blues e a Depressão Pós-Parto. O Baby Blues é descrito como um desequilíbrio trivial e passageiro, breve e benigno, sem significado clínico. É a perturbação de humor mais comum e característica do pós-parto, ocorrendo em mulheres saudáveis tanto física como psicologicamente, ocorrendo entre o 3º e o 10º dia pós-parto, e atinge cerca de 50 a 70% das mulheres (BRASIL, 2005, p. 38-39).

Já a Depressão Pós-Parto é uma perturbação de humor que decorre do parto e tem geralmente início por volta do 2º a 3º mês após o parto, a sintomatologia é bastante semelhante à do Baby Blues, sendo distinguíveis pela intensidade e pelo tempo em que se mantêm, daí que muitas das mulheres que desenvolvem blues pós-parto mais exacerbados possam posteriormente evoluir para uma depressão pós-parto. Dentre as sintomatologias estão: labilidade emocional, confusão, alterações cognitivas, ansiedade, tensão, choro, irritabilidade, insônia, fadiga, perda do apetite e o medo de não conseguir cuidar do bebê (BRASIL, 2005, p. 38-39).

Vários autores referem-se ao puerpério mencionando que este é o período no qual a autoconfiança da mulher encontra-se em crise. Tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher. Comentam que diversos sentimentos estarão se mesclando no decorrer dos dias; entre eles pode-se colocar a euforia, o medo, o alívio, a ansiedade, entre outros (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

2.2.4 Cuidados com o Bebê

Todo bebê ao nascer, com toda sua delicadeza e desproteção, necessita de cuidados especiais para que tenha um crescimento e desenvolvimento saudáveis, razão pela qual a futura mãe necessita ser informada sobre esses cuidados (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Não adianta apenas amar o bebê, faz-se necessário oferecer muita dedicação, segurança, colo e carinho no trato diário, todo bebê precisa saber que há alguém que pode suprir suas necessidades de alimento e carinho (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

O vínculo que se constrói na relação estabelecida entre pais e bebê é muito mais que apenas um interesse em alimentar, trocar ou tomar conta do bebê. Sem uma base segura estabelecida na infância, os seres humanos podem, até a vida adulta, criar e agarrar-se a uma crença de que o mundo é instável e de que eles não podem, com

segurança, acreditar uns nos outros. Quando os pais sentem essa conexão emocional ou a formação do vínculo com o bebê, é muito mais que apenas um interesse em alimentar, ou trocar, ou tomar conta do bebê. É cuidar e colocar-se no lugar do bebê, perceber e responder às suas necessidades sejam físicas ou emocionais. O bebê é poderosamente influenciado por este investimento emocional dos pais (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

O nascimento é uma experiência forte para a mãe e para o bebê. A relação entre mãe e filho precisa ser profunda, carinhosa e acolhedora, pois é através da mãe que a criança vai conhecer o mundo que lhe cerca (O NASCIMENTO, 2015).

O bebê se defronta com um mundo desconhecido, repleto de estímulos, sensações muitas vezes desagradáveis e tem poucos recursos para se comunicar ou se livrar deles sozinho. Sua única forma de comunicação é o choro, que depende de uma mãe sensível e dedicada para entendê-lo (O NASCIMENTO, 2015).

Com isso, notou-se que a futura mãe necessita receber orientações a respeito de como cuidar de seus bebês. Inicialmente, conhecer a fisiologia do recém-nascido (RN), as mudanças na pele; a linguagem do choro que expressa fome, sede, dor, frio ou calor, fraldas molhadas, ou somente necessidade de segurança; como segurar e banhar o seu bebê; limpeza do coto umbilical; prevenção de assaduras; a importância do aleitamento materno exclusivo, a relevância da vacinação; as cólicas que provocam episódios de choro intenso, o sono do bebê entre outras (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Aqui iremos abordar alguns cuidados que se deve ter com o bebê:

✓ *Higienização do coto umbilical*: a limpeza deve ser feita todos os dias, várias vezes e não se deve usar gazes nem faixa para cobrir o coto umbilical, mesmo que o bebê tenha hérnia umbilical. O uso destes não traz nenhum benefício, pois podem causar irritação, mal cheiro e secreção. Deve-se lavar bem as mãos com água e sabão antes de cuidar do coto umbilical, para evitar que os micróbios entrem no coto e causem doenças ao bebê. Lavar bem com álcool a 70% fazendo movimentos circulares até retirar toda a sujidade e colocar a fralda abaixo do coto umbilical, para que ele fique sempre seco (LINHARES, 2011)

✓ *Amamentação*: são diversas as vantagens do aleitamento materno exclusivo ao bebê até o 6º mês de vida, dentre as variadas, podem ser facilmente resumidas no fato do leite humano conter todos os nutrientes em qualidade e quantidade necessárias a propiciar um desenvolvimento adequado para o lactente, ou seja, por não ter mais nem menos, mas sim, a exata quantidade que a criança necessita (ALMEIDA; GOMES, 1998). Além da proteção imunológica, do menor risco de contaminação e do fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho. Dessa maneira, o aleitamento materno diminui a morbidade e mortalidade infantil e favorece o pleno desenvolvimento da criança. Atualmente, o leite materno é preconizado

como alimento exclusivo nos primeiros meses de vida da criança pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde (ESCOBAR et al, 2002).

✓ *Vacinação*: consultar o calendário básico de vacinação da criança para saber quais as vacinas que ela precisa tomar para estar protegida de doenças graves. Procurar seguir sempre esse calendário porque, se as vacinas forem realizadas nos períodos indicados, trazem mais benefícios à criança. A vacinação básica é gratuita e esses serviços seguem rigorosamente as regras de conservação e aplicação das vacinas. Na maioria das vezes, mesmo que a criança esteja com febre, gripada ou com outros sintomas, a vacina pode ser aplicada. Quem pode avaliar é a equipe de saúde. A vacinação (em anexo o calendário vacinal da criança/2015) é um direito das crianças e um dever dos pais e cuidadores (BRASIL, 2013).

✓ *Pele*: observe a pele do bebê. A presença da cor amarelada significa icterícia (amarelão), quando ela aparecer dentro das primeiras 24 horas de vida, quando o tom amarelado se torna intenso, quando se espalha por todo o corpo atingindo pernas e braços ou quando dura mais de duas semanas, é preciso que o bebê seja avaliado imediatamente pelo profissional de saúde (BRASIL, 2013).

2.2.5 Relação com o Companheiro

Com a chegada do bebê na família, ocorrem modificações no cotidiano do casal, ocorre a transição de papéis para a maternidade e para a paternidade, o que exige adaptações exemplificadas como: padrão do sono, medo, desejo sexual, aleitamento materno, cuidado do lar, entre outros. As novas demandas podem suscitar nos pais sentimentos de incapacidade, de forma a desencadear um período de crise (ZAGONELI; MARTINS; PEREIRA; ATHAYDE, 2003).

A transição à maternidade / paternidade é frequentemente descrita como uma época de desordem e desequilíbrio, bem como de satisfação para as mães e os parceiros. O início da adaptação à maternidade suscita nos pais sentimentos de incapacidade, confusão frente às novas demandas, levando a buscar apoio um no outro (ZAGONELI; MARTINS; PEREIRA; ATHAYDE, 2003).

As mães ocupadas com o cuidado ao filho nem sempre conseguem oferecer o apoio necessário ao pai, o qual sente-se privado de suporte. O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos neste período, conduz à inadequação no desempenho de papel, porém à medida que vivenciam esta experiência a inabilidade vai desaparecendo e emerge

sentimentos de companheirismo, compartilhamento de situações e entrega aos papéis exteriorizados através do amor, carinho, afeto, solidariedade entre os pais (ZAGONELI; MARTINS; PEREIRA; ATHAYDE, 2003).

O desempenho dos novos papéis frente à maternidade/paternidade exige a adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o período gestacional. Os pais ficam surpresos diante do aspecto do filho, a aparência física, a qual difere da idealizada, levando a uma maior dificuldade na aceitação imediata. O vínculo pais-filho ocorre gradativamente à medida que as incertezas, angústias, decepções vão se dissipando e torna-se mais intenso quando conseguem superar o conflito interno com relação às dificuldades de envolvimento (ZAGONELI; MARTINS; PEREIRA; ATHAYDE, 2003).

No puerpério alguns homens podem sentir os efeitos da depressão paterna que podem desestabilizar a organização familiar diante da chegada de um bebê acarretando, além de grande sofrimento para o homem, resultados nefastos sobre a prole e a família (IACONELLI, 2015).

Iaconelli (2015) enfatiza que:

Os sintomas habituais da Depressão Pós Parto (DPP) masculina pode ser: desesperança, pessimismo, tristeza profunda, culpa, fadiga, morosidade, dificuldade de concentração, de tomar decisões e de memória, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, para atividades antes prazerosas como o sexo, pensamentos mórbidos ou suicidas, impaciência, irritabilidade, mudanças bruscas de humor, doenças psicossomáticas como: insônia ou hipersonia, distúrbios alimentares, dores de cabeça, distúrbios digestivos e/ou dores crônicas.

Mas além desses, alguns sintomas específicos da DPP masculina podem passar despercebidos como: trabalhar demais e/ou fazer atividades com a finalidade inconsciente de escapar da vida doméstica (TV ou esporte em excesso, por exemplo), utilizar bebida e/ou automedicação em excesso, ferir-se e/ou sofrer acidentes com frequência, apresentar atitudes hostis, agressivas, descontroladas e/ou impulsivas como: iniciar um caso extraconjugal ou abandonar a família justamente no pós-parto (IACONELLI, 2015).

Um agravante nos diagnósticos de DPP masculina deve-se, justamente, à questões culturais, pois os homens tendem a não reconhecer e não serem reconhecidos em seu sofrimento. Como vimos, pela descrição dos sintomas não específicos, fica difícil identificar o quadro e, frequentemente, o pai não consegue nomear seu sofrimento. Os pais são criados na ilusão de que a chegada de um bebê deve promover um estado de plenitude e realização, mesmo que estejam conscientes (o que é raro) do cansaço envolvido na tarefa (IACONELLI, 2015).

Com base em estudos sobre as diferentes nuances da paternidade, concebemos que, em muitas partes do mundo, os pais estão assumindo um papel mais ativo no cuidado e criação de seus filhos. A participação do homem no processo da gravidez, em sentido mais amplo, é expressa por atitudes, comportamentos e sentimentos que se entrelaçam durante o ato de cuidar, concebido pelos maridos/companheiros como envolvimento afetivo para com a esposa e filho. Esse fato representa um alicerce à vivência do casal, contribuindo na consolidação da estrutura familiar (BRITO; ALMEIDA, 1999).

Brasil (2005, p. 38-39), afirma:

Puerpério do companheiro: ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal; se o casal já tem outros filhos é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há a necessidade de rearranjos na relação familiar. No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação.

Como no texto supracitado, no puerpério alguns homens se sentem como apenas um reprodutor, que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pela mulher. O companheiro é parte essencial para a formação de uma família, não se deve excluí-lo quanto aos cuidados do bebê e se faz necessário trata-lo com atenção e carinho, pois nesse momento o pai se sente excluído por diversos fatores, como o impacto emocional por ter assistido o parto, a possível decepção quanto ao sexo do bebê, o sentimento de exclusão já que a atenção maior agora é dada a criança e a proibição da atividade sexual com a sua mulher pelo período de 45 a 60 dias onde ocorrerá a cicatrização das partes traumatizadas durante o parto (BRASIL, 2005).

2.2.6 Cuidando de Si

A vivência do puerpério é, sem dúvida, complexa, pois ocasiona para as mulheres modificações biopsicossociais, mudanças essas atribuídas aos novos significados que podem interferir na sua adaptação à maternidade. Apesar de o puerpério ser um evento marcante na vida das mulheres, é, geralmente, um período negligenciado. As atenções se voltam muito mais para os bebês e há expectativa de que a mulher assuma o papel de mãe de imediato e sem dificuldades (SALIM, 2010).

Convém ressaltar que a experiência da maternidade pode significar felicidade e realização, mas também pode trazer consigo sacrifícios e abdições, pois ocorrem mudanças

na rotina, e os afazeres domésticos, bem como o cuidado de si podem ficar em segundo plano, devido às necessidades do bebê (KALINOWSKI, 2011).

A autora Stefanello (2005, p.107) entende “que o cuidado faz parte do cotidiano feminino como algo natural, e que é na fase puerperal que ele ganha ênfase e assume certas particularidades”. Ao receber alta hospitalar e retornar ao domicílio, geralmente a puérpera e o bebê recebem ajuda de membros da família para a adaptação à nova fase, como também para a realização dos cuidados, sejam eles referentes ao bebê, à própria puérpera, ao domicílio ou a outras pessoas da família. Para que a adaptação à maternidade aconteça, a puérpera precisa assumir comportamentos e habilidades para enfrentar as mudanças e o desequilíbrio desta nova etapa, visto que as demandas de cuidado com o bebê são grandes e, além disso, existem os afazeres domésticos e demais ações que precisam ser revistas e reajustadas (STEFANELLO apud KALINOWSKI, 2011, p.25).

Santos (1991) citando Orem diz que fatores como a idade, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis condicionam as capacidades dos indivíduos para as atividades do autocuidado, devendo estas serem levadas com grande consideração, sustenta ainda que a totalidade das ações de autocuidado que devem ser executadas durante um tempo para atender à exigência terapêutica do autocuidado constituem-se por meio do uso de métodos válidos e conjuntos de ações e operações. O autocuidado efetivamente executado contribui com a integridade, o funcionamento e desenvolvimento do ser humano (SANTOS apud SOARES; VARELA, 2007, p. 11).

“Autocuidado é o desempenho ou a 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” (GEORGE, apud SOARES; VARELA, 2007, p.11).

A puérpera, mesmo ao priorizar os cuidados com o bebê, cuida de si quando se preocupa com sua alimentação e higiene corporal; tem cautela com relação à exposição ao frio; evita esforços físicos e relações sexuais durante este período; cuida da ferida operatória ou episiorrafia; procura manter-se tranquila, entre outros cuidados (KALINOWSKI, 2011).

É indispensável a percepção da mulher sobre a importância do autocuidado nessa fase. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência as puérperas, devem atentar-se para estimular o empoderamento feminino no período do resguardo. A vivência da maternidade deve ser considerada em sua plenitude para que o cuidado à mulher seja mais efetivo sem desconsiderar a relação entre o binômio (BARRETO; MOREIRA, 2014).

As dificuldades enfrentadas pelas puérperas trazem dor e desconforto principalmente nas regiões abdominal, perineal, muscular, articular, mamária e mamilos, nos membros superiores, na região dorsal, na eliminação intestinal, todos estes podem influenciar na sua autoimagem (MARTINS; RIBEIRO; SOLER, 2011).

Assim, percebe-se a necessidade de exercícios físicos no pós-parto, desde que sejam supervisionados e direcionados por profissionais especializados, objetivando acelerar o processo de retorno às condições pré-gravídicas (MESQUITA; MACHADO; ANDRADE, 2012). A consulta de enfermagem no pós-parto pode determinar diagnósticos e, com base neles, subsidiar um plano de cuidados ou de intervenções de enfermagem na área obstétrica, com foco na realização de exercícios físicos (MARTINS; RIBEIRO; SOLER, 2011).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. A realização de exames é de extrema importância para as puérperas, já que estes contribuem fornecendo subsídios relacionados à situação clínica da paciente auxiliando na assistência do diagnóstico de alguma intercorrência ou complicação que pode aparecer e na avaliação direcionando a um possível tratamento, além de avaliar a gravidade da situação, tentando preservar assim o bem estar da mulher (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O objetivo, por consequência, é fazer com que tais exames avaliem o perfil e os riscos de cada pessoa, mesmo as que não estejam doentes, para orientá-las a adotar hábitos que atenuem os riscos ou ajudem a tornar a saúde ainda melhor (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

De acordo com o Manual Técnico de Pré- Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) faz parte da conduta do enfermeiro à prescrição de exames complementares para as puérperas, além das orientações a paciente para elaborações destes para garantia de um resultado fidedigno, a interpretação dos resultados alcançados, e a atribuição de ações possibilitando direções em concordância com as análises realizadas dos resultados para a preservação e promoção da saúde.

Fazem parte da rotina da puérpera os seguintes exames:

<i>Exames</i>	<i>Para que serve?</i>	<i>Quando fazer?</i>
Hemograma Completo	Analisa as variações quantitativas e morfológicas de todos os elementos do sangue, em especial os leucócitos, plaquetas e as hemácias, realizando uma análise quantitativa que permite a observação dos quadros diferentes de Anemia, Policitemias (aumento na produção de	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.

	hemácias), o diagnóstico de Infecções, Leucemias e Distúrbios de Coagulação.	
Urina Tipo 1 (EAS)	É um exame de rotina que avalia aspectos físico-químicos (aspecto, cor, odor, PH, densidade) da urina, além da presença de elementos no sedimento (glicose, hemoglobina, proteína, glóbulos vermelhos e brancos, entre outros).	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.
Parasitologia das Fezes	Estuda as funções digestivas, a dosagem de gordura fecal, as pesquisas de sangue oculto, a pesquisa de ovos e parasitas e a coprocultura (presença de bactérias).	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.
Sorologias para DST's, HIV, Hepatite B.	Detecção de infecção por HIV, Sífilis e Hepatite B.	Oferecer os testes com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto.
PCCU (Exame Preventivo de Colo do Útero ou Papanicolau)	Consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Diagnostica principalmente o câncer de colo uterino, inflamações, contaminação bacteriana.	Se no último exame o resultado der normal, realizar no período de três em três anos caso continue apresentando normalidade. Se parto normal realizar o exame após seis meses, se cesariano realizar após dois meses da cirurgia.

Quadro 1: Exames no Puerpério

Fonte: Protocolo de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher/ Prefeitura de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: 2009.

A vacinação também é uma das medidas mais importantes que as puérperas devem tomar para prevenção contra doenças. É muito melhor e mais fácil prevenir uma doença do que tratá-la, e é isso que as vacinas fazem. Elas protegem o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde das pessoas e inclusive levá-las à morte (BRASIL, 2003).

As puérperas devem iniciar ou completar o esquema vacinal segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM), aplicar as vacinas: Dupla tipo Adulto (dT),

Hepatite B (Hb), Febre Amarela (FA) e Tríplice viral (SRC) ou Dupla Viral (SR), se necessário, ou seja, quando não aplicadas no período gestacional e deve-se seguir o esquema de vacinação abaixo:

Calendário de Vacinações das Puérperas

<i>Intervalo entre as doses</i>	<i>Vacina</i>	<i>Esquema</i>
Primeira visita	<ul style="list-style-type: none"> ✓ (1) Dupla tipo Adulto (dT): quando não realizada na gestação. ✓ (2) Tríplice Viral (SRC): sarampo, caxumba, rubéola. ✓ Hepatite B. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primeira dose ✓ (2) Verificar a idade ✓ Primeira dose
Segunda visita (2 meses após a primeira visita)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dupla tipo Adulto (dT). ✓ Hepatite B. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Segunda dose ✓ Segunda dose
Terceira visita (6 meses após a primeira visita)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dupla tipo Adulto (dT).* ✓ Hepatite B. ✓ (4) Febre Amarela (FA). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terceira dose ✓ Terceira dose ✓ (4) Dose única

Quadro 2: Calendário de Vacinação das Puérperas (adaptado segundo calendário vigente).

* Caso não tenha recebido a dose de dTpa entre a 27ª a 36ª semana de gestação.

Fonte: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/i16calendario-vac-puerperas.pdf>

2.2.7 Planejamento Familiar

Em 1996, um Projeto de Lei n.º 9.263 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. (BRASIL, 2002).

O Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos Direitos Reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as. É importante salientar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos

e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2002).

No que concerne à anticoncepção, os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O período puerperal é considerado propício para a utilização de métodos anticoncepcionais (MACs), pois diante da proximidade do evento obstétrico a mulher se encontra sensibilizada e mais receptiva a discutir seu futuro reprodutivo. Além disso, observa-se que muitas mulheres têm um pequeno intervalo entre as gestações, o que pode denotar pouco conhecimento ou mesmo escassa oferta de métodos anticoncepcionais neste período (MINANNI et al, 2009).

Métodos não hormonais devem ser a primeira escolha no puerpério, por não interferirem na lactação ou no sistema hemostático, porém deve-se ter sempre o bom senso de avaliar a preferência da puérpera e seu possível grau de aderência a estes métodos. O método de amenorréia da lactação (definido em 1988, na Conferência de Bellagio, Itália) define o aleitamento, realizado regularmente durante o dia e à noite, como método contraceptivo em mulheres que permanecem em amenorréia, sem a oferta de suplemento alimentar aos RNs por até seis meses pós-parto, com efetividade de até 98% (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

Métodos de barreira como a camisinha (seja masculino ou feminino) é um método contraceptivo eficaz, disponível na maioria dos serviços públicos e que, além de prevenir uma gestação indesejada, protege o casal das doenças sexualmente transmissíveis e age impedindo o contato do sêmen com a vagina. No entanto, precisa haver motivação do casal em usá-lo em cada relação sexual e de forma correta (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

O diafragma – método de barreira, descrito em 1880 pelo médico alemão Hasse, é reconhecido como um anticoncepcional eficaz e que não provoca efeitos sistêmicos. Sua aceitabilidade, entretanto, é bem variável, dependendo da época, do país, e do incentivo que é dado ao seu uso, o preservativo apresenta uma eficácia mediana para prevenir gravidez, é recomendando após seis semanas do parto. Trata-se de um método muito dependente da motivação da mulher, e às vezes, no pós-parto, devido a mudanças nas dimensões da vagina e

do aparelho de sustentação dos órgãos pélvicos, pode ser necessário reajuste do tipo e tamanho do mesmo (KALCKMANN et al, 1997).

O Dispositivo Intra-Uterino – DIU é um pequeno objeto de plástico, que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio colocado no interior do útero para evitar a gravidez, o DIU sem hormônio: funciona apenas como barreira, normalmente é revestido de fios de cobre. Pode ter duração de entre três e dez anos. O DIU com hormônio: funciona como barreira e ainda libera doses pequenas de progesterona. A menstruação pode desaparecer ou pode haver sangramentos irregulares, dura até 5 anos (BRASIL, 2001).

O DIU não provoca aborto, porque atua antes da fecundação, a colocação do dispositivo no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado. É um método muito eficaz (BRASIL, 2009).

Ele pode ser inserido logo após a eliminação da placenta, tanto no parto normal como na cesárea. Quando sua introdução é feita nesta ocasião, as mulheres referem diminuição do sangramento e das cólicas. Quando não inserido dentro das 48 horas pós-parto, recomenda-se inseri-lo apenas na sexta semana pós-parto, independente do retorno da menstruação (BRASIL, 2001).

Para quem amamenta, o DIU com progesterona só deve ser inserido seis semanas após o parto. Já o DIU sem hormônio pode ser inserido antes disso. O DIU é mais recomendado para mulheres que já têm filhos devido a possíveis riscos de infecção no útero e complicações de saúde (BRASIL, 2009).

Os anticoncepcionais hormonais podem ser utilizados em mulheres que amamentam com algumas restrições. O método contraceptivo hormonal é classificado de acordo com sua composição, só com progestógenos ou anticoncepcional hormonal combinado se contém progestógeno associado ao estrogênio. Anticoncepcional hormonal só com progestógenos (oral, injetável trimestral, implante subdérmico). Podem ser empregados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, não alteram o volume do leite produzido, nem a concentração de proteínas, lípidos ou lactose. Podem ser iniciados após seis semanas do parto e devem ser os preferidos quando a opção for a contracepção hormonal. A excreção destes hormônios pelo leite é pequena correspondendo menos de 1% da dose materna. A eficácia destes métodos é alta, correspondendo a uma taxa de falha menor que 1% (BARBIERI, 2015).

O método oral denominado de minipílula (35 µg de noretindrona ou 30 µg de levonorgestrel ou 50 µg de linestrenol) pode ser mantido até 6 meses ou até a mulher

menstruar, geralmente coincidindo com o início da complementação alimentar da criança. Por apresentar maior incidência de falha que o uso de outros hormonais, a mulher deve ser informada que seu uso deve ser diário e se possível sempre no mesmo horário. Sua eficácia aumenta quando associada ao aleitamento (BARBIERI, 2015).

A injeção trimestral de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona, por via intramuscular deve ser iniciada após seis semanas do parto, apresenta maior eficácia que a minipílula. Estudos não detectaram qualquer efeito clinicamente mensurável sobre a saúde ou crescimento de bebês amamentados por mulheres que usaram este método (BARBIERI, 2015).

Os Contraceptivos Combinados (COC) são os mais empregados no mundo e consistem da associação de um estrogênio (em geral, o etinilestradiol – EE) e um progestagênio. Agem com a finalidade de bloquear a ovulação, ao inibir a secreção de FSH e LH, de espessar o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides, de tornar o endométrio não receptivo à implantação e alterar a secreção e peristalse das trompas. Estão disponíveis em diversas vias de administração: oral, intramuscular, transdérmica e vaginal. Teoricamente, não devem ser utilizados no puerpério, porque o componente estrogênico prejudica a quantidade e qualidade do leite materno (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

A esterilização feminina quando previamente discutida com o casal e dentro das condições em que a lei permite, é uma prática contraceptiva que pode ser efetuada logo após o parto normal, através da laqueadura tubárea realizada por uma minilaparotomia, de preferência até 72 horas do parto, ou durante a cesárea se esta for a via do parto. Não é norma aceitável a discussão sobre este método quando do momento do parto. O recomendado é que haja uma apresentação de todos os métodos disponíveis e que o casal tome a decisão fora do ciclo grávido-puerperal, pela irreversibilidade do método (BRASIL, 2001).

A opção do uso de um determinado método contraceptivo parte da informação disponibilizada para o usuário, sendo esclarecido o que é, como se utiliza e suas vantagens e desvantagens. Portanto deve-se oferecer informações sobre todos os métodos anticoncepcionais para aumentar a liberdade de escolha. A educação em saúde para o planejamento familiar deve estar disponibilizada nos postos e centros de saúde do serviço público no Brasil (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1999).

2.2.8 Fim do Puerpério

O puerpério se inicia após a expulsão completa da placenta e das membranas ovulares. Com relação ao seu final, entretanto, não existe consenso na literatura. Para alguns autores, tem duração até a sexta semana pós-parto, quando o retorno à normalidade da maioria das modificações gravídicas do sistema genital, hormonal, hematológico já ocorreu, e, para outros, após um ano, a partir de quando o organismo materno estaria apto a uma nova concepção. A OMS preconiza acompanhamento puerperal cuidadoso até o sexto mês (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

2.2.9 Mitos e Verdades

A questão cultural, na realização de cuidados, é marcante, principalmente no período pós-parto ou puerpério, também chamado de resguardo, dieta ou quarentena. Neste período, segundo a cultura popular, deve haver resguardo, cuidado e obediência a certas regras, a fim de evitar o adoecimento ou recaída da puérpera. No que diz respeito à saúde da mulher, é no pós-parto que há maior manifestação de crenças populares, criação de tabus e realização de rituais de cuidado, transmitidos pela família (KALINOWSKI, 2011).

Devido à amplitude de significações característica da fase puerperal, identificar e compreender elementos culturais presentes no dia a dia das puérperas, tais como crenças, tradições, costumes, valores, hábitos, comportamentos e rituais, são estratégias importantes para facilitar a interação entre o enfermeiro e a puérpera e sua família. Para tanto, as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorre (KALINOWSKI, 2011).

No meio relacional familiar as mulheres se orientam para o cuidado, sendo a família a transmissora de crenças, hábitos, atitudes e condutas. Dentre os familiares, sabe-se que as mulheres têm uma participação decisiva no aconselhamento, apoio e cuidado à mulher e ao recém-nascido (STEFANELLO apud KALINOWSKI, 2011).

Por ser essa uma fase em que se encontram mais vulneráveis em termos físicos e simbólicos, as mulheres adotam uma série de práticas relacionadas a alimentação, higiene, atividade sexual, atividade física, à manutenção do aleitamento materno e aos cuidados com a ferida operatória ou a episiorrafia (STEFANELLO apud KALINOWSKI, 2011).

Ademais, algumas mulheres tem a crença de que, no puerpério, o corpo da puérpera está vulnerável e “aberto” a doenças, assim, todas as enfermidades que se adquirem

durante o pós-parto precisam ser curadas antes de seu término, pois, caso contrário, a puérpera permanecerá para o resto da vida com tal doença (KALINOWSKI, 2011).

Por acreditar que o bebê é um ser frágil e suscetível a doenças, a puérpera, de acordo com crenças populares, deve obedecer a alguns cuidados para não expô-lo a riscos, como, por exemplo, evitar o contato com pessoas que não são familiares ou com ambientes diferentes. Deste modo, algumas famílias realizam bênçãos e benzeduras, que têm por objetivo proteger o bebê contra algum malefício, e prevenir ou curar “mau-olhado”, práticas que revelam como a questão cultural na realização de cuidados é marcante no período pós-parto (KALINOWSKI, 2011).

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida. A insuficiência lactacional, é uma das razões primordiais que levam ao desmame precoce, além disto, as crenças e os tabus influenciam no aleitamento materno, principalmente, no tocante à alimentação materna durante a lactação. A questão do aleitamento materno, não é somente biológica, mas é histórica, social e psicologicamente delineada. A cultura, a crença e os tabus têm influenciado de forma crucial a sua prática (ICHISATO; SHIMO, 2001).

Depreende-se que as práticas de cuidado pós-parto são transmitidas de geração em geração por crenças, costumes e tabus. Sendo a família na maioria das vezes o principal veículo dessa socialização. Dessa forma, as práticas de cuidado pós-parto desenvolvidas e oferecidas pelos profissionais de saúde, necessitam da inclusão de outros sujeitos, também agentes nesse processo, que são os demais membros da família (STEFANELLO apud KALINOWSKI, 2011).

2.3 Tecnologias Educativas

Para desenvolver educação em saúde junto à puérpera, torna-se fundamental que os profissionais de saúde se empenhem na busca e desenvolvimento de novas tecnologias de ensino. Isso possibilitará o desenvolvimento de competências e habilidades, essenciais para a manutenção de uma vida ativa e com qualidade, ao longo desse processo. Merhy (2002) afirma que o contexto atual é de transição tecnológica em saúde, com novas possibilidades de reestruturação ou construção de modelos que se propõem a atender as necessidades do paciente de modo mais abrangente.

São os diversos tipos de tecnologias como enfatiza o autor a seguir:

Com as constantes e intensas mudanças nos dias atuais, onde é crescente e cada vez mais acelerada a inovação tecnológica, tem-se à disposição dos profissionais e usuários os mais diversos tipos de tecnologias, tais como: tecnologias educacionais, tecnologias gerenciais e tecnologias assistenciais (BARRA et al., 2006).

Dentre estas tecnologias nosso trabalho está centrado na tecnologia educacional. Dessa forma, é importante ter uma postura crítica e reflexiva sobre a utilização da tecnologia, buscando uma adequação às necessidades do paciente como um todo e que, independente do uso da tecnologia, cabe ao enfermeiro saber utilizar estas tecnologias para benefício do seu paciente (BARRA et al, 2006).

2.3.1 Tecnologia Educacional

A tecnologia educacional no cuidado de enfermagem é um conjunto de ferramentas que podem ser cada vez mais desenvolvidas e especializadas para auxiliar os profissionais motivados a proporcionar um melhor cuidado à saúde do ser humano (NASCIMENTO, 2005).

Nascimento (2005) refere que a tecnologia educacional não é composta somente por materiais e equipamentos. É necessário expandir esse conceito, inovando tecnologicamente a educação, ao reconhecer que o uso criativo dos instrumentos disponíveis pode estimular o pensamento crítico, levando ao desejo de manifestar opiniões, de trocar ideias, de conhecer o que o outro tem a ensinar.

A esse respeito, Sampaio e Leite (2000), reforçam ao afirmar que tecnologia educacional deve ser empregada e analisada criticamente, com o propósito de beneficiar o processo de transformação social promovido pela educação.

Sabe-se que termo tecnologia tem sido utilizado de forma enfática, incisiva e determinante, porém distorcida na prática diária, uma vez que tem sido concebido, quase sempre, somente como um produto ou equipamento. Nesse sentido, Mehry et al (1997) ressaltam que a tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente à máquinas, dessa forma, a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas.

Refletir o cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações. A relação entre o cuidado de enfermagem e a tecnologia é permeada pela busca do conhecimento científico (ROCHA et al., 2008).

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que foram agrupadas por Merhy et al. (1997) em três categorias, a seguir:

a) Tecnologia dura, representada pelo material concreto como equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais;

b) Tecnologia leve-dura, incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e;

c) Tecnologia leve, que se expressa como o processo de produção da comunicação, acolhimento, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde, gestão, como uma forma de governar processos de trabalho.

Observa-se que as três categorias apresentadas estão intimamente interligadas e presentes no agir da enfermagem, ainda que nem sempre de modo transparente. Neste contexto, a tecnologia educacional no cuidado de enfermagem com pacientes, pode ser uma importante ferramenta que auxilie no cuidado a essas pessoas (MERHY et al, 1997).

Com a tecnologia educacional no cuidado da enfermagem, podemos desenvolver novas formas de cuidado que auxilie os profissionais, bem como no cuidado de si, no desenvolvimento de competências e habilidades que promovam a saúde e a qualidade de vida dos pacientes (MERHY et al, 1997).

O uso das tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento. Esse objeto exige dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta e a flexibilidade (ROSSI; LIMA, 2005).

Tal consideração permite entender a dimensão da produção tecnológica na enfermagem, a qual pode encontrar estratégias tecnológicas de cuidado no cotidiano do seu trabalho, tanto em sua natureza assistencial como na administrativa, que objetivem melhorar as ações educativas em saúde (ROSSI; LIMA, 2005).

Nessa compreensão, a tecnologia educativa não pode ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde com a puérpera (ROSSI; LIMA, 2005).

Autores como Rocha et al. (2008), apontam que tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber, apresentando-se desde o momento

da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações, na maneira como se dá o cuidado em saúde.

Quando se visualiza uma estrutura de forma flexível que sofre adaptações conforme a necessidade do cuidador e o ser cuidado, com o objetivo de promover um cuidado único, específico e ao mesmo tempo integral, o modelo de cuidado pode então ser visto como uma tecnologia (ROCHA et al., 2008). Desse modo, os modelos de cuidados manifestam-se como tecnologias, sejam estas leves, leve-duras ou duras, que englobam um conjunto de conhecimentos.

Koerich et al. (2007) resgatam que a tecnologia moderna organiza e sistematiza as atividades e, não somente, produz máquinas e ferramentas físicas. O que nos leva a compreender que a tecnologia envolve um conjunto de ferramentas que dá dinamicidade às ações, bem como auxilia no cuidado.

Corroborando com essa afirmação, Rocha et al. (2008), associam o modelo de cuidado como um processo tecnológico, que pode ser classificado, como uma tecnologia leve-dura, pois o mesmo é estruturado em uma sequência de passos ou normas que o determinam e orientam para a realização do cuidado.

Merhy (2002) refere que a tecnologia inclui saberes para a produção de produtos e para a organização de ações humanas nos processos produtivos, portanto sustentando o trabalho vivo. Assim, o trabalho vivo em ato comporta, por exemplo, a criatividade permanente do trabalhador em ação, inventando novos processos de trabalho e abrindo novas direções não pensadas.

Dessa forma, a ação educativa em saúde é um processo dinâmico, que busca melhoria das condições de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, é essencial desenvolver novas tecnologias educacionais que estimulem as ações dos pacientes, almejando bem-estar e qualidade de vida. Sendo assim, reforça-se a necessidade do enfermeiro em produzir novas tecnologias educacionais no cuidado de enfermagem, reconhecendo as verdadeiras necessidades, desejos e aspirações, incitando a prevenção secundária, a adesão ao tratamento, o cuidado de si, o encorajamento, o desenvolvimento de competências e a melhor qualidade de vida (SANTOS, 2010).

O autocuidado é entendido como o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e seu bem-estar. Nesse

processo existe uma ação, que é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado (FOSTER, BENETT, 2000).

Inúmeros fatores condicionantes básicos podem afetar essa capacidade, como idade, sexo, fatores do sistema familiar, padrões de vida, adequação e a disponibilidade de recursos e, podem gerar demandas por autocuidado. Esses fatores envolvem as ações a serem desempenhadas com alguma duração, para preencher exigências do autocuidado, provocando eventos e resultados que beneficiam as pessoas de maneira específica (FOSTER, BENETT, 2000).

A educação em saúde participativa não se estabelece, portanto, de forma linear nem imediata. É uma construção cotidiana e coletiva, possivelmente inacabada. Não há receitas nem fórmulas para as mudanças de comportamento. É necessário reconhecer que há um caminho extenso a ser percorrido, e que as possíveis mudanças não são aquelas que talvez o profissional de saúde pretenda, e que nem sempre são visíveis (DANIELI; PAIXÃO, 2007).

Danieli & Paixão (2007) ressaltam que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e nos remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência. Logo, a educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde, é uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares, como demonstrado pelas mulheres que passam por esse período puerperal.

Nossa cartilha adequa-se ao conceito de Merhy (2002) que afirma: a tecnologia num sentido amplo e abrangente, permeando o processo de trabalho em saúde, envolvendo saberes e habilidades, além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações, no modo como se dá o cuidado. Acreditamos que o desenvolvimento da tecnologia educacional seja uma forma facilitadora para a educação em saúde, auxiliando no entendimento e compreensão da sua condição de saúde e doença, com o intuito de atender as necessidades de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

2.4 O Papel do Enfermeiro como Educador

A educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Apesar disso, a educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

O enfermeiro desempenha função importante para a população, pois participa de programas e atividades de educação em saúde, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral. Sendo ele um educador está inserido no contexto que norteia a educação em saúde, visto que é necessário orientar a população, e por que não dizer, mostrar alternativas para que esta tome atitudes que lhe proporcione saúde em seu sentido mais amplo. O educador é o profissional que usa as palavras e gestos como instrumento de trabalho nesta luta coletiva. A educação em saúde engloba todas as ações de saúde, e deve estar inserida na prática diária do enfermeiro (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

À primeira vista, a atuação de um profissional enfermeiro não parece convergir a aspectos educativos, aparenta estar ligado exclusivamente aos processos de assistência e gerenciamento em saúde. As práticas educativas em saúde têm tido uma presença marcante na atuação dos enfermeiros nas últimas décadas. Isto tem sido referenciado por diferentes autores da área (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Esta forma de atuação tem sido também uma preocupação daqueles enfermeiros que discutem e trabalham com a temática de educação, pois, o enfermeiro, além de suas funções na educação formal (na formação de profissionais de saúde) e informal desempenha atribuições na educação não formal, que inclui todas as atividades de educação e saúde individual e coletiva aos usuários dos serviços de saúde (BUDÓ; SAUPE, 2004).

O Enfermeiro, como profissional de saúde precisa ser capaz de identificar os níveis de suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador e partícipe deste processo transformador (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Sendo as práticas educativas uma constante na vivência dos profissionais da saúde, dentre eles a do enfermeiro, cuja essência tem sido apontada por grupos de profissionais, como sendo o cuidado (BUDÓ; SAUPE, 2004).

No século XIX, as concepções teóricas e filosóficas sobre enfermagem desenvolvidas por Florence Nightingale iniciaram importantes mudanças na história do

cuidar, na história do hospital. Seus conceitos de destaque foram: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. A educação em saúde visa promoção, manutenção, prevenção e restauração da saúde de um indivíduo ou comunidade. Para que isso ocorra é fundamental que o profissional envolvido esteja preparado ou seja, com conhecimento científico e que goste de trabalhar com a comunidade pois é através do contato direto com pessoas, linguagem simples e clara que deverá desempenhar seu papel como educador (ANDRADE; DINIZ, 2008)

A evolução da saúde está relacionada com a evolução da sociedade. As práticas educativas têm como objetivo instruir indivíduos e grupos para colaborarem na melhoria da saúde da população. Estas práticas estão presentes desde tempos remotos, quando a maioria da população buscava a medicina popular para resolver seus problemas de saúde (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Para se fazer educação é preciso conhecer a si mesmo, para poder compreender o outro, ter empatia, trocar conhecimento. Educar é um processo contínuo, em que se ensina e aprende a cada dia, respeitando o saber do outro e aprendendo com ele. “Assim ensinar não é transferir conhecimentos, é sim criar possibilidades para sua construção e produção” (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Para que o enfermeiro possa desempenhar suas atividades de forma plena, é essencial que o profissional esteja comprometido de forma integral e que realize aprimoramentos constantes com o propósito de transmitir informações atualizadas e verídicas. Cabe aos profissionais de saúde refletir sobre sua atuação como educadores (ANDRADE; DINIZ, 2008).

Falar de um processo educativo é refletir sobre mudanças de atitude, assim, ao desenvolver educação em saúde, o enfermeiro atua diretamente sobre os conceitos individuais de bem-estar e cria um ambiente sobre os estilos de vida de cada um. (BRASIL, 1997).

Educar em saúde é parte primordial do trabalho que a enfermagem tem de cuidar. Pode ser compreendido como um envolvimento que se tem entre pessoas com o objetivo de organizar ações para mudanças, de comportamento ou atitude e esses utilizam de criatividade, inovação e capacidade de improviso (TREZZA et al, 2007 apud ANDRADE; DINIZ, 2008).

O enfermeiro, como educador em saúde, deve ser capaz de influenciar na construção de novos paradigmas, a formação recebida pelo profissional de saúde é muito importante, pois resultam na capacitação de um enfermeiro educador, ou seja, um profissional

que, através de ações educativas conscientiza a população sobre a importância de uma saúde integral e, não apenas, a erradicação de doenças (ANDRADE; DINIZ, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa que foi desenvolvido com enfoque na educação em saúde. As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários/formulários). São utilizados quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa (DA SILVA, 2014).

Em seu trabalho Rodrigues et al (2006) afirma que a educação em saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, as puérperas puderam adquirir informações, refletir sobre suas práticas, bem como sobre os cuidados no período puerperal.

Diante disso dentre as estratégias metodológicas utilizamos a roda de conversa que é um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, possibilitando fluidez de discursos e de negociações diversas entre pesquisadores e participantes. Inicia-se com a exposição de um tema pelo pesquisador a um grupo (selecionado de acordo com os objetivos da pesquisa) e, a partir disso, as pessoas apresentam suas elaborações sobre ele, sendo que cada uma instiga outra a falar, argumentando e contra argumentando entre si, posicionando-se e ouvindo o posicionamento do outro (MÉLLO et al, 2012).

3.2 Local de Estudo

Foi desenvolvido na Unidade Municipal de Saúde do Guamá (UMS – Guamá), localizada na cidade de Belém – Pará e situada na Rua Barão de Igarapé Miri com número 479 no bairro do Guamá, com administração de esfera municipal.

Funciona nos turnos manhã e tarde com atendimento de segunda à sexta, de 07:00 às 18:00 hs. A unidade oferece assistência ambulatorial aos programas materno-infantil, imunização (sala de vacinação), hanseníase (MH), tuberculose (Tb), Programa HiperDia (voltado para pessoas com diabetes e hipertensão), preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU), teste para diagnóstico de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito (teste do pezinho), profilaxia da raiva humana e atenção à saúde do idoso, realização de acompanhamento com gestantes (Pré-Natal), atendimento nas quatro clínicas básicas (médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica), assistência social e odontológica (prevenção e curativa), curativos, injetáveis, farmácia e exames laboratoriais básicos.

Seu quadro funcional é composto por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos - bioquímicos, médicos pediatras, de clínica médica, ginecologistas/obstetras, geriatra, nutricionista, odontólogos, técnicos de enfermagem, agentes de vigilância sanitária, atendentes de consultório dentários, agentes administrativos, auxiliares de informática; e agentes de portaria.

A unidade conta também com o Laboratório de Habilidades Humanas inaugurado em novembro de 2010, que em sua estrutura conta com um mini auditório com capacidade para 100 pessoas, 2 salas de treinamento, 4 consultório e 1 sala de coordenação. O laboratório oferece consultas realizadas por discentes supervisionadas por docentes, assim como atividades educativas dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, terapia ocupacional, farmácia da Universidade Federal do Pará. O laboratório foi construído com recursos do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde), dos Ministérios da Educação e da Saúde (MEC/MS).

3.3 População/Amostra

36 puérperas que receberam atendimento na Unidade Municipal de Saúde.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Mulheres no ciclo gravídico puerperal devidamente matriculadas no Programa de Pré – Natal da UMS ou que procuraram qualquer tipo de atendimento na UMS (teste do pezinho, planejamento familiar, vacinação por exemplo) e puérperas que retornaram para as consultas e rodas de conversa.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Mulheres no período puerperal após 45 dias; Menores de 18 anos desacompanhadas pelo responsável e as que se negarem a participar do estudo.

3.4 Passos da Pesquisa

A pesquisa contou com três tempos distintos. No primeiro período, efetuamos o protocolo da cartilha no setor de Propriedade Intelectual da Universidade Federal do Pará, para realizarmos o Registro dos Direitos do Autor, que consiste no registro para o reconhecimento da autoria da cartilha, específica dos direitos morais e patrimoniais, estabelecendo prazos de proteção para os autores da obra.

No segundo período, foram encaminhadas as cartilhas das puérperas para dois expertises no assunto, onde estes ao analisarem o instrumento de educação em saúde, deram o parecer (em anexo) sobre a validade da cartilha no uso da saúde coletiva.

O terceiro período é a captação das usuárias para as rodas de conversas, onde fornecemos a Cartilha da Puérpera e estas foram divididas em duas categorias:

Categoria 1: mulheres no ciclo gravídico puerperal matriculadas na UMS que receberam consultas do pré-natal do último trimestre (orientações para o parto e retorno no puerpério) e do puerpério (alta do pré – natal) pelas concluintes. Nesse momento ocorreu a aplicação do formulário “A” (Apêndice C), a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Imagens (Apêndices A e B), e essa usuária recebeu as orientações sobre o período pertencente ao gravídico – puerperal, como os cuidados com o seu recém-nascido incluindo o aleitamento materno e os cuidados gerais. Com o finalizar desta consulta foram realizados os agendamentos para o segundo período, que consistiu em serem as três rodas de conversa.

Categoria 2: puérperas que não realizaram pré-natal na UMS do Guamá, mas que procuraram outro tipo de atendimento como Teste de Triagem Neonatal e imunização, nesse momento elas foram convidadas e agendadas a participar das rodas de conversa para receberem orientações sobre o cuidado com o seu bebê, o cuidado de si e o do seu companheiro, e a responder o formulário “A” (Apêndice C) e a assinarem o TCLE e o Termo de Autorização de Imagens (Apêndices A e B).

Realizamos no total de três rodas de conversas, sendo que na primeira que foi realizada no dia 07/05/2015 foram abordados os assuntos referentes aos cuidados do recém-nascido abrangendo os cuidados gerais, o banho, o curativo do coto umbilical, o aleitamento materno exclusivo e a relação da mãe com o seu bebê. Além disso, também conversamos sobre ‘O que é o Puerpério?’ sobre o início desse período tão importante do ciclo gravídico puerperal. Na segunda roda de conversa, realizada em 21/05/2015 abordamos o tópico tão esquecido entre as puérperas que é o ‘Cuidado de Si’, onde conversamos sobre a alimentação no período puerperal, a realização de atividades físicas, a higiene, os exames a serem realizados e as vacinas que as puérperas precisam tomar nesse período. Já na terceira e última roda de conversa que foi realizada no dia 11/06/2015, conversamos sobre a relação com o companheiro, o planejamento familiar, a volta das atividades sexuais após o parto e métodos contraceptivos.

Por fim das três rodas de conversas, foi aplicado o formulário “B” (Apêndice D) com perguntas com a finalidade de verificar a efetividade do uso da Cartilha da Puérpera na aquisição do conhecimento sobre os cuidados a serem tomados nesse período.

A roda de conversa é um método de discussão que possibilitou aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir da riqueza que cada puérpera possuía sobre o assunto. Em todas as três rodas de conversas, cada integrante dispostas em círculos, tiveram a oportunidade de falar ou expressar o que pensam sobre os assuntos debatidos, sejam estes pensamentos dúvidas a serem esclarecidos ou conhecimentos empíricos que são aqueles que construímos e adquirimos no dia – a dia, o conhecimento obtido através da observação, do senso comum, dispensando a necessidade de comprovação científica.

3.5 Análise dos Dados

Os dados levantados tiveram suas variáveis distribuídas em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010, que facilitou a montagem dos gráficos e análise dos resultados. Na análise dos resultados, fizemos a discussão com os achados na literatura confrontando-os com os dados que foram coletados.

3.6 Questões Éticas e Legais

Os dados foram coletados conforme as exigências previstas na Resolução nº 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em 12 de dezembro de 2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, relativamente a confidencialidade, sigilo e privacidade, sendo explicado as informantes o objetivo da pesquisa e somente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram realizadas as entrevistas.

A coleta de dados ocasionou riscos mínimos, como a quebra do sigilo, no entanto tivemos o máximo de cuidado guardando todas as informações que foram obtidas em segredos e o nome do participante não foi identificado em nenhum momento.

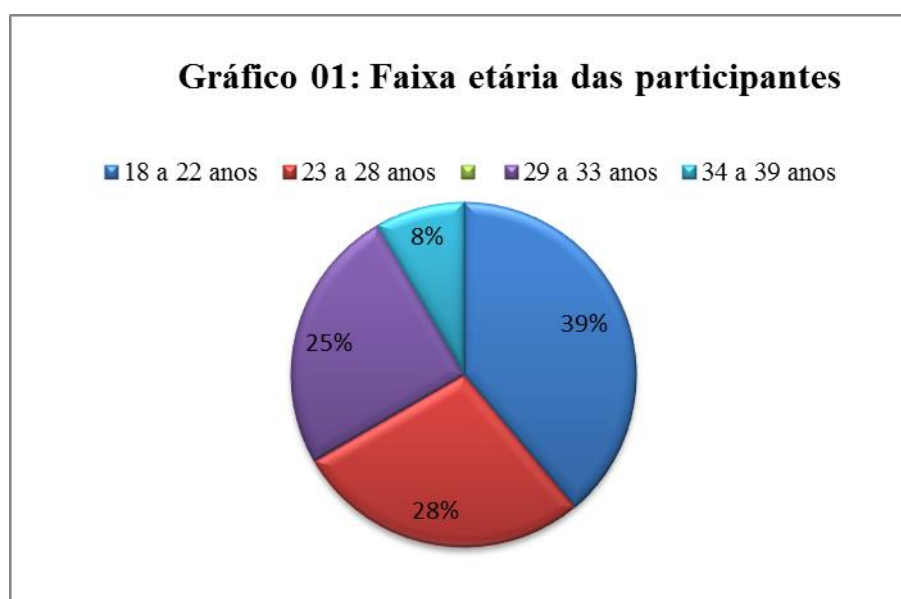
Os benefícios da participação na pesquisa estão na contribuição para a qualidade na assistência prestada a puérpera através da consulta, roda de conversa e aplicação da cartilha educativa, bem como para o crescimento do saber da enfermagem, promovendo assim possibilidades de mudança para melhorias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a coleta de dados para pesquisa, aplicamos dois questionários. Sendo que no questionário “A”, tentamos contemplar além dos dados socioeconômicos, o saber que as puérperas trazem consigo no percorrer das suas experiências de vida sobre o período puerperal. E no questionário “B”, o qual foi aplicado após as rodas de conversa, onde eram ofertadas para as puérperas as cartilhas com as informações científicas do período em questão, tentamos abordar os conhecimentos adquiridos com o auxílio das informações obtidas após o contato com a cartilha da puérpera.

Os dados serão apresentados a seguir e os resultados foram analisados e discutidos à luz da literatura pertinente.

Caracterização do perfil sócio econômico das participantes da pesquisa



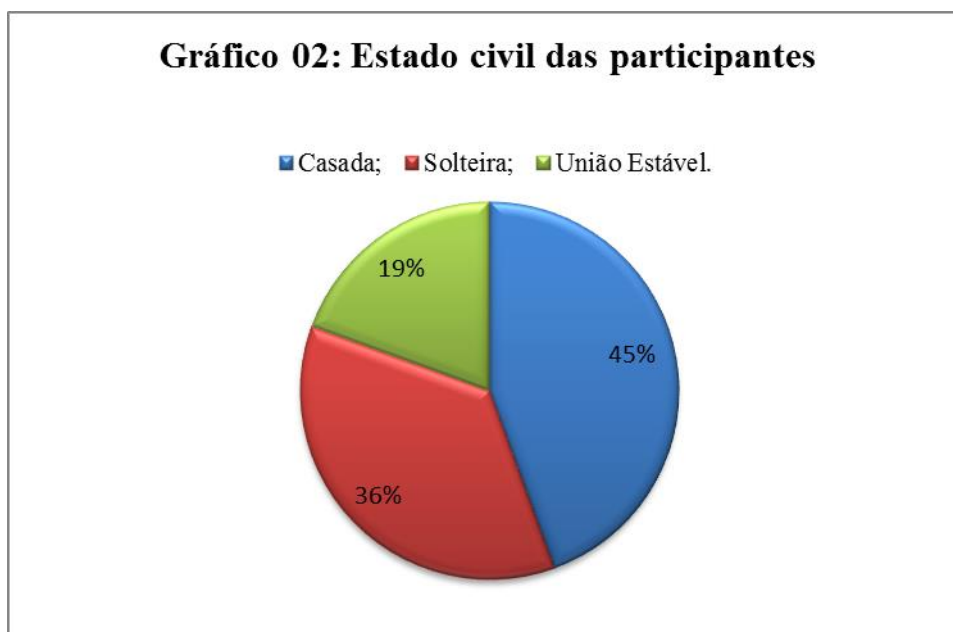
Inicialmente nosso critério de captação de mulheres no ciclo gravídico-puerperal excluiu menores de 18 anos. De acordo com o Gráfico 01, as participantes do estudo encontravam-se na faixa etária de 18 a 39 anos, verificando-se que o maior grupo (39%) se enquadra entre os 18 a 22 anos.

De acordo com Francisco (2015), a divisão populacional de um determinado local conforme a faixa etária ocorre da seguinte forma:

- ✓ Jovens – do nascimento até aos 19 anos de idade;
- ✓ Adultos – corresponde à população que possui entre 20 a 59 anos de idade;
- ✓ Idosos ou melhor idade – pessoas que apresentam 60 anos de idade ou mais.

Um dos fatores que podem explicar essa alta incidência de puérperas com faixa etária de 18 a 22 anos está associado à gravidez na juventude e a falta de conhecimento do jovens sobre as questões sexuais (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Os adolescentes continuam mal informados, apresentando falta de compreensão sobre assuntos como o ciclo menstrual, o tempo de fertilidade e o processo de concepção. Acreditam que a fertilidade não começa com a primeira menstruação, o que acarreta a incapacidade de perceber que o risco de gravidez existe desde a primeira relação sexual, e tendem a achar que é necessário que fiquem mais velhos para a gravidez ocorrer (BORUCHOVITCH apud ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).



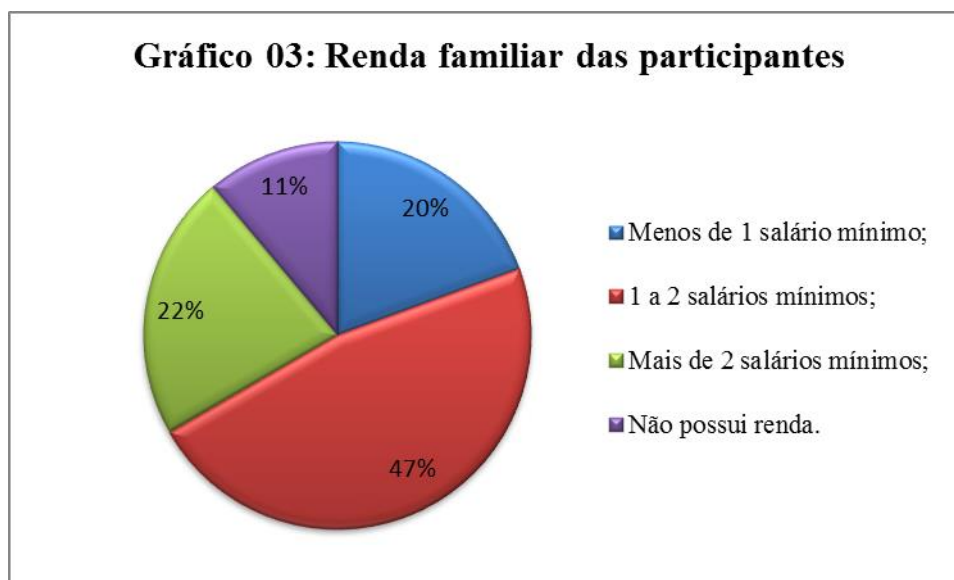
Em relação ao estado civil das puérperas evidencia-se que 36% são solteiras. Isto pode ser explicado pelo fato de o casamento na contemporaneidade continuar desejado, embora não esteja entre os principais projetos de vida dos adultos jovens solteiros. Atualmente é compreendido mais como algo que pode acontecer a qualquer momento do que como um objetivo a ser conquistado e pelo qual os jovens estejam dispostos a lutar para alcançá-lo (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2009).

Observa-se que o casamento está ocorrendo mais tarde no ciclo evolutivo vital, sendo prioritários os investimentos na formação profissional, tanto para homens como para as mulheres. Outro aspecto importante na explicação desse fenômeno é a maior liberdade sexual para ambos os membros do casal, não sendo necessário se casar para ter uma vida sexual ativa (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2009).

Nesse contexto, encontramos novos conceitos de casamento. Por exemplo, Severino (1996) chama de casamento a determinação ou de relação estável de dois indivíduos que convivem numa relação que implica assumirem compromissos mútuos, oferecendo reciprocamente suporte para as necessidades sociais, afetivas e sexuais (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2009). Na nossa pesquisa, 19% das puérperas vivem em união estável.

O casamento tem sido alvo de intensos questionamentos, devido às transformações nas suas características. Do modelo tradicional às diversas formas de casamento atuais, observam-se mudanças tanto nos papéis conjugais como nas expectativas em relação à união conjugal. Entre os motivos pessoais para o casamento, aparecem como mais fortes os vinculados à relação amorosa, à afinidade. Quanto aos motivos familiares, os

adultos jovens indicam a expectativa e a importância que os pais atribuem ao casamento. (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2009). 45% das puérperas participantes da pesquisa são casadas.

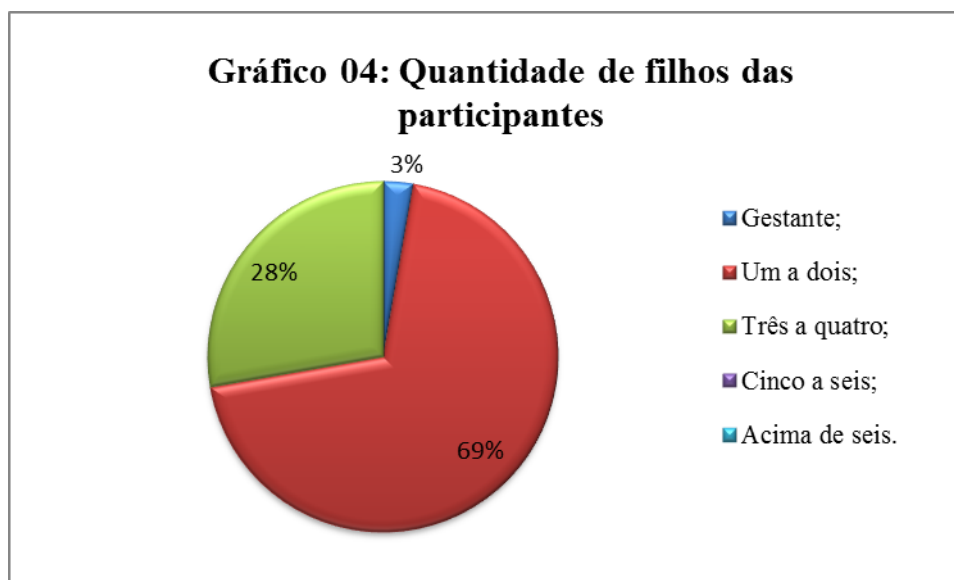


No que diz respeito à renda familiar 47% das puérperas disseram ter renda entre um a dois salários mínimos, 20% renda menor que um salário mínimo, 22% possuíam rendas superiores a dois salários mínimos e 11% disseram não possuir renda.

É difícil atender às necessidades básicas de uma família com salário nesse valor. Também é inegável que a gravidez, especialmente nas faixas de renda mais baixas, contribui para a perpetuação de um ciclo de pobreza e de carência (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

A gravidez e o período puerperal repercutem assim, na vida pessoal, familiar, social e educacional das mulheres. Do ponto de vista pessoal, elas se defrontam com as alterações corporais provocadas pela autoimagem e autoestima. Esse estado de autodepreciação é agravado pela insegurança no cuidado com o seu bebê, decorrente de sua inexperiência e imaturidade (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

A maternidade, nessas circunstâncias, ocasiona mudanças na dinâmica familiar, interferindo no padrão do sono, repouso, alimentação, lazer, entre outros. Além disso, em alguns casos, acarreta sobrecarga financeira, que priva as mulheres de investimentos pessoais. Entre esses investimentos está o processo de educação, frequentemente interrompido, originando atraso na vida estudantil (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

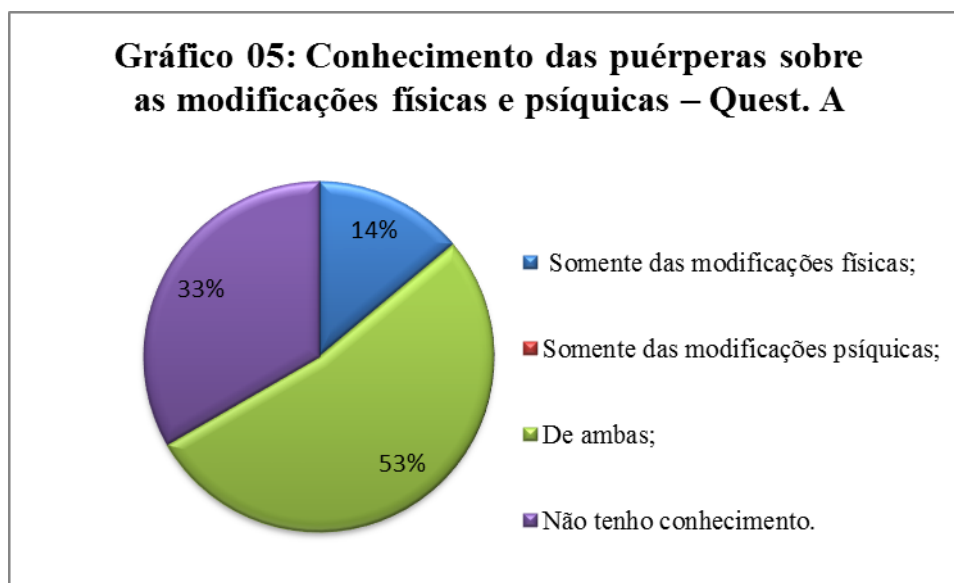


Dentre os índices da pesquisa relacionados com a quantidade de filhos das mulheres, tivemos como resposta os seguintes dados: 69% informam ter um a dois filhos; 28% de três a quatro filhos; e 3% estão gestantes do seu primeiro filho.

Conforme Scavone (2001), os motivos da escolha da maternidade podem estar ligados a inúmeras causas que, isoladas ou conjuntas, se explicariam no ponto de interseção do biológico, do subjetivo e do social: o desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de uma valorização e de um reconhecimento social (como no caso de algumas mães adolescentes, ansiosas por ocupar um espaço de maior respeitabilidade na sociedade); o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo da família de origem, entre outros. Em relação aos fatores especificamente sociais estão as condições econômicas e culturais das famílias; os projetos e possibilidades profissionais.

Por outro lado, o aumento da escolaridade e da inserção no mercado de trabalho, para Probst (2015) são pontos fundamentais para a diminuição da taxa de fecundidade. A redução no número de filhos é um dos fatores que tem contribuído para facilitar a presença da mão-de-obra feminina. Com menos filhos, as mulheres puderam conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora.

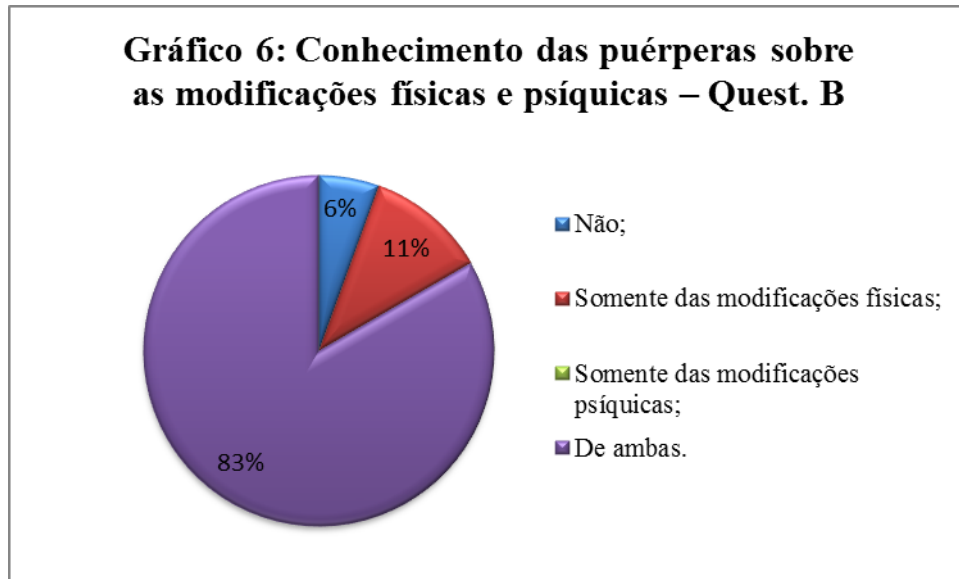
Avaliação do Aprendizado das Puérperas – Questionários A e B



Sobre o conhecimento das modificações físicas e psíquicas que as mulheres no período puerperal vivenciam, as pesquisadas antes de conhecer a cartilha nos deram respostas que obtivemos os seguintes índices: 53% relataram ter conhecimento de ambas as modificações; 33% disseram não ter nenhum tipo de conhecimentos; e 14% mencionaram ter conhecimento somente das modificações físicas.

As autoras Brito, Oliveira e Carvalho (2008) afirmam que durante a gravidez, a mulher sofre uma série de modificações desde o momento inicial da gestação, transcorre o parto e termina quando o organismo basicamente retorna às condições pré-gestacionais. As modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher, a responsabilidade cultural e social de prover saúde, afeto e proteção ao recém-nascido, como também, a ansiedade e o medo de não desempenhar esse novo papel são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um período extremamente complexo. Nessa fase, a mulher tende a tornar-se mais sensível ou até mesmo insegura. Entretanto, suas sensações podem ser minimizadas com a presença e ajuda do companheiro.

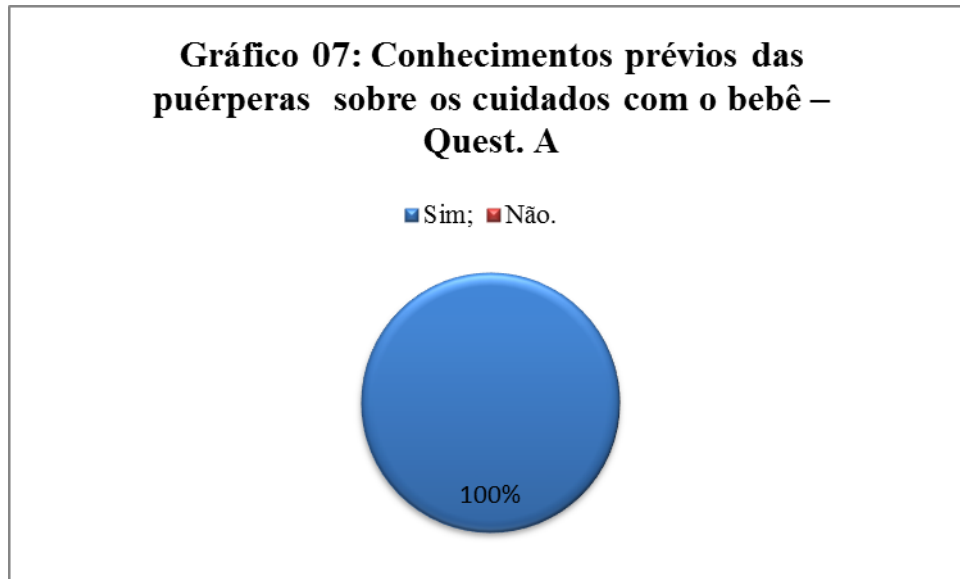
Confrontando os resultados encontrados na pesquisa e as falas encontradas na literatura, temos a conclusão da importância de se esclarecer as possíveis dúvidas sobre ambas as modificações nesse período, para as mulheres que já tem o devido conhecimento devemos clarear e fortalecer a informação, já para os 33% que relatam não ter informação e aos 14% que só conhecem as modificações físicas, temos que debater e esclarecer oportunizando a essas mulheres o conhecimento sobre essas mudanças tão significativas nesse período, não só as físicas, mas incluindo as psíquicas, oferecendo a elas uma assistência holística.



Podemos perceber que após a aplicação da cartilha e a roda de conversa, houve uma mudança nos resultados sobre os conhecimentos das modificações físicas e psíquicas. Agora, são 83% das entrevistadas que dizem conhecer ambas as modificações, 11% relatam ter aprendido somente das modificações físicas e 6% declaram não ter adquirido nenhuma informação sobre este tópico.

De modo geral, a gravidez, o parto e o puerpério são cercados de emoções e sentimentos que fazem a mulher necessitar de cuidado, apoio, esclarecimento e segurança para enfrentar essas etapas de forma harmônica, considerando que além das mudanças físicas ocorridas no seu organismo, é acometida pelas psíquicas e hormonais (BRITO; OLIVEIRA; CARVALHO, 2008).

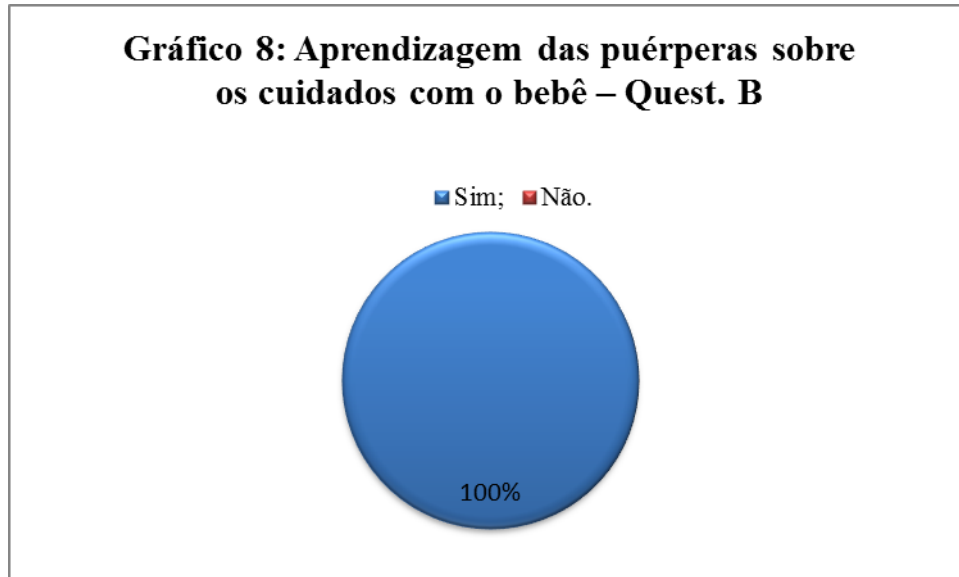
Conclui-se com os resultados quantitativos obtidos com a aplicação da ‘Cartilha da Puérpera’, que favoreceu o público a obter mais conhecimentos sobre tais modificações e auxiliou a sanar dúvidas que apareceram sobre estas alterações corporais e psíquicas tão presentes neste período do ciclo gravídico puerperal.



O cuidado materno constitui um conjunto de ações biológicas, psicossociais e ambientais que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de ela se achar rodeada de afeição, precisa de um potencial de cuidados e providências a serem adotadas: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

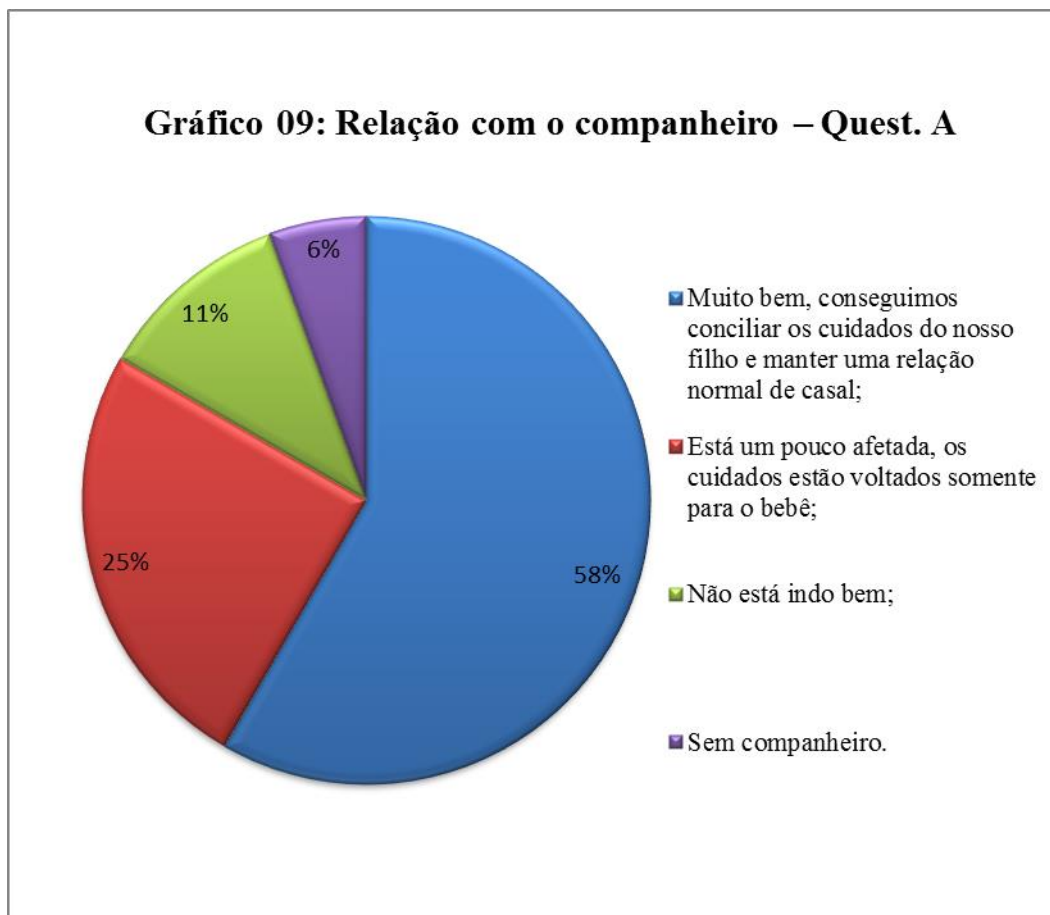
Constatou-se a partir do gráfico 07, que todas (100%) das puérperas participantes da pesquisa, tinham algum conhecimento sobre os cuidados com o bebê. Nessa perspectiva, é de fundamental importância que os profissionais de saúde, ao assistirem as puérperas e grávidas observem o contexto social em que estão inseridas, não se esquecendo de que elas trazem em sua bagagem, conhecimentos, crenças e valores próprios de sua vida pessoal e familiar (JÁCOMO et al, 1996 apud ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Em concordância com o primeiro questionário, a totalidade de 100% das entrevistadas, mesmo dizendo que tinham algum conhecimento sobre os cuidados com o bebê, depois de conhecer a cartilha elas relataram que conseguiram obter informações adicionais sobre tal assunto.



Receberam orientações sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, a importância da vacinação, o banho do recém-nascido, sobre a higienização do coto umbilical, sobre o sono e o desmame.

Há inúmeras informações que essas mães deveriam obter para saber como cuidar de seus filhos de maneira correta, tendo mais autonomia e responsabilidade, evitando o surgimento de doenças na criança (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).



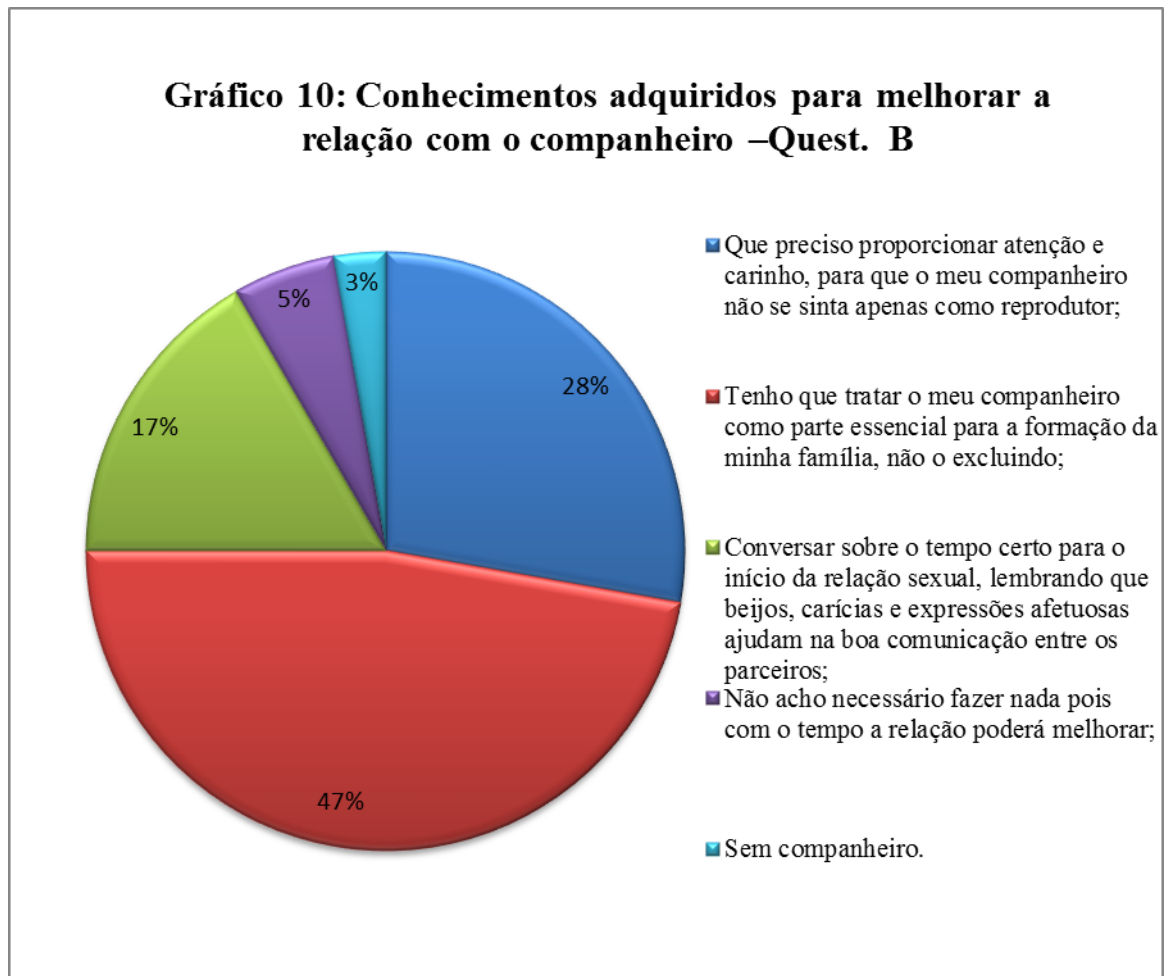
Conforme a nossa pesquisa, constatamos que 58% das entrevistadas relatam que a relação com o seu companheiro está muito bem e que conseguem conciliar os cuidados com o filho e manter uma relação saudável de casal. Isso pode ser confirmado, de acordo com o relato dos autores Rapoport e Piccinini (2006) que dizem que apesar dos sacrifícios, os filhos podem trazer à tona uma grandeza de amor que surpreende, desarma, domina e gratifica, compensando as frustrações e as dificuldades inerentes ao papel materno e paterno, estabelecendo uma relação benéfica ao casal.

No entanto, 25% das entrevistas afirmam que o relacionamento está um pouco afetado e 11% afirmam que não está indo bem. Alguns dos motivos para esse índice é a questão de o marido sentir medo de perder o afeto da esposa (ciúme do bebê) e o medo da esposa de perder o afeto do marido (decorrente da alteração em sua aparência física) podem estar envolvidos para o declínio do ajustamento conjugal (DESSEN; BRAZ, 2005 apud HERNANDEZ; HUTZ, 2009).

Além disso, outros autores como Hernandez e Hutz (2009) afirmam que os fatores responsáveis pelo aumento do conflito conjugal seriam os seguintes: as pessoas ficariam vulneráveis à depressão; retornariam aos papéis estereotipados de gênero; ficariam

subjugados pela quantidade de trabalho doméstico e cuidados com a criança; os homens se refugiariam no trabalho externo; haveria diminuição na comunicação e no sexo entre o casal. As desigualdades na divisão de trabalho, cuidados com a criança e tarefas domésticas, poderão ser fontes importantes de conflito conjugal.

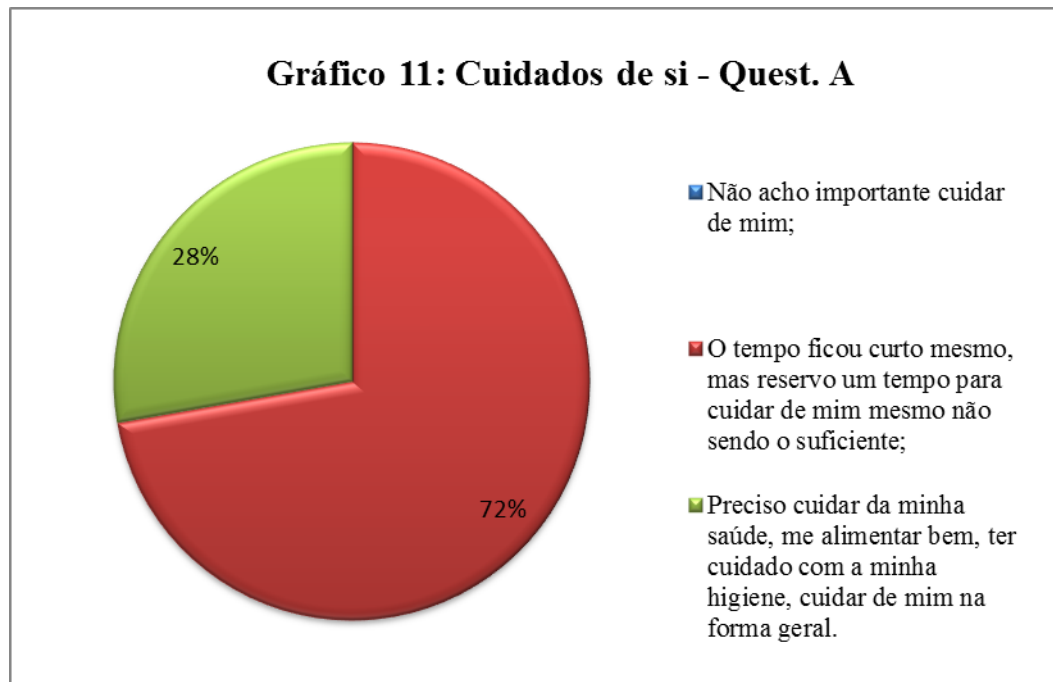
Gráfico 10: Conhecimentos adquiridos para melhorar a relação com o companheiro –Quest. B



Durante o puerpério, pai e mãe enfrentam uma série de desafios psicológicos, os quais podem ser vividos como exaustivos e trazer à tona conflitos e dificuldades pessoais diversas. Em algumas situações, estas dificuldades configuram um quadro de depressão pós-parto, fenômeno que tem sido bastante investigado, ao menos no que concerne às mães (SILVA; PICCININI, 2009). Neste gráfico identificamos 3 núcleos onde 47% dão ênfase na inserção do companheiro nesta nova relação, 28% citam a afetividade e 17% priorizam a sexualidade. Na maioria das respostas das entrevistadas, representando 92%, acham que de alguma forma reconhecer o valor do companheiro na relação.

De acordo com Oliveira e Brito (2009) após o nascimento do bebê, o pai percebe as primeiras dez semanas da paternidade quase da mesma forma que a mãe. Esse período é caracterizado pela incerteza, pelo aumento das responsabilidades, pela interrupção do sono e pela incapacidade de controlar o tempo necessário para cuidar do filho. Os homens também podem expressar preocupação quanto à diminuição da atenção da parceira. Além disso, a falta de reconhecimento da mulher quanto ao desejo do parceiro em participar da tomada de decisões, bem como a limitação do tempo disponível para ele estabelecer um

relacionamento com o filho, tende a causar desequilíbrio na relação conjugal. Porém, essa situação pode ser revertida à medida que ele vivencia essa experiência conjuntamente e desenvolve suas habilidades diante dos desafios de cuidar do seu descendente.

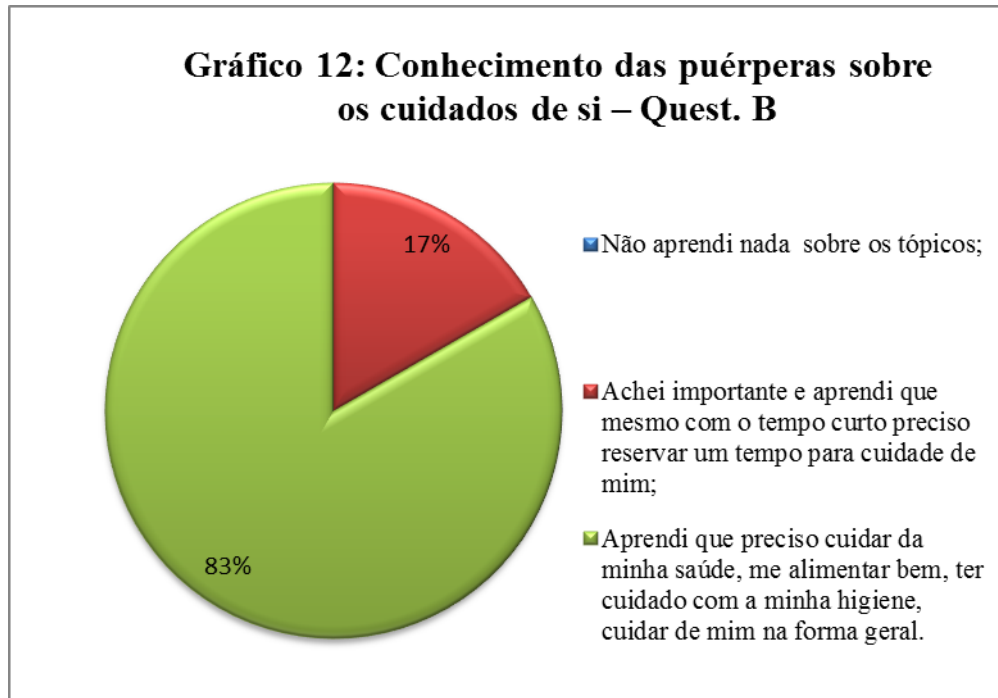


Sobre os cuidados de si, 72% das pesquisadas sabem que precisam cuidar da sua saúde e 28% relatam que o tempo ficou realmente curto com a chegada do bebê, mas tentam reservar um tempo para os cuidados de si. No entanto, nenhuma das puérperas indagadas disse não ser importante o autocuidado.

Autocuidado é um dos aspectos do viver saudável. É a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida; funcionamento integrado e bem-estar. A saúde é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões; é um estado de integridade e inteireza que os indivíduos avaliam constantemente (BUB, et al, 2006).

Considerando que o cuidado inicia com a gestação e acentua-se com o nascimento, é fundamental que a enfermagem participe desse período proporcionando atenção, conforto e orientação sobre as alterações ocorridas durante o ciclo gravídico puerperal. Após o parto, a mulher tem necessidade de atenção física e psíquica e a relação com seu filho ainda não está bem elaborada. Por isso, as atenções não devem ser concentradas apenas na criança; nesse momento, o alvo da atenção tem de ser a puérpera (BRASIL, 2001).

O cuidado de si só é questionado ou valorizado e percebido como essencial para o ser humano, a partir do momento que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que têm; visto que, no dia-a-dia, quando se encontra aparentemente bem e saudável, não se dá a devida importância ao constante exercício do cuidar de si (SILVA et al, 2009).



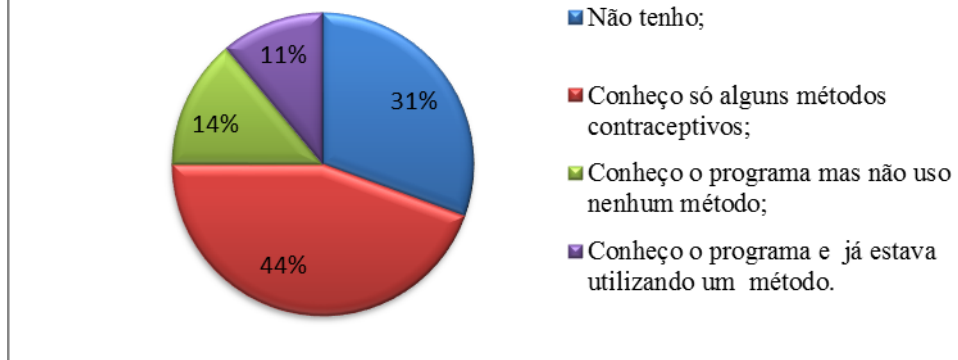
Depois de conhecer a cartilha, 83% das puérperas aprenderam que precisam realmente cuidar da sua saúde, fazer uma boa alimentação, ter cuidado com a higiene e ter um cuidado geral. E 17% enfatizam que após as rodas de conversa, acham importantes os cuidados e aprenderam que precisam reservar um tempo para o cuidado de si.

O período puerperal é marcado por mudanças físicas e psicológicas que ocorrem com a mulher. Alguns cuidados devem ser realizados de modo a ajudar na recuperação da puérpera, do retorno ao seu estado pré-gravídico e na adaptação à maternidade (MONTEIRO, 2011).

Cuidar da saúde materna, para as puérperas, significa principalmente estar bem para cuidar do filho. Apesar de terem sido questionadas sobre os cuidados que realizam com ela mesma, enquanto mulher, independente dos cuidados gerais que devem realizar no pós-parto e sobre a importância desses cuidados, ainda assim direcionavam para o cuidado com o filho.

Ser cuidadora não significa dizer que a mulher cuida de si mesma. No período puerperal os cuidados estão mais voltados para o recém-nascido. Porém, é importante que a mulher conheça e desenvolva diversas ações de autocuidado com a finalidade de manter-se saudável e prevenir complicações puerperais, que podem causar em casos extremos a mortalidade materna (MONTEIRO, 2011).

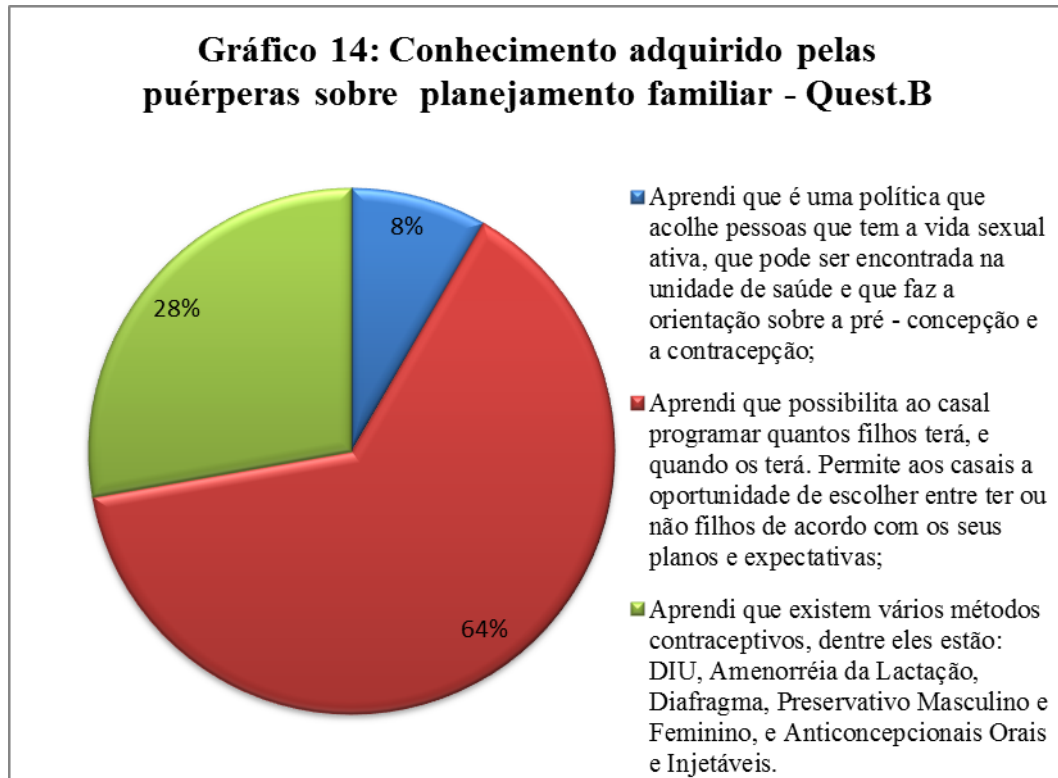
Gráfico 13: Informações prévias das puérperas sobre o planejamento familiar – Quest. A



O gráfico 13 aborda a questão do Programa do Planejamento Familiar, sendo que 44% dos dados obtidos afirmam ter informação sobre o tema, porém diz conhecer apenas alguns contraceptivos apresentados. 33% afirmam não ter conhecimento algum, 14% conhecem o programa, no entanto não usam nenhum método contraceptivo e 11% apenas, relatam conhecer o programa e usar métodos contraceptivos. O Planejamento Familiar é um programa que contribui para a melhoria da saúde da mulher reduzindo o índice de mortalidade materna, abortos, na liberdade de opção e autonomia da mulher, diminuição da fertilidade feminina subsequente, além de ser um programa que visa informar as pessoas por meio de um conjunto de ações e atitudes (clínicas e práticas em saúde) para orientar quanto à anticoncepção (ESPEJO et al, 2003).

Segundo Espejo et al (2003) quanto à adequação do conhecimento acerca dos métodos em geral, observou-se que muitas entrevistadas diziam conhecer vários métodos contraceptivos, mas pouco sabiam sobre os mesmos, ou revelaram conceitos errôneos acerca deles.

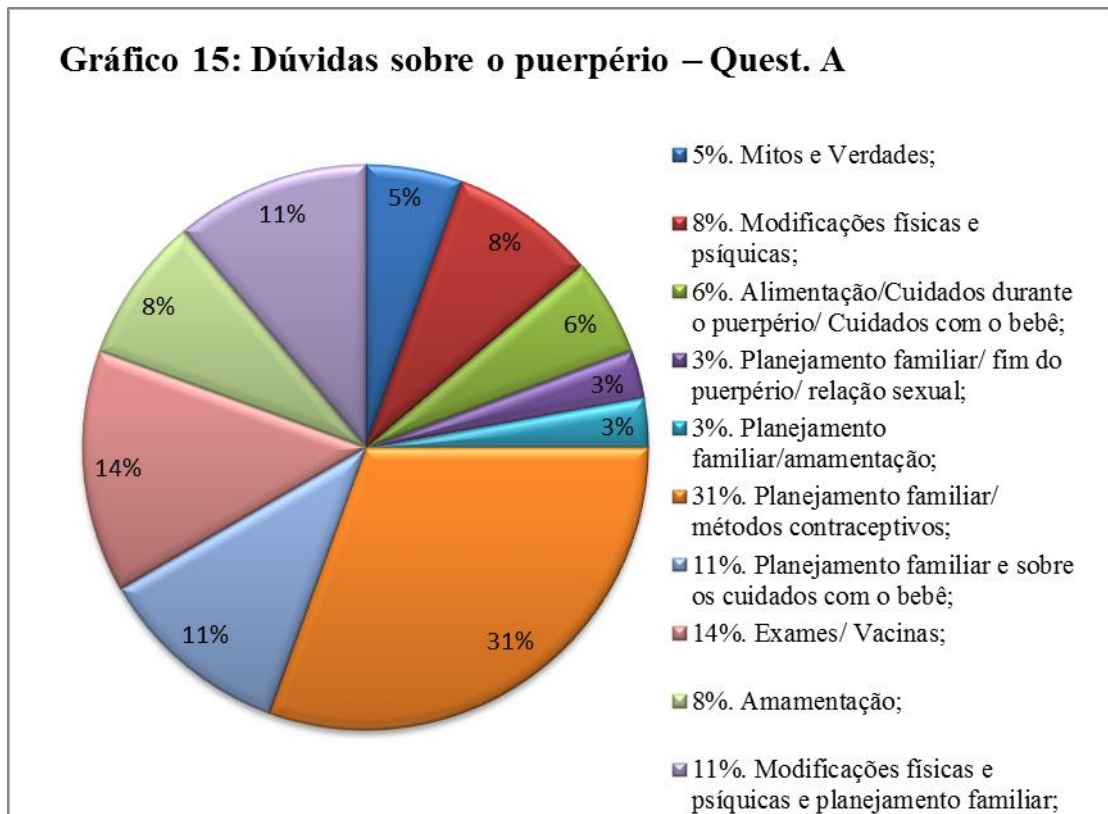
Os autores Paz e Ditterich (2009) afirmam que de modo geral, os estudos disponíveis referem-se ao conhecimento de métodos em termos de “ouvir falar”. Logo, não chegam a avaliar a qualidade da informação que as pessoas dizem possuir acerca de cada método. Observa-se que, de modo geral, as mulheres são orientadas e sabem quais são os métodos contraceptivos, pois vários métodos anticoncepcionais foram citados pelas entrevistadas. No entanto, as participantes têm muitas informações que elas desconhecem, e utilizam os métodos de maneira errada, onde em alguns casos relatam engravidar mesmo se prevenindo.



Pôde-se perceber com a aplicação do questionário A que a maior dúvida das puérperas estava vinculada com as questões do planejamento familiar. Analisando os dados do questionário B sobre esse assunto, podemos contabilizar que 64% afirmam que o programa de planejamento familiar possibilita ao casal a programar quando terão novos filhos, 28% afirmam que este programa oferece informações sobre vários métodos de contracepção, e 8% relatam ter aprendido que o programa é uma política que acolhe pessoas que tem vida sexual ativa.

Em se tratando de Planejamento Familiar, as atividades de informação são extremamente relevantes, diríamos indispensáveis, ao alcance dos objetivos de serviços e usuários, exigindo dos profissionais de saúde atitude de empenharem-se em bem informar para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas (MOURA; DA SILVA, 2004).

Por fim, colocamos que a aplicação da cartilha e a realização das rodas de conversa puderam esclarecer e oferecer informações sobre este programa fundamental para as puérperas, contribuindo para que a informação adequada provoque um impacto nelas, levando-as a elaborar suas próprias opiniões, tomar decisões e perceber-se na relação consigo, com a família, com a comunidade, enfim com o mundo.



Sobre as dúvidas que cercam o período puerperal, 100% das mulheres entrevistadas relataram ter alguma dúvida, seja essa dúvida sobre amamentação, modificações físicas e psíquicas, planejamento familiar, alimentação, exames/vacinas, entre outras. 59% delas citaram dúvidas em duplicidade que incluíam o planejamento familiar X amamentação, relação sexual, métodos contraceptivos e cuidados com o bebê. Sendo que especificamente 31% relatam ter dúvidas sobre o planejamento familiar e os métodos contraceptivos.

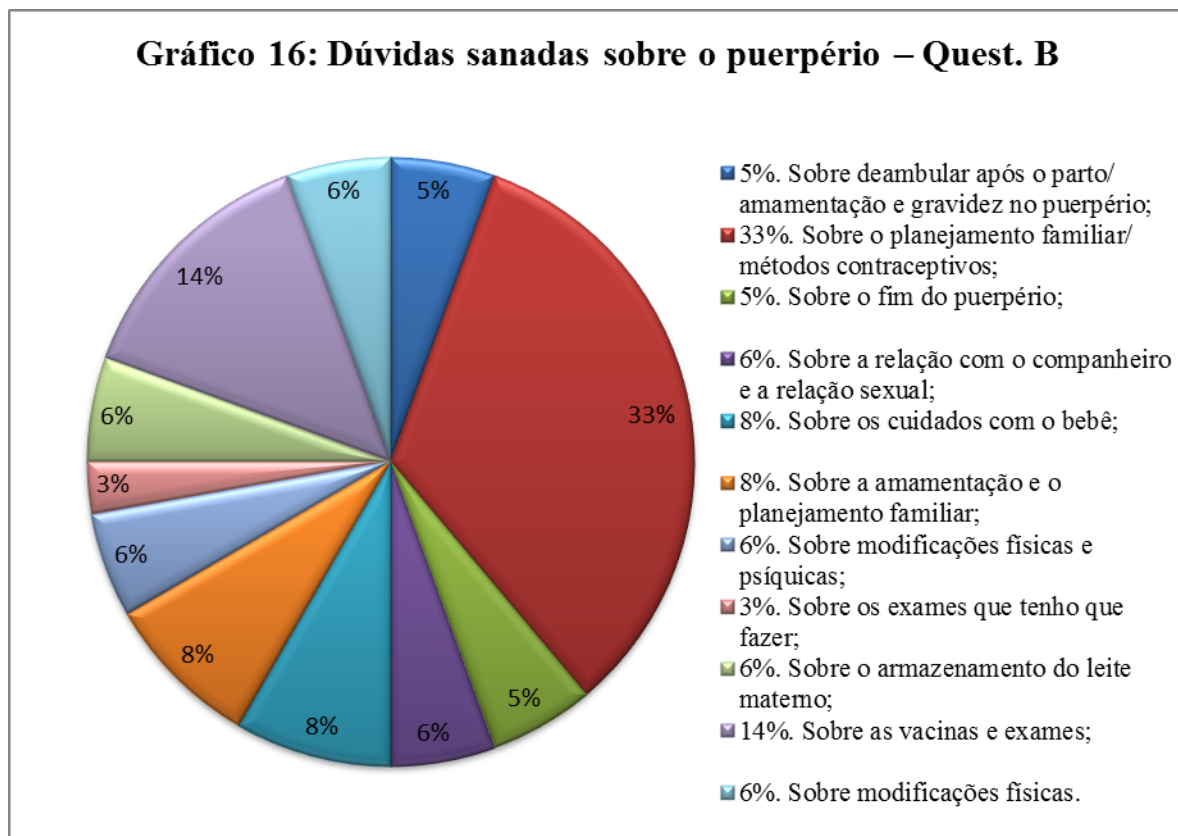
De acordo com Ravelli (2008), é no período puerperal que a mulher depara-se com novos desafios a serem enfrentados, ou seja, cuidar de si e do bebê, necessitando do apoio de profissionais capacitados para auxiliarem e orientarem suas dúvidas, seus medos e ansios. Dentre esses estão os traumas mamilares, a crendice do leite fraco, pega incorreta do bebê, involução uterina e dieta do pós-parto.

Logo se conclui que a maioria das mulheres pesquisadas necessita de orientações sobre acontecimentos nesse período, concretizando assim a ideia do uso da cartilha como tecnologia educativa para sanar ou diminuir dúvidas diversas que podem aparecer na rotina diária das puérperas.

Conforme Rodrigues et al (2006), uma boa orientação devidamente contextualizada ao cuidado e embasada em uma relação de confiança entre enfermeiros-

puérperas, poderá repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestos pela mulher, mas também culminar uma adaptação saudável da puérpera em seu papel materno.

Gráfico 16: Dúvidas sanadas sobre o puerpério – Quest. B

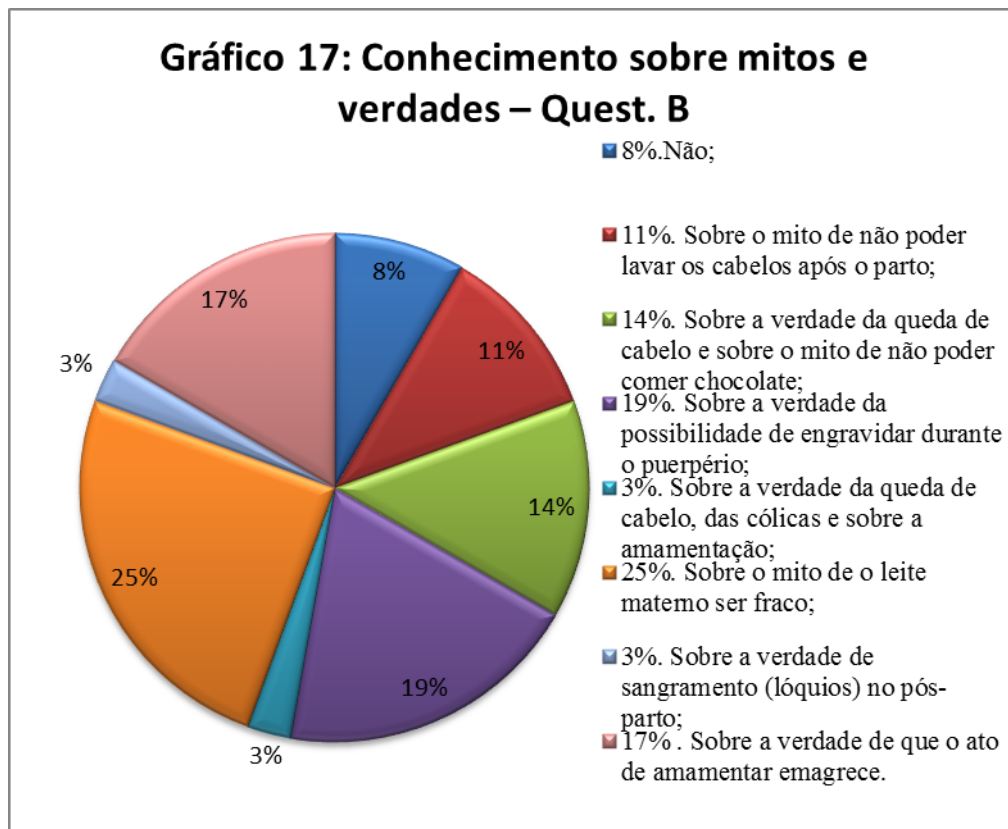


As 100% das entrevistadas, confirmaram que a cartilha as ajudou a extrair dúvidas sobre algum ponto vivenciado por elas nesse período do ciclo gravídico puerperal. Sendo que a maioria, 33% tiraram dúvidas sobre o Planejamento Familiar, ponto que elas apontaram que precisariam entender mais, pois não compreendiam do programa.

Com a tecnologia educacional no cuidado da enfermagem, podem-se desenvolver novas formas de cuidado que auxiliem os profissionais, bem como no cuidado de si, no desenvolvimento de competências e habilidades que promovam a saúde e a qualidade de vida das puérperas (MERHY, 2002).

Dessa forma, a ação educativa em saúde é um processo dinâmico, que busca melhoria das condições de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, é essencial desenvolver novas tecnologias educacionais que estimulem as ações dos pacientes, almejando bem-estar e qualidade de vida. Sendo assim, reforça-se a necessidade do enfermeiro em produzir novas tecnologias educacionais no cuidado de enfermagem, reconhecendo as verdadeiras necessidades, desejos e aspirações, incitando a prevenção secundária, a adesão ao tratamento, o cuidado de si, o encorajamento, o desenvolvimento de competências e a melhor qualidade de vida.

Não foram levantados junto às pesquisadas os mitos e verdades no ciclo gravídico puerperal antes da confecção de nossa cartilha. Eles foram selecionados de acordo com as pesquisas realizadas para elaboração desta. Aqui foram apresentados a título de curiosidade para que fossem sanadas crenças que existem no senso comum. Tendo como núcleos: o comprometimento da integridade física da mãe e do bebê (8 tópicos), alimentação (3 tópicos) e sexualidade (1 tópico).



Durante a ação educativa sobre mitos e verdades da cartilha, 92% das puérperas se identificaram com um ou mais tópicos dos núcleos abordados, compartilharam suas experiências vivenciadas nas famílias, e das histórias de amigos.

Para Nakano et al (2003) vários fatores interferem na saúde da mulher durante o puerpério como, as crenças, conhecimentos muitas vezes não fundamentados cientificamente trazidos pela cultura familiar, como a alimentação e cuidados com higiene e aleitamento materno. Existem muitos tabus e crenças relacionados ao ciclo reprodutivo. O período de resguardo é o que reúne a manifestação de um maior conjunto de crenças e tabus, fundamentando-se em interpretações de ordem natural, sobrenatural e social, cujo eixo articulador dirige-se para os possíveis perigos da fase para a mulher. A fase puerperal

denominada de dieta, resguardo, quarentena pelas mulheres, implica em cuidados e restrições que possibilitem uma boa recuperação.

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

Análise dos pareceres dos expertises

Após a análise da cartilha ambos os expertises fizeram contribuições para enriquecer o nosso instrumento de educação a ser utilizado com as puérperas. A primeira expertise, Prof^a. MSc. Márcia Simão Carneiro (parecer no anexo B) ressaltou que devemos fazer algumas correções e adicionar algumas palavras na cartilha que irá melhorar o entendimento das puérperas, e afirmou que a cartilha vem ter um destaque no espaço da atenção básica privilegiando para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

Em sua contribuição, a Prof^a relatou que a Cartilha da Puérpera é válida, pois faz uma abordagem apresentando as principais dúvidas que podem ocorrer no período puerperal e abrange temas relacionados como: o cuidado com o bebê, o cuidado de si e a relação com o seu companheiro.

Já o nosso segundo expertise, o Prof^o. Esp. Horácio Ferreira Cunha Bastos (parecer no anexo C) considerou o instrumento educativo uma ferramenta facilitadora para o processo de ensino e aprendizagem, apoiando e indicando a utilização desta tecnologia educacional para a distribuição e uso nos serviços de saúde. Também pontuou algumas modificações estruturais com a finalidade de oferecer melhorias com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento.

O professor concluiu, após a sua análise que a Cartilha da Puérpera é sim uma excelente tecnologia educativa e a considerou como válida para a utilização beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto as puérperas pelas riquezas de informações. O ponto que foi parabenizado e destacado pelo expertise foi a abordagem do tópico Relação com o Companheiro, visto da importância da abordagem da a saúde do homem. O mesmo ainda sugeriu que fizéssemos a publicação e o lançamento do instrumento no Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal.

Podemos concluir que ambos os expertises fizeram considerações importantíssimas e que irá certamente enriquecer a nossa cartilha. As considerações e correções serão efetuadas futuramente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência prestada à mulher no período pós-parto deve-se considerar a singularidade da vivência neste período, tendo em vista situações particulares de vida da pessoa; lembrar que as mulheres esforçam-se para buscar o ajustamento neste novo papel, e que toda vulnerabilidade pode torna-las mais acessíveis para receberem ajuda. Neste sentido, a assistência deve englobar os aspectos físicos, emocionais e relacionais. Assim sendo, necessita de ajuda dos familiares e dos profissionais da área da saúde, pois o cuidado deve ter continuidade e não terminar com o parto.

Com base nessas considerações, verificamos que o puerpério é um momento importante na vida das mulheres, porque muitas vezes as atenções se voltam para os bebês e há uma expectativa de que a mulher assume o papel materno idealizado, de imediato e sem dificuldades. Além do mais, as ações para a promoção da saúde neste período estão, em sua grande maioria, centradas nos cuidados ao bebê e no apoio à amamentação exclusiva. Por outro lado, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva das mulheres é preciso considerar que cada mulher possui sua própria visão de mundo, o que é reflexo de uma elaboração histórica e cultural que interage com a rede de significados da própria comunidade.

O objetivo final de legitimar a Cartilha da Puérpera foi alcançado. O primeiro passo foi realizado com sucesso e a cartilha já foi enviada para registro pelo Setor de Propriedade Intelectual da UFPa. Agora só estamos esperando chegar a certidão do registro que será emitido e enviado pelo Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional pelos correios.

O segundo passo foi a avaliação e a consideração dos expertises sobre o nosso instrumento de educação em saúde onde as colaborações pertinentes foram algumas corretivas e afirmativas na questão de que a cartilha tem um destaque no espaço da atenção básica estabelecendo o desenvolvimento das práticas educativas. Ambos os expertises validaram a cartilha como uma excelente tecnologia para a utilização tanto para os profissionais de saúde quanto para as puérperas considerando a riqueza de informações deste instrumento.

Os resultados com a aplicação da cartilha evidenciaram que a maioria das participantes aprenderam as principais questões que envolvem o período pós-parto, destacando temas como modificações físicas e psíquicas, amamentação, o planejamento familiar, entre outros conhecimentos essenciais à puérpera, devido à importância do

autocuidado nesse período. Afinal, possuindo conhecimento sobre o período pelo qual estão passando, as mulheres saberão como agir em diversas situações que poderão enfrentar.

É importante ressaltar que tivemos muitas dificuldades para a realização do terceiro passo, pois do total de 57 puérperas convidadas para as rodas de conversas, somente 36 retornaram e tiveram o contato com a cartilha. A baixa frequência de participação das puérperas pode ser explicada pela questão do tempo, pois agora o tempo ficou mais curto com a presença de um novo ser que precisa de cuidados, o baixo retorno das puérperas para a consulta de alta do pré-natal e a questão das puérperas pensarem somente no cuidado do seu bebê e esquecendo dos autocuidados.

Então podemos concluir, afirmando que o nosso objetivo foi alcançado, conseguimos executar os três passos e agora nossa cartilha está validada e consideramos que a cartilha da puérpera contribui e contribuirá, facilitando o processo de ensino-aprendizagem entre as puérperas e os profissionais de saúde, no que se refere à orientação sobre período puerperal, como mudanças biológicas, psicológicas e sociais, pois revela uma maneira mais estimulante e atrativa, por meio de dicas e ilustrações, facilitando o processo de esclarecimento de dúvidas dessas mães. Essa cartilha deverá também contribuir com as políticas públicas vigentes no país e colaborar no processo educativo. O próximo passo agora é colocar em prática o uso da cartilha nos estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A.G.de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, julho 1998.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13893>>. Acesso em: 13 jun 2015.

ALTERAÇÕES Físicas e Fisiológicas Após o Parto. Disponível em: <<http://www.cufportohospital.pt/Content/Servicos+e+Especialidades%5CCentros%5CA+mae+e+o+bebe%5CConteudos/Alteracoes+apos+parto>>. Acesso em: 28 maio de 2015.

ALVES, V.S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface –Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p.: 39-52, 2005 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; 2001 apud MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

ANDRADE, E.P; DINIZ, W.Y. **O Papel do Enfermeiro Como Educador na Comunidade** . Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf> Acesso em: 30 de Mai de 2015.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBIERI, M. **Anticoncepção no Período Puerperal**. Especialização em Cuidado Pré-Natal – Disponível em: <<http://www.uab.unifesp.br>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

BARRA, D.C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422-430, nov./dez. 2006.

BARRETO, B, C. R; MOREIRA, M. A. **Vivência da maternidade no puerpério e sua interferência nas práticas de autocuidado**. Arq. Ciênc. Saúde, c. 21, n.1, p. 29-35, jan/mar 2014.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal**. São Paulo: Manole, 2006 apud FERRAZ, S. Período Puerperal: Amamentação e Autocuidado. Disponível em: <<https://saudedamulherufal.wordpress.com/tag/cuidados-com-as-mamas/>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1992, vol.26, n.6, pp. 437-443. ISSN 1518-8787 apud ROCHA, D.C.S; BEZERRA, M.G.A; CAMPOS, A.C.S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. *Esc. Anna Nery*. 2005; 9(3), p. 365-371. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Desportos. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros curriculares Nacionais para ensino fundamental**. Brasília, 1997 apud ANDRADE, E.P; DINIZ, W.Y. O Papel do Enfermeiro Como Educador na Comunidade. Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf> Acesso em: 30 de Mai de 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência e Planejamento Familiar: **Manual Técnico/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher** – 4ª Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Cartilha de vacinas Para quem quer mesmo saber das coisas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas, Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher/ **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ **Caderneta da Saúde e da Criança**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, R.S; ALMEIDA, M.S. **Ciclo gravídico puerperal: participação do marido/companheiro**. Relatório Técnico-científico 1999. Natal (RN); 1999.

BRITO, R.S; OLIVEIRA, E.M.F; CARVALHO, F.L.A. Percepção do homem sobre o pós-parto da mulher/companheira. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V. 10, n. 4 p. 1072-1079, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a20.htm>>. Acesso em: 06 Jul de 2015.

BUB, M.B.C. et al. A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, p.152 – 157, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>> Acesso em: 06 Jul. 2015.

BUDÓ, M. L. D; SAUPE.R. Conhecimentos Populares e Educação em Saúde na Formação do Enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 mar/abr;57(2):165-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a07v57n2.pdf>>. Acesso em 28 de Mai 20015.

CARVALHO, V. L.S; CLEMENTINO, V. Q; PINHO, L.M. O.Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005.**Rev. bras. enferm.[online]**. 2008, vol.61, n.2, pp. 243-248. ISSN 1984-0446.Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200016>>. Acesso em: 30de maio de 2015.

COSTA, E.M A; CARBONE, M.H. **Saúde da Família uma abordagem multidisciplinar**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. Ver Bras Enferm, Brasília 208 mar-abr; 61 (2); 243-8.

DA SILVA, K.V. Diferença entre pesquisa qualitativa e quantitativa. Disponível em: <<http://programapibicjr2010.blogspot.com.br/2011/04/diferenca-entre-pesquisa-qualitativa-e.html>>. Acesso em: 02 junho de 2014.

DANIELI, G.L.; PAIXÃO, D. A unidade de PSF como espaço privilegiado para promover a educação popular em saúde. In: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. **Saúde da Família – Histórias, práticas e caminhos**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 75-89.

DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In DESSEN, M. A; COSTA JR, A.L (Orgs.). *A ciência do Desenvolvimento Humano* (pp. 132-151). Porto Alegre: ArtMed apud

HERNANDEZ, J. A. E; HUTZ, C. S. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. **PSICO**, v. 40, n. 4, pp. 414-421, out./dez. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/1490>. Acesso em 06 de Jul de 2015.

ECHER, IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Lat. Am. Enferm.** V.13, n.5, p. 754-757, 2005.

ESCOBAR, A.M.U et al . Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife , v. 2, n. 3, p. 253-261, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2015.

ESPEJO, X et al. Adequação do Conhecimento Sobre Métodos Anticoncepcionais entre Mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.3, n.5, p.583 – 590, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17472.pdf>> Acesso em: 06 de Jun de 2015.

FERRAZ, S. **Período Puerperal: Amamentação e Autocuidado**. Disponível em: <<https://saudedamulherufal.wordpress.com/tag/cuidados-com-as-mamas/>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

FRANCISCO, W.C. **Faixa Etária da População Brasileira**. Disponível em: <<http://educador.brasilecola.com/estrategias-ensino/faixa-etaria-populacao-brasileira.htm>>. Acesso em: 07 de Jul. de 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999 apud SOUSA, L. B. et al. Práticas De Educação Em Saúde No Brasil: A Atuação Da Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1), p. 55-60.

FOSTER, P.C; BENETT, A.M; DOROTHEA E. O. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos a pratica profissional** [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000.375 p. p. 83-101.

GEORGE, J.B. Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 VARELA, V.D.J. **A Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica**: Incentivando o Auto Cuidado. 2007. 81f. Relatório da Prática Assistencial referente ao Trabalho de Conclusão de Curso– Centro de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina.

GONÇALVES, A.C. A puérpera e o Recém Nascido em Alojamento Conjunto. In: Oliveira DL, organizadora. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005. p. 367-86

GRITTEM, L; MEIER, M. J; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa- Ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v 17, n 4, p.: 765- 770, Out/Dez 2008.

GUIMARÃES, R. O crime de infanticídio e a perícia médico-legal. Uma análise crítica. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, n. 65, maio 2003. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4066>>. Acesso em: 18 maio. 2015.

HERNANDEZ, J, A. E; HUTZ, C. S. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. **PSICO**, v. 40, n. 4, pp. 414-421, out./dez. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/1490>. Acesso em 06 de Jul de 2015.

IACONELLI, V. **Depressão Pós Parto Masculina**. Disponível em: <http://www.institutogerar.com.br/artigos/20_ARTIGO_Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20masculina%20DPPM%20_1_.pdf> Acesso em: 13 jun 2015.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.5, p.70 – 76, setembro-outubro, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7801.pdf>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

JÁCOMO, A.J.D et al. Assistência ao recém-nascido, normas e rotinas. 3ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1996 apud ROCHA, D.C.S; BEZERRA, M.G.A; CAMPOS, A.C.S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc. Anna Nery**. 2005; 9(3), p. 365-371. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun 2015.

KALINOWSKI, L.C. **Vivência do Cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermeira**. Curitiba, 2011. 141 f.: il.; 30 cm. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde -Universidade Federal do Paraná, 2011.

KALCKMANN, S. et al. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 647 – 657, outubro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v13n4/0149.pdf>>. Acesso em 01 Jul. 2015.

KAWAMOTO, E. E. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995 apud MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. & KLAUS, P. H. **Vínculo:** Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KOERICH, M.S. et al. Tecnologias de Cuidado em Saúde e Enfermagem e suas Perspectivas Filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 2007; v.15: pág.178-85.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical.**/Eliane Fonseca Linhares.- 3ª.ed.- Jequié: UESB, 2011. 16p. ISBN: 978-85-88505-87-2. Disponível em: <http://www.uesb.br/links/2012/02/saude_colo_umbilical.pdf> Acesso em: 13 jun 2015.

MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

MARTINS, A.B; RIBEIRO. J; SOLER, Z, A, S. G. **Proposta de exercícios físicos no pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra.** Invest Educ Enferm.29(1): 40 – 45, 2011.

MÉLLO, R.P. et al. “Construcionismo, Práticas Discursivas e Possibilidades de Pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**; v.19, n.3, p. 26-32, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a05v19n3.pdf>>. Acesso em: 06 de Jul. 2015.

MERIGHI, M. A. B; GONCALVES, R; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p.775-779, nov./dez. 2006.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996 apud SOUSA, L.B. et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: A Atuação da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v 18, n 1, p.: 55 – 60, Jan/Mar, 2010.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E. **Praxis en salud un desafío para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E.E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.145.

MESQUITA, L.A; MACHADO, A. V; ANDRADE, A.V. Fisioterapia para Redução da Diástase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto. **Rev Fisioterapia**, Curitiba, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502012000200017&script=sci_arttext>. Acesso em 17 de jun de 2015.

MINANNI, C.A. et al. Conhecimento contraceptivo no puerpério precoce e seu uso efetivo após seis meses. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v.54, n.3, p.94 -99, 2009. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm54n3_3.pdf>. Acesso em: 01 Jul 2015.

MONTEIRO, L.C. **Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/lidiane_colares_monteiro.pdf>. Acesso em: 06 de Jul de 2015.

MOREIRA, M. F; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-8, 2003.

MOURA, E. R. M; DA SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1023-1032, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a23v9n4.pdf>>. Acesso em: 06 de Jul. de 2015.

NAKANO, A, M. S et al. O Cuidado no “RESGUARDO”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Rev Bras Enferm**, v.56, n.3, p.242-247, Brasília (DF)2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a06v56n3.pdf>>. Acesso em 07 de Jul. de 2015.

NASCIMENTO, S.R. **O agir comunicativo permeando as tecnologias educacionais na construção do conhecimento em enfermagem**. 2005. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2004.

O NASCIMENTO. Disponível em: <<http://www.blogdagestanteunimed.com.br/?p=108>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

OLIVEIRA, V.L.B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-93, 2007.

OLIVEIRA.H.M; GONÇALVES, M.J.F. Educação em Saúde: Uma Experiência Transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004;57(6):761-3. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28>>. Acesso em: 28 Mai 2015.

OLIVEIRA, E, M. F; BRITO, R. S. Ações de Cuidado Desempenhadas Pelo Pai no Puerpério. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.3, p. 595-601, Ribeirão Preto, 2009.. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a20.pdf>. Acesso em: 06 de Jul de 2015.

PAGLIUCA, L. F.; RODRIGUES, J. O. Métodos anticonceptivos de barrera y DIU: tecnologia educativa para invidentes. **Rev. bras. enferm. [online]**. 1999, vol.52, n.3, pp. 413-422. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671999000300011>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; MÉIER, M.J. Percepção da Educação Permanente, Continuada e em Serviço para Enfermeiros de um Hospital de Ensino. **Rev Esc Enferm USP** 41(3):478-484, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>. Acesso em: 30 Mai 2015.

PEDROSA, J.I.S. **Promoção da Saúde e Educação em Saúde**. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.p.59-64 apud MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm**. São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**. v. 1, n.1, p.1-10, Curitiba (PR), 2009. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%201%20Artigo%204.pdf>>., v. 1, n. 1, p. 1-10, Acesso em: 06 de Jul de 2015.

PIRES, M.G.M. Politicidade do Cuidado como Referência Emancipatória para a Enfermagem: Conhecer para Cuidar Melhor, Cuidar para Confrontar, Cuidar para Emancipar.

Revista Latino – Americana de Enfermagem, v. 5, n. 13, p.: 729-736, set./out, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a18.pdf> > Acessado em: 21 de abril de 2015.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2007 apud MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**.2015. Disponível em: < <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>>. Acesso em: 06 Jul. 2015.

RAPOPORT, A; PICCININI, C, A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 16, n. 1, abr. 2006 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2015.

RAVELLI, A.P.X. Consulta Puerperal de Enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), n.29, v.1, p.54-59, 2008. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5264/2998>>. Acesso em: 06 de Jul. 2015.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2002. p.1514.

RICE, M.; CANDEIAS, N.M.F. Padrões Mínimos da Prática da Educação em Saúde: um projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p.: 347-353, 1989 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

RODRIGUES, D.P. et al. O Domicílio como Espaço Educativo para o Autocuidado de Puérperas: Binômio Mãe-Filho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.2, p.277 – 286, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a11v15n2>>. Acesso em: 06 de Jul. de 2015.

RODRIGUES, BC.. et al. Educação para Prevenir CA Colo Uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica** 149 36 (1, Supl. 1): 149-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a20.pdf>. Acesso em: 06 de Jul de 2015. Brasília, DF, Brasil. 2012

ROCHA, D.C.S; BEZERRA, M.G.A; CAMPOS, A.C.S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc. Anna Nery**. 2005; 9(3), p. 365-371. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun 2015.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

ROJAS, C.G; FRITSCH, M.R; SOLÍS, G.J; GONZÁLEZ, A.M; GUAJARDO, T.V; ARAYA, B.R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. **Rev. méd.Chile**, 2006, 134(6): 713-20 apud SALIM, N.R; JUNIOR, H.P.O.S; GUALDA, D.M. Modificações Cotidianas, Comportamentais e Físicas em Mulheres no Período Pós – Parto – Estudo Qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2010, v. 9, n. 1. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Acesso em: 28 maio 2015.

ROSSI, F. R; LIMA, M. A. D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, mai./jun. 2005.
SALIM, N.R; ARAÚJO, N.M; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo (SP), BRASIL, 18(4):[08 telas] jul-ago 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf>. Acesso em 16 de Jun 2015.

SAMPAIO, M. N; LEITE, L. S. **Alfabetização tecnológica do professor**. Petrópolis: Vozes, 2000.

SANTOS, E.K.A. a Mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do Autocuidado de Orem. [Dissertação] Florianópolis, SC, 1991 apud SOARES, C; VARELA, V.D.J. **A Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Auto Cuidado**. 2007. 81f. Relatório da Prática Assistencial referente ao Trabalho de Conclusão de Curso – Centro de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, N.O. **Tecnologia Educacional para Prevenção Secundária do Diabetes Mellitus Tipo II junto a Idosos: Estímulo para o Desenvolvimento de Competências e Empoderamento**. Uruguaiana, 2010. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

SCAVONE, L. Motherhood: transformation in the family and in gender relations. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.8, p.47-60, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v5n8/04.pdf>>. Acesso em: 06 Jul de 2015.

SCHALL, V.T; STRUCHINER, M.. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Cad. Saúde Pública. 1999, vol.15, suppl.2, p.: S4-S6. ISSN 0102-311X.

SENNÁ, M.C.M. Equidade e Política de Saúde: Algumas Reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v 18, n 1, p.: 201 – 211, Jul 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc>> apud SOUSA, L.B. et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: A Atuação da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v 18, n 1, p.: 55 – 60, Jan/Mar, 2010.

SERRUYA, S. J; CECATTI, J G; LAGO, T, G.L. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022>. Acesso em 17 de Junho de 2015.

SEVERINO, R. S. **Casais construindo seus caminhos: a terapia de casal e a família de origem.** In: L. C. Prado et al. Famílias e terapeutas construindo caminhos. (p. 71-96). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996 apud ZORDAN, E.P; FALCKE.D; WAGNER.A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) [online]. 2009, vol.15, n.2, pp. 56-76. ISSN 1677-1168.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em Saúde: Uma Reflexão de Suas Práticas. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade** (ABRASCO), 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1532>. Acesso em: 21 abril de 2015 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico.** Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SILVA, L. A. et al . Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009.

SILVA, M. R; PICCININI,C.A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: Revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n.1, p.05-12, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2009000100002&script=sci_arttext&tlng=in. Acesso em: 06 Jul. de 2015.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p.: 115-36 apud SOUSA, L.B. et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: A Atuação da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v 18, n 1, p.: 55 – 60, Jan/Mar, 2010.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede popular e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SOUZA, A.C. et al. A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: Uma Estratégia Facilitadora da Promoção da Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 26, n.2, p.:147-153, 2005 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SOUZA, E. L. B. L. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia e Aspectos de Neonatologia**. 2. ed. Belo Horizonte: Health. 1999. p.354.

STEFANELLO, J. A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães. 118f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005 apud KALINOWSKI, L.C. **Vivência do Cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermeira**. Curitiba, 2011. 141 f.: il. 30 cm. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde -Universidade Federal do Paraná, 2011.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma Nova Ótica para um Velho Problema. **Texto Contexto Enferm.** v 16, n. 2, p.: 233-238, Abr/Jun 2007 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

TREZZA, M. C. S. F., et al. Trabalhando Educação Popular em Saúde com a Arte Construída no Cotidiano da Enfermagem: Um Relato de Experiência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2 p 326-334, 2007 apud: ANDRADE.E.P; DINIZ.W.Y. O Papel do Enfermeiro Como Educador na Comunidade. Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf> Acesso em: 30 de Mai de 2015.

ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
VASCONCELOS, E.M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999 apud MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v 14, n 4, p.: 773 – 776, Out/Dez 2009. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 abril de 2015.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as Práticas de Saúde a partir de Experiências de Educação Popular nos Serviços de Saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 8, 2001 apud ULBRICH, E.M. **Repercussões Da Intervenção Educativa Do Enfermeiro No Cuidado Pessoal Do Doente Crônico**. Curitiba, 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

VIEIRA, C.S; BRITO, M.B; YAZLLE, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 30, n. 9, p.470 -479, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

VOAKER, R. Hormonologue et récepteurs au cours du parturition normal. *Bull Fed Soc Gynec Obst*, v. 92, n.7, 1995. Apud: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier. 2000.

ZAGONELI, I.P. S; MARTINS, M; PEREIRA, K.F; ATHAYDE, J. O Cuidado Humano Diante da Transição ao Papel Materno: Vivências no Puerpério. **Rev Eletrôn Enferm.** v.5, n.2, p. 24-32, 2003.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. , Baurueri, SP: Manole, 2008.

ZAGONELI, I.P.S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.F.; ATHAYDE, J. - O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32, 2003. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 12 jun 2015.

ZORDAN, E.P; FALCKE.D; WAGNER.A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte) [online]. 2009, vol.15, n.2, pp. 56-76. ISSN 1677-1168.

ANEXOS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA

Pesquisador: Ana Paula Oliveira Gonçalves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40646615.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/
UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.050.822

Data da Relatoria: 31/03/2015

Apresentação do Projeto:

Descreveremos no decorrer do trabalho o caminho metodológico para a legitimação da cartilha da puérpera, que constará em 3 momentos :avaliação de expertises, obtenção do registro dos direitos autorais no setor de propriedade intelectual da Universidade Federal do Pará e aplicação da tecnologia educativa ao público alvo: as puérperas.

Objetivo da pesquisa:

Objetivo Primário:

Legitimar a Cartilha da Puérpera;

Objetivo Secundário:

Apresentar a cartilha para expertises para avaliação; Cadastrar a cartilha no setor de propriedade intelectual da Universidade Federal do Pará para obter o registro dos direitos dos autores; Aplicar a Cartilha das Puérperas em roda de conversa e consulta, com o intuito de oferecer

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

informações e sanar qualquer dúvida acerca do puerpério; Analisar os resultados das ações educativas por meio da tecnologia aplicada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A coleta de dados acarretará riscos mínimos, como a quebra do sigilo, no entanto os pesquisadores terão o máximo cuidado de guardarem todas as informações que serão obtidas em segredos e o nome do participante não será identificado em nenhum momento. Não serão empregadas modificações intencionais nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem do estudo.

Benefícios:

Os benefícios da participação na pesquisa estão na contribuição para a qualidade na assistência prestada a puérpera através da consulta, roda de conversa e aplicação da cartilha educativa, bem como para o crescimento do saber da enfermagem, promovendo assim possibilidades de mudança para melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Recomendamos a inclusão do endereço e contatos deste CEP no TCLE apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela Aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 06 de Maio de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos (Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.



Bairro: Campus Universitário do **Guamá**

CEP: 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B: Parecer da Expertise Profª MSc Márcia Simão Carneiro

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafernandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 Evelyne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

PARECER Nº 01/2015

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO SOBRE A CARTILHA DA PUÉRPERA

Após o convite realizado pelas concluintes do curso de graduação em Licenciatura e Bacharelado da Universidade Federal do Pará e pela Prof.ª Ana Paula Oliveira Gonçalves, para contribuir com a formação e com a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA, cujo objetivo consiste em validar a Cartilha da Puérpera (elaborada pelas formandas), segue a análise do instrumento educativo para o público pertencente ao ciclo gravídico puerperal:

Como conselheira secretária do Conselho Regional de Enfermagem do Pará- Gestão 2015-2017 (COREN – PARÁ), membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermeiras (os) Obstetras e Neonatologistas do Pará (ABENFO – PA – Gestão 2015 – 2017) e professora da Atividade Curricular Internato em Enfermagem Obstétrica e Pediátrica da Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, após analisar o instrumento educativo sugerido pelas acadêmicas para o uso na educação em saúde ressaltou algumas considerações:


1. Na página 3 acrescentar no conceito de puerpério a palavra quarentena no final;
2. Na página 4 onde lê-se readaptação nas modificações físicas, escrever: retorno ou volta do organismo;
3. Na página 6, no tópico modificações psíquicas onde lê-se lactação modificar e escrever 'amamentação' e onde lê-se manuseio do recém-nascido modificar para 'cuidado com o recém-nascido'; Na mesma página subir os quadros referentes as modificações físicas para cima, sugerindo pensamentos da puérpera;
4. Na página 9, acrescentar na higienização do umbigo: 'que não há necessidade de cobrir o umbigo com lenço. E que cerca de 7 a 10 dias o coto cairá. No entanto se parecer mal cheiro e secreção purulenta procurar atendimento';
5. Na página 21 evidenciar o método amenorréia da lactação, colocar como um método que não é totalmente seguro;

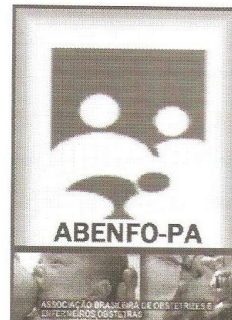
A educação em saúde pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção à saúde e representa um recurso de

socialização do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde. Nesse sentido a cartilha vem ter um destaque no espaço da atenção básica privilegiando para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde.



Concluo que a Cartilha da Puérpera é válida pois faz uma abordagem apresentando as principais dúvidas que podem ocorrer no período puerperal e abrange temas relacionados como: o cuidado com o bebê, o cuidado de si e a relação com o seu companheiro.

Desde de já agradeço o convite e sinto-me honrada por estar participando deste processo tão importante na vida profissional das acadêmicas.


MSc. Márcia Simão Carneiro
Conselheira Secretaria do COREN – PARÁ - GESTÃO 2015-2017
Membro da Diretoria da ABENFO – PA – Gestão 2015 – 2017)



ANEXO C: Parecer do Expertise Prof^o Esp. Horácio Ferreira Cunha Bastos

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafermandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 Evelyne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

PARECER N^o 02/2015

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO SOBRE A CARTILHA DA PUÉRPERA

Após o convite realizado pelas concluintes do curso de graduação em Licenciatura e Bacharelado da Universidade Federal do Pará e pela Prof.^a Ana Paula Oliveira Gonçalves, para contribuir com a formação e com a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA, cujo objetivo consiste em validar a Cartilha da Puérpera (elaborada pelas formandas), segue a análise do instrumento educativo para o público pertencente ao ciclo gravídico puerperal:

Como presidente da ABENFO – PA – Gestão 2015 - 2017 (Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos e Neonatal – Seção Pará) considero que o instrumento educativo sugerido pelas acadêmicas é uma ferramenta facilitadora para o processo de ensino e aprendizagem, logo apoio e indico a utilização desta tecnologia educacional para a distribuição e uso nos serviços de saúde. Onde os profissionais da enfermagem, principalmente os do ramo da obstetrícia, poderão utilizar este material em sua rotina diária praticando a educação em saúde e proporcionando um melhor cuidado a saúde das puérperas.

Ressalto algumas considerações a corrigir para que este material possa ser otimizado:

1. Na página 7 onde lê-se: Baixa Auto Estima modificar para Auto Estima Prejudicada ou Auto Estima Diminuída; Na mesma página acrescentar onde encontrar o apoio no serviço para as mulheres que sofrem as modificações psíquicas no puerpério;
2. Na página 9, acrescentar no cuidado com o umbigo, que este ato de higienizar deve ser feito com álcool a 70%, descrever passo a passo como realizar o cuidado (técnicas) e oferecer a informação sobre o período da queda do coto umbilical;
3. Na página 13, corrigir alguns erros ortográficos no tópico sobre a higiene;
4. Na página 14, no tópico 6.2 Alimentação, explicitar em outro item o uso do tabaco e explicar o quanto este é maléfico para a saúde; Acrescentar um quadro de desenhos sobre alimentos que devem ser evitados (alimentos rechosos), sobre alimentos proteicos, acrescentar legenda e numeração nos quadros;

5. Na página 15, onde lê-se: compre cremes gostosos modificar para Use creme hidratantes em seu corpo após o banho e antes de dormir;
6. Na página 19 no quadro de exames acrescentar no exame de PCCU: *Se vida sexual ativa, realizar pelo menos uma vez ao ano;
7. Na página 20 colocar a legenda no quadro de contraceptivos esclarecendo o nome de cada um;
8. Na página 21 acrescentar entre parênteses após a Amenorréia da Lactação (Ausência da Menstruação durante a Amamentação), com o intuito de explicar ao público alvo o significado de tal expressão;
9. Na página 22 e 23 colocar legendas nos métodos contraceptivos;
10. Na página 25 acrescentar no último tópico: * Por isso que é importante amamentar o bebê sempre que for possível sem horário definido;
11. Na página 26 no terceiro tópico de mitos e verdades, onde lê-se sangrar muito modificar: para ter um sangramento aumentado;
12. Na página 28 para fins de publicação tirar a agenda de palestras;

Concluo que a Cartilha da Puérpera é sim uma excelente tecnologia educativa e considero como válida este instrumento para a utilização beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto as puérperas com a sua riqueza de informações. Outro ponto a ser parabenizado e destacado é a abordagem do tópico Relação com o Companheiro, visto que é importante abordar a saúde do homem, já que o Ministério da Saúde está incentivando tais cuidados.

Participei o instrumento para a presidente Nacional da ABENFO Dr^a. Kleyde Ventura de Souza e convidamos e sugerimos a publicação e o lançamento da Cartilha da Puérpera no IX COBEON (Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal) e III CIEON (Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal) que será realizado no período de 2 a 4 de dezembro de 2015 aqui na nossa cidade, Belém – Pará.

Desde de já agradeço o convite e sinto-me honrado por estar participando deste processo tão importante na vida profissional das acadêmicas.


Esp. Horácio Ferreira C. Bastos
Presidente ABENFO - Presidente da
COREN-PA - COREN-PA



GESTÃO 2015-2017

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO


Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer								
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose				
	3 meses							1ª dose			
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose				
	5 meses							2ª dose			
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose					
	9 meses								Dose inicial		
	12 meses					Reforço				1ª dose	
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço		2ª dose	
	4 anos			2º reforço (com DTP)							

⁽¹⁾Se não tiver recebido o esquema completo na infância. ⁽²⁾Respeitar esquemas anteriores.

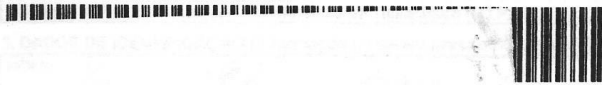
Fonte: Portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

ANEXO E: Comprovante do protocolo realizado para o registro dos direitos autorais da cartilha

X

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL Guia de Recolhimento da União - GRU</p>	Código de Recolhimento	28830-6
	Número de Referência	
	Competência	
	Vencimento	
Nome do Contribuinte / Recolector: EVELYNE TEIXEIRA DE SOUZA	CNPJ ou CPF do Contribuinte	932.193.852-49
Nome da Unidade Favorecida: FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL	UG / Gestão	344042 / 34209
Instruções: As informações inseridas nessa guia são de exclusiva responsabilidade do contribuinte, que deverá, em caso de dúvidas, consultar a Unidade Favorecida dos recursos.	(=) Valor do Principal	20,00
	(-) Desconto/Abatimento	
	(-) Outras deduções	
	(+) Mora / Multa	
	(+) Juros / Encargos	
GRU SIMPLES Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A. [STNA7976B8A9C378835351DE1FE7344E878]	(+) Outros Acréscimos	
	(=) Valor Total	20,00

85850000000-2 20000254288-1 30046861000-5 93219385249-2



21/01/2015

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/01/2015 - AUTOATENDIMENTO - 15.04.42
2619002619 SECUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CLIENTE: EVELYNE TEIXEIRA DE SOUZA
AGENCIA: 2619-
0 CONTA: 9.950-3

Convenio GRU-GUIA RECOLHIM. UNIAO
Codigo de Barras 85850000000-
2 20000254288-1 30046861000-

5 93219385249-2 21/01/2015
Data do pagamento 20,00
Valor em Dinheiro 0,00
Valor em Cheque 20,00
Valor Total



FBN/EDA/DFPA
Nº 100 AS 11.33 HS.
EM 11/06/2015.

1/1

DOCUMENTO: 012102
AUTENTICACAO SISBB: F.45A.296.030.5AA.CEO

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafernandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 Evelyne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: **LEGITIMANDO A CARTILHA DA PUÉRPERA** que será desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), que tem como objetivo desenvolver um processo de educação em saúde com um grupo de puérperas, em uma unidade básica de saúde, a partir do uso da cartilha educativa, roda de conversa e consultas agendadas. Para tanto, utilizaremos três tempos distintos. Sendo que o 1º período consistirá na consulta do pré-natal do último trimestre. Segundo período: consulta do puerpério. No terceiro tempo, com sua aceitação em participar do projeto será entregue a Cartilha da Puérpera com os temas: conceito de puerpério; modificações físicas e psíquicas desta fase; os cuidados com o recém-nascido; relação com o (a) companheiro (a); cuidados de si; planejamento familiar; mitos e verdades sobre o puerpério.

Esta pesquisa será iniciada imediatamente após a aprovação do Comitê de Ética. Suas respostas serão abordadas de forma anônima e sigilosa, sendo assim, em nenhum momento será revelado o seu nome em qualquer fase do estudo. A fim de resguardar os direitos legais dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, encontra-se em vigor na legislação brasileira a Resolução nº 466/12, aprovada pelo CNS/MS. Sua participação é voluntária e você poderá retirar-se a qualquer momento da pesquisa ou desistir de participar. Informamos que poderá manter contato com os pesquisadores para qualquer esclarecimento.

Este estudo não terá nenhum custo ou qualquer ressarcimento financeiro. A coleta de dados acarretará riscos mínimos, como a quebra do sigilo, no entanto os pesquisadores terão o máximo cuidado de guardar em todas as informações que serão obtidas em segredos e o nome do participante não será identificado em nenhum momento. Os benefícios da participação na pesquisa estão na contribuição para a qualidade na assistência prestada a puérpera através da consulta, roda de conversa e aplicação da cartilha educativa, bem como para o crescimento do saber da enfermagem, promovendo assim possibilidades de mudança para melhorias.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.



Agradecemos a sua participação!

EU, _____,
declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar, cooperando com a coleta de informações para a mesma.

Belém, ____/____/____

ASSINATURA DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

APÊNDICE B: Termo de Autorização de Imagem

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafernandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 Evelyne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Ana Paula Oliveira Gonçalves (Pesquisadora Responsável), Bruna Regina Pinheiro de Paiva e Evelyne Teixeira de Souza do projeto de pesquisa intitulado “**Legitimando a Cartilha da Puérpera**” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

Belém, ____/____/____



ASSINATURA DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

**Ana Paula Oliveira Gonçalves
Pesquisadora Responsável**

Bruna Regina Pinheiro de Paiva

Evelyne Teixeira de Souza

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados “A”

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafernandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 Evelyne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

FORMULÁRIO “A”

1. Quantos anos você tem? <input type="checkbox"/> 18 a 22 anos <input type="checkbox"/> 23 a 28 anos <input type="checkbox"/> 29 a 33 anos <input type="checkbox"/> 34 a 39 anos	2. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira
3. Qual sua renda familiar? <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Não possui renda própria	4. Você tem quantos filhos? <input type="checkbox"/> Um a dois <input type="checkbox"/> Três a quatro <input type="checkbox"/> Cinco a seis <input type="checkbox"/> Acima de seis
5. Você tem conhecimento das modificações físicas e psíquicas que podem ocorrer com você no período puerperal? <input type="checkbox"/> Sim. Somente das modificações físicas. <input type="checkbox"/> Sim. Somente das modificações psíquicas. <input type="checkbox"/> Sim, de ambas. <input type="checkbox"/> Não tenho conhecimento.	6. Sobre o cuidado com o seu bebê, você acha importante conversar sobre os cuidados como: banho, alimentação, desmame, limpeza do umbigo, vacinação e o sono? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.

7. As mudanças no cotidiano do casal depois da chegada de um bebê são inevitáveis, como está a relação com seu companheiro após o nascimento do filho (a)?

- Muito bem, nós conseguimos conciliar os cuidados do nosso filho(a), e manter uma relação normal de casal.
- Nesse momento meus cuidados estão voltados para a criança, por isso nossa relação está um pouco afetada.
- Não está indo bem, mais vou tentar mudar essa situação.

8. É comum no período puerperal que as atenções estejam voltadas para o bebê, para diversos afazeres em casa e o cuidado de si própria acaba ficando de lado. O que você acha sobre o assunto “Cuidados de Si”?



- Não acho importante cuidar de mim.
- Que o tempo ficou curto mesmo, mas sempre que posso reservo um momento para cuidar de mim mesmo não sendo suficiente.
- Que tenho que cuidar da minha saúde, me alimentar bem, ter cuidado com minha higiene, cuidar de mim na forma geral, para poder cuidar do meu filho(a) e estar bem comigo mesma.

9. Você tem informação o sobre o planejamento familiar no puerpério?

- Não tenho nenhum conhecimento e não estava usando nenhum método contraceptivo.
- Sim. Conheço apenas alguns dos métodos contraceptivos apresentados.
- Sim. Mas não uso nenhum método contraceptivo.
- Sim. Já estava utilizando o método: _____.

10. Enumere 3 dúvidas que você tem sobre o puerpério.

APÊNDICE D: Instrumento de Coleta de Dados “B”

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
Pesquisadora responsável (orientadora): Ana Paula Oliveira Gonçalves (anapaulaog@gmail.com). Tel.: (91) 981213636. Graduandos: Bruna Regina Pinheiro de Paiva (bruna_reginafernandes@hotmail.com). Tel.: (91) 999656317 e Evelynne Teixeira de Souza (evyteixeira@hotmail.com). Tel.: (91) 996351379/ 984369477.		

FORMULÁRIO “B”

1. Com o uso da Cartilha da Puérpera você conseguiu obter conhecimentos sobre as modificações físicas e psíquicas do período puerperal?
() Não obtive conhecimento.
() Sim. Somente das modificações físicas.
() Sim. Somente das modificações psíquicas.
() Sim, de ambas.

2. Com o uso da Cartilha da Puérpera você conseguiu obter conhecimentos sobre os cuidados com o seu bebê?
() Não.
() Sim.

3. Com a leitura da Cartilha da Puérpera, o que você acha que pode fazer para melhorar a relação com o seu companheiro após o nascimento do bebê?
() Proporcionar atenção e carinho, para que o meu companheiro não se sinta apenas como reprodutor.
() Tratar o companheiro como parte essencial para a formação de sua família, não o excluindo e dando-lhe a atenção necessária.
() Conversar sobre o tempo certo para o início da relação sexual, e lembrar que beijos, carícias, expressões afetuosas ajudam na boa comunicação entre os parceiros.
() Não acho necessário fazer nada, pois com o tempo a relação pode melhorar.

4. O que você aprendeu sobre os tópicos Cuidados de Si abordados na Cartilha da Puérpera?
() Não achei importante os tópicos.
() Achei importante, mesmo com o tempo curto, preciso reservar um momento para cuidar de mim, mesmo não sendo suficiente.
() Aprendi que tenho que cuidar da minha saúde, me alimentar bem, ter cuidado com minha higiene, cuidar de mim na forma geral, para poder cuidar do meu filho(a) e estar bem comigo mesma.

5. E agora, após conhecer a “Cartilha da Puérpera”, o que você aprendeu sobre o planejamento familiar no puerpério?
() Que é uma política que acolhe pessoas que tem a vida sexual ativa, que pode ser encontrada na unidade de saúde e faz a orientação a pré – concepção e a contracepção.
() Possibilita ao casal programar quantos filhos terá, e quando os terá. Permite aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.
() Que existem vários métodos contraceptivos, dentre eles estão: amenorreia da lactação, DIU, Diafragma, preservativo masculino e feminino e anticoncepcionais orais e injetáveis.

6. Você conseguiu esclarecer dúvidas que a puérpera apresenta no tópico mitos e verdades da cartilha?
() Não
() Sim. Qual? _____

7. A cartilha ajudou você a tirar alguma dúvida sobre o puerpério?
() Não () Sim. Qual? _____

Cartilha da Puérpera

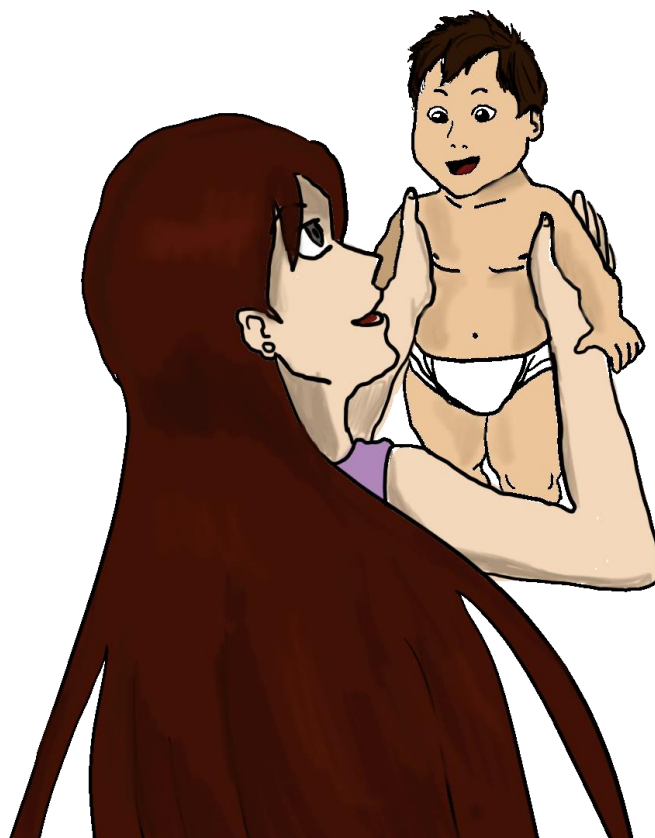


Sumário

1. O que é Puerpério?
2. Modificações Físicas
3. Modificações Psíquicas
4. Relação com o Bebê
5. Relação com o Companheiro
 - 5.1 Atenção e Carinho
 - 5.2 Relação Sexual
6. Cuidando de Si
 - 6.1 Higiene
 - 6.2 Alimentação
 - 6.3 Atividade Física
 - 6.4 Cuidados com a Imagem
 - 6.5 Vacinação
 - 6.6 Exames
7. Planejamento Familiar
 - 7.1 Utilização de Métodos Contraceptivos
 - 7.2 Assistência à Pré - Concepção
 - 7.3 Assistência à Contracepção
 - 7.4 Onde posso encontrar esse serviço de Planejamento Familiar?
8. Fim do Puerpério
9. Mitos e Verdades
10. Agenda das Palestras
 - Anotações
 - Fontes

1. O QUE É PUERPÉRIO?

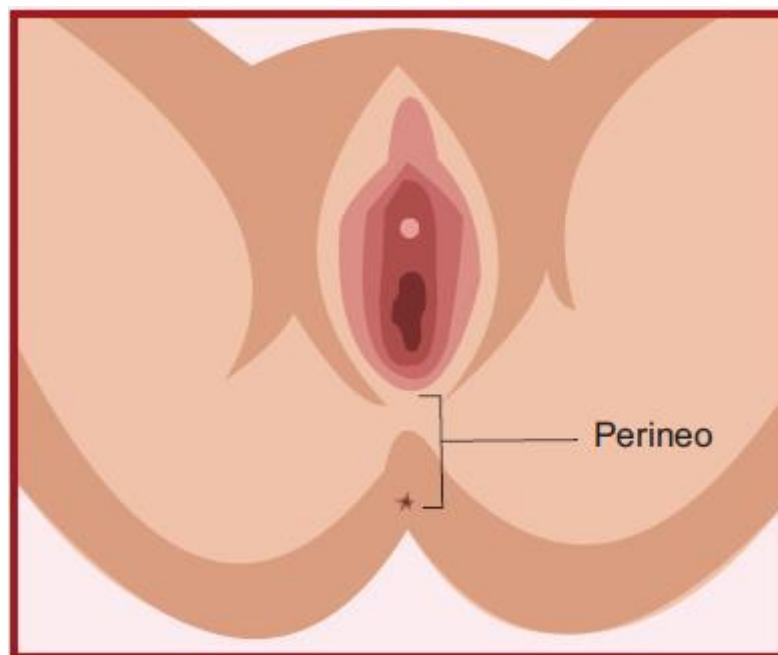
- ❖ É o período logo após o parto, também conhecido como pós-parto ou resguardo.



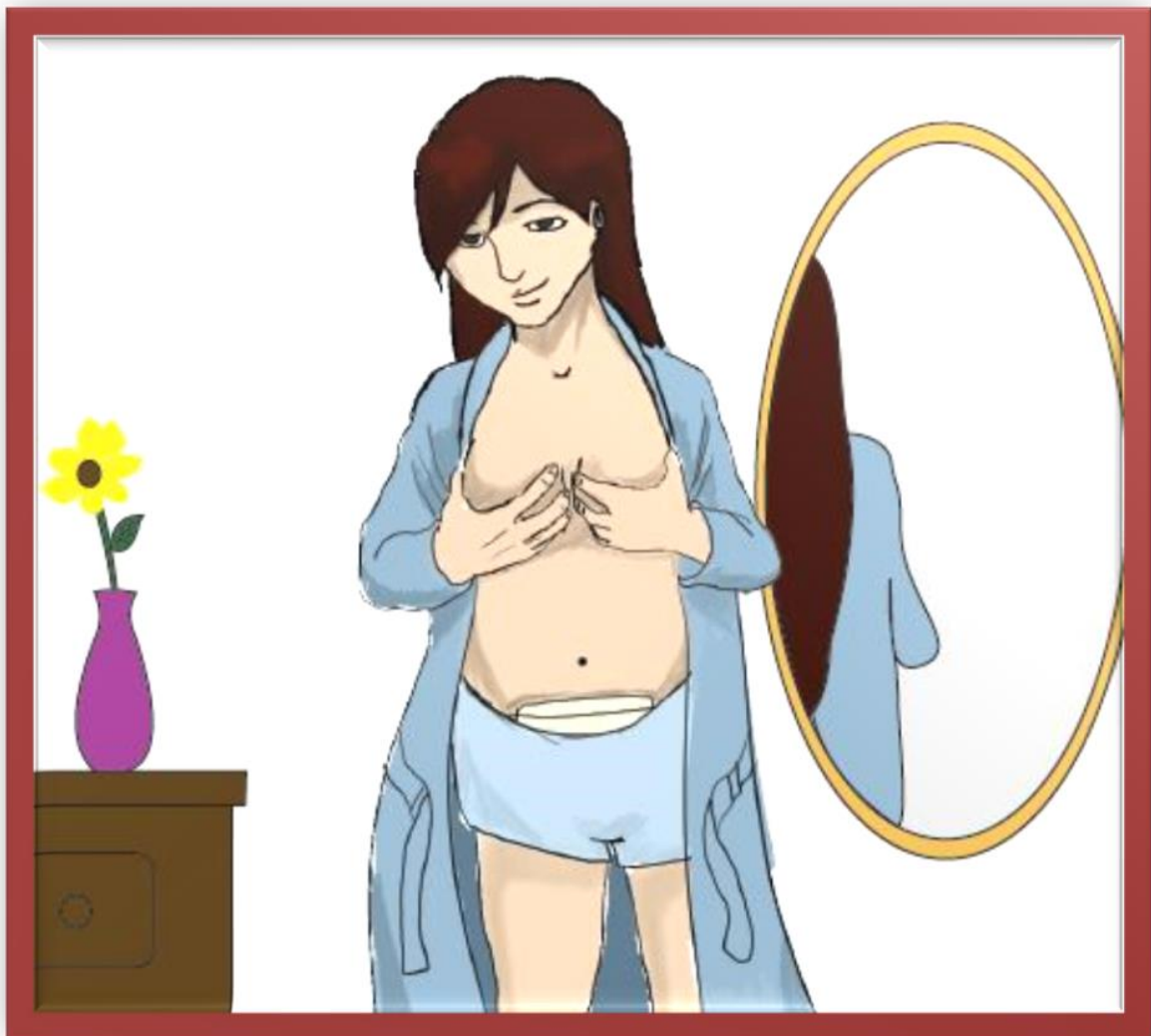
É neste período que a mulher experimenta modificações em seu corpo e em sua mente, tendendo a voltar o estado antes da gravidez!

2. MODIFICAÇÕES FÍSICAS

- ❖ É natural ocorrer mudanças no corpo e a readaptação do organismo da mulher à situação anterior à gravidez.
- ❖ No puerpério, o útero, o períneo, a vagina, o abdômen e as mamas sofrem modificações, alguns começam a voltar ao tamanho normal!



Região pode ficar edemasiada (inchada)



✓ **Regressão do Útero;**

✓ **Aumento das mamas (amamentação);**

✓ **Abdômen: modificações variáveis (regressão no tamanho, presença de estrias, pele flácida).**

3. MODIFICAÇÕES PSÍQUICAS

❖ As mudanças ocorrem não apenas no corpo. A experiência da maternidade, o início da lactação, o manuseio do recém-nascido, a alteração do ritmo do sono, trazem alterações psíquicas que podem variar de crises de choro, crise depressiva, instabilidade emocional entre outras!



Medo de não conseguir cuidar do filho;

Depressão pós-parto;



Baixa Auto Estima



Ansiedade

Obs.: É importante lembrar que todas as mudanças são variáveis dependendo do organismo de cada mulher.

4. RELAÇÃO COM O BEBÊ

Neste momento o BEBÊ é o CENTRO da ATENÇÃO!

Com o nascimento do bebê nasce uma família e todas as atenções se voltam para ele, sendo que as relações afetivas são mais intensas com a criança. Muitas dúvidas surgem quanto ao cuidado do bebê, principalmente as que estão sendo mãe de primeira viagem.



Algumas dicas de cuidados com o bebê:

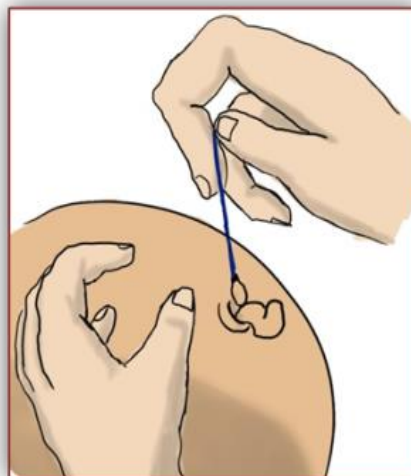


- ❖ **SONO:** nos primeiros dias de vida seu bebê dorme muito tempo e a qualquer hora, desde que não tenha fome, dor ou frio. À medida que vai crescendo estará mais tempo acordado.

- ❖ **BANHO:** a higiene é fundamental para o bem estar de seu filho, pois além de ser uma medida de higiene indispensável, proporciona um relacionamento afetivo entre mãe e filho!



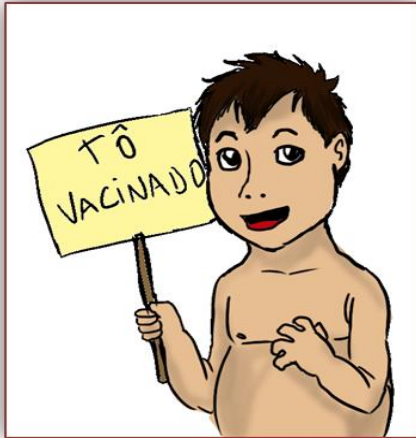
- ❖ **UMBIGO:** até sua cicatrização completa, deve ser limpo com álcool diariamente.



- ❖ **ALIMENTAÇÃO:** o ato de amamentar é muito mais do que alimentar o bebê, é uma poderosa fonte de comunicação que fortalece o vínculo materno e familiar. Até os seis meses de vida, alimentação deve ser exclusivamente o leite materno, não podendo oferecer nenhum outro tipo de alimento, inclusive água!

- ❖ **DESMAME:** é iniciado após os seis meses, com a introdução de novos alimentos, complementando a amamentação.



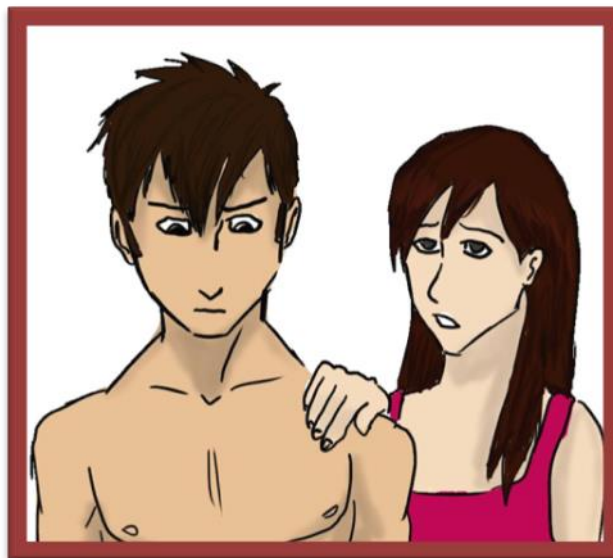


❖ **VACINAÇÃO:** ficar atenta quanto à imunização do bebê, lembrando-se das datas e da importância das vacinas para a prevenção contra doenças.

5. RELAÇÃO COM O COMPANHEIRO

5.1 Atenção e Carinho

No puerpério alguns homens se sentem como apenas um reprodutor, que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pela mulher.



Motivos para o sentimento de exclusão do pai:



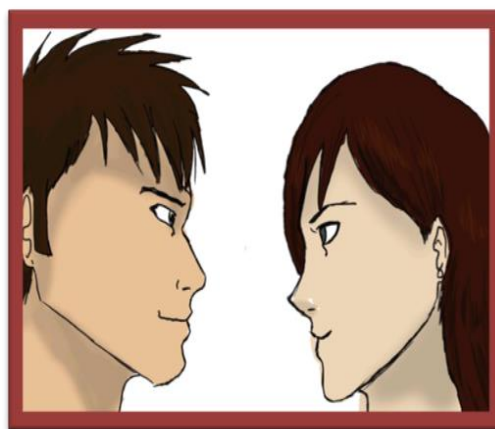
- ❖ O impacto emocional do parto;
- ❖ A possibilidade da decepção quanto ao sexo do bebê;
- ❖ O sentimento de exclusão e atenção maior ao bebê;
- ❖ Visão da mulher como somente mãe dos seus filhos e não como parceira sexual.

Fique ATENTA!

Você como mulher, deve tratar o seu companheiro, como parte essencial para a formação de sua família, não o excluindo e dando-lhe atenção necessária, incluindo conversas para a construção de um puerpério saudável!

5.2 Relação Sexual

Pode ser iniciada logo após a completa cicatrização das regiões traumatizadas no parto, ou seja, entre 45 - 60 dias após o parto!



Relação Sexual não é só penetração, os beijos, as carícias, expressões verbais e corporais afetuosas fazem o bem estar da relação e ajudam em uma boa comunicação entre os parceiros.



6. CUIDANDO DE SI

É comum no período puerperal que algumas mulheres deixem de cuidar de si, pois os cuidados estão todos voltados para o seu bebê, para outros afazeres da casa, dentre outros.



6.1 Higiene

A higiene deverá ser habitual com banhos normais.

- ❖ Lavar os mamilos antes depois da mamadas;
- ❖ Trocar os absorventes pós-parto com frequência;
- ❖ Cuidar dos cabelos e das unhas;
- ❖ Fazer o uso de sutiã e calcinha e adequadas.



Obs.: Ações simples como essas evitam infecção puerperal que se localizam nos órgãos genitais e acontecem após o parto, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

6.2 Alimentação

✓ Deverá ser a mais equilibrada e variada possível!

Ingerir bastante líquido, e comer de tudo, embora haja alimentos que deverão ser evitados: **alimentos rechosos, tabaco, bebidas alcoólicas e gaseificadas.**



6.3 Atividade Física

Deve se realizar atividades normais, relativamente às tarefas domésticas, evitando, no entanto, esforço físico como: subir e descer escadas com frequência, ficar períodos longos em pé.

Exercícios como caminhar, nadar e andar a pé, são importantes, pois mantem o coração e os pulmões em boa forma e dão mais energia!



6.4 Cuidados com a Imagem

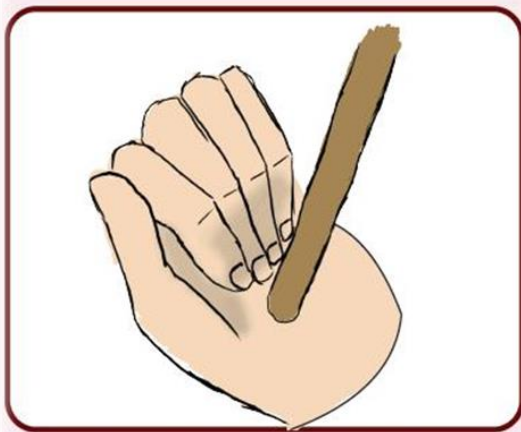
CÁ ENTRE NÓS!

Toda mãe merece ser cuidada, faça as coisas por você:

- ✓ Cuide do cabelo;
- ✓ Faça as unhas;
- ✓ Depile-se;
- ✓ Compre cremes gostosos;
- ✓ Tome um banho gostoso sempre que puder;
- ✓ Procure descansar/dormir.

EU JÁ SEI O QUE VOCÊ VAI ME DIZER!

Que não tem tempo, mas o segredo está em arranjar esse tempinho como se fosse um compromisso de negócios, mais com você mesma.



Tenho certeza que há um lugarzinho na sua agenda para você se sentir melhor, fazendo diferença na sua vida e trazendo benefícios pra você e sua família!

6.5 Vacinação

Calendário de Vacinação para Puérperas

Intervalo entre as doses	Vacina	Esquema
Primeira Visita	Dupla tipo Adulto (dT): quando não realizada na gestação	Primeira dose
	Tríplice Viral (SRC): sarampo, caxumba, rubéola	Verificar a Idade
	Hepatite B	Primeira dose
Segunda Visita (2 meses após a primeira visita)	Dupla tipo Adulto (dT)	Segunda dose
	Hepatite B.	Segunda dose
Terceira Visita (6 meses após a primeira visita)	Dupla tipo Adulto (dT)	Terceira dose
	Hepatite B	Terceira dose
	Febre Amarela	Dose única

Quadro 1: Calendário de Vacinação para as Puérperas

6.6 Exames

Exames no Puerpério

Exames	Para que serve?	Quando fazer?
Hemograma Completo	Analisa as variações quantitativas e morfológicas de todos os elementos do sangue (leucócitos, plaquetas e hemácias) realizando uma análise quantitativa que permite a observação dos quadros diferentes de Anemia, Policitemias (aumento na produção de hemácias), o diagnóstico de infecções, Leucemias e Distúrbios de Coagulação.	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.
Urina Tipo 1 (EAS)	É um exame de rotina que avalia aspectos físico-químicos (aspecto, cor, odor, PH, densidade) da urina, além da presença de elementos no sedimento (glicose, hemoglobina, proteína, glóbulos vermelhos e brancos, entre outros).	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.
Parasitologia das Fezes	Estuda as funções digestivas, a dosagem de gordura fecal, as pesquisas de sangue oculto, a pesquisa de ovos e parasitas e a coprocultura (presença de bactérias).	Se houver anormalidades em resultados recentes de seis em seis meses, se não anualmente.
Sorologias para DST's (HIV: anti-HIV, Sífilis: VDRL, Hepatite B)	Detecção de infecção por HIV, Sífilis e Hepatite B.	Oferecer os testes para aquelas que não realizaram durante a gravidez e no parto.

<p>PCCU (Exame Preventivo de Colo do Útero ou Papanicolau)</p>	<p>Consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Diagnostica principalmente o Câncer de Colo Uterino, inflamações, contaminação bacteriana.</p>	<p>Se no último exame o resultado der normal, realizar no período de 3 em 3 anos. Se parto normal realizar o exame após 6 meses, se cesariano realizar após 2 meses da cirurgia.</p>
--	---	--

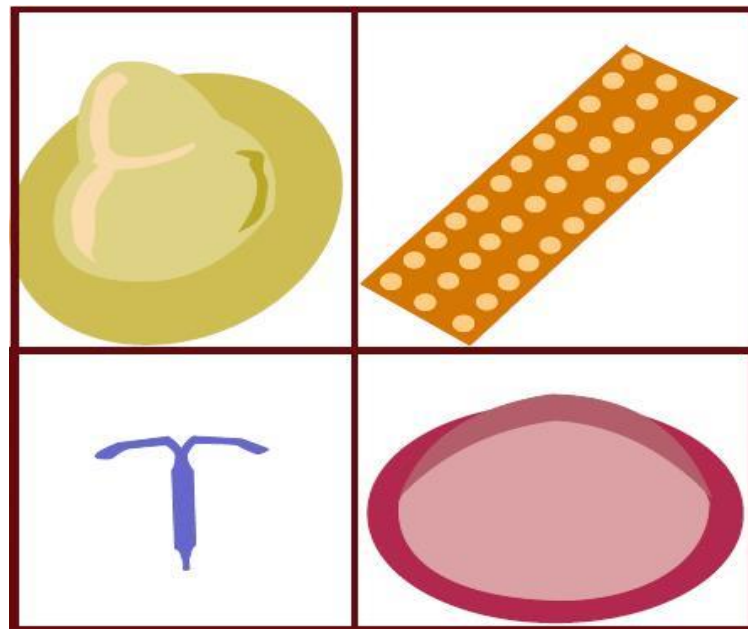
Quadro 2: Exames no Puerpério

7. PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que tem vida sexual ativa e não estão, necessariamente, planejando uma família.



O Planejamento Familiar é um direito assegurado pela Constituição Federal, é um ato consciente, possibilita ao casal programar quantos filhos terá, e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.

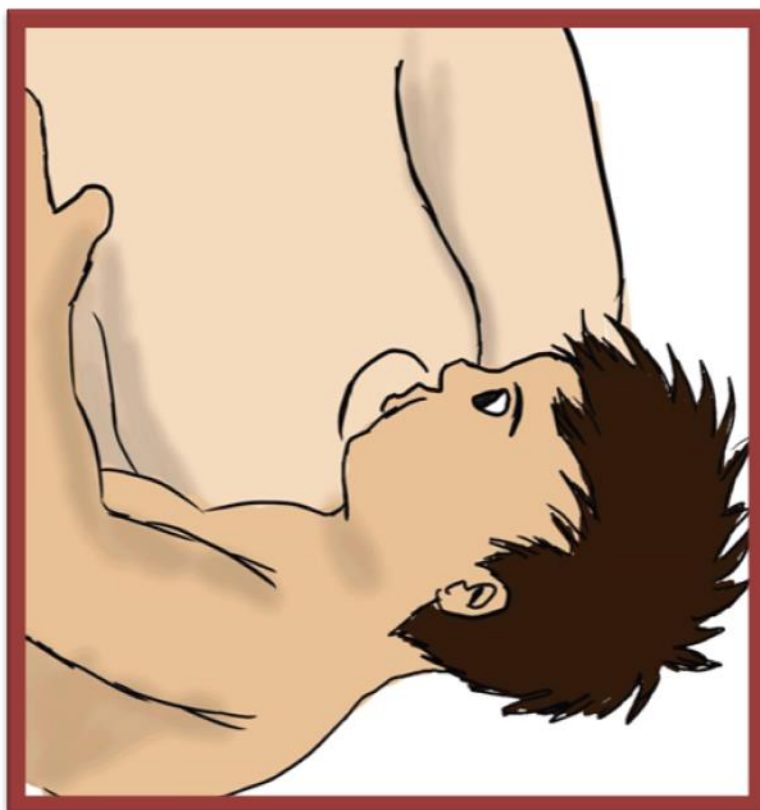


O acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sobre orientações médicas ou de enfermagem adequada, é a única maneira de preservar a saúde da mulher, evitando gestações indesejadas, diminuindo o número de gestações de alto risco, abortos inseguros e consequentemente reduzindo a mortalidade materna infantil.

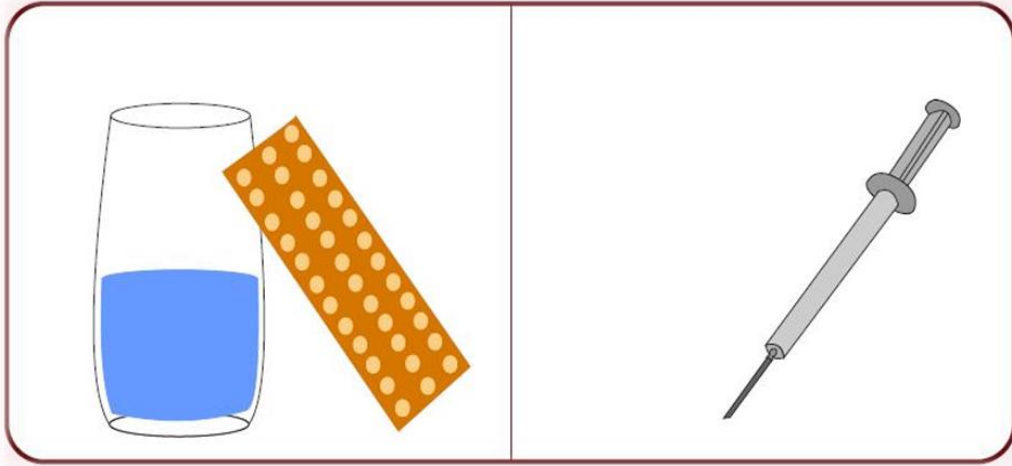
7.1 Utilização de Métodos Contraceptivos

Querendo evitar uma nova gravidez durante o período do puerpério em um curto intervalo de tempo dentre os métodos indicados estão:

- ❖ **AMENORRÉIA DA LACTAÇÃO:** só pode ser utilizado pelas puérperas sobre as seguintes condições: em aleitamento materno exclusivo (alimentando o bebê somente com o leite materno), amenorréia (na ausência da menstruação) e o recém-nascido com menos de 6 meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método.



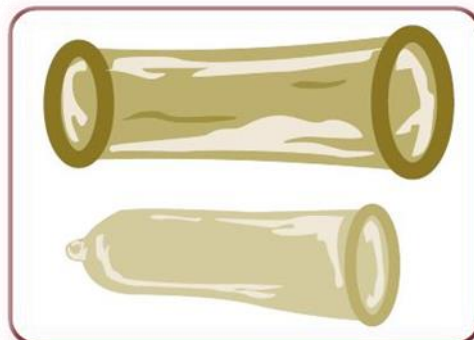
- ❖ **ANTICONCEPCIONAIS:** hormonais orais e injetáveis;



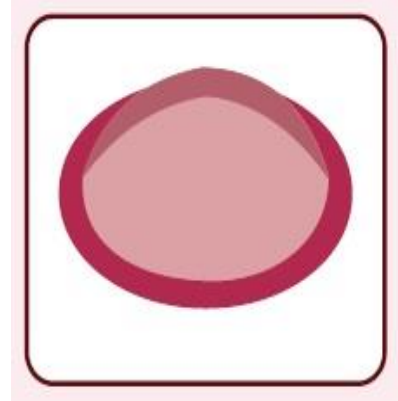
- ❖ **DIU:** logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto.



- ❖ **PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO:** após os 45-60 dias do início das atividades sexuais da puérpera.



❖ **DIAFRAGMA:** é um pequeno anel flexível recoberto por uma película de borracha ou silicone que é colocado pela mulher dentro da vagina até 5 horas antes da relação sexual.



7.2 Assistência à Pré - Concepção

Têm como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar.

A equipe de saúde deverá orientar sobre:

- ✓ Riscos do tabagismo, bebidas alcoólicas e drogas lícitas e ilícitas;
- ✓ Prevenção de DST's;
- ✓ Avaliar o estado geral de saúde;
- ✓ Adequar à situação vacinal;
- ✓ Prescrever ácido fólico 5 mg via oral 1 vez ao dia.

7.3 Assistência à Contracepção

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade dos profissionais, médico e do enfermeiro, **não se auto medique.**

O profissional deverá fornecer informações essenciais como:

- ✓ O uso correto;
- ✓ Eficácia do método;
- ✓ Vantagens e desvantagens do uso;
- ✓ Efeitos secundários;
- ✓ Facilidade de uso;
- ✓ Possíveis complicações
- ✓ Importância da consulta de retorno e do acompanhamento.

7.4 Onde posso encontrar esse serviço de Planejamento Familiar?

Os profissionais de saúde nas Unidades Básicas estão capacitados para oferecer serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva, informações sobre DST's, infecções, problemas do sistema reprodutivo, atendimento ginecológico e maternal, informações sobre violência sexual, e educação sobre as questões de sexualidade e criação dos filhos.

8. FIM DO PUERPÉRIO

É variável de acordo com o organismo de cada mulher e para o serviço de atendimento consideramos 45 dias (que pode ser de 6 a 8 semanas) de duração.



- ❖ Nas puérperas que não amamentam pode ocorrer a ovulação após seis a oito SEMANAS do parto.
- ❖ Nas que estão amamentando esse período pode durar de seis a oito MESES dependendo da frequência das mamadas.



9. MITOS E VERDADES

VERDADES

✓ O cabelo cai?

Sim, devido a alteração a taxa de alguns hormônios da mulher nessa fase.



✓ Não falar após as primeiras horas da cesárea?

Verdade para evitar a ingestão de ar, e consequentemente gases, causando dores.

✓ É normal sangrar muito no pós-parto?

Verdadeiro! Nos primeiros dias o fluxo é maior que o da menstruação, mais deve diminuir e clarear com o passar dos dias, mais nunca aumentar.

✓ As cólicas são comuns nesta fase?

Logo após o parto é possível sentir contrações, isto porque o útero se contrai naturalmente para prevenir a hemorragia e voltar ao tamanho antes da gravidez.

✓ Amamentar emagrece?

O corpo da mulher gasta cerca de 700 kcal para produzir 1 litro de leite, logo é verdadeiro.

MITOS

✓ **Não há chances de engravidar no puerpério?**

Quanta mentira! O risco existe sim, embora as chances sejam reduzidas por causa da amamentação, por isso a prevenção é necessária.

✓ **Não pode lavar os cabelos?**

Mito! Já nos primeiros dias a mãe pode lavar os cabelos.

✓ **Meu leite é fraco?**

Cada mãe produz o leite adequado para seu bebê. Então se a criança mama regularmente e esta ganhando peso, a mãe pode ficar tranquila.



✓ **Não pode comer chocolate enquanto amamenta?**

Nenhum alimento faz mal, só que nesse período é recomendável manter uma alimentação saudável e ingerir bastante água.

✓ **Depois do parto a mulher não deve levantar-se nas primeiras 24 horas?**

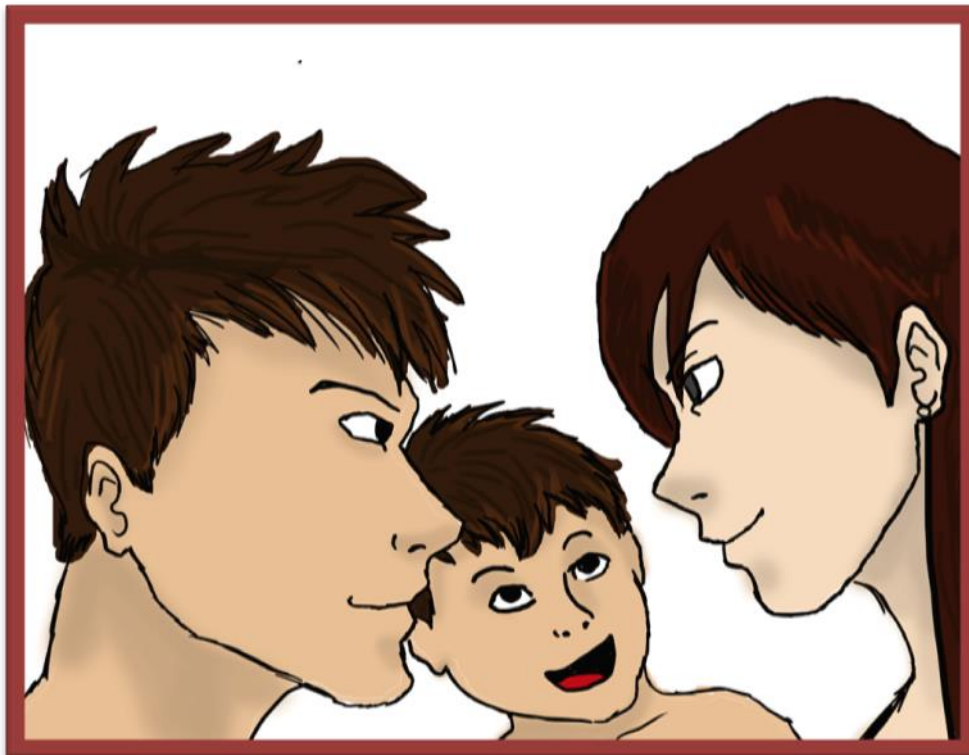
Mito! Pode levantar-se umas três ou seis horas depois de dar a luz, isto sempre que não tenha uma contra indicação médica.

10. AGENDA DAS PALESTRAS

Palestras

<p>Data</p> <p>___/___/___</p>	<p>1ª Palestra</p> <p>Cuidando do Recém-Nascido (RN)</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Cuidados Gerais;✓ Banho, Curativo;✓ Aleitamento.
<p>Data</p> <p>___/___/___</p>	<p>2ª Palestra</p> <p>Cuidando de Si</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Higiene;✓ Vacinas;✓ Exames.
<p>Data</p> <p>___/___/___</p>	<p>3ª Palestra</p> <p>Planejando a Família</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Métodos contraceptivos adequados.

Quadro 3: Agenda das Palestras



Decididamente o pós - parto é um período muito delicado.

Porém, riquíssimos em aprendizagens.

Pais e Filhos estarão exercendo a capacidade de se conhecer e de se reconhecer como família. Para tanto se faz necessário o principal aprendizado que é o sentido de doação, ou seja, que os pais doem ao seu filho um lugar físico e psicológico que antes era só deles, para que se sinta pertencente e acolhido emocionalmente pela própria família que o concebeu.

FONTES:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher/Assistência ao Planejamento Familiar - 4ª ed. Brasília, 2001.138p.

Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde/ Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. 119p.

Quadro 1. Disponível em:
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/i16calendario-vac-puerperas.pdf>

Quadro 2. Disponível em: Protocolo de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher/ Prefeitura de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: 2009.

Quadro 3. Elaboração das Acadêmicas.



Universidade Federal do Pará
Instituto Ciências da Saúde
Faculdade de Enfermagem
Promoção à Saúde da Puérpera

Orientação:

Prof. MSc. Ana Paula Oliveira Gonçalves

Participação:

Prof. MSc. Aline Macedo de Queiroz

Organização

Auliane Pinheiro

Bruna Paiva

Camila Teixeira

Evelyne Teixeira

Ionne Elvira

Desenhos e Layout:

Thiago Costa

Belém - Pará

2015