



CONHECIMENTOS DAS MULHERES RELACIONADOS AO PERÍODO DO PUERPÉRIO¹

*Juciléa Kucarz Adamcheski²
Adriana Moro Wierzchowicz³*

RESUMO: O puerpério compreende o intervalo entre o nascimento do bebê e o retorno dos órgãos ao estado não gravídico, no qual ocorrem muitas transformações com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher. Assim, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar o conhecimento das mulheres relacionados ao puerpério e como objetivos específicos identificar os conhecimentos empíricos das mesmas em relação ao puerpério; conhecer os medos e dificuldades encontrados na retomada da atividade sexual após o parto e avaliar a influência de fatores socioeconômicos, idade, escolaridade, tipo de parto, número de filhos e o tempo esperado para a retomada a atividade sexual. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa. A amostra foi composta por 20 puérperas cadastradas em uma estratégia Saúde da Família do Município de Itaiópolis-SC, que se encontram no puerpério mediato e até seis meses após o parto, maiores de 18 anos. Os resultados da pesquisa apontam que todas as entrevistadas realizaram consultas de pré-natal conforme preconiza o Ministério da Saúde, mas não obtiveram orientações satisfatórias em relação aos cuidados, medos e dificuldades que este período pode apresentar e que, grande parte delas sente medo da dor na relação sexual e de engravidar novamente.

Palavras Chave: Conhecimento; Puerpério; Mulher.

WOMEN'S KNOWLEDGE RELATED TO PUERPERIUM PERIOD

ABSTRACT: The postpartum period comprises the interval between the birth of the baby and the return of the organs to the state not gravidarum in which a lot of changes occur in order to restore the woman's body. Thus, this study aimed to verify the women knowledge related to postpartum and to identify their empirical knowledge in relation to the puerperium; knowing the fears and difficulties found in sexual activity after the childbirth and to evaluate the influence of socioeconomic factors,

¹Projeto de Pesquisa realizada no ano de 2011 e 2012 com recursos do art. 171, provenientes da parceria do Governo Estadual com a Universidade do Contestado -UnC Mafra/SC.

²Acadêmica do Curso de Enfermagem da UnC – Universidade do Contestado de Mafra – SC. Av. Tancredo Neves 786, bairro Bom Jesus, Itaiópolis -SC e-mail juadamcheski@hotmail.com fone (47) 92578023.

³Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado. Especialista em Pediatria com Ênfase em Cuidados Intensivos Neonatais pelas Faculdades Pequeno Príncipe –Curitiba-PR e Acupuntura –CBES-PR. Docente da UnC-Campus Mafra, funcionária da Secretaria Municipal da Saúde de Mafra- SC. Rua: Antonio Nunes, 1100. Condomínio Jardim América. Mafra-SC. CEP: 89300-000. Email: adri.moro@gmail.com. (47)99495029.

age, education, type of birth, number of children and the time expected to restart the sexual activity. It is a field research, qualitative. The sample consisted of 20 postpartum women enrolled in a Family Health Strategy in the city of Itaiópolis-SC, who are postpartum mediate and until six months after the childbirth, 18 years old, or older. The results indicate that all interviewees held prenatal consultations as recommended by the Ministry of Health, but they didn't have satisfactory guidelines regarding care, fears and difficulties that this period can present and that most of them feel afraid of pain during sex activity and get pregnant again.

Keywords: Knowledge; Puerperium; Woman.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período pós-parto ou puerpério, é definido como o período que se inicia em torno de uma hora após a dequitação da placenta e se estende pelas seis semanas seguintes. Contudo, os cuidados pós-parto devem estender-se pelo menos até seis meses após o início do puerpério, segundo o princípio “seis horas, seis semanas e seis meses” os quais indicam períodos críticos para revisão de cuidados com a mulher (BRASIL, 2005).

As transformações no corpo da mulher que iniciam no puerpério, têm a finalidade de restabelecer o seu organismo. A mulher neste momento deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico (BRASIL, 2001).

Durante o puerpério ocorre uma mistura de sentimentos vivenciados pela mulher, pois, além de contente, está preocupada, apreensiva, insegura, deprimida ou até mesmo, nada contente. Muitas vezes a mulher não encontra espaço para extravasar seus sentimentos; a ambivalência é vivida secretamente (MERIGHI, GONÇALVES, RODRIGUES, 2006, p. 778).

Estudos realizados com mulheres que se encontravam no período puerperal, objetivando compreender as alterações percebidas por elas na vivência do pós-parto, demonstraram que as mesmas seguiram uma trajetória experimentando sensações de vazio, estranheza e vulnerabilidade, até mesmo chegando ao limite de suas capacidades. Portanto, na assistência prestada à mulher no período pós-parto, deve-se considerar a singularidade da vivência neste período, tendo em vista situações particulares da vida de cada uma, englobando os aspectos físicos, emocionais e relacionais (BRASIL 2001).

Durante o período gravídico puerperal, há mudanças biológicas, psicológicas e sociais. A puérpera, ao reintegrar-se às funções de casa, encontra-se vulnerável tanto física como emocionalmente. Ela necessita de ajuda dos familiares e dos profissionais da área da saúde, pois o cuidado deve ter continuidade e não terminar com o parto. No entanto, o que se observa na prática é a concessão da alta hospitalar geralmente após 24 horas do parto, não disponibilizando contra referência no sistema de saúde público à mulher e a seu filho para que retornarem ao serviço de saúde no qual foram atendidos (MERIGHI, GONÇALVES, RODRIGUES, 2006).

Observa-se que após o parto, o primeiro retorno ao serviço de saúde ocorre somente depois de quarentas dias, momento em que a mulher deveria tirar suas dúvidas com os profissionais de saúde. Todavia, algumas mulheres sentem-se desconfortáveis em discutir o retorno das práticas sexuais, assim como, questões relacionadas a outros problemas inerentes a vida conjugal, na qual ocorrem muitas mudanças após o nascimento de um filho e representam uma importante transição podendo gerar impactos negativos, conduzindo a disfunções e problemas na saúde física e psicológica da mulher e do companheiro.

Alves (2007) disserta que o pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual, devido ao cansaço inerente à gravidez, ao próprio parto, à preocupação com as responsabilidades maternas, recuperação da genitália e de redução na lubrificação vaginal. Essas modificações geram muitas dúvidas para as mulheres quando não esclarecidas na gestação. Assim, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar o conhecimento das mulheres relacionado ao puerpério e como objetivos específicos identificar os conhecimentos empíricos das mesmas em relação ao puerpério; conhecer os medos e dificuldades encontrados na retomada da atividade sexual após o parto e avaliar a influência de fatores socioeconômicos, idade, escolaridade, tipo de parto, número de filhos e o tempo esperado para a retomada a atividade sexual.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em uma Estratégia Saúde da Família, que está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Itaiópolis-SC. Foi estabelecido e utilizado como critérios de inclusão para fazerem parte da pesquisa, mulheres maiores de 18 anos, que se encontravam no puerpério mediato e tardio, até seis meses após o parto e que se dispuseram responder o questionário e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas, portanto, as que não se enquadraram nos critérios descritos. As mulheres envolvidas na pesquisa não sofreram qualquer tipo de dano ou desconforto, as mesmas foram informadas sobre a livre escolha na participação. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado.

A análise dos dados iniciou após leitura dos questionários sendo realizada a tabulação dos dados nos programas PASW Statistics nº 18 e Microsoft Office. Os dados obtidos foram apresentados de maneira quantitativa em quadros e gráficos e analisados a luz do referencial teórico e das recomendações do Ministério da Saúde.

Esta Pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/CNS, do Ministério da Saúde/MS. A mesma foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP, da Universidade do Contestado/UNC e aprovado com o Parecer Consubstanciado-PROCESSO 311/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 mulheres puérperas, sendo que dessas, 12 - a maioria - apresentou idade entre 18 a 25 anos, 7 entre 26 a 36 anos e 1 mulher apresentou idade acima de 37 anos. Estas idades também foram apresentadas em uma pesquisa realizada em 1999 no Brasil, a qual apontou que aproximadamente 20 à 25% do total de mulheres gestantes são adolescentes e, que uma em cada cinco gestantes tem idade entre 14 e 20 anos (SANTOS JÚNIOR, 1999). Já para IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), uma característica marcante é que as brasileiras estão tendo menos filhos e engravidando cada vez mais tarde.

Os autores Santos et al. (2010) colocam que os indicadores em relação a idade das mulheres brasileiras terem seus filhos está mudando, podendo ser explicado por diferentes causas, destacando-se os aspectos socioeconômicos, pois ainda há uma forte relação entre pobreza e baixa escolaridade. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual colaboram para o aumento dessas taxas.

A tabela 1 demonstra um comparativo entre a idade e as gestações das mulheres entrevistadas nesta pesquisa:

Tabela 1 – Idades das mulheres puérperas e o número de gestações

Idade	Gestações					Total
	1 gestação	2 gestações	3 Gestações	4 a 5 gestações	Acima de 6 gestações	
18 a 25	6	5	1	0	0	12
26 a 36	2	0	2	1	2	7
37 acima	1	0	0	0	0	1
Total	9	5	3	1	2	20

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Observa-se na tabela 1 que a maioria (6) das mulheres pesquisadas iniciou sua gestação entre 18 e 25 anos. Os dados do IBGE (2010) retratam que nacionalmente 7,3% das mulheres engravidam entre 35 e 39 anos e 2% entre 40 e 44 anos. Estes dados confirmam uma tendência que é sentida principalmente nas grandes cidades, quando as mulheres colocam a carreira e outras realizações à frente do sonho de ser mãe. Já de acordo com o Ministério da Saúde (2004), existe uma maior proporção de nascidos vivos no Brasil de mães cujas idades concentram-se entre os 15 e 34 anos. Na pesquisa este dado foi notável, pois apenas uma entrevistada tinha idade acima de 37 anos em sua primeira gestação.

Em relação à renda pode-se observar que, a maioria delas (12) possuem renda de 1 salário mínimo e 8 têm renda entre 2 e 3 salários mínimos. Também foi possível perceber que o número de gestações é maior entre as mulheres que

recebem apenas um s al rio mínimo. O Censo 2010, do IBGE, mostrou que mulheres com renda e escolaridade menores estão tendo mais filhos do que a média brasileira. Ribeiro (2010) aponta alguns fatores pelos quais as mulheres estão optando por vivenciar a maternidade mais tardiamente vivenciando, assim como, a terem menos filhos. Alguns desses fatores são: a emancipa o da mulher, a inser o no mercado de trabalho e a percep o do custo do filho. Outra característica é o acesso aos métodos anticoncepcionais e os meios de comunica o.

A maior parte da amostra, 11 (55%) mulheres não trabalham fora e não contribui financeiramente na família. Percebe-se que a realidade do município universo da pesquisa, não se compara com as das grandes cidades, onde as mulheres primeiramente seguem carreira profissional postergando o sonho de ser mãe. Pode-se observar que a maior parte das mulheres pesquisadas a renda da família é de um s al rio mínimo e que a escolaridade também   baixa.

A tabela 2 compara o grau de escolaridade como número de gesta es das puérperas pesquisadas.

Tabela 2 – Rela o do número de gesta es com a escolaridade.

Escolaridade	Gesta�es					Total
	1 Gesta�o	2 Gesta�es	3 Gesta�es	4 a 5 Gesta�es	Acima de 6 Gesta�es	
Ensino Fundamental Incompleto	0	1	1	1	1	4
Ensino Fundamental Completo	4	0	1	0	1	6
Ensino M�dio Incompleto	1	4	0	0	0	5
Ensino M�dio Completo	4	0	1	0	0	5
Total	9	5	3	1	2	20

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Importante salientar, que dentre as puérperas pesquisadas, nenhuma tinha ensino superior. Sobre este fator Spindola, Penna, e Progianti (2006) discorrem que a baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerado como um fator de risco obstétrico. A baixa escolaridade é um dos principais fatores responsáveis pelo pouco entendimento da popula o com seus cuidados em saúde, tendo-se como base a defini o mais ampla de saúde físico-psíquico e social.

Segundo IBGE (2010) as mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. O aumento de renda e escolaridade também tem impacto direto no número de filhos, fator também relacionado ao mercado de trabalho e a questões culturais.

A pesquisa identificou que todas as 20 mulheres pesquisadas realizaram consultas de pré-natal na gestação. Sendo que 2 mulheres realizaram menos de cinco consultas, ficando abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. O número de consultas de 6 das entrevistadas foi de seis, uma realizou sete, 5 mulheres realizaram oito consultas, 3 realizou nove e uma realizou mais de nove consultas. Duas mulheres não responderam esta questão.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em funções dos períodos gestacionais que mais determinam riscos maternos e perinatais. Iniciar o mais precoce possível o pré-natal, com no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre é o ideal. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico obstétrico mais comum nesse trimestre, como o parto prematuro, a pré-eclampsia e eclampsia, amniorrexe prematura e o óbito fetal.

É importante que os profissionais de saúde realizem busca ativa das gestantes e trabalhos educativos para promover a saúde. As gestantes estão em um processo onde o foco principal é o aprendizado e os profissionais de saúde devem esclarecê-las, aproveitar para envolver o marido e familiares nestas atividades educativas das gestações, tipo de parto e os cuidados do puerpério.

Em relação ao tipo de parto que as mulheres pesquisadas tiveram, constatou-se que 3 (15%) delas tiveram parto cesariana e as demais 17 (85%) mulheres, tiveram seus filhos de parto normal. Moura (2007) discorre que as mulheres ficam bem divididas quando o assunto é a decisão de qual tipo de parto realizar, pois algumas preferem a cesárea, já que têm medo da dor do parto e acreditam que a criança é retirada com mais segurança. Outras pensam que o parto normal é o melhor.

As vantagens do parto normal para a mulher, primeiramente por não se tratar de uma cirurgia, com diversos cortes e suturas, o risco de infecção ou hemorragia é bem menor. Por esse mesmo motivo a recuperação do parto normal também é melhor e mais rápida. Outro benefício é favorecer a amamentação, pois dispara a produção de hormônios que avisa ao organismo que é o momento de começar a produzir leite. Especialistas afirmam até que a relação mãe e filho se estabelecem mais cedo com o parto normal, já que a mãe participa mais ativamente do nascimento (BRASIL, 2005).

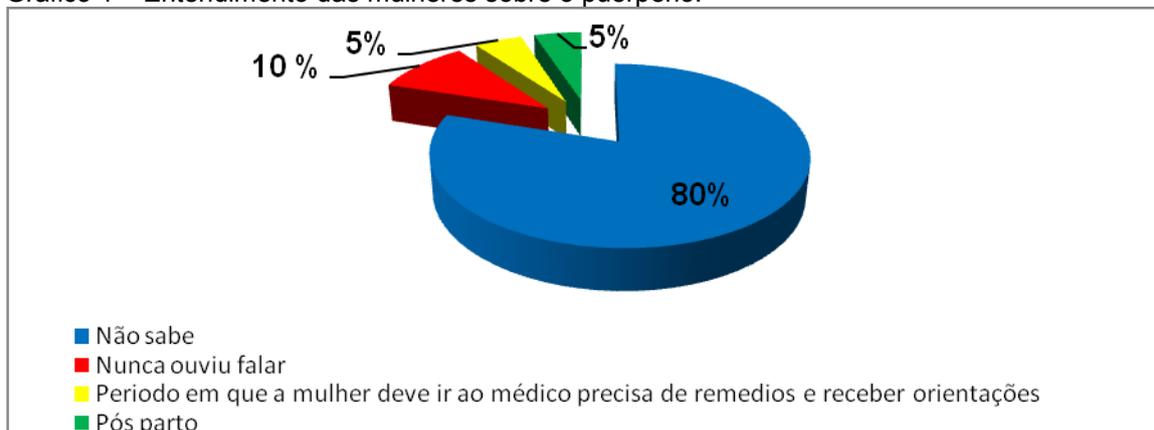
Para Freitas (2011), o puerpério inicia-se logo após o parto ou cesariana e estende-se até 198 dias. Nesse período, ocorre o retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico. E a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

No pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a qualquer tipo de problema, sente-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao filho e a casa, contando

assim com uma rede de cuidadores, compreendida pela sua família e os serviços de saúde, através dos profissionais. Este período   também envolvido de cuidados com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus (ALMEIDA, 2000).

O gráfico 1 foi delineado para demonstrar o entendimento das mulheres pesquisadas sobre o puerpério:

Gráfico 1 – Entendimento das mulheres sobre o puerpério.



Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Observa-se que 16 (80%) das mulheres não sabem o que   puerpério o que pode ser devido a não orientação efetivada dos profissionais de Saúde na gestação ou no pós parto.

Ao considerar tais modificações e adaptações vivenciadas pela mulher no puerpério, acredita-se na importância de prestar uma atenção bastante peculiar e específica a este período, reconhecendo a individualidade e visando assim um atendimento humanizado, concordando com o que preconiza o Ministério da Saúde, que a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde preconiza que o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, deve ser entre 7 a 10 dias após o parto, devendo ser incentivado já durante o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (BRASIL, 2006).

A consulta de puerpério também está inserida dentro do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sis pré-natal). Seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a puérpera deve ser bem acolhida. Durante a consulta, escutar o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, estimulando-a a fazer perguntas, informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

Para um melhor entendimento foi questionado as puérperas pesquisadas sobre o que significa para elas do resguardo ou dieta após parto, demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Entendimento das puérperas sobre o resguardo ou dieta pós parto.

Entendimento do resguardo ou dieta	Nº de mulheres	%
Período que a mulher deve se cuidar	7	35
Cuidar para não pegar doenças	1	5
A mulher não deve manter relações sexuais	1	5
Não sabe	1	5
Cuidar na alimentação	2	10
Não erguer peso	1	5
Se cuidar tomar banho e não sair no vento	2	10
Não molhar a cabeça	2	10
Se cuidar para não ter dor	1	5
Cuidar do corpo	1	5
Período que o útero volta ao normal	1	5

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Observa-se na tabela 3 que a maioria das mulheres (35% - 7) tem conhecimento que devem se cuidar após o parto, todavia ainda perduram conhecimentos considerados empíricos como, por exemplo, “não molhar a cabeça” com frequência.

Para Luz, Berni e Selli (2006), os mitos, por sua vez, fazem parte das interpretações que cada sociedade tem sobre sua realidade. A elaboração mítica tem por objetivo justificar, racionalizar e legitimar realidades socioculturais proteção em que a mulher permanece em repouso de três a trinta dias, aproximadamente. Esta proteção é feita por cuidados pós-parto em uma experiência que implica no envolvimento tanto de fatores maternos quanto dos relacionados ao recém-nascido. Os cuidados no período do resguardo ou dieta são para realizados pelas mulheres, para as mesmas não terem recaída após o parto, não ficarem doentes.

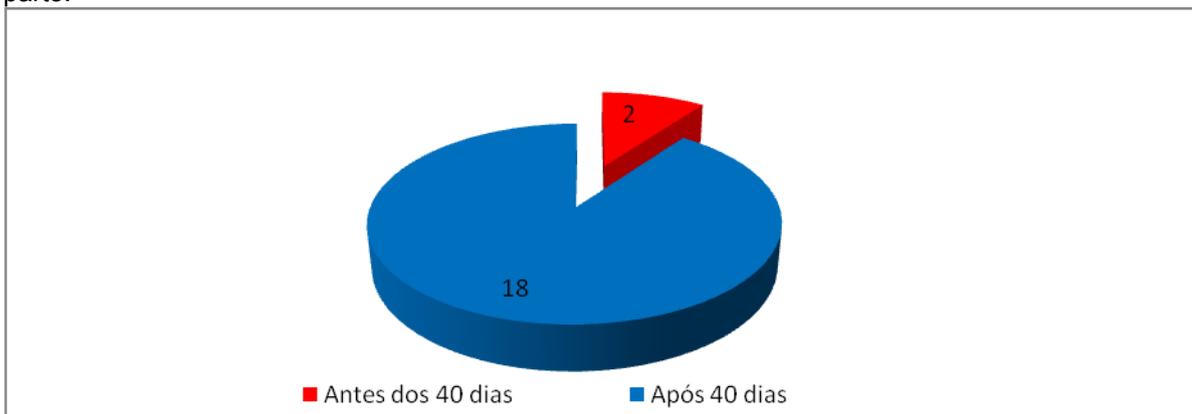
De acordo com Silva (1996, p.34), os mitos fazem parte da cultura de um povo, ultrapassam gerações e dão origem ao medo. Encontram-se nas nossas vidas e influenciam a nossa forma de pensar, estar e de agir. Mitos e crenças é o “conhecimento advindo do senso comum, passado de geração em geração, adquirido de forma empírica e que faz parte da cultura das populações”.

O Ministério da Saúde (2006) preconiza que os profissionais da saúde devem iniciar os cuidados e orientações já no início do pré-natal. Proporcionar um momento propício para desmistificar todas as representações que a grávida faz da sua gravidez e do puerpério baseada em mitos e crenças. Os mitos e crenças surgiram para explicar o que até então era desconhecido, ultrapassam gerações e determinam os comportamentos das grávidas e puérperas, levando a medos e receios.

Vale salientar que muitas vezes, os profissionais de saúde, não refletem sobre a importância de preparação das mulheres tanto para o parto, quanto ao puerpério. Não se busca saber dados relativos no que diz respeito, aos mitos vivenciados pelas grávidas e puérperas. (SANTOS, 2002).

O Gráfico 02 foi montado para identificar o tempo que as mulheres pesquisadas esperam para retornar as atividades sexuais após o parto.

Gráfico 2 – Período em dias que as mulheres esperam para retornar as atividades sexuais após o parto.



Fonte: Dados da pesquisa (2012).

A maioria das mulheres pesquisadas, 18 (90%), referem que o tempo que se deve esperar para retornar as atividades sexuais após o parto é de mais de 40 dias. Apenas 2 mulheres (10%) referiu que o retorno as atividades sexuais podem ser antes de 40 dias. E quando abordadas se já retornaram as atividades sexuais após o parto, a maioria, 12 (60%) ainda não retornaram as atividades sexuais. As demais 8 (40%) relataram que já retornaram.

Segundo Motta (2012), após o parto a mulher necessita de um período de recupera o e a abstinência sexual de 30 a 40 dias depois do parto. O interior do útero estará se refazendo das mudanças ocasionadas pela gravidez. Além disso, nessa fase, a penetra o, além de dolorosa, aumenta o risco de a mulher desenvolver algum tipo de infec o no útero.

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais da Estratégia da Saúde da Família realizem visitas domiciliares no pós-parto, para avaliar a puérpera e prestar orienta es, também oferecer ao casal a op o de estes, em conjunto, perceberem quando é o momento ideal de retomar a rela o sexual.

As puérperas entrevistadas referem medos e dificuldades ao retornar as atividades sexuais após o parto, sendo que a maior parte da amostra 5 (25%) delas relatou que teve medo de sentir dor. Já quatro delas (20%) sente medo de engravidar, duas (10%) referiram ter sentido medo de se machucar. O item medo de sentir dor e de engravidar foi citado por 4 (20%) das entrevistadas. Foi citado por duas mulheres (10%) que não houve dificuldade, apenas sentiu medo, uma delas refere dificuldade em sentir prazer na rela o sexual e duas não responderam esta questão.

Luz, Berni e Selli (2006), enfocam que muitas mulheres temem reatar as atividades sexuais devido ao medo de que a penetra o seja dolorosa. Este medo é mais frequente em mulheres que sofreram episiotomia ou que tiveram um parto traumático, por exemplo, com f rceps.   normal que ao princípio sintam dores, mas que desaparecem em pouco tempo.

O fato que pode dificultar as relações sexuais e torná-las mais dolorosas é a diminuição da lubrificação vaginal. O estado da vagina é o reflexo da situação hormonal, e enquanto os ovários não recuperarem o seu funcionamento correto, é normal a falta de lubrificação. Se a mulher estiver a amamentar, esta circunstância pode prolongar-se até ao desmame. Podendo ser orientado as puérperas quanto o uso de um produto lubrificante para facilitar a penetração e a mulher deixar de sentir dor na relação sexual (SOARES, 2009).

Segundo Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006) o parto para muitas mulheres é um fator estressante e após o nascimento do bebe há um desgaste na realização dos cuidados com o mesmo. Tudo isso altera o metabolismo da mulher e conseqüentemente o apetite sexual. O medo de engravidar novamente também inibe o desejo sexual. Observa-se que a maior parte das mulheres pesquisadas sente medo da dor e de engravidar novamente. Sabe-se que o medo é consequência de algo desconhecido.

A equipe de saúde tem papel fundamental na atenção da mulher e do recém-nascido no pós parto, avaliando o estado de saúde de ambos. Neste momento a equipe deve interagir com a puérpera, escutando suas queixas e prestando orientações. Abordar também sobre o planejamento familiar, desejo de usar métodos contraceptivos, para que a mulher não sinta medo de engravidar novamente. É importante que a os profissionais também observem as condições psicoemocionais, sociais da puérpera (ALVES, 2007).

Pode-se constatar na pesquisa que 6 (30%) das mulheres referiram não terem recebido informações e 14 (70%) delas receberam informações de seus familiares e amigas, sendo que as orientações foram sobre os cuidados no período pós parto e também sobre o retorno às atividades sexuais. A questão das puérperas não ter recebido orientações é um fator relevante, pois como sabemos, as mulheres apresentam muitas dúvidas neste período, se os profissionais de saúde não orientam, as puérperas passam a seguir as orientações de outros, ficando mais ansiosas, com medo e dúvidas.

O Ministério da Saúde (2001) considera a saúde da mulher como uma prioridade, a integralidade e a promoção da saúde. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, no combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Mendes (2003 p. 109) discorre sobre o profissional de enfermagem dentro da equipe de saúde que:

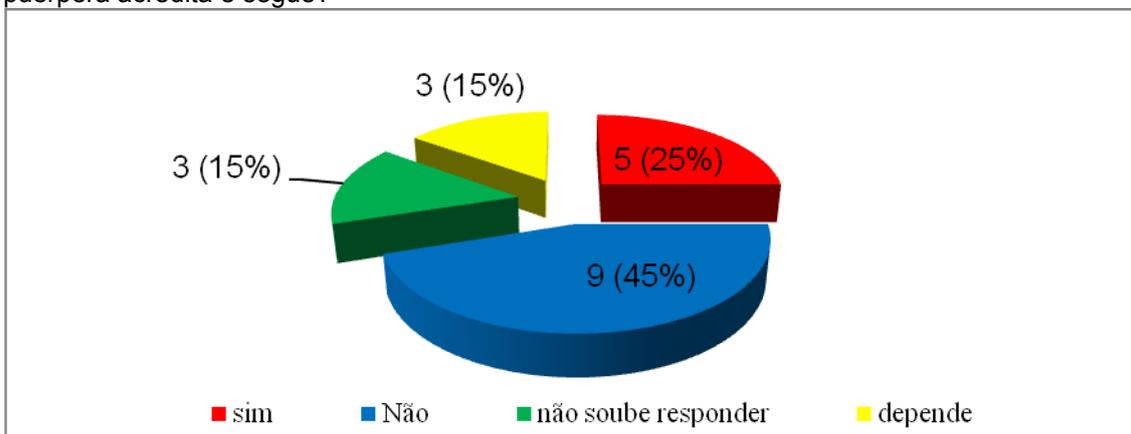
O profissional de enfermagem funciona no autocuidado como um regulador, faz pelo indivíduo o que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do mesmo para que ele possa tornar-se independente da assistência de enfermagem, assumindo o autocuidado. Os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, influenciam, gerando novas práticas de saúde, ainda que as mulheres/puérperas mantenham condutas decorrentes de sua cultura específica. Estimular o autocuidado para essas mulheres lhes possibilitará poder discernir suas ações no

contexto puerperal com o intuito de prevenir danos à sua saúde física e promover a sua saúde psicossocial.

A puérpera especialmente nos primeiros dias vive um período de mudança, estando vulnerável, sentindo-se ansiosa, pois passa a ter responsabilidades ao novo ser e conciliar os cuidados com a casa. Cabe aos profissionais de saúde atuar como cuidadores, pois neste período envolvendo também os cuidados com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus que trazem consigo (ALMEIDA, 2000).

Para identificar se as puérperas pesquisadas acreditam e seguem as orientações que os profissionais de saúde abordam ou apenas seguem as orientações de outros (familiares, amigas e vizinhas) foi construído o Gráfico 3:

Gráfico 3 – Conhecimento científico dos profissionais de saúde ou outras orientações: o que a puérpera acredita e segue?



Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Observa-se no Gráfico 3 demonstra que 9 (45%) das mulheres pesquisadas referem que as orientações que os profissionais de saúde abordam é mais adequado em relação às dos familiares, amigas e vizinhas. Já 5 (25%) das mulheres referiram que o conhecimento que traz consigo proveniente de sua mãe, amiga, vizinha ou avó é o mais adequado. Este dado se reflete na questão dos profissionais de saúde não criarem vínculo com esta mulher, não fornecer orientações adequadas, ações educativas em grupo, já desde a gestação. Sendo assim elas acreditam nas pessoas mais próximas, de confiança que muitas vezes não sabem orienta-la perante suas dúvidas.

Outro item que foi citado por 3 (15%) mulheres foi "depende", apontando que o médico e enfermeira tem o conhecimento científico e as familiares tem o conhecimento da experiência. Esta resposta leva-nos profissionais de saúde a nunca menosprezar o conhecimento empírico, mas com base no conhecimento que elas possuem abordar de maneira sutil as orientações para aquele momento. As demais 3 (15%) mulheres não souberam responder a questão.

Para mudar esta realidade os profissionais de saúde da ESF devem aproveitar todas as vindas da mulher na unidade de saúde para interagir, estabelecer vínculo com as mulheres, promover ambiente acolhedor, mantendo o ambiente limpo e organizado. Disponibilizar-se a ouvi-las e esclarecer as dúvidas

que surgirem fornecer orientações referentes ao período puerperal com ênfase para o autocuidado.

Atuar na promoção da saúde da mulher é identificar déficits de conhecimento e autocuidado neste período, auxiliar para que as puérperas desenvolvam o seu potencial de auto cuidar-se. Fornecer orientações principalmente com relação ao conhecimento referente ao período vivenciado, necessitando de especial atenção e suporte educativo para potencializar o autocuidado (SOARES; VARELA, 2007).

CONCLUSÃO

Este estudo buscou refletir sobre a necessidade dos cuidados com a mulher no período do puerpério, baseado no conhecimento que as mesmas trazem consigo, pois é uma fase de transformações, que têm a finalidade de restabelecer o organismo da mulher. Neste momento, ela necessita de ajuda dos familiares e dos profissionais da área da saúde, pois muitas dúvidas e medos surgem e quando não sanados interferem na sua recuperação. O atendimento a puérpera é preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e observa-se que há melhoria da assistência e acesso das gestantes ao pré-natal, pois a pesquisa demonstrou que todas fizeram consultas de pré-natal e nestas duas ficou abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém quando questionadas sobre o entendimento do puerpério e os cuidados que devem ter neste período, alegaram que não tem conhecimento. Fica evidente que os profissionais de Saúde pouco orientam as mulheres na gestação ou no pós parto, sobre os cuidados e dúvidas que este período proporciona.

Pode-se constatar que a cultura é um grande influenciador no comportamento sexual e comportamental das mulheres. Os mitos e tabus atravessam a fronteira do tempo, mas que através de orientações, aconselhamentos, diálogo e preparação para o parto e puerpério, consiga-se corrigir aspectos errados relacionados com esses mitos e crenças. Pois muitas têm consciência que as crenças não passam de mitos, mas, no entanto mantêm o medo que isso possa acontecer.

Os dados apontam que a maior parte das mulheres pesquisadas tem medo de sentir dor e de engravidar novamente. Sabe-se que o medo é consequência de algo desconhecido. A equipe de saúde tem papel fundamental na atenção da mulher e do recém-nascido no pós parto. Interagir com a puérpera, escutando suas queixas e prestando orientações, como a amamentação, alimentação ideal, fluxo sanguíneo e sobre dor, se a mulher estiver apresentando. Abordar também sobre o planejamento familiar desejo de usar o método contraceptivos, para a mulher que a mulher não sinta medo de engravidar novamente.

A pesquisa demonstrou que uma parte das puérperas acredita que as orientações que os familiares, amigas e vizinhas abordam são mais adequadas em relação as que os profissionais de saúde oferecem, este dado se reflete na questão

dos profissionais de saúde não criarem vínculos efetivos com esta mulher, baseados em evidências, assim como, nas demandas demonstradas por elas.

É de suma importância que a equipe de saúde atue na promoção da saúde da mulher e identifique os déficits de conhecimento e autocuidado, os mitos e crenças que as puérperas possuem neste período, auxiliando para que as desenvolvam os seus potenciais. Fornecer orientações principalmente com relação ao conhecimento referente ao período vivenciado, necessitando de especial atenção e suporte educativo para potencializar o autocuidado é fundamental a atuação do enfermeiro, pois uma vivência saudável e feliz destas fases favorecerá o casal não só a nível familiar, como também na sua relação com os outros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francisca D. de O. **O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio**: uma abordagem cultural. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-graduação de Enfermagem, UFSC Florianópolis, SC, 2000.

ALVES, Graça. **Fatores que influenciam a sexualidade feminina depois do parto**: um estudo descritivo, Cross-sectional, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/11117>>. Acesso em: 26 out. 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005.

_____. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de Indicadores Sociais 2010. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

LUZ Anna Maria Hecker; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; SELLI, Lucilda. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. 2006. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 42-48, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a08v60n1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2010.

MENDES, Marisa. Fernandes. **Puerpério na atenção básica**: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. 2003. 128 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2003.

MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa. GONÇALVES, Roselane. RODRIGUES, Isabela Granghelli. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev Bras Enferm**, nov./dez. 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso 07 set. 2010.

MOTTA Eduardo Vieira da. **Ginecologia e obstetrícia do Hospital Israelita Albert Einstein**, de São Paulo, 2012.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso 12 set. 2010.

SANTOS, Elder Cerqueira et al. **Gravidez na adolescência**: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 20 nov. 2012.

SANTOS, Viviane Pereira. **Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos. 2002.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

SANTOS JUNIOR, J. D. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: Vulnerabilidade à maternidade.** Cadernos juventude saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SILVA, Y. F. Família e redes sociais: O uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y.F.; FROENÇO, M.C. **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papalivro, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso 12 nov. 2012.

SOARES, Cristiane, VARELA, Vanessa; DELFES, Jacques. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica**: incentivando o autocuidado. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - UFSC. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, SC. 2007.

SOARES, Sara Filipa Amaral. **Parto**: experiência de dor. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Serradas da Freixiosa – Penela, 2009.

SPINDOLA, Thelma, PENNA, Lúcia Helena Garcia. PROGIANTI, Jane Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas em consulta Pré-natal de um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>>. Acesso 12 out. 2010.

Artigo recebido em: 25/04/2013

Artigo aprovado em: 26/06/2013