



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO

**PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROCURA POR
CUIDADO E AUTOUIDADO**

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO

**PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROCURA POR
CUIDADO E AUTOUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Quirino, Áurea Fabrícia Amâncio .

Primeiro ano pós-parto : Seguimento na atenção primária, procura por cuidado e autocuidado / Áurea Fabrícia Amâncio Quirino. - Londrina, 2015.
124 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui bibliografia.

1. Autocuidado - Teses. 2. Puerpério remoto - Teses. 3. Saúde da mulher - Teses. 4. Serviços de saúde - Teses. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO

PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROCURA POR CUIDADO E
AUTOUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dra. Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dra. Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 11 de dezembro de 2015.

A meus pais, Antônio e Natalina, ao meu irmão, Emerson, e ao meu noivo, Rodrigo Dias, pelo amor, carinho, apoio e compreensão, com carinho, dedico a vocês esta vitória!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a diretoria, corpo docente, funcionários, alunos e Seção de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina, que de alguma forma contribuíram para a viabilização deste trabalho.

À minha família o apoio e compreensão durante as inúmeras ausências, a saudade, o estresse e os choros nesta longa jornada.

Ao meu noivo o amor, carinho e paciência. Sou grata ainda por entender as minhas faltas; creio que esta seja sua maior prova de companheirismo e afeto.

Ao meu mestre da vida, Daisaku Ikeda, que mesmo distante, lá das terras do Japão, sempre me incentivou na dedicação aos estudos.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, o apoio, compreensão, dedicação e sabedoria. Por confiar na minha capacidade, pela amizade, carinho, cuidado e, sobretudo, por sua paciência e zelo em todos os momentos, minha gratidão.

À Prof.^a Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, que me apoiou nos momentos cruciais da coleta de dados. Obrigada por nossas conversas e pelo seu incentivo.

À Prof.^a Dra. Sílvia Nogueira Cardoso, a disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho, contribuindo com sua experiência pessoal e profissional.

À Prof.^a Dra. Sandra Mara Maciel, a atenção e preciosa contribuição neste trabalho.

Às professoras do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, o estímulo ao crescimento profissional e acadêmico.

Às minhas companheiras de apartamento, Gabriela Viera, Kathleen Risson e Thais Lemos, o companheirismo, amizade, apoio e os momentos em que precisei e estiveram prontas e dispostas a me ajudar.

Às minhas amigas de mestrado, Caroline Cláudio, Janaina Begui, Larissa Grispan, Lígia Jung, Maria Galdino, Natália Gomes, Pamela Martins, Renata Andrade e Thatiane Phelipine, o compartilhamento de experiências e angústias. Nestes dois anos tivemos a oportunidade de viver momentos inesquecíveis. Vocês tornaram a caminhada mais alegre e suave. Obrigada!

Aos meus amigos e amigas do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e

Pesquisas Experimentais em Saúde da Mulher e sua Dinâmica de Vida, que me ajudaram na coleta e tabulação dos dados deste estudo.

A todas as mulheres, sem as quais o apoio e participação neste estudo não aconteceria.

"Sonhe, ainda que o sonho pareça impossível. Lute, ainda que o inimigo pareça invencível. Suporte a dor, ainda que essa pareça insuportável. Percorra por onde os bravos não ousam percorrer. Transforme o mal em bem, ainda que seja necessário caminhar mil milhas. Ame o puro e inocente, ainda que seja inexistente. Resista ainda que o corpo não resista. E, no final, alcance aquela estrela, ainda que essa pareça inalcançável!"

(Daisaku Ikeda)

QUIRINO, Áurea Fabrícia Amâncio. **Primeiro ano pós-parto: seguimento na atenção primária, procura por cuidado e autocuidado.** 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

O puerpério remoto é um período de grande vulnerabilidade. Objetivou-se analisar os fatores que influenciam o seguimento, a procura por cuidado e o autocuidado de mulheres assistidas pela atenção primária no puerpério remoto. Trata-se de estudo de coorte prospectivo embasado no referencial teórico-metodológico do Autocuidado de Orem. Compuseram a amostra 310 puérperas. Realizou-se a coleta dos dados entre julho de 2013 e março de 2015, dividida em quatro etapas. A primeira foi conduzida durante a internação hospitalar, envolvendo a identificação da mulher e consulta aos prontuários sobre o parto e puerpério imediato. A segunda envolveu o retorno ambulatorial dez dias após alta hospitalar. Na terceira, procedeu-se a primeira visita domiciliar (VD) 42 dias após o parto e na quarta etapa, foco desta investigação, realizou-se a segunda VD, um ano após o parto. Utilizou-se a técnica de entrevista estruturada para a coleta de dados, com registro em formulário semiestruturado. Busca de associações entre as variáveis independentes e dependentes [visita domiciliar de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto, agendamento da revisão puerperal remota, prática do autocuidado] distribuídas nas exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Utilizou o Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) e o Teste de Spearman para o entendimento das possíveis correlações. As características sociais evidenciaram mulheres jovens adultas (88,3%) e adolescentes (11,6%); com companheiro (81,9%); escolaridade média (70%); renda entre um e dois salários-mínimos (40,3%); retorno ao trabalho após quatro meses de licença maternidade (45,2%) e em período inferior (14,4%). A maioria utilizava tabaco e álcool, socialmente. Encontrou-se significância estatística nos seguintes itens: ter adoecido ($p \leq 0,024$); dificuldade para urinar ($p \leq 0,011$); autopercepção de doença depressiva ($p \leq 0,007$); realização de ações para melhorar os sinais e sintomas de depressão ($p \leq 0,007$); citologia oncótica ($p \leq 0,000$); procura por cuidado até 42 dias após o parto ($p \leq 0,031$) e entre 43 dias e um ano após o parto ($p \leq 0,012$); satisfação com atendimento multiprofissional ($p \leq 0,001$), médico ($p \leq 0,000$), de enfermagem ($p \leq 0,000$) e as variáveis dependentes [visita domiciliar e agendamento da revisão puerperal remota]. O Coeficiente de Spearman evidenciou correlação muito forte entre realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPP) e agendamento da revisão puerperal tardia na Unidade Básica de Saúde (UBS) na RPP ($r = 0,953$). Dificuldades para a prática do autocuidado (74,8%) foram evidentes. Houve associação significativa em termos de idade ($p = 0,043$); renda familiar ($p = 0,045$); apoio do governo ($p = 0,025$); cuidar de si ($p = 0,042$); ingerir frutas ($p = 0,039$); dormir bem ($p = 0,005$); lazer ($p = 0,017$), retorno aos estudos ($p = 0,036$); falta de interesse em si própria ($p = 0,002$); tipo de parto ($p = 0,038$); laceração e/ou episiorrafia ($p = 0,046$) e a [prática do autocuidado]. Concluiu-se que houve seguimento das mulheres na atenção primária, principalmente das ações programáticas no pré-natal, alta hospitalar e nos períodos puerperais precoce e tardio. O puerpério remoto foi caracterizado pelo abandono assistencial, sendo que, quando o cuidado ocorreu, foi direcionado à criança. A procura por cuidado evidenciou a tentativa das mães de suprir a demanda de seus filhos, em detrimento das próprias. A prática do autocuidado foi relativamente influenciada por determinantes tanto sociais como presentes nas exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas por Orem.

Palavras-chave: Autocuidado. Cuidado pós-natal. Puerpério remoto. Saúde da mulher. Serviços de saúde.

QUIRINO, Áurea Fabrícia Amâncio. **First year after childbirth:** following on primary health care, search for care, and self-care. 124 p. Dissertation (Master's in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

The remote postpartum is a period of great vulnerability. We aimed to analyze the factors that influence follow-up, search for care, and self-care of women helped by primary health care, in the remote postpartum. This is a prospective cohort study based on theoretical-methodological reference of the Orem's Self-care. The sample consisted of 310 puerperal women. We held the data collection from July 2013 to March 2015, divided into four stages. The first was conducted during the hospitalization, involving identification of woman and consulting of medical records about childbirth and immediate postpartum period; the second involved outpatient follow-up, ten days after hospital discharge; in the third, we made the first home visit (HV), 42 days after childbirth; and in the fourth stage, focus of this research, we made the second home visit, one year after childbirth. We used structured interview technique for data collection, recording on a semi-structured form. Searching for associations between independent and dependent variables [home visit by health professional between 43 days and 12 months after childbirth, remote puerperal review schedule, self-care practice] distributed on universal, development and health deviation requirements, we used Chi-square Test ($p \leq 0,005$) and Spearman's Test to understanding of possible correlations. The social features showed young adult women (88,3%) and teenagers (11,6%); with partner (81,9%); average schooling (70%); income between one and two minimum wages (40,3%); return to work after four months of maternity leave (45,2%) and lower period (14,4%). Most of them smoke and drank alcohol socially. We found statistical significance of following items: to get sick ($p \leq 0,024$); difficulty in urinating ($p \leq 0,011$); self-perception of depressive illness ($p \leq 0,007$); implementation of actions to improve signs and symptoms of depression ($p \leq 0,007$); oncotic cytology ($p \leq 0,000$); search for care until 42 days after childbirth ($p \leq 0,031$) and between 43 days and one year after childbirth ($p \leq 0,012$); satisfaction with multidisciplinary care ($p \leq 0,001$), doctor ($p \leq 0,000$), nursing ($p \leq 0,000$); and dependent variables [home visit and remote puerperal review schedule]. Spearman's Coefficient showed correlation very strong between implementation of early puerperal home review and late puerperal review schedule in "Unidade Básica de Saúde" (UBS) – Basic Health Unit) – ($r = 0,953$). Difficulties for the self-care practice (74,8%) were evident. There was a significant association in terms of age ($p = 0,043$), family income ($p = 0,045$), Government support ($p = 0,025$), to take care of herself ($p = 0,042$), to intake fruit ($p = 0,039$), to sleep well ($p = 0,005$); leisure ($p = 0,017$), return to studies ($p = 0,036$), lack of interest in herself ($p = 0,002$); childbirth type ($p = 0,038$); laceration and/or episiorrhaphy ($p = 0,046$) and [self-care practice]. We concluded that there was following of women in primary health care, especially of programmatic actions in prenatal care, hospital discharge and early and late puerperal periods. The remote postpartum period was characterized by abandonment of assistance, given that when care occurred, it was directed to the child. The search for care showed the mother's attempt to fulfill the search of her child, to the detriment of her own. Self-care practice was relatively influenced by determinants as much social as present in universal, development and health deviation requirements proposed by Orem.

Key words: Self-care. Postnatal care. Remote postpartum. Woman's health. Health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Ordinograma do progresso do estudo de coorte prospectivo. Londrina (PR), 2013-2015.....	56
-------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Amostra das puérperas participantes de acordo com etapas de seguimento do estudo de coorte. Londrina (PR), 2013-2015.....	49
Tabela 2 –	Cronograma das etapas de coleta de dados para o seguimento das puérperas atendidas na MMLB. Londrina (PR), 2013-2015	50

MANUSCRITO 1 – PUERPÉRIO REMOTO: SEGUIMENTO DO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Tabela 1 –	Distribuição das mulheres, segundo a procura por cuidado nas três etapas do estudo e a prática do autocuidado. Londrina (PR), 2013-2015.....	66
Tabela 2 –	Correlação do seguimento puerperal pelo serviço de saúde nas quatro etapas em estudo. Londrina (PR), 2013-2015	67
Tabela 3 –	Distribuição das puérperas, segundo o seguimento pelo serviço de saúde nas quatro etapas do estudo. Londrina (PR), 2013-2015	68
Tabela 4 –	Relação entre a visita domiciliar do profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto e variáveis independentes em estudo. Londrina (PR), 2013-2015	69
Tabela 5 –	Relação entre agendamento da revisão puerperal remota na quarta etapa e variáveis independentes em estudo. Londrina (PR), 2013-2015	70

MANUSCRITO 2 – PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO

Tabela 1 –	Distribuição das mulheres segundo os aspectos sociais e a prática do autocuidado. Londrina (PR), 2015.....	86
-------------------	--	----

Tabela 2 –	Distribuição das mulheres segundo opinião sobre cuidar/cuidar de si e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.....	87
Tabela 3 –	Distribuição das mulheres, a partir das exigências universais propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.....	88
Tabela 4 –	Distribuição das mulheres a partir das exigências de desenvolvimento propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015	91
Tabela 5 –	Distribuição das mulheres a partir das exigências de desvio de saúde propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
AG	Apoio do Governo
APS	Atenção Primária à Saúde
ARPT	Agendamento da Revisão Puerperal Tardia
CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
MMLB	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RPP	Revisão Puerperal Precoce
RPPA	Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial
RPPD	Revisão Puerperal Precoce Domiciliar
RPR	Revisão Puerperal Remota
RPT	Revisão Puerperal Tardia
SM	Salários-mínimos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

6.3.1	Tamanho da Amostra.....	48
6.3.2	Crêterios de Inclusão e Exclusão da Amostra.....	49
6.4	COLETA DE DADOS	49
6.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
6.5.1	Variáveis do Estudo Distribuídas a Partir das Exigências de Autocuidado Propostas por Orem	53
6.6	ANÁLISE DOS DADOS	55
6.7	ASPECTOS �TICOS	55
6.8	ORDINOGRAMA DO PROGRESSO DO ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO	56
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
7.1	MANUSCRITO 1 – PUERPÉRIO REMOTO: SEGUIMENTO DO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO PELA ATEN�O PRIMÁRIA DE SAÚDE.....	60
7.2	MANUSCRITO 2 – PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO	80
8	CONCLUSÃO GERAL	100
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES	110
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
	APÊNDICE B – Roteiro de Registro de Dados	113
	ANEXOS	122
	ANEXO A – Aprova�o do Comitê de �tica e Pesquisa	123
	ANEXO B – Autoriza�o da Autarquia Municipal de Saúde	124

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

A prática da enfermagem em saúde da mulher sempre foi a minha área de interesse desde a graduação. Durante a especialização em Enfermagem Obstétrica tive a oportunidade de me aproximar novamente das mulheres em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, sendo elas: na gestação, por meio do pré-natal, visitas domiciliares, coleta de citologia oncótica e orientações; no parto com o estágio no Amparo Maternal em São Paulo, onde pude realizar o acompanhamento nos quatro períodos do parto – ausculta de batimentos cardíacos fetais, toque vaginal, parto humanizado e no puerpério com a realização dos cuidados imediatos à mãe e ao recém-nascido (RN).

Minha experiência profissional sempre foi relacionada à assistência à mulher no âmbito hospitalar, em que eu tinha contato com esta durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato. Isso despertou em mim o interesse em analisar os fatores que influenciam o seguimento, a procura por cuidado e o autocuidado durante o primeiro ano após o parto. Nestes anos nos quais estive envolvida na assistência, supervisão e coordenação das unidades hospitalares de maternidade, centro obstétrico e unidade de cuidados intermediários ao RN, surgiram inúmeras inquietações sobre o período puerperal e suas possíveis complicações.

Atualmente, atuo como docente no Centro Paula Souza - Coronel Raphael Brandão, no curso técnico de enfermagem nas áreas de Estágio Supervisionado, Saúde Coletiva, Saúde da Mulher e da Criança. Esse transitar entre a assistência e a docência me permitiu observar que existe a fragmentação e a desarticulação da assistência, sendo estes pontos inquietantes no cuidado à mulher.

Com isso, acredito que é necessário um olhar crítico, embasado em técnicas científicas e baseadas em evidências à mulher neste período, a fim de entender o desfecho desta fase singular na vida das puérperas. Desta maneira, com este estudo, espera-se contribuir para a melhoria da assistência multiprofissional no puerpério e a consolidação das ações no serviço da atenção primária à saúde voltada ao seguimento pela atenção primária, procura por cuidado de saúde e autocuidado, no intuito de promover o cuidado de forma integral, efetiva e qualificada.

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é um período que se inicia após o parto, é caracterizado pelo restabelecimento do organismo da mulher, sendo vivido e percebido de forma singular pela mulher (BRASIL, 2005; FARIAS, 2008).

O conceito de puerpério adotado nesta pesquisa é embasado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), sendo determinado como o período que começa logo depois do nascimento da criança e perdura por seis semanas após o parto. Pode ser dividido em três estágios: o puerpério imediato, que corresponde ao período do primeiro ao décimo dia; o puerpério tardio, do 11^o ao 42^o dia; e o pós-parto remoto, a partir do 43^o dia (BRASIL, 2001).

Pode ser considerado um período complexo e especial na vida da mulher, devido ao entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, relacionais, socioculturais, econômicos e por questões de gênero que cada uma vivencia de acordo com seus valores, crenças e costumes. Por isso, é importante a sensibilidade e o esforço dos profissionais da saúde para que as mesmas se sintam acolhidas e valorizadas como seres únicos e especiais (FARIAS, 2008; CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Na maioria das vezes, o atendimento às puérperas é técnico e voltado às funções fisiológicas, o que acaba simplificando e desvalorizando possíveis demandas que extrapolem o âmbito biológico. A assistência profissional precisa ser pautada em um cuidado integral, fundamentado no contexto sociocultural de cada puérpera, compreendendo o saber popular e contextualizando as crenças e práticas (CABRAL; OLIVEIRA, 2010; ACOSTA et al., 2012).

Existe uma forte questão de gênero entrelaçada ao puerpério. A maneira como se vivencia esta fase nos mostra a distinção de papéis entre os homens e as mulheres. A nossa sociedade contribui para que as mulheres permaneçam no *status* de ser mãe, ficando para segundo plano seus desejos, sua feminilidade, seu modo de ser e de sentir-se mulher (FARIAS, 2008).

Nesta fase, que se evidenciam as demandas da maternidade, o que acarreta muitas mudanças no estilo de vida das mulheres e do próprio casal, surgem complicações no relacionamento conjugal, na sua vida afetiva e sexual. Todos estes aspectos podem resultar em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres (MALDONADO, 2002; CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

No período puerperal, os cuidados e a orientação se fazem necessários assim como acontece no pré-natal, no sentido de ajudar a gestante a vivenciar esse novo contexto familiar. Frente a este entendimento, acredita-se que o retorno da mulher à unidade após o parto guarda uma grande relação com a assistência e o acolhimento recebido durante a gravidez (ANGELO; BRITO, 2012).

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas no âmbito nacional, por meio de amplas e complexas discussões, trouxeram inúmeras contribuições para o processo de transformação sobre o paradigma existente na saúde da mulher (BOGORNÍ; SEHNEM, 2011).

A assistência de enfermagem à mulher no puerpério possui como objetivo auxiliá-la no período pós-natal, analisando e reconhecendo existentes anormalidades e as adaptações fisiológicas e comportamentais que acontecem com essas mulheres (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010). É necessário proporcionar espaços em que as pessoas envolvidas com o cuidado à puérpera discutam assuntos do seu cotidiano, com vistas a uma relação humanizada, fomentada pela escuta eficiente e sensível, bem como pelo estabelecimento de vínculos entre puérperas, profissionais de saúde e seus familiares (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

Dados do Ministério da Saúde (MS) (2011a) mostram que as mulheres são pouco mais da metade da população brasileira (50,8%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o MS, no que se refere à Saúde da Mulher, tem mantido o foco nas ações estratégicas da atenção primária, como o planejamento familiar e a prevenção de câncer de colo do útero e câncer de mama, estes alinhados à Rede Cegonha, que abrange os componentes do pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2015).

Um dos fatores que auxiliam as puérperas está relacionado a reconhecer e conhecer o contexto que permeia a sua na vivência no puerpério, isso pode ajudar direcionando-a ao autocuidado e à proteção de seu bebê para um viver saudável e com melhores condições de vida (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Na incorporação de novas maneiras de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher, a equipe de enfermagem deve envolver-se nestes aspectos, respeitando as mulheres como seres sociais, possuidoras de conhecimentos (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012).

Desta maneira, entende-se que as mulheres que vivenciam o puerpério necessitam de apoio dos profissionais de saúde, devendo desenvolver os seus cuidados estimulando-as frente ao desenvolvimento da liberdade, com o propósito de aumentar suas habilidades em realizar escolhas de maneira livre e esclarecida (MONTEIRO et al., 2012).

Sabe-se que a experiência do nascimento de um bebê deixa a mulher num período emocionalmente vulnerável, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Um acontecimento importante desta experiência é a quebra da imagem idealizada do bebê ao mesmo tempo em que este passa a se tornar um ser independente da mãe, recebendo todo o carinho e atenção que antes era desprendido à gestante. Com o desaparecimento gradativo desta imagem idealizada, vem, muitas vezes, desapontamento, desânimo e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova realidade (MALDONADO, 2002).

Segundo Klaus, Kennel e Klaus (2000), o apoio emocional é um ingrediente essencial para todas as mulheres. Ele é necessário para o aumento não só da saúde física e emocional da mãe como também para ajudar na formação do vínculo familiar: da mãe com o bebê, no ressignificar na relação do casal e destes com o bebê.

O apoio emocional oferecido à mulher no puerpério pode proporcionar um novo significado à experiência da maternidade e dos cuidados de si (BORSA; DIAS, 2004).

Neste contexto, no qual a enfermagem tem papel essencial no seguimento puerperal na atenção primária, na promoção da procura por cuidado e nas orientações sobre as ações de autocuidado visando à efetivação da assistência à mulher durante o período pós-parto, surge o problema da pesquisa, constituindo o seguinte questionamento: quais os fatores que influenciam o seguimento, a procura por cuidado e o autocuidado de mulheres assistidas pela atenção primária no puerpério remoto?

2 HIPÓTESE DO ESTUDO

A prática do autocuidado no puerpério é determinada por fatores relacionados ao seguimento pelo serviço de saúde, à procura da mulher por cuidado, bem como, às exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas na Teoria do Autocuidado de Orem (1995).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores que influenciam o seguimento, a procura por cuidado e o autocuidado de mulheres assistidas na atenção primária, no puerpério remoto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o seguimento puerperal pelo serviço de saúde e a procura por cuidado, ambos na perspectiva da mulher e suas possíveis associações;
- b) Identificar as práticas das mulheres relacionadas ao autocuidado no primeiro ano de pós-parto;
- c) Verificar a associação entre as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano após o parto.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas maternoinfantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, evidenciavam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2011a).

No âmbito dos movimentos feministas, estes programas foram amplamente discutidos e solicitou-se que eles deveriam abranger, além da gestação e o parto, ações que proporcionassem melhorias nas condições de saúde em diferentes fases da vida, ações que contemplassem as particularidades de diferentes grupos populacionais, bem como as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que os mesmos estivessem inseridos (BRASIL, 2009).

É importante a participação de diferentes segmentos sociais e dos profissionais da saúde no intuito de promover discussões e programar novas estratégias no enfrentamento da problemática saúde da mulher nas suas dimensões e amplitudes no que tange às políticas de saúde no nosso país (LIMA et al., 2014).

As políticas públicas de outros setores podem afetar as mulheres. A atenção primária tem um papel fundamental a desempenhar, neste sentido, chamando a atenção para estes aspectos e incentivando a colaboração intersetorial a melhorar os resultados positivos e, com isso, minimizar os efeitos adversos sobre a sua saúde (WHO, 2011).

Neste contexto, marcado por inúmeras reivindicações, surge, em 1983, a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja implantação de forma efetiva ocorreu em 1984, evidenciando uma ruptura de conceitos com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (LEITE; PAES, 2009).

A implementação do PAISM teve uma grande influência no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de municipalização da gestão do SUS vem se constituindo em espaços privilegiados de reorganização das

ações e dos serviços básicos, entre os quais estão as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2009).

Em 1994 foi apresentado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reestruturar o modelo curativo centrado no indivíduo, vinculando ações individuais e coletivas, curativas e preventivas na promoção de saúde e prevenção de agravos da população de uma determinada área de abrangência (NASCIMENTO, 2014).

Segundo Chagas e Vasconcelos (2013) a principal proposta do MS para a reorganização da atenção básica no país é a Saúde da Família. A diretriz norteadora está baseada na vinculação da clientela a uma equipe de saúde, que opera centrada no conhecimento da vigilância à saúde. Tendo como referência no âmbito do cuidado à população, certa divisão territorial, em microáreas, é pensada no intuito de aperfeiçoar seu trabalho de promoção e prevenção à saúde.

O PAISM obteve o *status* de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004 com o objetivo de solidificar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos com a preocupação em aperfeiçoar a atenção obstétrica e o acesso ao planejamento familiar; melhorar a atenção nas intercorrências obstétricas e violência doméstica sexual; reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis; promover a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e do câncer de mama e de colo de útero, além do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013).

É no cotidiano das práticas de saúde e do cuidado que as políticas se concretizam em direitos e cidadania para os usuários, a partir dessa sensibilização e do entendimento sob uma perspectiva social. Com a intenção de transformação da sociedade, por meio da conscientização dos profissionais e usuários, é possível o surgimento de novas propostas e novos programas de cuidados (LIMA, 2010).

A atenção primária pode ser o diferencial por meio da ação política para encorajar lideranças, desenvolver serviços de saúde que dão retorno às necessidades existentes, proporcionar a cobertura universal e impulsionar a mudança nas políticas públicas (WHO, 2011).

A Atenção Integral à Saúde da Mulher envolve a execução de ações direcionadas ao planejamento familiar, à prevenção de câncer de colo do útero e de mama, e ao pré-natal (BRASIL, 2015).

A melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, natimortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo gravídico-puerperal é a atenção integral à saúde das gestantes e puérperas (LONDRINA, 2006).

O PNAISM procurou estabelecer algumas áreas prioritárias, enfatizando as mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, mesmo assim, o próprio sistema ainda enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades. Percebe-se que existe a exclusão de certos seguimentos da sociedade, tendo em vista que grupos, como o das prostitutas, continuam excluídos das propostas de atenção à saúde (BOGORNÍ; SEHNEM, 2011).

O PSF, em 2006 intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe a territorialização da atenção, por meio da equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2010). Neste contexto, as ações das ESF contribuem para a redução dos riscos à saúde materno-infantil. Entre elas pode-se citar aquelas ações que desestimulam o consumo de tabaco e álcool, e as que incentivam e promovem o aleitamento materno e a nutrição materna e infantil (CHUNG, 2013).

Na cidade de Londrina – Paraná, o objetivo geral da assistência integral à gestante de baixo risco e à puérpera é a utilização da ESF como suporte da atenção básica, propondo assistência integral às mulheres no período gravídico-puerperal nas unidades de saúde, sendo caracterizada como principal porta de entrada do sistema de saúde, em que são estabelecidos os vínculos com a comunidade (LONDRINA, 2006).

Neste contexto atual, frente aos diversos desafios citados acima, o MS, com o objetivo de qualificar as redes de atenção materno-infantis em todo o território nacional e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, em 2011, instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde; na ampliação de serviços e profissionais para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2013).

A Secretaria de Estado do Paraná, em 2012, implantou a Rede Mãe

Paranaense. Esta surgiu da experiência do Mãe Curitibana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e à vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto (PARANÁ, 2013).

No intuito de alcançar a Quinta Meta do Milênio, fixada pela Organização das Nações Unidas (ONU), até o ano de 2015, a maioria dos países precisam alavancar reformas no sistema de saúde e executar as medidas necessárias para o desenvolvimento da assistência à saúde da mulher (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

As ações estabelecidas pela Rede Mãe Paranaense dizem respeito à captação precoce da gestante; ao acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas e a realização dos exames pertinentes ao período gestacional; estratificação de risco das gestantes e das crianças e o seu atendimento em ambulatório especializado; vinculação ao hospital de referência, conforme o risco gestacional, assegurando um parto seguro; realização da visita domiciliar precoce para puérperas e recém-nascidos até o quinto dia pós-parto, agendamento dos seguimentos apropriados à mulher e à criança na Unidade Básica de Saúde (UBS). A Rede Mãe Paranaense está presente nos 399 municípios do estado e busca atingir todos os objetivos propostos até 2020 (PARANÁ, 2013).

Os recursos para melhorar a saúde das mulheres devem considerar os determinantes não manifestos da saúde, tais como as parcialidades de gênero, e devem abordar os obstáculos socioeconômicos e culturais que bloqueiam as mulheres de beneficiarem e favorecerem a sua saúde. Estes recursos devem ser inseridos em um contexto mais abrangente de atenção primária, que trabalha com necessidades prioritárias e os possíveis determinantes em agravos (WHO, 2011).

Neste sentido, surge o anseio por parte de todos os envolvidos na assistência, de se colocar em prática os modelos de saúde que visam valorizar a qualidade de vida das populações, já que a saúde não pode estar vinculada somente aos aspectos biológicos, mas compreendida como o resultado de diversos fatores ligados aos ambientes econômico, social e cultural nos quais as pessoas estão inseridas (MONTEIRO et al., 2012).

Cabe à equipe de saúde o fornecimento de um atendimento de qualidade, que deve ir além dos aspectos técnicos da assistência. É necessário, compreender os diversos significados da maternidade para a mulher e sua família, os aspectos

sociais envolvidos nesta fase, além do acolhimento no intuito de cuidar melhor e de maneira efetiva (LONDRINA, 2006).

A partir do momento em que realizamos uma análise do contexto histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, percebemos que os avanços foram lentos e gradativos. O maior desafio é transformar estas ações propostas nas políticas em práticas de saúde dentro do cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho, para que se contribua na garantia dos direitos humanos das mulheres de maneira efetiva (FREITAS, 2009; LIMA et al., 2014).

4.2 ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A gravidez e o parto são acontecimentos sociais e emocionais que compõem a experiência reprodutiva de homens e mulheres. É um processo ímpar, uma vivência especial na vida de ambos, tendo também o envolvimento de suas famílias e da comunidade (BRASIL, 2001).

Para a OMS (2010), a gravidez e o parto não são considerados doenças, mas trazem riscos que devem ser diminuídos por intervenções de saúde, como o oferecimento do planejamento familiar, cuidados com as mães e o acesso ao aborto seguro.

Do ponto de vista psicológico, o período da gestação é caracterizado por inúmeras mudanças e, ainda, por sentimentos ambivalentes que estão intimamente relacionados à história e às experiências vividas pela gestante ao longo da sua vida.

A gravidez oferece às mulheres uma oportunidade de elaborarem antigos conflitos de separação, promovendo uma nova fase no processo de desprender (individuação) das relações simbióticas com os próprios pais. Assim, a gravidez não é só um período de ensaios e expectativas, mas constitui também uma fase em que antigos relacionamentos podem ser mentalmente retrabalhados, podendo ser concebida como um período de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

Assim como a gravidez, o pós-parto também é considerado um período singular na vida de uma mulher e merece algumas ponderações específicas. No pós-parto podem surgir problemas de saúde relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas, por exemplo, pelas hemorragias e infecções (BRASIL, 2013).

Puerpério, sobreparto ou pós-parto é um período variante, de âmbito incerto, no qual se sucedem todas as manifestações involutivas e de recuperação do aparelho genital materno, ocorrida após o parto. Existem importantes mudanças que transcorrem até a retomada do organismo às condições existentes antes da gestação (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

O puerpério é um momento crítico e de transição na vida das mulheres. Nele, acontecem as adaptações fisiológicas necessárias às manifestações involutivas, de recuperação e de organização às alterações sofridas pelo organismo a seu estado pré-gravídico (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

É permeado por particularidades e fragilidades da vida da mulher, para as quais ela necessita de orientações, seja quanto às mudanças, seja quanto às adaptações que esse período impõe. Neste momento, a mulher precisa do apoio da família, dos amigos e, principalmente, dos profissionais de saúde (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2011). Deve ser oferecida uma gama de conhecimentos e orientações que possam auxiliá-la na vivência do puerpério (RIUL et al., 2013).

Segundo Ziegel e Cranley (2011), as mais relevantes complicações relacionadas ao puerpério são as hemorragias, a infecção puerperal, as tromboflebites, a mastite e a infecção do trato urinário.

Uma das cinco maiores causas de morbidade e mortalidade materna é a hemorragia pós-parto, responsável por aproximadamente 33% do total de mortes nos países em desenvolvimento. Existem alguns fatores associados, mas nem sempre a sua ocorrência é esperável. É considerada uma emergência obstétrica do período puerperal e pode acontecer breve evolução para quadros de extrema gravidade, como choque hemorrágico e até a morte (FEBRASGO, 2010).

A infecção puerperal pode ser de origem bacteriana, como endometrite, miometrite, salpingoforite, peritonite e tromboflebite pélvica. Em grande parte dos casos, o quadro clínico se inicia com febre acima de 38°C, mal-estar geral, útero doloroso e/ou dor abdominal, lóquios com odor fétido ou não (LONDRINA, 2006). A incidência de infecção puerperal pode variar de 1% a 10% (FEBRASGO, 2010).

Neste contexto, as intervenções obstétricas em altos índices marcam a atenção ao parto, segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (2011b), o parto cesáreo atingiu 53,9% no território nacional; enquanto que a proporção no Estado do Paraná, neste mesmo período, foi de 60,6%.

O Brasil está entre os países com as mais elevadas taxas de cesárea do

mundo. Mais do que uma simples taxa sobre a via de parto, o aumento no número de cesáreas indica uma maior medicalização da maternidade. Trata-se de um assunto permeado pela complexidade de fatores relacionados. Entre as muitas causas existentes, temos os obstetras como os atores principais na assistência ao parto, as artimanhas do sistema que fazem da cesariana algo bem conveniente para a maioria dos profissionais e a percepção de uma grande parte da população sobre uma provável supremacia dessa via de parto (SOUZA; CASTRO, 2014).

Os transtornos da gravidez, parto e puerpério são condições patológicas complexas, que vão de quadros transitórios benignos até situações complexas que podem resultar em prejuízos irrecuperáveis no âmbito materno, infantil e familiar (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

A depressão é uma causa importante de incapacidade entre as mulheres de diferentes idades. Estima-se que cerca de 13% das puérperas sofram de transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão, no período de um ano após o parto (WHO, 2011).

Os serviços de saúde que realizam o pré-natal, parto e pós-parto possuem dificuldades referentes à continuidade e à coordenação entre alguns setores, podendo prejudicar o seguimento e a assistência integral às mulheres no que tange às necessidades emocionais (PEREIRA et al., 2015).

O parâmetro global do estado de saúde da mulher é a mortalidade materna, sendo que esta mostra de forma gritante a diferença entre os ricos e pobres, dentro dos países e também entre eles. Mais de meio milhão de óbitos maternos acontecem a cada ano dos quais 99% ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2011). Quando associada ao ciclo grávido-puerperal, salienta-se a gravidade pelo fato de que a gravidez é um evento vinculado à experiência da sexualidade, não sendo considerada doença, em que 92% das mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2011a).

A definição de “morte durante a gravidez, o parto e o puerpério” está inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), no qual temos as seguintes definições relacionadas com a morte materna:

- a) *Morte materna* – morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou

agravada pela gravidez ou pela sua gestação, mas não por causas acidentais ou incidentais;

b) *Morte relacionada com a gravidez* – morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da causa da morte;

c) *Morte materna tardia* – morte de uma mulher por causas obstétricas, diretas ou indiretas, mais de 42 dias, mas menos de um ano após a interrupção da gravidez.

Muitos países em desenvolvimento já conquistaram ótimos resultados na melhora de seus indicadores de mortalidade materna por intermédio de ações estruturadas, amplas, adaptadas e com cobertura abrangente, aproveitando as tecnologias facilitadoras e economicamente executáveis (BRASIL, 2010).

As medidas de prevenção, como: o planejamento familiar amplificado, que impeça a ocorrência de gravidez não planejada, assistência ao pré-natal de forma adequada, equipe qualificada para atendimento durante as emergências obstétricas e a vigilância no período pós-parto, podem ser medidas que ajudem na redução destas mortes (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

A atenção oferecida à mulher e ao RN no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é essencial para a saúde materna e neonatal. Essa assistência deve ser a mais criteriosa possível no âmbito hospitalar e na posterior avaliação realizada na unidade de saúde (SÃO PAULO, 2010).

O primeiro trimestre do puerpério caracteriza-se como um período de transição, no qual a mulher torna-se especialmente sensível e confusa, com o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. Compreende-se que estes três meses após o parto marcam um período significativamente importante, quanto à formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo determinar a qualidade da ligação afetiva que irá se estabelecer entre os membros da díade (MALDONADO, 2002; BORSA; DIAS, 2004).

O MS recomenda que a puérpera seja avaliada, na unidade de saúde próxima da sua residência, entre o sétimo e o décimo dia após o parto, para a designada revisão puerperal precoce, e o retorno até 42 dias para a revisão puerperal tardia (VIEIRA et al., 2010). Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a

visita domiciliar à mulher e ao RN e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer neste período (BRASIL, 2013).

Neste contexto, faz-se necessário manter a ligação entre a puérpera e a instituição de saúde, informando-a dos meios que a instituição pode oferecer e das vantagens da consulta de retorno puerperal, na qual ela poder receber informações e orientações para evitar dúvidas e inseguranças (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2011). Embora este discurso nos remeta à humanização do atendimento, percebe-se que a abordagem ainda prioriza os aspectos biológicos, enquanto os aspectos psicossociais são tratados de forma muito sutil (VIEIRA et al., 2010).

Evidencia-se uma deficiência na atenção puerperal, visto que essa assistência ainda não se encontra estabilizada dentro dos serviços de saúde. A maioria das mulheres voltam ao serviço depois do parto. Todavia, a sua maior inquietação, consoante a dos profissionais de saúde, são os cuidados e a vacinação do RN e não a assistência à mulher propriamente dita (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2011).

Entre as ações que podem ser realizadas pelo profissional de saúde durante a primeira semana de saúde integral no acolhimento da mulher e do RN, podemos citar o atendimento com respeito e gentileza, o estímulo da mulher na realização de perguntas e esclarecimento de possíveis dúvidas (BRASIL, 2013).

O profissional de saúde deve compreender que o puerpério é um período no qual os sentimentos gerados pelo ajuste ao filho, as mudanças corporais e a mudança da configuração no eixo familiar necessitam de um grande esforço psíquico da mulher, o que requer uma zelosa atenção por parte de seus familiares e dos cuidadores (SÃO PAULO, 2010).

No planejamento da assistência à saúde da puérpera, é necessário que o profissional de saúde leve em consideração todas as informações e hábitos de vida que a mulher possui, assim como os seus conhecimentos, suas experiências, os tabus, as crenças, os hábitos e práticas culturais que são providos do âmbito e da convivência familiar (VIEIRA et al., 2010).

A puérpera necessita de alguém que esclareça as possíveis dúvidas e lhe transmita autoconfiança, sendo estes fatores indispensáveis ao desempenho materno, por isso é essencial o suporte oferecido pela equipe de saúde. Precisa, ainda, do apoio e da ajuda dos familiares, como também de grupos de apoio que possam facilitar a fase de adaptação que permeia o pós-parto (OLIVEIRA;

QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Nesta fase é importante a qualidade da assistência, pois a mulher permanece frente à adaptação de uma nova realidade, existe a dificuldade de superação e a efetivação da relação entre mãe e filho, com isso é possível a redução nas barreiras que bloqueiam o acesso das mulheres aos serviços de saúde, ampliando a adesão aos programas pertinentes ao período puerperal (TEIXEIRA et al., 2015).

Há necessidade de estudos voltados para identificar como o cuidado de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal contribui para a participação da mulher no processo decisório, na tentativa de construir estratégias para assegurar esse direito às mesmas na atenção à saúde (BUSANELLO et al., 2011). Por isso, é urgente a necessidade de reflexão quanto às práticas assistenciais no pós-parto, como também o fomento dos profissionais de saúde a experimentarem a realização da prática educativa como uma estratégia de promoção da saúde relevante a esse período importante da vida da mulher (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

4.3 CONCEITO DE CUIDADO, AUTOCUIDADO E CUIDADO DE SI NO CONTEXTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Durante muito tempo a enfermagem teve uma orientação guiada para enfrentar as circunstâncias técnicas imediatas de maneira intuitiva. Entretanto, com a influência de vários fatores - científicos, sociais, culturais, políticos e econômicos -, ela foi remetida a um processo de reflexão sobre o ser e o fazer profissional (RAIMONDO et al., 2012).

A evolução e expansão dos conhecimentos dentro da enfermagem estão relacionadas com a análise e o desenvolvimento de vários conceitos. Assim, a enfermagem vai se fundamentando em bases sólidas de conhecimento a partir da reformulação contínua e da lapidação dos conceitos (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014). Os conceitos na enfermagem nos remetem à clarificação do conhecimento, em que este aprofundamento relacionado aos aspectos teóricos é indispensável na garantia da visibilidade e reconhecimento. A partir disso é possível a realização das intervenções práticas de maneira certificada e qualificada (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

O cuidar é um evento global, que recebe influência de diferentes maneiras, entre as quais o modo de pensar, sentir e comportar-se em relação aos demais

indivíduos. Desde a enfermeira Florence Nightingale, os demais têm estudado a forma de cuidar de um paciente dentro das diversas perspectivas filosóficas e éticas envolvidas no cuidado (POTTER; PERRY, 2013). O cuidado com embasamento na cultura do cliente pode ser considerado um fator decisivo para a promoção, a manutenção eficiente e para a recuperação da saúde (FARIAS, 2008).

Outro aspecto comum que temos em relação ao cuidar é compreender as circunstâncias da vida da outra pessoa e de sua doença. É complicado demonstrar cuidado com o outro quando não se tem a compreensão de quem é este indivíduo e a sua percepção no tocante à doença (POTTER; PERRY, 2013).

O cuidado – expressão significativa na enfermagem – sempre foi o ápice norteador de todos os atos relacionados a esta profissão. Como exemplos, temos a comunicação não verbal, considerada um ato simples e sutil, e até mesmo uma intervenção invasiva, sendo este um procedimento mais complexo. O fato é que, independentemente do cuidado prestado, este necessita estar fundamentado em conceitos anteriormente validados, e as teorias de enfermagem vêm ao encontro desses requisitos essenciais (LARA et al., 2009).

Já em relação ao autocuidado, sabe-se que é uma atividade reguladora que proporciona o desempenho, por nós próprios, das atividades que ajudam na preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

O autocuidado possui uma relação com a saúde humana, embora esteja relacionado ao exercício do desejo humano de saber, de busca pela verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros (BUB et al., 2006). Portanto, autocuidado é o conceito mais amplo, remete às competências do cliente e ao desempenho das atividades na promoção e manutenção da saúde, incluindo as atividades específicas para ocorrências agudas e crônicas (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

A capacidade para o autocuidado sofre a influência de vários fatores, sendo estes remodelados ao longo da vida. A tomada de decisão, a ação e a persistência na ação que está subjacente à capacidade de autocuidado imputam, entre outros aspectos, a procura do sentido de vida e o autoconhecimento (CUNHA; SARROEIRA, 2014).

No que tange ao cuidado de si mesmo, podemos dizer que se trata de uma atitude ligada ao exercício da política, estando relacionado ao modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir

de si para consigo, de se modificar, purificar-se, transformar-se e se transfigurar. Esta maneira de se cuidar remete ao indivíduo uma reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência (BUB et al., 2006).

O cuidar de si está relacionado ao cuidado além das práticas cotidianas, mas extremamente ligada ao comprometimento com a vida, ou seja, numa visão profunda do ser e não de maneira superficial (SILVA; MURAI, 2012). O autor Michel Foucault leva à reflexão histórica do pensamento humano, na sua vagarosa formação que teve início na Antiguidade, dentro da hermenêutica do sujeito, abordando as questões da subjetividade do verdadeiro e do falso (WANZELER, 2011).

É importante salientar que, atualmente, o aperfeiçoamento dos processos de cuidado à saúde vem sofrendo inúmeras reflexões e mudanças que influenciam diretamente no modo de fazer entre os profissionais (NASCIMENTO, 2014).

A luta da enfermagem deve ser pelo cuidado de maneira universal, integral e equânime, e estes aspectos devem estar sustentando a prática em evidências científicas e em valores éticos (SANTOS; ALMEIDA; TREZZA, 2011).

Os profissionais de saúde devem buscar a realização de suas competências embasadas na agregação de diferentes saberes, isto é, devem desenvolver as práticas de cuidado partindo do princípio da articulação entre a equipe, tendo como cerne de conduta os novos dispositivos que possam auxiliar na gestão de serviços e dos cuidados (NASCIMENTO, 2014).

4.4 AUTOCUIDADO NO PERÍODO PÓS-PARTO

O puerpério, por si só, é um período estressante, de adaptação, durante o qual se desenrolam muitas manifestações involutivas ou de recuperação da mulher, que coincidem com o período em que a mesma terá de reorganizar seu cotidiano, incluindo o bebê em sua dinâmica de vida (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). Trata-se de um momento de mudanças significativas para as mulheres (FAHEY; SHENASSA, 2013).

Apesar de ser um evento marcante na vida destas, é, geralmente, um período negligenciado. As atenções se voltam muito mais para os bebês e há expectativa de que a puérpera assuma o papel de mãe de imediato e sem nenhuma dificuldade

(SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Cada puérpera deve ser abordada integralmente levando-se em consideração não somente o corpo biológico, mas estendendo o cuidado para além da avaliação física da mulher, compartilhando com ela o que representa o nascimento do filho e, ainda, procurando entender o que pensa sobre as diversas mudanças em seu corpo e como desempenha o seu autocuidado (ACOSTA et al., 2012).

Além das alterações fisiológicas agregadas ao pós-parto, a mulher sofre mudanças psicossociais, como: a transição para o papel materno, o restabelecimento dos relacionamentos e ainda o intuito de satisfazer às necessidades do seu filho e de outros integrantes da família (FAHEY; SHENASSA, 2013).

No puerpério, estes problemas e complicações podem surgir a partir do momento e que a mulher não consegue satisfazer à sua demanda de autocuidado. A mulher deve ter autonomia nas demandas de autocuidado a fim de corresponder a suas próprias necessidades (NAZIK; ERYLMAZ, 2013). São muitas as mudanças que permeiam este período, por isso os cuidados são fundamentais no que diz respeito à própria sobrevivência, mas principalmente ao futuro das mães e de seus recém-nascidos (WHO, 2010).

Entre os fatores que auxiliam as puérperas, estão o conhecimento e reconhecimento do contexto que envolve a vivência do puerpério, a partir disso é possível direcioná-la para o autocuidado e para a proteção de seu bebê, com o objetivo de promover um viver saudável e com boas condições de vida (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Orientações relacionadas aos cuidados corporais são fundamentais para a mulher compreender a importância e necessidade de cuidar de si mesma e, assim, ter condições de cuidar também do filho (MONTEIRO, 2011). As mulheres necessitam estar cientes das demandas de autocuidado neste momento e da sua própria capacidade e autonomia no autocuidado. Desta maneira, é possível determinar as suas deficiências e a necessidade da assistência de enfermagem (NAZIK; ERYLMAZ, 2013).

No período pós-parto o cuidado recebido e o autocuidado são envolvidos por diferentes conceitos (influências, crenças e práticas), que são passadas de geração em geração (ACOSTA et al., 2012).

Quando o sujeito satisfaz as próprias necessidades de autocuidado de

maneira adequada e correta, torna-se responsável pela sua saúde e independente dos outros (NAZIK; ERYLMAZ, 2013).

Orem (1995) aborda o fato de que o oferecimento e o controle das necessidades são o foco diferencial da enfermagem, estando estes presentes no autocuidado. Desta forma, na totalidade “do ser da mulher puérpera”, ou seja, após o parto, o corpo apresenta as manifestações fisiológicas visando o término de todo esse processo, com a finalidade de dar sustentação à saúde e à vida (LARA et al., 2009).

O cuidado do enfermeiro deve ser permeado pela realização de trabalhos educativos durante o ciclo gravídico-puerperal, estimulando o autocuidado e possibilitando à futura mãe ter a autossuficiência e o controle no pós-parto. Estas ações resultam em um maior reconhecimento do papel deste profissional no contexto da assistência ao pós-parto (RIUL et al., 2013).

A enfermagem pode incorporar as crenças, valores e os costumes das mulheres que se evidenciem presentes e dominantes, dependendo do contexto em que ela se encontra, porque o compartilhamento de saberes e práticas de cuidado no puerpério podem favorecer a compreensão da realidade e a efetiva promoção da saúde à mulher e do bebê (FARIAS, 2008).

Julga-se importante compreender de que forma o saber popular está sendo empregado no autocuidado destas, a fim de problematizar tais condutas e alertar os profissionais de enfermagem acerca da necessidade de maior atenção ao cuidado domiciliar durante esse período (ACOSTA et al., 2012).

No contexto da atenção à saúde da mulher, com a abordagem do período puerperal, por meio do incentivo e orientações relacionados ao autocuidado da puérpera, as práticas de enfermagem podem ter uma significativa contribuição à consolidação das políticas públicas de atenção à saúde (RIUL et al., 2013). O novo modelo para a assistência às puérperas deve concentrar-se no desenvolvimento de habilidades de vida que promovem o bem-estar amplo (FAHEY; SHENASSA, 2013).

O saber científico deve chegar às mulheres através de orientações claras e vocabulário acessível, no intuito de reforçar a educação em saúde. A imposição de condutas e regras deve ser evitada, dando lugar à negociação e compartilhamento de saberes (ACOSTA et al., 2012).

A qualidade da assistência é importante na adaptação à nova realidade, na superação das dificuldades e no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, além

de diminuição das barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde, com o propósito de aumentar a adesão aos programas relativos ao pós-parto (TEIXEIRA et al., 2015). Neste contexto, é importante o enfermeiro esclarecer as dúvidas e orientar a mulher nas ações de autocuidado que podem e devem ser realizadas durante o pós-parto (MONTEIRO, 2011).

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste estudo, optei pelo Autocuidado de Orem como referencial teórico-metodológico, pois a autora é considerada um marco no que tange ao autocuidado, sendo este abordado de maneira ampla e inserido no contexto da assistência de enfermagem. Para Rosa e colaboradores (2010), a enfermagem utiliza em suas pesquisas as teorias como meio de uma articulação organizada, coerente e sistemática. O desenvolvimento das teorias de enfermagem proporciona a elucidação dos referenciais teóricos que fundamentam as várias práticas da profissão. Com isso, a elaboração de projetos coletivos e discursos exclusivos da enfermagem.

5.1 BIOGRAFIA E CARREIRA DA TEÓRICA

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 1914, na cidade de Baltimore, estado de Maryland, nos Estados Unidos da América. No início dos anos 1930, ela obteve o seu diploma de enfermagem do Hospital-Escola Providência de Enfermagem em Washington. Ela cursou seu Bacharelado em Ciências de Enfermagem, em 1939, e seu mestrado também em Ciências de Enfermagem, em 1945, ambos pela Pontifícia Universidade Católica de América, em Washington (GONZALO, 2011; OREM SOCIETY, 2015).

Atuou como enfermeira, administradora e consultora em enfermagem. A sua trajetória como teórica pode influenciar as demais enfermeiras e a troca de experiências das mesmas serviu de fonte inspiradora para Orem (MARENZI, 2006).

Teve uma carreira distinta dentro da enfermagem, ganhou vários títulos honorários e prêmios e foi nomeada membro honorário da Academia Americana de Enfermagem. Faleceu em 22 de junho de 2007, pouco antes de seu 93^o aniversário (GONZALO, 2011).

5.2 CONCEITOS E UTILIDADE

Para compreender a Teoria do Autocuidado é importante a revisão de alguns conceitos. Segundo McEwen e Wills (2009 p.168), Orem definiu alguns dos conceitos da seguinte forma:

Enfermagem: é vista como uma arte por meio da qual o profissional de enfermagem presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado. O enfermeiro também participa de forma inteligente do atendimento que o indivíduo recebe do médico.

Seres vivos: são definidos como “homens, mulheres, crianças atendidas individualmente ou como unidades sociais” e constituem o “objeto material” dos enfermeiros e de outros que prestam assistência direta.

Ambiente: tem aspectos físicos, químicos e biológicos. Ele inclui a família, a cultura e a comunidade.

Saúde: significa “ser estrutural e funcionalmente inteiro ou sólido”. A saúde é também o estado que engloba tanto a saúde dos indivíduos quanto a dos grupos, e a saúde humana é capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar-se com os outros.

A Teoria do Autocuidado de Orem vem sendo utilizada no plano curricular de inúmeras escolas de enfermagem e contribuído para o aprendizado do autocuidado na prática da enfermagem (SANTOS; SARAT, 2008; NOGUEIRA; SILVA; MATA, 2012). Isso acontece por tratar-se de teoria fundamental na preparação para a atuação profissional, podendo ser aplicada para pacientes de uma forma geral, com posterior adaptação, quando necessário (SANTOS; SARAT, 2008).

5.3 COMPREENDENDO OS ASPECTOS DA TEORIA DE OREM

A Teoria Geral de Orem foi desenvolvida entre 1959 e 2001. Considerada uma grande teoria de enfermagem que abrange uma ampla gama de conceitos que podem ser aplicados para todas as instâncias da assistência de enfermagem (GONZALO, 2011).

Orem publicou, em 1971, o livro *Enfermagem: conceitos da prática*, sendo a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta edições publicadas em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001, respectivamente (GEORGE, 2000).

A International Orem Society desfruta de um *site* oficial (www.scdnt.com), no qual se encontram informações sobre suas publicações e do The Nursing Development Conference Group, além de notícias sobre eventos relacionados ao autocuidado e de artigos publicados sobre esta temática (SANTOS; SARAT, 2008).

A Teoria de Orem possui como eixo central a abordagem conceitual do autocuidado (FONSECA, 2008). Dentro desta teoria, temos três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do *Deficit* de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

5.3.1 Teoria do Autocuidado

Segundo Orem (1995), o autocuidado é a realização de atividades que o indivíduo inicia e executa para o seu próprio benefício, na preservação da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações, que, seguindo um modelo, auxilia de forma peculiar, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são evidenciados por meio de ações chamadas de exigências de autocuidado.

Outro conceito fundamental citado por Orem é o da competência para o autocuidado. Orem (1995) diz que pessoas adultas, em situações normais, desenvolvem poderes e capacidades para conhecer suas próprias necessidades e requisitos de autocuidado, o que auxilia na regulação de suas funções, assim como no cuidado dependente. De acordo com a autora, o poder e a capacidade de se empenhar no autocuidado são chamados de competência para o autocuidado.

Temos outro conceito, relacionado às demandas terapêuticas de autocuidado. Segundo Orem (1995), é o total de exigências e medidas de cuidados necessários para o ajuste da saúde e bem-estar de uma determinada pessoa.

George (2000) afirma que Orem incorpora ainda conceitos adicionais à teoria, chamados de exigências de autocuidado e entendidos como sendo as ações que se querem prover com o autocuidado, sendo elas: as universais, as de desenvolvimento e as de desvio de saúde.

Segundo Solar e colaboradores (2014), os requisitos universais são representados pelas diferentes ações do ser humano no intuito de fornecer as condições na manutenção da estrutura e atividade, que, por sua vez, apoia o desenvolvimento e maturação humanos, promovendo positivamente a saúde e o bem-estar.

Para Orem (1995), os requisitos universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Estes requisitos são considerados comuns a todos os seres humanos durante o ciclo vital. Por exemplo, temos as atividades do cotidiano: 1) manutenção da ingestão satisfatória de ar; 2) manutenção da ingestão satisfatória de água; 3) manutenção de uma ingestão satisfatória de alimentos; 4) prestação de cuidados correlacionados aos processos de excreção urinária e intestinal; 5) equilíbrio entre as atividades de descanso; 6) equilíbrio entre solidão e relação social; 7) prevenção de ameaças para

a vida, o desempenho e o bem-estar humano; 8) promoção do funcionamento humano e desenvolvimento dentro dos conjuntos sociais, de acordo com a potencialidade humana.

Os requisitos de desenvolvimento são as expressões singulares dos requisitos universais que foram particularizados pelos processos de desenvolvimento, associados a algum evento. Como exemplos temos a adaptação a um novo trabalho ou adaptação às mudanças físicas (OREM, 1995).

Os requisitos de desvio de saúde são necessários em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de ações médicas determinantes no diagnóstico e correção de uma condição (OREM, 1995).

5.3.2 Teoria do *Deficit* de Autocuidado

Orem (1995) afirma que a Teoria do *Deficit* de Autocuidado é a essência da sua teoria geral de enfermagem.

Esta teoria possui como premissa básica acreditar que o ser humano possui habilidades próprias para promover o autocuidado. Mas Orem enfatiza que, a partir do momento em que o enfermeiro identifica o *deficit* de autocuidado, ele estabelece o plano de ação junto ao paciente, delegando a sua responsabilidade, a do paciente e a dos demais profissionais, a fim de que as demandas terapêuticas do autocuidado sejam atingidas (LARA et al., 2009).

Segundo George (2000), Orem estabelece os cinco métodos de ajuda, com os quais a enfermagem pode ajudar o indivíduo, podendo usar qualquer um ou todos, de modo a proporcionar assistência com autocuidado: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro; 4) promover ambiente que ajude no desenvolvimento pessoal, a fim de tornar-se capaz de satisfazer as exigências futuras; 5) ensinar o outro.

Para Vitor, Lopes e Araújo (2010), as ações de enfermagem que visam recuperação do autocuidado do indivíduo nos remetem à importância dos pressupostos, métodos e metas abordados na Teoria do *Deficit* de Autocuidado proposta por Orem.

A interação entre o enfermeiro e o cliente visa avaliar adequadamente as necessidades de autocuidado. Com isso é possível delimitar os planos de cuidados coerentes com as expectativas e possibilidades (SANTOS; SARAT, 2008).

5.3.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

É de responsabilidade da enfermeira o delineamento dos sistemas de enfermagem, devendo este estar baseado nas necessidades e capacidades de autocuidado do paciente (GEORGE, 2000). Orem (1995) identificou três classificações dos sistemas de enfermagem, sendo eles: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio educativo.

No sistema totalmente compensatório: o indivíduo é incapaz de dedicar-se às ações de autocuidado (OREM, 1995).

Já no sistema parcialmente compensatório: o indivíduo possui dificuldade na realização do autocuidado. Nestas situações tanto o paciente como a enfermeira desempenham as medidas de cuidados (OREM, 1995).

O sistema de apoio educativo: o indivíduo é capaz de desenvolver, ou pode aprender a desenvolver as medidas exigidas no seu autocuidado (OREM, 1995).

Quando priorizamos as atividades educativas do enfermeiro sendo estas inerentes ao seu campo de atuação, percebemos o engajamento da clientela às atividades de autocuidado, principalmente quando existe o *deficit* de conhecimento e de habilidades para cuidar de si mesmo (SANTOS; SARAT, 2008).

5.3.4 Fortalezas e Fragilidades da Teoria de Orem

Gonzalo (2011) cita as fortalezas da teoria de Orem, sendo elas: a sua aplicabilidade desde casos mais simples aos complexos; os conceitos de autocuidado, os sistemas de enfermagem e de *deficit* de autocuidado são facilmente compreendidos; Orem define de maneira específica o momento em que enfermagem torna-se necessária no âmbito do autocuidado; os três sistemas de enfermagem propostos pela teórica são claramente delineados e de fácil compreensão.

Silva e Murai (2012) realizaram uma revisão bibliográfica sobre a Teoria do Autocuidado, na qual os autores concluíram que a mesma é vinculada à produção científica de enfermagem brasileira. Como facilitadora da organização do cuidado, demonstra aprofundamento no vínculo enfermeiro-paciente e atua como uma favorecedora do padrão de resposta dos pacientes frente a diferentes doenças.

Realçando, assim, a sua aplicabilidade ampla e a familiaridade perante a prática de enfermagem.

Segundo Rosa e colaboradores (2010), a teoria de Orem conduz ao desenvolvimento de práticas científicas e de reflexões sobre a sociedade, de maneira coerente com as exigências de cuidado percebidas no âmbito individual e/ou em grupo.

Já a fragilidade da teoria está na sua complexidade, mesmo parecendo simples. A teórica utiliza uma infinidade de termos, podendo ser confuso para o leitor. Percebe-se a limitação do reconhecimento das necessidades emocionais do indivíduo (GONZALO, 2011).

5.4 A TEORIA DO AUTOCUIDADO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM

A Teoria do Autocuidado de Orem pode ser utilizada como um alicerce teórico-filosófico para fundamentar a prática da enfermagem em múltiplas situações. Com isso é possível salientar o papel do enfermeiro no cuidado de forma individual ou coletiva (RAIMONDO et al., 2012). É considerada o ponto de partida para a assistência de enfermagem com qualidade, pode ser utilizada em diferentes situações relacionadas ao processo de saúde-doença, também para os indivíduos que estão realizando decisões sobre a sua saúde e simplesmente para os que querem manter ou modificar comportamentos de risco (SOLAR et al., 2014).

Embasada na sua teoria, Orem faz o delineamento do processo de enfermagem, dirigido ao problema central que norteia a teoria, o autocuidado e a satisfação de necessidades para manter a saúde e evitar a doença (FONSECA, 2008).

Em seu estudo, Fonseca (2008) fez uma análise minuciosa da Teoria de Orem e identificou-a como sendo considerada simples, congruente e compreensível, possuir capacidade explicativa e justificativa, que se revela pela proporção da abordagem temática e clareza de conteúdos com aplicação na ciência da enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento desta profissão. Entretanto, são percebidas algumas limitações à concepção teórica, sendo as principais a aplicação desta teoria em pessoas com limitações intelectuais e em casos de autodisplícência.

A promoção da saúde é uma das premissas da enfermagem, a partir disso intui-se que o ensino, junto ao cliente, para desenvolver o autocuidado, por parte dos

profissionais de enfermagem, é uma aplicação desse conhecimento desvinculado do saber específico das demais profissões. A vista disso, observa que embora despercebida para a equipe de enfermagem e para o serviço de saúde, existe a aplicação de concepções teóricas de enfermagem como elemento norteador de suas práticas assistências (SANTOS; SARAT, 2008).

A Teoria do Autocuidado de Orem nos remete a uma autorreflexão de como somos, de como e por que nos cuidamos e por que quando não conseguimos nos cuidar precisamos dos outros, sendo estes aspectos inerentes à humanidade (ROSA et al., 2010). Esta teoria continua em um processo de evolução e seu uso, de forma tão abrangente, reflete a sua utilidade para a enfermagem. Esta teoria mostra uma maneira exclusiva de ver o fenômeno da enfermagem. O trabalho realizado por Orem contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das teorias de enfermagem (NOGUEIRA; SILVA; MATA, 2012).

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo sobre os fatores que influenciam o seguimento, a procura por cuidado de saúde e o autocuidado no primeiro ano pós-parto.

Os estudos de coorte, também conhecidos por seguimento ou *follow-up*, são os únicos capazes de abordar hipóteses etiológicas, gerando medidas de incidência e, conseqüentemente, medidas diretas de risco (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

6.1.1 Vantagens e Limitações do Estudo de Coorte

Esse tipo de estudo oportuniza a produção de medidas diretas de risco (ROUQUAYROL; FILHO, 2003; FLETCHER, 2006; PEREIRA, 2008). A cronologia dos acontecimentos é determinada com facilidade, a qualidade dos dados sobre a exposição e a doença pode ser excelente, a maioria dos desfechos pode ser estudada simultaneamente, não há problemas éticos em relação à exposição aos fatores de risco ou tratamentos (PEREIRA, 2008).

Entre as limitações do estudo de coorte nota-se perdas de seguimento, custo oneroso (ROUQUAYROL; FILHO, 2003; FLETCHER, 2006; PEREIRA, 2008), o número alto de pessoas acompanhadas, mudanças nos critérios de diagnóstico ao longo de tempo, não deve ser aplicado no estudo de doenças raras, falta de comparabilidade, os resultados são obtidos depois de um longo tempo, dificuldade na interpretação devido aos fatores de confundimento (PEREIRA, 2008).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de Londrina. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada em 2015 é de 548.249, localizada no norte e interior do estado do Paraná. É a quarta cidade mais populosa da região Sul do Brasil, trata-se de um importante polo de desenvolvimento regional e nacional, a cidade exerce grande influência sobre o Norte Pioneiro

Paranaense, sendo considerada uma das cinco cidades mais importantes da Região Sul do país (IBGE; LONDRINA, 2015).

Nesta cidade, a assistência ao parto de baixa complexidade no SUS é realizada na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB), que é referência para todas as Unidades Básicas de Saúde e de municípios da região.

A MMLB é referência para gestação com diagnóstico de risco habitual e intermediário, ou seja, acima de 37 semanas, sem doenças associadas. Realiza, em média, 80% dos partos pelo SUS na cidade, sendo responsável por aproximadamente 300 partos por mês. Possui estrutura de pequeno porte, contando com oito leitos no pré-parto, três salas de parto normal e duas para cesarianas e unidade de atendimento intermediário ao recém-nascido. Na atenção ao período pós-parto são oferecidos 34 leitos, que seguem o modelo de alojamento conjunto. A instituição dispõe de uma equipe de enfermagem 24 horas, inclusive enfermeiros especialistas em obstetrícia e equipe de médicos obstetras e neonatologistas. Conta também com a atuação de acadêmicos de medicina e de enfermagem, assim como alunos da residência multiprofissional em saúde da mulher, com supervisão direta de docentes de ambos os cursos e também com médicos residentes em obstetrícia sob supervisão docente.

A atenção primária do município deste estudo está organizada por meio da ESF e atualmente dispõe de 93 equipes multiprofissionais, distribuídas em 52 UBS, sendo 40 na área urbana e 12 na rural, além das equipes Saúde da Família, as UBS da zona urbana contam com dez equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídas por profissionais de diferentes áreas de saúde que atuam em união com a ESF em seus respectivos territórios (LONDRINA, 2013; TEIXEIRA, 2015).

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída pelas mulheres atendidas na MMLB. Segundo Polit e Beck (2011), 'população' é agregação total de casos em que se está interessado. Como exemplo, tem-se a população mundial de puérperas de risco habitual e intermediário. Já a 'população-alvo' é toda a população em que o pesquisador está interessado, enquanto que a 'população acessível' é composta de

casos da população-alvo acessíveis como participantes. Neste estudo, a população de puérperas de risco habitual e intermediário de uma maternidade específica.

Para isso, recorreu-se a amostragem por conveniência, que envolve a utilização das pessoas mais convenientes e disponíveis ao estudo (POLIT; BECK, 2011).

6. 3.1 Tamanho da Amostra

Sejam: **N** tamanho (número de elementos) da população; **n** tamanho (número de elementos) da amostra; **n0** uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; **E0** erro amostral tolerável (BARBETA, 2012); sabe-se que um primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão:

$$n0 = 1 / E0^2 \text{ (5\%)}$$

$$n0 = 1 / 0,05^2$$

$$n0 = 1 / 0,0025$$

$$\underline{n0 = 400}$$

Conhecendo o tamanho da população, sendo esta de 3.415 partos ocorridos na MMLB, no ano de 2012, o cálculo de aproximação do tamanho da amostra foi corrigido:

$$n = N . n0 / N + n0$$

$$n = 3.415 . 400 / 3145 + 400$$

$$n = 1.366.000 / 3.845$$

$$\underline{n = 358}$$

A partir dos cálculos apresentados anteriormente, considerando uma margem de erro da pesquisa de 5%, um nível de confiança de 95% e uma população de 3.415 partos ocorridos na MMLB no ano de 2012, obteve-se uma amostra de 358 mulheres, ou seja, foi necessário observar este número de puérperas para a realização do trabalho. Mas, por se tratar de um estudo de coorte, o qual se tem perdas ao longo do ano de investigação devido a diferentes fatores, como mudança de endereço, desistência de participação na pesquisa, morte materna ou infantil, acrescentou-se a esse valor 20%, definindo assim uma amostra de segurança de 429 mulheres.

Tabela 1 – Amostra das puérperas participantes de acordo com etapas de seguimento do estudo de coorte. Londrina (PR), 2013-2015.

Etapa	Amostra (N)
1 ^a	429
2 ^a	426
3 ^a	358
4 ^a	310

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Cabe salientar que, para reduzir perdas entre as etapas, foi realizado contato telefônico bimestralmente com a entrevistada para averiguar possível mudança de endereço, bem como se houve alguma complicação materna ou infantil, para reduzir perda de informações recordatórias na entrevista. Entretanto, ocorreram desvios de seguimentos decorrentes de endereços equivocados, mudança de contato telefônico e por opção da mulher em não continuar no estudo. Outra questão foi que, ao se atingir o N = 358 participantes na terceira etapa do estudo, optou-se pelo não seguimento das mulheres que compunham o excedente da amostra. Em relação à quarta etapa, a mesma foi de 310 mulheres. Portanto, tivemos uma perda amostral de 13,4% da terceira para a quarta etapa.

6.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão da Amostra

Os critérios de inclusão no estudo foram: a puérpera residir na zona urbana do Município de Londrina, ser gestante de risco habitual ou intermediário e ser capaz de compreender e consentir sua participação no estudo, após a explicação do mesmo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Em relação aos critérios de exclusão da amostra, temos: as mulheres que residem na região rural ou fora do Município de Londrina, gestantes de alto risco e que não concordam em participar do estudo voluntariamente.

6.4 COLETA DE DADOS

A tabela 2 apresenta o cronograma das etapas de coleta de dados e o ordinograma apresentado no item 6.8 esclarece todo o seguimento da coorte em estudo.

Tabela 2 – Cronograma das etapas de coleta de dados para o seguimento das puérperas atendidas na MMLB. Londrina (PR), 2013-2015.

Etapa	Início	Conclusão
1 ^a	30 de julho de 2013	20 outubro de 2013
2 ^a	07 de agosto de 2013	04 de novembro de 2013
3 ^a	15 de outubro de 2013	17 de março de 2014
4 ^a	01 de agosto de 2014	31 março de 2015

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Observa-se, na tabela 2, que a coleta dos dados referente à quarta etapa foi realizada de 01 de agosto de 2014 a 31 de março de 2015, mediante agendamento prévio via telefone, decorrido cerca de um ano após o parto na MMLB da segunda visita domiciliar, para obtenção das informações sobre seguimento pelo do serviço na atenção primária, procura por cuidado de saúde e prática do autocuidado. A técnica de coleta de dados foi a entrevista estruturada, registrada em formulário semiestruturado (Apêndice B).

Segundo Marconi e Lakatos (2013), o formulário é um importante instrumento na pesquisa social, em que a coleta de dados consiste na obtenção de informações diretas, sendo a sua principal característica o contato face a face entre o pesquisador e o entrevistado.

Durante o seguimento das mulheres na quarta etapa deste estudo de coorte, a pesquisadora contou com o ajuda de 15 alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina, sendo três alunos de graduação em enfermagem, quatro alunos de iniciação científica (IC), quatro alunos da residência multiprofissional em Saúde da Mulher, três alunos da residência de Enfermagem em Saúde da Criança e um docente em enfermagem.

6.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de estudo são compostas pelas seguintes informações, obtidas por meio de entrevista:

- a) **Sociodemográficas** – idade materna (em anos), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade em anos (1-4 anos, 5-10 anos, 11 ou mais), condição de ocupação (remunerada ou não remunerada);
- b) **Adaptações ao cotidiano e retorno aos estudos** – como foi a adaptação em relação às rotinas do dia a dia (fácil, razoável e

- difícil), retornou ou começou a estudar neste ano pós-parto (sim ou não, o que está estudando, por que não está estudando);
- c) **Vínculo empregatício e adaptações ao emprego** – como foi a adaptação ao emprego (fácil, razoável ou difícil), condição de ocupação (remunerada ou não remunerada, em que trabalha, carga horária), cumpriu licença-maternidade (sim ou não, tempo, motivo de não cumprir), renda familiar (em salários-mínimos);
- d) **Autocuidado** – qual o significado de cuidar (atender às necessidades do outro, educar, proteger), qual o significado de cuidar de si mesma ou autocuidado (cuidar da estética, amor-próprio ou saúde), realização do autocuidado (sempre ou nunca), tipo de parto (parto normal – espontâneo, parto normal – instrumental, ou cesárea), higiene íntima do períneo após o parto, higiene da incisão cirúrgica, higiene das mamas higiene dos dentes (o que usou, quantas vezes ao dia), teve algum problema para urinar neste ano pós-parto (sim ou não, qual), teve algum problema para evacuar neste ano pós-parto (sim ou não, qual), está fazendo uso de alguma medicação (sim ou não, qual, há quanto tempo, por que motivo, quem indicou);
- e) **Mudanças físicas no pós-parto** – ocorreram mudanças físicas (sim ou não, quais, sente-se incomodada, por que incomoda, o que fez para resolver);
- f) **Vícios** – fuma (sim ou não), bebe (sim ou não), faz uso de drogas (sim ou não);
- g) **Hábitos de vida** – dorme bem (sim ou não, qual o motivo de não dormir bem), repousa durante o dia (sim ou não, por que não repousa), faz exercícios físicos (sim ou não, quanto tempo, quantas vezes por semana), faz atividade física (sim ou não, quanto tempo, quantas vezes por semana, costuma sair para se divertir (sim ou não, o que geralmente faz, quantas vezes, motivo de não sair pra se divertir);
- h) **Aspectos emocionais e apoio do(s) parceiro/familiar(es)** – considera-se uma boa mãe (sim ou não, por que não), sentiu falta de interesse em si própria neste ano pós-parto, sentiu falta de

prazer neste ano pós-parto, sentiu falta de energia e motivação neste ano pós-parto, sentiu-se inútil e culpada neste ano pós-parto, teve alteração de apetite e/ou peso, teve pensamentos recorrentes de morte ou suicídio neste ano pós-parto, dormiu mais ou menos que o habitual neste ano pós-parto, teve sentimentos negativos para com o bebê neste ano pós-parto, achou que não conseguiria cuidar do bebê neste ano pós-parto, teve falta de interesse no bebê neste ano pós-parto, chorou sem motivo neste ano pós-parto (sim ou não, outros sinais e sintomas, fez algo para melhorar, o que fez pra melhorar), como é o relacionamento com o parceiro (excelente, bom, razoável, ruim), o pai do bebê ajuda a cuidar (sim ou não como ele te ajuda, como se sente com a ajuda dele), tem alguma outra pessoa que te ajuda a cuidar do bebê (sim ou não, quem);

- i) **Relação sexual pós-parto** – teve laceração e/ou episiorrafia no parto (sim ou não), teve dificuldade no retorno sexual devido ao parto vaginal (sim ou não, quais, atualmente ainda tem dificuldades, quais, marido verbalizou mudança na relação sexual devido ao parto vaginal, o que mudou);
- j) **Seguimento pelo serviço de saúde, procura por cuidado, planejamento familiar, processo de saúde/doença e satisfação com o atendimento da UBS** – número de consultas pré-natal, orientações sobre infecção puerperal e hemorragias na alta hospitalar, contrarreferência à UBS orientada no momento da alta hospitalar, revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD), agendamento da revisão puerperal tardia (ARPT) durante a revisão puerperal precoce, agendamento de revisão puerperal remota, procura por cuidado na MMLB dentro de 30 dias pós-parto, motivo da procura por cuidado na MMLB dentro de 30 dias pós-parto, procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto, motivo da procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto, procura por cuidado na UBS depois de 43 dias do pós-parto, motivo da procura por cuidado na UBS depois de 43 dias pós-parto, visita domiciliar de profissional de saúde da UBS entre 43

dias e 12 meses decorridos do parto (sim ou não), qual profissional, motivo da VD, quais as orientações, grávida novamente (sim ou não, como obteve o resultado de gravidez, intervalo interpartal, começou o pré-natal), inscrita no planejamento familiar (sim ou não, por que não), uso de contraceptivo (sim ou não, qual, como obtém, por que não usa), ficou doente neste primeiro ano pós-parto (sim ou não, que tipo de doença, como resolveu, procurou ajuda, por que não procurou ajuda), procurou a UBS neste ano pós-parto (sim ou não, por que não procurou), procurou para planejamento familiar, dentista, ginecologista, pediatra, puericultura (sim ou não), procurou por problemas de saúde (sim ou não, quais), colheu citologia oncológica neste ano pós-parto (sim ou não), está satisfeita com o atendimento multiprofissional, de ginecologia e enfermagem (sim ou não), quão satisfeita está com o atendimento multiprofissional, de ginecologia e enfermagem (satisfeita e insatisfeita);

- k) **Aspectos nutricionais** – acha importante comer arroz e/ou carboidratos, feijão e/ou grãos, frutas, verduras e/ou legumes, carne e/ou proteínas, frango e/ou peixe (sim ou não), qual a ingestão hídrica diária em mililitro (menor ou igual a 500 ml, entre 501 ml e 1.999 ml, maior ou igual a 2.000 ml), recordatório nutricional (descrição por meio de medidas caseiras da alimentação da mulher em um período de 24 horas).

6.5.1 Variáveis do Estudo Distribuídas a Partir das Exigências de Autocuidado Propostas por Orem

- a) **Exigências universais** – ingestão hídrica diária em mililitros (menor ou igual a 500 ml, entre 501 ml e 1.999 ml, mais ou igual a 2.000 ml), acha importante comer arroz e/ou carboidratos, feijão e/ou grãos, frutas, verduras e/ou legumes, carne e/ou proteínas, frango e/ou peixe (sim ou não), recordatório nutricional (descrição por meio de medidas caseiras de sua alimentação em um período de 24 horas), teve algum problema para urinar neste ano pós-

parto (sim ou não, qual), teve algum problema para evacuar neste ano pós-parto (sim ou não, qual), dorme bem (sim ou não, qual o motivo de não dormir bem), repousa durante o dia (sim ou não, por que não repousa), higiene íntima do períneo após o parto, higiene da incisão cirúrgica, higiene das mamas higiene dos dentes (o que usou, quantas vezes ao dia), como é o relacionamento com o parceiro (excelente, bom, razoável, ruim), o pai do bebê te ajuda a cuidar (sim ou não, como ele te ajuda, como se sente com a ajuda dele), tem alguma outra pessoa que te ajuda a cuidar do bebê (sim ou não, quem), costuma sair para se divertir (sim ou não, o que geralmente faz, quantas vezes, motivo de não sair para se divertir);

- b) **Exigências de desenvolvimento** – como foi a adaptação em relação às rotinas do dia a dia (fácil, razoável e difícil), como foi a adaptação ao emprego (fácil, razoável e difícil), considera-se uma boa mãe (sim ou não, por que não), sentiu falta de interesse em si própria neste ano pós-parto, sentiu falta de prazer neste ano pós-parto, sentiu falta de energia e motivação neste ano pós-parto, sentiu-se inútil e culpada neste ano pós-parto, teve alteração de apetite e/ou peso, teve pensamentos recorrentes de morte ou suicídio neste ano pós-parto, dormiu mais ou menos que o habitual neste ano pós-parto, teve sentimentos negativos para com o bebê neste ano pós-parto, achou que não conseguiria cuidar do bebê neste ano pós-parto, teve falta de interesse no bebê neste ano pós-parto, chorou sem motivo neste ano pós-parto (sim ou não, outros sinais e sintomas, fez algo pra melhorar, o que fez para melhorar, ocorreram mudanças físicas (sim ou não, quais, sente-se incomodada, por que incomoda, o que fez pra resolver);
- c) **Exigências de desvio de saúde** – ficou doente (sim ou não, que tipo de doença), tipo de parto (parto normal espontâneo, parto normal instrumental ou cesárea), laceração e/ou episiorrafia (sim ou não).

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel 2007 e transportados para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Posteriormente foram submetidos a tratamento estatístico descritivo e analítico.

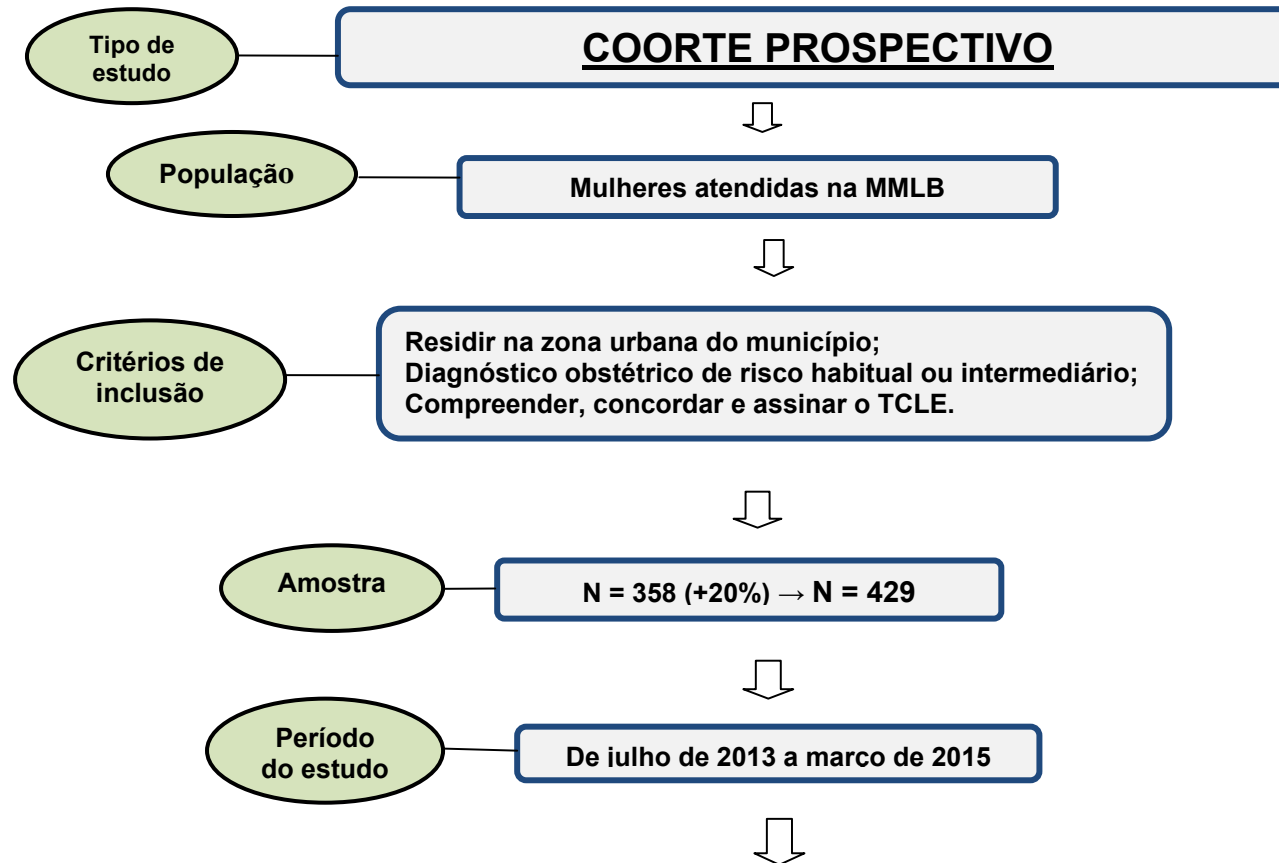
A análise descritiva apresenta o número e proporção das variáveis em estudo, isoladamente e distribuídas nos requisitos de autocuidado de Orem: universais, desenvolvimento e desvio de saúde.

Na análise univariada, foi utilizado o Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e dependentes [visita domiciliar], [revisão puerperal remota] e [prática do autocuidado]. Foi realizado o Coeficiente de Spearman para o entendimento das possíveis correlações.

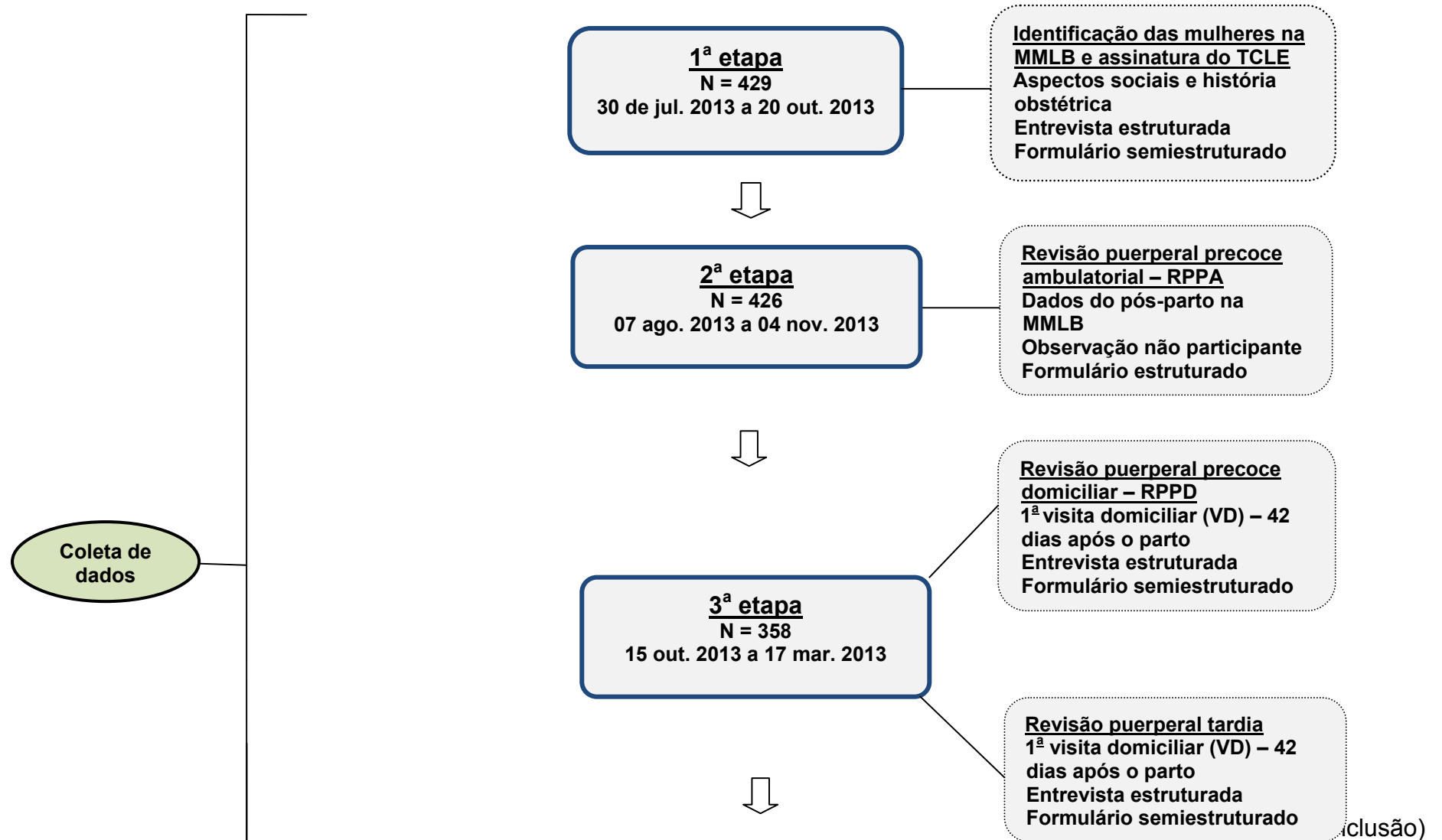
6.7 ASPECTOS ÉTICOS

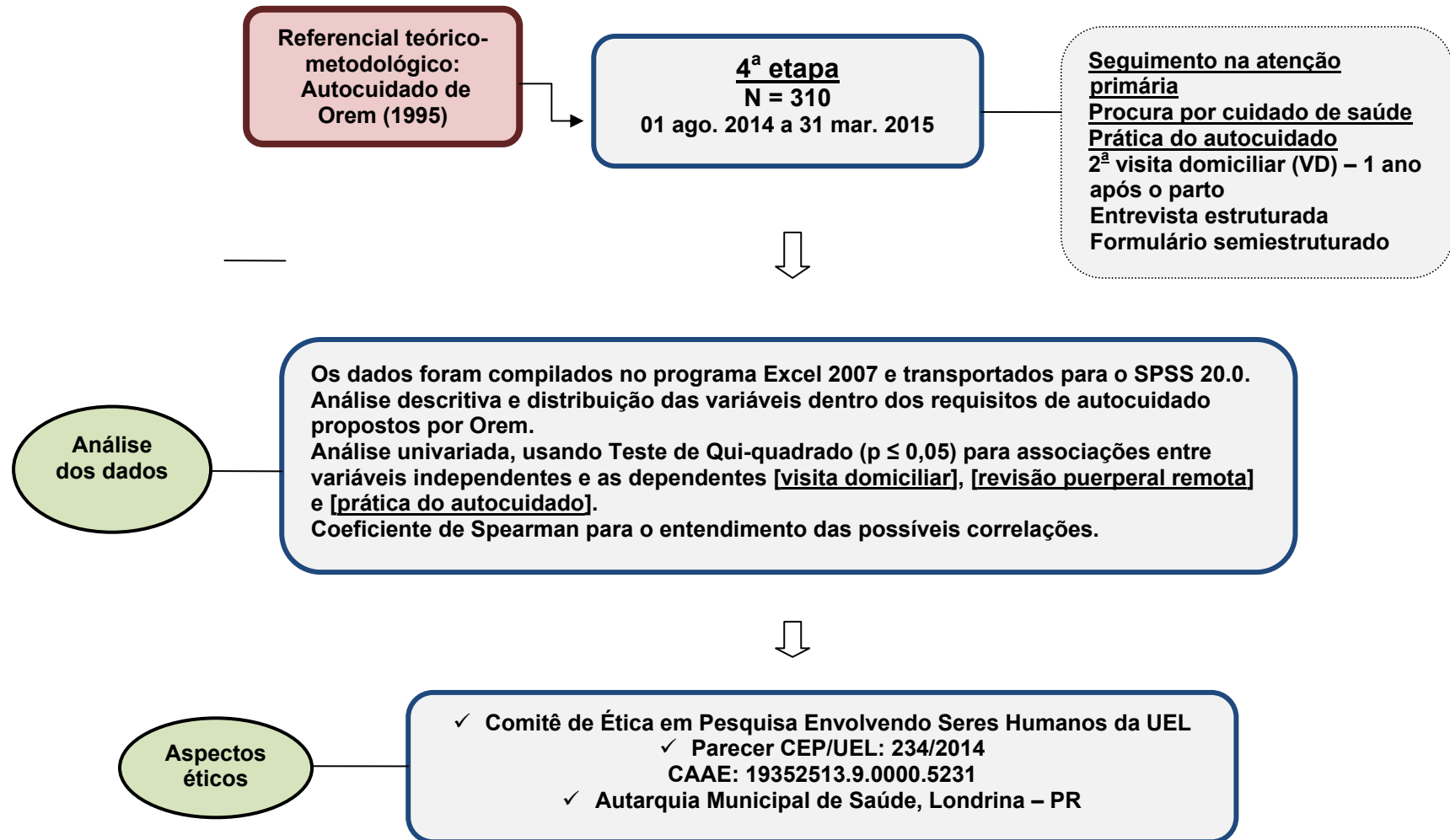
Em observância às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa *Fatores de Risco para Morbi-mortalidade Materna e Infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto*, da qual o presente estudo é um recorte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o número de parecer 234/2014 e CAAE: 19352513.9.0000.5231 (Anexo A). A coleta de dados passou pela aprovação da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina – PR (Anexo B).

6.8 ORDINOGRAMA DO PROGRESSO DO ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO

Figura 1 – Ordinograma do progresso do estudo de coorte prospectivo. Londrina (PR), 2013-2015.

(continuação)





Fonte: Elaborado pela própria autora.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados a seguir, no formato de dois manuscritos, nos quais se discute os principais achados desta dissertação, de acordo com os objetivos propostos.

O primeiro manuscrito, cujo título é *Puerpério remoto: seguimento do primeiro ano pós-parto pela atenção primária*, responde ao primeiro objetivo específico desta dissertação.

O segundo manuscrito tem como título *Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto* e responde ao segundo e terceiro objetivos específicos desta dissertação.

7.1 MANUSCRITO 1

PUERPÉRIO REMOTO: SEGUIMENTO DO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**RESUMO**

OBJETIVO: Identificar as possíveis lacunas no seguimento puerperal pelo serviço de saúde e a procura por cuidado pela mulher no primeiro ano pós-parto.

MÉTODOS: Estudo de coorte prospectivo, entre julho de 2013 a março de 2015, com população constituída por mulheres que realizaram o parto em uma maternidade pública. A primeira etapa foi conduzida durante a internação hospitalar; a segunda envolveu o retorno ambulatorial decorridos dez dias da alta hospitalar; na terceira procedeu-se a primeira visita domiciliar (VD) 42 dias após o parto; e na quarta etapa, a segunda visita domiciliar, um ano após o parto. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) com variáveis dependentes [visita domiciliar e agendamento da revisão puerperal remota] e o Coeficiente de Spearman para o entendimento de possíveis correlações.

RESULTADOS: Encontrou-se significância estatística entre ter adoecido ($p \leq 0,024$); dificuldade para urinar ($p \leq 0,011$); autopercepção de doença depressiva ($p \leq 0,007$); realização de ações para melhorar os sinais e sintomas de depressão ($p \leq 0,007$); citologia oncótica ($p \leq 0,000$); procura por cuidado até 42 dias após o parto ($p \leq 0,031$) e entre 43 dias e um ano após o parto ($p \leq 0,012$); satisfação com atendimento multiprofissional ($p \leq 0,001$), médico ($p \leq 0,000$), de enfermagem ($p \leq 0,000$); e as variáveis. O Coeficiente de Spearman evidenciou correlação muito forte entre realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD) e agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPP ($r = 0,953$).

CONCLUSÃO: Houve seguimento das mulheres na atenção primária, principalmente das ações programáticas no pré-natal, alta hospitalar e nos períodos puerperais precoce e tardio. O puerpério remoto foi caracterizado pelo abandono assistencial, sendo que, quando o cuidado ocorreu, foi direcionado à criança. A procura por cuidado evidenciou a tentativa das mães de suprir a demanda de seus filhos, em detrimento da própria.

DESCRITORES: Cuidado pós-natal. Período pós-parto. Puerpério remoto. Saúde da mulher. Serviços de saúde.

PUERPERIUM REMOTE: FIRST YEAR PERIOD POSTPARTUM FOR PRIMARY HEALTH WARNING

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify of possible gaps in the puerperal following by health service and search for care by woman in her first year after childbirth.

METHODS: Prospective cohort study, from July 2013 to March 2015, with population composed of women who had childbirth at a public maternity ward. The first stage was conducted during the hospitalization; the second involved outpatient follow-up after ten days of hospital discharge; in the third stage, there was first home visit (HV), 42 days after childbirth; and in the fourth stage, there was second home visit, one year after childbirth. We used Chi-square Test to search for possible associations ($p \leq 0,05$) with dependent variables [home visit and remote puerperal review schedule] and Spearman's Coefficient for understanding of possible correlations.

RESULTS: We found statistical significance of following items: to get sick ($p \leq 0,024$); difficulty in urinating ($p \leq 0,011$); self-perception of depressive illness ($p \leq 0,007$); implementation of actions to improve signs and symptoms of depression ($p \leq 0,007$); oncotic cytology ($p \leq 0,000$); search for care until 42 days after childbirth ($p \leq 0,031$) and between 43 days and one year after childbirth ($p \leq 0,012$); satisfaction with multidisciplinary care ($p \leq 0,001$), doctor ($p \leq 0,000$), nursing ($p \leq 0,000$); and dependent variables. Spearman's Coefficient showed correlation very strong between implementation of early puerperal home review (EPHR) and late puerperal review schedule in UBS – “Unidade Básica de Saúde” (Basic Health Unit) – of EPHR ($r = 0,953$).

CONCLUSION: We concluded that there was following of women in primary health care, especially of the programmatic actions in prenatal care, hospital discharge and early and late puerperal periods. The remote postpartum period was characterized by abandonment of assistance, given that when care occurred, it was directed to the child. The search for care showed the mother's attempt to fulfill the search of her child, to the detriment of her own.

DESCRIPTORS: Health services. Postnatal care. Postpartum period. Remote postpartum. Woman's health.

INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período complexo do ciclo reprodutivo que envolve mudanças de ordem física, psicoemocional, comportamental, relacional e sociocultural, associadas a manifestações involutivas do organismo ao estado pré-gravídico (VIEIRA et al., 2010; TEIXEIRA; MANDÚ, 2012). É um período de grande vulnerabilidade para as mulheres. Neste período, a puérpera vivencia uma condição única do seu processo saúde-doença, na qual, podem surgir intercorrências que se caracterizam como de risco à sua saúde (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

O primeiro ano após o parto é um momento de transição significativa para as mulheres. Além das alterações fisiológicas, agregadas ao pós-parto, a mulher sofre mudanças psicossociais, como a transição para o papel materno, restabelecimento dos relacionamentos e, ainda, trabalha no intuito de satisfazer as necessidades do seu filho e de outros integrantes da família (FAHEY; SHENASSA, 2013).

O cuidado deve fundamentar-se na história obstétrica, na assistência ao parto e nas reais necessidades, como a adaptação a nova realidade e a superação das dificuldades destas mulheres, recém-nascidos e familiares (TEIXEIRA et al., 2015).

Este vínculo pode ser garantido mediante a visita domiciliar (VD), considerada ferramenta fundamental para o cuidado prestado pelos profissionais do serviço de atenção primária em saúde no pós-parto (MINASI et al., 2013; MIRMOLAEI et al., 2014). Nesta oportunidade, a puérpera fica à vontade para expor suas dúvidas, sentimentos, queixas e questionamentos, enquanto o profissional vivencia suas reais condições de vida, podendo criar estratégias que potencializam os fatores de proteção da puérpera e familiares (MINASI et al., 2013).

Apesar de existirem políticas públicas de saúde voltadas para a saúde da mulher direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal, é notório que a assistência ao período pós-parto se encontra em níveis inferiores quando comparada ao pré-natal e ao parto (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011). Vale destacar que, na maioria das vezes, os cuidados oferecidos no período puerperal são inteiramente direcionados ao recém-nascido (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). Souza e Fernandes (2014) encontraram um achado preocupante com relação à abordagem adotada pelos profissionais, ficando clara a valorização da saúde do bebê em detrimento da saúde da mulher. A falta de normatização da assistência ao período puerperal no âmbito da atenção primária é expressa pela busca por cuidado para o

seguimento do recém-nascido (TEIXEIRA et al., 2015).

Neste sentido, é fundamental o entendimento do contexto em que as mulheres vivenciam o processo de procura por cuidado de saúde. A não procura do serviço para prevenção pode estar mais associada a barreiras reais, existentes entre a necessidade de cuidado e a oferta/ acesso a este do que a valores pessoais determinantes de comportamentos (CARDELLI; TANAKA, 2012). É imprescindível que o profissional de saúde compreenda a integralidade da mulher, para que possa atuar como facilitador na assistência ao período pós-parto (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Uma assistência de qualidade neste período é favorável para a adaptação à nova realidade, superação das dificuldades e criação do vínculo entre mãe e filho, além da redução das barreiras que impedem o acesso das mulheres ao serviço de saúde, aumentando a adesão aos programas existentes para a fase puerperal (TEIXEIRA et al., 2015). Com o conhecimento de diferentes situações, é possível estabelecer estratégias específicas de inclusão, com o objetivo de que, conforme previsto na Constituição, o acesso aos serviços de saúde seja efetivamente universalizado (OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011).

Acredita-se que a mulher procura pouco o serviço de saúde para cuidar de si, e o seguimento, no período puerperal remoto, pela atenção primária não é eficaz. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar as possíveis lacunas no seguimento puerperal pelo serviço de saúde e a procura por cuidado pela mulher no primeiro ano pós-parto.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com abordagem quantitativa, cuja população foi constituída por mulheres que realizaram o parto em uma maternidade pública, do município de Londrina, Paraná, que é referência para gestação de risco habitual e intermediário, realiza 80% dos partos pelo Sistema Único de Saúde na cidade e contemplou quatro etapas. A primeira foi conduzida durante a internação hospitalar, envolvendo a identificação da mulher e consulta aos registros do prontuário sobre o parto e puerpério imediato; já a segunda etapa envolveu o retorno ambulatorial decorridos dez dias da alta hospitalar. Na terceira etapa, procedeu-se a primeira VD, aos 42 dias pós-parto. E, finalmente, na quarta

etapa, foi realizada a segunda VD, decorrido um ano após o parto. A coleta de dados aconteceu de julho de 2013 a março de 2015, sendo utilizada a técnica de entrevista estruturada para a coleta de dados, com o registro das respostas em um formulário semiestruturado.

A amostra inicial da coorte foi definida em 358 puérperas, sendo acrescidos 20% (N = 429) para a primeira etapa. Os critérios de inclusão foram: residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual ou intermediário e ser capaz de compreender e consentir a participação. Na segunda etapa todas as 429 participaram. A terceira etapa trabalhou com a amostra mínima (N = 358) e na quarta etapa, a taxa de resposta foi de 86,6% (N = 310). Detalhes sobre as informações coletadas e os resultados obtidos nas três primeiras etapas podem ser observados em publicação prévia (TEIXEIRA et al., 2015).

As variáveis deste estudo foram: idade, situação conjugal, renda em salários-mínimos, escolaridade, retorno ao trabalho, mudanças físicas, tabagismo, alcoolismo, atividades de lazer, número de consultas pré-natal, tipo de parto, laceração e/ou episiorrafia, contrarreferência à Unidade Básica de Saúde (UBS) orientada no momento da alta hospitalar, orientações sobre infecção puerperal e hemorragias na alta hospitalar, dificuldades na relação sexual devido ao parto normal, dificuldade para urinar e evacuar, autopercepção de doença depressiva, procura por cuidado para melhorar os sinais e sintomas de depressão, uso de medicamentos, alguma doença, prática de autocuidado, programa de planejamento familiar, método contraceptivo, citologia oncótica, realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD), agendamento da ARPT durante a revisão puerperal precoce, procura por cuidado na MMLB dentro de 30 dias pós-parto, procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto, agendamento de revisão puerperal remota, VD de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto, procura por cuidado na UBS depois de 43 dias do pós-parto, motivo da procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto, motivo da procura por cuidado na UBS depois de 43 dias pós-parto, satisfação com o atendimento multiprofissional, satisfação com o atendimento médico, satisfação com o atendimento de enfermagem.

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel[®] 2007 e, posteriormente, transportados para o programa SPSS[®], versão 20.0.

Na análise univariada, foi empregado o Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e as dependentes

[visita domiciliar de um profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto e agendamento da revisão puerperal remota]. Para verificar a existência de correlação no seguimento pelo serviço nas diferentes etapas da pesquisa, foi utilizado o Coeficiente de Spearman. Optou-se pela apresentação dos principais dados em tabelas e descrição daqueles que contextualizam o objeto em estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL-PR) sob o número de parecer 234/2014, CAAE: 19352513.9.0000.5231 e seguiu as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As características sociais da população em estudo demonstraram mulheres jovens adultas (88,3%) e adolescentes (11,6%); com o companheiro (81,9%); escolaridade de cinco a dez anos (70%); renda familiar entre um e dois salários-mínimos (40,3%); retornaram ao trabalho após quatro meses completos de licença maternidade (45,2%) e em período inferior a quatro meses (14,4%).

A procura por cuidado de saúde durante o primeiro ano após o parto (variável dependente) não se associou estatisticamente com as seguintes variáveis independentes: idade, situação conjugal, escolaridade, uso de tabaco, uso de bebida alcoólica, renda, retorno ao trabalho, mudanças físicas, autopercepção de doença depressiva, dificuldades na relação sexual devido ao parto normal, prática de exercícios físicos e doença.

Entretanto, é importante salientar que 96% das puérperas procuraram por cuidado de saúde e eram mulheres entre 20 e 30 anos (66%), com companheiro (81,5%), com escolaridade de cinco a dez anos (70%), renda entre um e dois salários-mínimos (47,1%) e a grande maioria (99%) havia retornado ao trabalho, sendo que 60,2% com menos de quatro meses pós-parto. Poucas eram as fumantes (16,8%) e que faziam uso de bebida alcoólica (23,6%). Pouco mais de 80% referiram ocorrência de mudanças físicas após o parto, autopercepção de doença depressiva (83,5%), outras doenças (60,9%) e práticas de atividades de lazer (60,3%).

Não houve relação entre a prática do autocuidado, procura por cuidado e o número de consultas de pré-natal. Entre as mulheres que relataram praticar o autocuidado 65,9% compareceram em seis ou mais consultas de pré-natal e as que

frequentaram seis ou mais consultas 95,9% referiram ter procurado por cuidado de saúde no puerpério remoto.

Na tabela 1, pode-se observar a procura por cuidado de saúde e prática do autocuidado na segunda, terceira e quarta etapas do estudo. Houve associação estatisticamente significativa entre a prática do autocuidado e a procura por cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS) no puerpério tardio ($p = 0,031$) e no remoto ($p = 0,019$). Percebe-se, também, uma tendência para associação estatística entre a prática do autocuidado e a procura por cuidado na MMLB dentro dos 30 dias pós-parto ($p = 0,061$). Entre as mulheres que praticavam o autocuidado (63,2%) 89,3% não procuraram a MMLB dentro dos 30 dias após o parto.

Entre os motivos relatados, em relação à procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto, observa-se que 76,8% foram para o atendimento do pediatra; 70,3% puericultura e somente 43,2% ginecologia. Já no puerpério remoto 95,8% procuraram por cuidado na UBS depois dos 43 dias pós-parto, sendo que os motivos foram: 93,6% pediatra, 96% puericultura e 52,9% ginecologia.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres, segundo a procura por cuidado nas três etapas do estudo e a prática do autocuidado. Londrina (PR), 2013-2015.

Variáveis independentes	Prática do autocuidado						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
2ª etapa	196	100	114	100	310	100	
Procura por cuidado na MMLB dentro de 30 dias pós-parto							
Sim	21	10,7	21	18,4	42	13,5	0,061
Não	175	89,3	93	81,6	268	86,5	
3ª etapa	196	100	114	100	310	100	
Procura por cuidado na UBS até 42 dias pós-parto							
Sim	187	95,4	101	88,6	196	63,2	0,031*
Não	9	4,6	13	11,4	114	36,8	
4ª etapa	195	100	115	100	310	100	
Procura por cuidado na UBS depois de 43 dias pós-parto							
Sim	183	93,8	114	99,1	297	95,8	0,019*
Não	12	6,2	1	0,9	13	4,2	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Legenda/Nota: MMLB – Maternidade Municipal Lucila Balalai; *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

A correlação entre as variáveis que caracterizaram o seguimento puerperal pelo serviço de saúde às mulheres nas quatro etapas em análise foi estatisticamente significativa. Observa-se que houve correlação muito forte entre realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD) e agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPP ($r = 0,953$); correlação moderada entre VD de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto e RPP ($r = 0,415$), agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPP ($r = 0,404$) e agendamento da revisão puerperal remota ($r = 0,461$); fraca correlação entre agendamento da revisão puerperal remota e RPP ($r = 0,245$) e agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPP ($r = 0,257$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Correlação do seguimento puerperal pelo serviço de saúde nas quatro etapas em estudo. Londrina (PR), 2013-2015.

	Realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD)		Agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPPD		Agendamento da revisão puerperal remota (RPR)		Visita domiciliar de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Realização de revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD)	–	–	0,953	< 0,0001	0,245	< 0,0001	0,415	< 0,0001
Agendamento da revisão puerperal tardia na UBS na RPPD	0,953	< 0,0001	–	–	0,257	< 0,0001	0,404	< 0,0001
Agendamento da revisão puerperal remota (RPR)	0,245	< 0,0001	0,257	< 0,0001	–	–	0,461	< 0,0001
Visita domiciliar de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto	0,415	< 0,0001	0,404	< 0,0001	0,461	< 0,0001	–	–

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Legenda: r – Coeficiente de Spearman.

Em relação ao seguimento pelo serviço de saúde, é importante resgatar que a maioria das mulheres (87,1%) realizou seis ou mais consultas pré-natais. No momento da alta hospitalar na MMLB, 77,4% e 84,5% não receberam orientações sobre os sinais e sintomas de infecção puerperal e hemorragia pós-parto, respectivamente, e 16,1% não foram contrarreferenciada á atenção primária. 52,3% e 78% não tiveram a RPPD e o agendamento da RPT na UBS, respectivamente, sendo que 62,9% receberam VD de um profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das puérperas, segundo o seguimento pelo serviço de saúde nas quatro etapas do estudo. Londrina (PR), 2013-2015.

Seguimento no pré-natal		N	%
Número de consultas pré-natal		310	100
6 e mais		270	87,1
3 a 5		36	11,6
0 a 2		4	1,3
Seguimento na alta hospitalar		N	%
Orientações sobre infecção puerperal na alta hospitalar		310	100
Sim		70	22,6
Não		240	77,4
Orientações sobre hemorragias na alta hospitalar		310	100
Sim		48	15,5
Não		262	84,5
Contrarreferência à UBS orientada no momento da alta hospitalar		310	100
Sim		260	83,9
Não		50	16,1
Seguimento do puerpério precoce ao tardio		N	%
Revisão puerperal precoce domiciliar (RPPD)		358	100
Sim		171	47,7
Não		187	52,3
Agendamento da revisão puerperal tardia na UBS		358	100
Sim		79	22
Não		279	78
Seguimento no puerpério remoto		N	%
Visita domiciliar de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto		310	100
Sim		195	62,9
Não		115	37,1

Fonte: Elaborada pela própria autora.

A tabela 4 mostra que houve associação estatisticamente significativa entre VD de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto (variável dependente) e relato de dificuldade para urinar ($p = 0,011$) e de doença no primeiro ano pós-parto ($p = 0,024$). Entre as que referiram dificuldade para urinar (16,1%) 9,6% não receberam VD de algum profissional de saúde da atenção primária. Já entre as mulheres que relataram doença 53% também não tiveram este cuidado. As demais variáveis independentes não se associaram à dependente.

Entre as mulheres que não receberam VD 27,8% tiveram parto cesariana e 4,3% parto normal instrumental fórceps; 57,8% relataram presença de laceração e/ou episiorrafia; 7,5% dificuldades na relação sexual devido ao parto normal; 16,5% dificuldades para evacuar; 80% autopercepção de doença depressiva; e 15,7% o uso de medicamentos.

A procura por cuidado para melhorar os sinais de sintomas preditivos de depressão foi relatada por 31,9% das mulheres e, dentre estas, 33,7% não receberam VD. Vale ressaltar que 83,9% das mulheres referiram sintomas preditivos

de depressão como falta de energia e motivação (70,8%), falta de interesse em si própria (60,4%), alteração de apetite/peso (59,6%) e falta de prazer (53,8%). Algumas mulheres mencionaram sentimentos de incompetência (39,6%), alterações no sono (37,7%), choro sem motivo (43,1%), incômodos com mudanças físicas (68,1%), aumento de peso (62,9%), estrias e flacidez (21%).

A prática do autocuidado não foi relatada por 37,1% das puérperas, sendo que dentre estas 36,5% também não receberam VD. Apenas 3,1% das mulheres que tiveram VD relataram como motivo desta, cuidados específicos às mesmas. No que diz respeito às orientações oferecidas durante a VD, 58,5% eram sobre cuidados com a criança; 23,6% com a mulher e a criança; 2% com a mulher e 11,8% não receberam nenhuma orientação.

Tabela 4 – Relação entre a visita domiciliar do profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto e variáveis independentes em estudo. Londrina (PR), 2013-2015.

Variáveis independentes	Visita domiciliar de profissional de saúde entre 43 dias e 12 meses decorridos do parto						Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto	195	100	115	100	310	100	
Normal espontâneo	144	73,8	78	67,8	222	71,6	0,342
Normal instrumental	4	2,1	5	4,4	09	2,9	
Cesárea	47	24,1	32	27,8	79	25,5	
Laceração e/ou episiorrafia	148	100	83	100	231	100	
Sim	78	52,7	48	57,8	126	54,5	0,270
Não	70	47,3	35	42,2	105	45,5	
Dificuldades na relação sexual devido ao parto normal	144	100	80	100	224	100	
Sim	13	9,0	6	7,5	19	8,5	0,451
Não	131	91,0	74	92,5	205	91,5	
Dificuldade para urinar	195	100	115	100	310	100	
Sim	39	20,0	11	9,6	50	16,1	0,011*
Não	156	80,0	104	90,4	260	83,9	
Dificuldade para evacuar	195	100	115	100	310	100	
Sim	32	16,4	19	16,5	51	16,5	0,549
Não	163	83,6	96	83,5	259	83,5	
Autopercepção de doença depressiva	195	100	115	100	310	100	
Sim	168	86,2	92	80,0	260	83,9	0,104
Não	27	13,8	23	20,0	50	16,1	
Procura por cuidado para melhorar sinais e sintomas preditivos de depressão	168	100	92	100	260	100	
Sim	116	69,0	61	66,3	177	68,1	0,375
Não	52	31,0	31	33,7	83	31,9	
Uso de medicamentos	195	100	115	100	310	100	
Sim	27	13,8	18	15,7	45	14,5	0,390
Não	168	86,2	97	84,3	265	85,5	
Doença	195	100	115	100	310	100	
Sim	127	65,1	61	53,0	188	60,6	0,024*
Não	68	34,9	54	47,0	122	39,4	
Prática de autocuidado	195	100	115	100	310	100	
Sempre	122	62,6	73	63,5	195	62,9	0,485
Nunca	73	37,4	42	36,5	115	37,1	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

Variáveis independentes	Agendamento da revisão puerperal remota						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto	104	100	206	100	310	100	0,097
Normal espontâneo	81	77,9	141	68,4	222	71,6	
Normal instrumental	2	1,9	7	3,4	9	2,9	
Cesárea	21	20,2	58	28,2	79	25,5	
Laceração e/ou episiorrafia	84	100	147	100	231	100	0,358
Sim	44	52,4	82	55,8	126	54,5	
Não	40	47,6	65	44,2	105	45,5	
Dificuldades na relação sexual devido ao parto normal	83	100	141	100	224	100	0,597
Sim	7	8,4	12	8,5	19	8,5	
Não	76	91,6	129	91,5	205	91,5	
Dificuldade para urinar	104	100	206	100	310	100	0,402
Sim	18	17,3	32	15,5	50	16,1	
Não	86	82,7	174	84,5	260	83,9	
Dificuldade para evacuar	104	100	206	100	310	100	0,200
Sim	14	13,5	37	18,0	51	16,5	
Não	90	86,5	169	82,0	259	83,5	
Autopercepção de doença depressiva	104	100	206	100	310	100	0,007*
Sim	95	91,3	165	80,1	260	83,9	
Não	9	8,7	41	19,9	50	16,1	
Realização de ações para melhorar os sinais e sintomas de depressão	95	100	165	100	260	100	0,007*
Sim	74	77,9	103	62,4	177	68,1	
Não	21	22,1	62	37,6	83	31,9	
Uso de medicamentos	104	100	206	100	310	100	0,560
Sim	15	14,4	30	14,6	45	14,5	
Não	89	85,6	176	85,4	265	85,5	
Doença	104	100	206	100	310	100	0,130
Sim	58	55,8	130	63,1	188	60,6	
Não	46	44,2	76	36,9	122	39,4	
Prática de autocuidado	104	100	206	100	310	100	0,395
Sempre	67	64,4	128	62,1	195	62,9	
Nunca	37	35,6	78	37,9	115	37,1	
Planejamento familiar	104	100	206	100	310	100	0,056
Sim	52	50,0	82	39,8	134	43,2	
Não	52	50,0	124	60,2	176	56,8	
Método contraceptivo	104	100	206	100	310	100	0,391
Sim	89	85,6	180	87,4	269	86,8	
Não	15	14,4	26	12,6	41	13,2	
Citologia oncótica	104	100	206	100	310	100	0,000*
Sim	66	63,5	72	35,0	138	44,5	
Não	38	36,5	134	65,0	172	55,5	
Satisfação com o atendimento multiprofissional	100	100	197	100	297	100	0,001*
Satisfeita	89	89,0	142	72,1	231	77,8	
Insatisfeita	11	11,0	55	27,9	66	22,2	
Satisfação com o atendimento médico	100	100	197	100	297	100	0,000*
Satisfeita	64	64,0	77	39,1	141	47,5	
Insatisfeita	36	36,0	120	60,9	156	52,5	
Satisfação com o atendimento de enfermagem	100	100	197	100	297	100	0,000*
Satisfeita	93	93,0	150	76,1	243	81,8	
Insatisfeita	7	7,0	47	23,9	54	18,2	

Observou-se associação estatisticamente significativa entre autopercepção de doença depressiva ($p = 0,007$), procura por cuidado para melhorar sinais e sintomas preditivos de depressão ($p = 0,007$), citologia oncótica ($p = 0,000$), satisfação com o atendimento multiprofissional ($p = 0,001$), médico ($p = 0,000$) e de enfermagem ($p = 0,000$) e a variável dependente revisão puerperal remota (RPR) (Tabela 5).

Quanto ao acompanhamento por meio do programa de planejamento familiar, houve uma tendência para associação significativa entre o agendamento da RPR e realização deste ($p = 0,056$). As demais variáveis independentes não apresentaram associação estatística.

Entre as mulheres que não tiveram o agendamento da RPR, 80,1% referiram autopercepção de doença depressiva; 37,6% não procuraram por cuidado para melhorar sinais e sintomas preditivos de depressão e 65% não realizaram citologia oncótica.

Em relação ao atendimento (Tabela 5), 77,8% das puérperas referiram satisfação com o cuidado multiprofissional e 89% tiveram agendamento da RPR; 52,5% ficaram insatisfeitas com o atendimento médico e entre estas 60,9% não tiveram o agendamento da RPR; 81,8% relataram satisfação com a enfermagem e 93% tiveram o agendamento da RPR.

Tabela 5 – Relação entre agendamento da revisão puerperal remota na quarta etapa e variáveis independentes em estudo. Londrina (PR), 2013-2015.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

O seguimento desta coorte de mulheres pela atenção primária ocorreu adequadamente, em relação ao pré-natal que teve cobertura correta e foi eficaz na promoção do autocuidado e na procura por cuidado no puerpério remoto.

O pré-natal é um exemplo concreto de ação programática que aumenta o vínculo, a conscientização e, com isso, a procura por cuidado, sendo este refletido até mesmo no puerpério (BRASIL, 2013). É considerada elevada a taxa superior a 80% de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal (LONDRINA, 2013).

O estudo de Regassa (2011) revelou que o nível de cuidados pré-natais e cuidados pós-natais foi de 77,4% e 37,2%, respectivamente. Percebe-se que no pré-

natal a utilização de serviços foi geralmente boa, enquanto no cuidado pós-natal foi muito baixa em comparação a outros grupos da população da região.

No que tange às orientações oferecidas na MMLB, temos que foram realizadas quanto à contrarreferência, mas houve pouca ênfase nas orientações sobre a infecção puerperal e as hemorragias na alta hospitalar neste estudo. Na alta hospitalar, a falha nas orientações e a ausência de responsabilidade das instituições de saúde com o paciente que recebeu alta e foi para a comunidade pode contribuir para que as mulheres realizem medidas prejudiciais à sua saúde no âmbito domiciliar (ACOSTA et al., 2012; SILVA et al., 2012).

No estudo de Santos, Brito e Mazzo (2013) os autores falam de implicações na prática assistencial à mulher no período pós-parto, sendo importante que a puérpera antes de sair da maternidade saiba a que o tipo de apoio pode recorrer. Estes elementos são cruciais para a prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistêmica de suporte técnico e relacional junto à puérpera e de seus familiares. A ausência de alinhamento no âmbito da estrutura e dos fluxos de funcionamento do sistema e/ou serviço de saúde pode impactar de maneira negativa no relacionamento entre o profissional e o usuário (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

A infecção puerperal e a hemorragia pós-parto são as intercorrências mais comuns no pós-parto. No estudo de Teixeira e colaboradores (2015), na avaliação da tríade abdômen, incisão cirúrgica ou períneo e lóquios foram identificados índices altos e alarmantes entre os cuidados que não foram ofertados tanto na revisão puerperal precoce ambulatorial quanto na domiciliar, do mesmo modo que as orientações de autocuidado para prevenção e identificação destas possíveis complicações. Evidencia-se que o baixo conhecimento da puérpera frente aos sinais e sintomas de infecção e hemorragia, assim como a ausência de esclarecimentos sobre os cuidados específicos desse período, aumenta o espaço para condutas baseadas em crenças e atitudes negativas.

No Brasil e no município em estudo, a atuação dos profissionais para o seguimento puerperal é direcionada para a realização de revisões puerperais programáticas, em dois momentos: precoce (entre sete e dez dias pós-parto) e tardia (até 42 dias de pós-parto). Não existe a proposição e acompanhamento programático após os 43 dias do parto, estendendo este período até um ano. Beleza e colaboradores (2012) sugerem a realização de estudos nacionais que analisem o acompanhamento da puérpera no período remoto.

Os três períodos puerperais acompanhados neste estudo tiveram seguimento, entretanto, voltado às orientações e cuidados para os filhos das puérperas. Esta situação foi evidenciada por Teixeira e colaboradores (2015) em relação a primeira, segunda e terceira etapas deste estudo e manteve-se na quarta etapa. Esta lacuna no atendimento às necessidades da mulher, principalmente no puerpério remoto, é gritante e continua a ser desvalorizada pelas políticas de saúde específicas para este grupo, caracterizando o abandono da mulher em um período pleno de fatores que podem determinar riscos à sua saúde.

Exemplo desta lacuna é o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2015) que apresenta apenas um parágrafo em suas proposições referente ao puerpério remoto. Da mesma forma, as ações estabelecidas pela Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2013), enfatizam a captação precoce da gestante; acompanhamento pré-natal; estratificação de risco das gestantes e das crianças; hospital de referência; VD precoce para puérperas e recém-nascidos até o quinto dia pós-parto, agendamento dos seguimentos apropriados à mulher e à criança na UBS, sem entretanto, especificar a realização da VD por um profissional de saúde no puerpério remoto.

Neste sentido, a pouca ênfase dada a este período influencia a prática do profissional de saúde, que prioriza o seguimento puerperal precoce e tardio em detrimento do remoto e, quando o faz, direciona seus cuidados à criança. Neste estudo esta situação foi evidente, além do fato de que as VD no puerpério remoto foram decorrentes de problemas de saúde e não tiveram caráter preventivo ou de promoção desta.

O seguimento da mulher no puerpério remoto exige visão holística por parte da equipe de saúde, que deve perceber e atender este grupo em todas as necessidades específicas inerentes a esta fase do ciclo gravídico-puerperal. Neste sentido, a escuta, a responsabilização e a criação de vínculos oferecem à mulher possibilidades de ser protagonista do cuidado, com isso a importância da reorganização das práticas voltadas para a integralidade na assistência (COELHO et al., 2009).

Vale ressaltar que no presente estudo, por meio da correlação do acompanhamento pelo serviço de saúde nas quatro etapas, identificou-se que revisão puerperal precoce domiciliar foi eficaz para o retorno da mulher à UBS para

efetivar a revisão puerperal tardia, bem como para o acompanhamento durante o primeiro ano após o parto.

A revisão pós-parto é um meio de diagnóstico precoce de patologias e, com isso, de complicações. Acredita-se que deve levar em consideração as características e particularidades de cada puérpera. Estas ações podem ser desenvolvidas tanto no âmbito domiciliar quanto nos serviços de saúde (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). A VD realizada por profissionais de saúde pode influenciar de maneira positiva e eficaz na melhora de comportamentos saudáveis pelas mulheres nos países menos desenvolvidos (MIRMOLAEI et al., 2014).

Recentemente, o estudo *Nascer no Brasil* promoveu o acompanhamento de grupo de mulheres até 12 meses de pós-parto, para avaliar desfechos maternos e neonatais (GAMA et al., 2014).

Fato também relevante no presente estudo foi o não agendamento da revisão puerperal remota (RPR), que distanciou a mulher do programa de planejamento familiar. No estudo de Abera, Mengesha e Tessema (2015), os autores identificaram que informar sobre o planejamento familiar no pós-parto é fundamental para uma melhora na sobrevivência materna, neonatal e infantil, pois permite que as mulheres possam alcançar um intervalo interpartal saudável e seguro. O comportamento das mulheres em relação aos métodos contraceptivos no período pós-parto geralmente é diferente das outras vezes no ciclo de vida devido aos papéis e à presença de alterações emocionais adicionais ao período vivenciado.

Corroborando com o presente estudo, Souza e Fernandes (2014), que avaliaram a implantação de uma diretriz voltada ao puerpério na atenção primária no Brasil, ao realizar uma avaliação sobre o que existe relacionado a recomendações para este período, não encontrou propostas pertinentes ao puerpério remoto.

Em relação à procura por cuidado de saúde, as mulheres eram jovens, com situação social estável e prática de atitudes saudáveis, características de mulheres que cuidavam de seu bem-estar. Portanto, pode-se inferir que esta procura pelo serviço de saúde teve dois fatores: o primeiro possivelmente foi uma resposta às ações programáticas ofertadas na atenção primária para este grupo; e o segundo foi decorrente de intercorrências autopercibidas.

A prática do autocuidado favorece a não presença de intercorrências, reduzindo a utilização desnecessária do serviço. Da mesma forma, a prática do autocuidado relaciona-se com a consciência sobre a importância da procura por

cuidado de saúde, por meio de atitudes positivas em prevenção (CARDELLI; TANAKA, 2012).

No presente estudo a figura do companheiro não determinou maior procura por cuidado por parte das mulheres. Teixeira e Mandú (2012) afirmam que o homem é elemento importante na oferta de apoio e de suporte à mulher no período pós-parto, entretanto, ainda assume um papel passivo neste período.

Outro aspecto evidente foi a baixa escolaridade como um fator negativo para a procura por cuidado de saúde. Um dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas é a educação, reconhecida como meio para a consolidação dos direitos e edificação da autonomia individual e coletiva (BRASIL, 2013).

A procura por cuidado de saúde nas quatro etapas de seguimento das mulheres evidenciou que a prática do autocuidado se concretizou quando a mulher não procurou a maternidade municipal, fato coerente com a situação de mulheres que tiveram ações preventivas logo após seus partos, evitando problemas de saúde associados a estes. Da mesma forma, a prática do autocuidado também se concretizou quando estas mulheres procuraram pelo serviço de saúde, tanto no puerpério tardio como no remoto.

Os sinais preditivos de depressão, comuns no período puerperal, ocorreram entre as mulheres deste estudo e não foram determinantes para a procura por cuidado de saúde. Nesta fase, que se evidenciam as demandas da maternidade, o que acarreta muitas mudanças no estilo de vida das mulheres e do próprio casal, complicações no relacionamento conjugal, na sua vida afetiva e sexual são notadas. Todos estes aspectos podem resultar em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres (MALDONADO, 2002; CABRAL; OLIVEIRA, 2010). Na pesquisa *Nascer no Brasil*, 26% das mães entre seis e 18 meses de pós-parto apresentavam depressão, sendo que esta patologia pode influenciar negativamente a saúde da mulher, afetando sua relação com a família e com o bebê (LEAL et al., 2014). O cuidado no período pós-parto é formado pelo vínculo estabelecido de maneira ininterrupta durante a assistência maternoinfantil (CHEN et al., 2014).

Apesar do seguimento puerperal remoto não ter sido voltado às necessidades das mulheres, estas ficaram satisfeitas com o atendimento multiprofissional e de enfermagem, mas a maioria classificou como insatisfeito o atendimento médico da UBS. A satisfação dos usuários está associada à qualidade do serviço. Com o objetivo de aprimorar os serviços de saúde, é necessário apurar a satisfação

daqueles que utilizam a atenção primária em saúde (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Em seu estudo Cardelli e Tanaka (2012) apreenderam nas falas das mulheres que as crenças sobre as dificuldades de acesso à saúde aparecem relacionadas a diferentes fatores, como: insatisfação com a organização e tipo de atendimento do serviço; adversidades no acesso geográfico; falta de privacidade e de opção pelo profissional que presta o atendimento; diferenciação social existente no serviço público e privado; inadequação do serviço público às necessidades da demanda e dificuldade pessoal em procurar por cuidado. A desarticulação do serviço e o relacionamento fragilizado com a puérpera podem ser refletidos em insatisfação com o atendimento recebido (TEIXEIRA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Concluiu-se, apesar da limitação do estudo, determinada pela opção de unidade de análise que foi a perspectiva da puérpera que houve seguimento das mulheres na atenção primária, principalmente das ações programáticas no pré-natal, alta hospitalar e nos períodos puerperais precoce e tardio. O puerpério remoto foi caracterizado pelo abandono assistencial, sendo que, quando o cuidado ocorreu, foi direcionado à criança. A procura por cuidado evidenciou a tentativa das mães de suprir a demanda de seus filhos, em detrimento das próprias.

REFERÊNCIAS

ABERA, Yeshewas; MENGESHA, Zelalem Birhanu; TESSEMA, Gizachew Assefa. Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. **Women's Health**, London, v. 15, n. 19, p. 2-8, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/15/19>>. Acesso em: 08 out. 2015.

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1327-1333, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/07.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

BELEZA, Ana Carolina Sartorato et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], Brasília, v. 65, n. 2, p. 264-268, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200010>. Acesso em: 10 out. 2015.

BERNARDI, Mariely Carmelina; CARRARO, Telma Elisa; SEBOLD, Luciara Fabiane. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p.1074-1080, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027978025.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasília, DF, 2015. 188 p.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2013. 114 p.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. O papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, supl., p. 108-114, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17061/pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

CHEN, Li et al. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 14, n. 31, p. 1-12, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/31>>. Acesso em: 08 out. 2015.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>>. Acesso em: 09 out. 2015.

FAHEY, Jenifer O.; SHENASSA, Edmond. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Maryland, v. 58, n. 6, p. 613-621, 2013. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/259250747>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. 117-127, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 out. 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. Sumário executivo temático da pesquisa nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Londrina, PR, 2013. 221 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MINASI, Jéssica Medeiros et al. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 757-764, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1183>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MIRMOLAEI, Seyedeh Tahered et al. Comparison of effects of home visits and routine postpartum care on the healthy behaviors of Iranian low risk mothers.

International Journal of Preventive Medicine, North America, v. 5, n. 1, p. 61-68, 2014. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/260272632>>. Acesso em: 07 set. 2015.

MORAES, Verena Duarte; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; BRANDÃO, Ana Laura. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000100127&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 nov. 2015.

OSORIO, Rafael Guerreiro; SERVO, Luciana Mendes Santos; PIOLA, Sérgio Francisco. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000011&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jul. 15.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, 2013**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

REGASSA, Nigatu. Antenatal and postnatal care service utilization in southern Ethiopia: a population-based study. **African Health Sciences**, Makerere, v. 11, n. 3, p. 390-397, 2011. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/221776133>>. Acesso em: 09 out. 2015.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 854-858, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/891>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

SILVA, Leila Rangel da et al. Enfermagem no puerpério: detectando o conhecimento das puérperas para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2327-2337, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1847>>. Acesso em: 12 out. 2015.

SOUZA, Ana Beatriz Querino; FERNANDES, Betânia Maria. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p.594-604, 2014. Disponível em:< www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/1073/1035 >. Acesso: 30 nov. 2015.

TEIXEIRA, Érica Mairene Bocate et al. Early postpartum review: analysis of the programmatic actions offered in primary health care. **Business and Management Review – Special Health Issue Brazil**, Reino Unido, v. 4, n. 11, p. 82-92, 2015. Disponível em: <<http://www.businessjournalz.org/bmr>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

TEIXEIRA, Renata Cristina; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Necessidades e cuidados no pós-parto na visão de trabalhadores da saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 275-283, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16562/pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma Unidade Básica de referência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VIEIRA, Flaviana et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2015.

7.2 MANUSCRITO 2

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO**RESUMO**

OBJETIVO: Identificar as práticas do autocuidado no primeiro ano após o parto e verificar a associação destas com as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas por Orem.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal aninhado em uma coorte prospectiva, embasado no referencial teórico-metodológico do Autocuidado de Orem. A amostra foi composta por 310 puérperas. A coleta de dados, cuja técnica foi a entrevista estruturada, registrada em formulário semiestruturado, ocorreu entre agosto de 2014 e março de 2015, por meio de visita domiciliar um ano após o parto. Os critérios de inclusão foram residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual ou intermediário e ser capaz de compreender e consentir a participação. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de associações entre a variável dependente [prática do autocuidado] e as demais, distribuídas nas exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

RESULTADOS: As mulheres eram jovens adultas (88,3%), com o companheiro (81,9%), escolaridade de cinco a dez anos (70%) e renda familiar (40,3%) entre um e dois salários-mínimos. Houve associação entre faixa etária ($p = 0,043$); renda ($p = 0,045$); apoio do governo ($p = 0,025$); tipo de parto ($p = 0,038$) e laceração e/ou episiorrafia ($p = 0,046$); cuidar de si ($p = 0,042$); ingestão de frutas ($p = 0,039$); sono ($p = 0,005$); práticas de lazer ($p = 0,039$), tipo de lazer ($p = 0,017$) e frequência do lazer ($p = 0,037$); retorno aos estudos ($p = 0,036$); falta de interesse em si própria ($p = 0,002$); autopercepção de doença depressiva ($p = 0,005$); e a prática do autocuidado.

CONCLUSÃO: A prática do autocuidado foi relativamente influenciada por determinantes tanto sociais como presentes nas exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas por Orem.

DESCRITORES: Autocuidado. Período pós-parto. Promoção da saúde. Saúde da mulher.

SELF-CARE PRACTICES IN THE FIRST YEAR POSTPARTUM

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify women's practices related to self-care in the first year after childbirth and verify association between universal, development and health deviation requirements, proposed by Orem.

METHODS: This is a cross-sectional study supported in a prospective cohort, based on theoretical-methodological reference of Orem's Self-care. The sample consisted of 310 puerperal women. Data collection happened from August 2014 to March 2015, through home visits one year after childbirth whose technique was structured interview, recorded in semi-structured form. Inclusion criteria were: to live in the urban area; to be usual or intermediate risk pregnant; and to be able to understand and consent to her participation. We used Chi-square Test ($p \leq 0,05$) searching for associations between dependent variable [self-care practice] and others, distributed in the requirements universal, development and health deviation.

RESULTS: Women were young adults (88,3%), with partner (81,9%), education of five to ten years (70%), and family income (40,3%) between one and two minimum wages. There was association concerning the characteristics: age group ($p = 0,043$); income ($p = 0,045$); Government support ($p = 0,025$); childbirth type ($p = 0,038$); and laceration and/or episiorrhaphy ($p = 0,046$); to take care of herself ($p = 0,042$); to intake fruit ($p = 0,039$); sleep ($p = 0,005$); leisure practices ($p = 0,039$), leisure type ($p = 0,017$) and frequency of leisure ($p = 0,037$); return to school ($p = 0,036$); lack of interest in herself ($p = 0,002$); self-perception of depressive illness ($p = 0,005$); and self-care practice.

CONCLUSION: Self-care practice was relatively influenced by determinants as much social as present in universal, development and health deviation requirements, proposed by Orem.

DESCRIPTORS: Health promotion. Postpartum period. Self-care. Women's health.

INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase marcante na vida das mulheres, mas geralmente é 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 nenhum tipo de dificuldade (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010). Alguns autores consideram tanto o quarto trimestre da gestação como o puerpério fases em que a mulher deverá elaborar a experiência do parto e ao mesmo tempo formar um vínculo com seu bebê.

Neste período, a mulher confronta-se com as mudanças físicas, biológicas e emocionais. A troca de papéis, as mudanças na rotina diária, as abdições e preocupações e as atenções dedicadas ao bebê são algumas das características deste período, que atuam diretamente na qualidade do vínculo que será formado entre ambos. Para uma troca afetiva favorável entre a díade, a mãe necessita estar apta a estabelecer este vínculo, que é possível por meio de uma boa vivência de suas experiências relacionadas à gestação e ao puerpério (BORSA; DIAS, 2004; RIBEIRO et al., 2014).

A puérpera deve ser abordada integralmente, levando o profissional de saúde em consideração não somente o corpo biológico, mas estendendo o cuidado para além da avaliação física da mulher, compartilhando com ela o que representa o nascimento do filho e, ainda, conhecendo o que pensa sobre as diversas mudanças em seu corpo e como desempenha o autocuidado (ACOSTA et al., 2012).

O termo 'autocuidado' vem sendo utilizado no âmbito da saúde como 'cuidado de si próprio' e também como a 'capacidade de realizar as atividades diárias'. É importante considerar a exploração teórica deste conceito, a fim de reconhecer as diferentes dimensões e compreender as suas implicações (SILVA, 2013). O bem-estar e autocuidado são assuntos que mereceram relevância no âmbito das discussões sobre saúde (ANGELO; BRITO, 2012).

Segundo Lara e colaboradores (2009), Orem aborda que o oferecimento e o controle das necessidades são o foco diferencial da enfermagem, estando estes presentes no autocuidado. A mesma autora afirma ainda que, na totalidade "do ser da mulher puérpera", ou seja, após o parto, o corpo apresenta as manifestações fisiológicas visando o término de todo esse processo. Isso ocorre com a finalidade de dar sustentação à saúde e à vida.

O autocuidado foi estudado em profundidade por Dorothea Elizabeth Orem entre 1959 e 2001, resultando em uma teoria de enfermagem que abrange uma ampla gama de conceitos e pode ser aplicada nos diversos níveis assistenciais. Dentro desta ampla teoria, temos três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do *Deficit* no Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Segundo George (2000), Orem incorpora conceitos adicionais à sua teoria, chamados exigências de autocuidado, no contexto de qualquer ser humano. Estes podem ser universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Para Orem (1995), as exigências universais estão associadas a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. Os requisitos de desenvolvimento são expressões singulares das exigências universais que foram particularizadas pelos processos de desenvolvimento associadas a algum evento, como a adaptação a um novo trabalho ou adaptação às mudanças físicas; já as exigências de desvio de saúde são necessárias em condições de agravos à saúde ou intercorrências. Neste contexto, os indivíduos são instruídos e encorajados a ter responsabilidade e interesse por aspectos associados às suas necessidades. Em relação às puérperas, ocorre participação ativa quando o profissional de saúde e a mulher trocam saberes e informações no sentido da promoção do autocuidado (ANGELO; BRITO, 2012).

Quando elas adquirem conhecimento e reconhecimento do contexto que envolve a vivência do puerpério e recebem direcionamento para o autocuidado e a proteção de seu bebê, esses aspectos podem promover um viver saudável e com boas condições de vida (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010). No puerpério, os problemas e complicações podem surgir a partir do momento em que a mulher não consegue satisfazer à sua demanda de autocuidado. E a autonomia nestas demandas é fundamental para resolver as suas próprias necessidades (NAZIK; ERYLMAZ, 2013).

O ato de cuidar exige um olhar para a dimensão total do ser, valorizando o conhecimento das realidades e expectativas da população atendida (THUM et al., 2011). O período pós-parto oferece aos profissionais da saúde oportunidade para identificar, monitorar e gerenciar as situações de risco ou intercorrências. Com isso é possível conduzi-las de maneira adequada (KHANAL et al., 2014).

Acredita-se que a prática do autocuidado no puerpério é determinada pelas

exigências propostas pela Teoria de Orem. Diante deste contexto, este estudo teve por objetivos identificar as práticas do autocuidado no primeiro ano após o parto e verificar a associação destas com as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde propostas por Orem.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal aninhado em uma coorte prospectiva com abordagem quantitativa, embasado no referencial teórico-metodológico do Autocuidado de Orem (1995). A população foi constituída por 310 mulheres que realizaram o parto numa maternidade municipal do sul do país. A coleta de dados realizou-se em quatro fases, sendo que na quarta fase, foco deste estudo, a coleta de dados ocorreu entre agosto de 2014 e março de 2015, por meio de visita domiciliar um ano após o parto. Utilizou-se entrevista estruturada, registrada em formulário semiestruturado. Os critérios de inclusão foram residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual ou intermediário e ser capaz de compreender e consentir a participação.

As variáveis foram: faixa etária, situação conjugal, escolaridade em anos, ocupação, renda familiar em salários-mínimos, apoio do governo, uso de tabaco e álcool. Já as levantadas a partir das **exigências universais** contemplaram a ingestão hídrica, alimentação, diurese, evacuação, sono e repouso, higiene, relacionamento com o parceiro, apoio familiar e/ou do parceiro, exercícios físicos e lazer. As **exigências de desenvolvimento** abordaram a licença-maternidade, retorno aos estudos, carga horária de trabalho, adaptação em relação às rotinas diárias e ao emprego, autopercepção de doença depressiva, falta de interesse em si própria, falta de prazer, falta de energia e motivação, sentir-se inútil e culpada, alteração de apetite e/ou peso, pensamentos recorrentes de morte e/ou suicídio, dormir mais ou menos que o habitual, sentimentos negativos para com o bebê, achar que não conseguiria cuidar do bebê, falta de interesse no bebê, choro sem motivo, autopercepção sobre a maternagem e mudanças físicas no pós-parto. As **exigências de desvio de saúde** envolveram tipo de parto, laceração e/ou episiorrafia, além de adoecimento.

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel[®] 2007 e, posteriormente, transportados para o programa SPSS[®], versão 20.0. Foi utilizado o

Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e a dependente [prática do autocuidado].

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL-PR) sob o número de parecer 234/2014, CAAE: 19352513.9.0000.5231 e seguiu as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em relação aos aspectos sociais, 88,3% eram jovens adultas e 11,6% adolescentes; a maioria (82%) vivia com o companheiro; 70% tinham de cinco a dez anos de estudo. A renda familiar de 40,3% foi entre um e dois salários-mínimos e 44,3% recebiam apoio do governo. Quanto aos hábitos de vida 16,5% faziam uso do tabaco e 24,2% de bebida alcoólica, socialmente.

A prática do autocuidado diferiu significativamente entre as faixas etárias maternas ($p = 0,043$), sendo que as mulheres de 31 a 43 anos (43,8%) relataram nunca realizá-lo. Entre as mulheres que referiram nunca praticar o autocuidado, 55% tinham 11 ou mais anos de estudo e o fato de ter ou não companheiro não interferiu nesta prática. Quanto à ocupação, a maioria (66,5%) não exercia atividade remunerada e praticava o autocuidado (64,6%).

Houve significância estatística entre renda ($p = 0,045$), apoio do governo ($p = 0,025$) e prática do autocuidado. Entre as que o praticavam, 72,0% recebiam mais de dois salários-mínimos e 55,7% recebiam apoio do governo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo os aspectos sociais e a prática do autocuidado. Londrina (PR), 2015.

Variáveis	Prática do autocuidado				Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Faixa etária					
≤ 19 anos	29	80,6	07	19,4	0,043*
20-30 anos	125	62,2	76	37,8	
31-43 anos	41	56,2	32	43,8	
Situação conjugal					
Com companheiro	161	63,4	93	36,6	0,409
Sem companheiro	34	60,7	22	39,3	
Escolaridade (em anos)					
1-4	49	67,1	24	32,9	0,191
5-10	137	63,1	80	36,9	
11 ou mais	9	45,0	11	55,0	
Ocupação					
Remunerada	62	59,6	42	40,4	
Não remunerada	133	64,6	73	35,4	0,233
Renda familiar (SM)					
Menos de 1	42	57,5	31	42,5	
De 1 a 2	86	59,7	58	40,3	
Mais de 2	67	72,0	26	28,0	0,045*
Apoio do governo (AG)					
Sim	73	55,7	58	44,3	0,025*
Não	122	68,2	57	31,8	
Uso de tabaco					
Sim	27	52,9	24	47,1	0,074
Não	168	64,9	91	35,1	
Uso de bebida alcoólica					
Sim	46	61,3	29	38,7	0,424
Não	149	63,4	86	36,6	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota/Legenda: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$; SM: salário-mínimo; AG: apoio do governo por meio de Bolsa-Família, Família Paranaense, Vale-Leite e Vale-Gás.

Na tabela 2 a opinião das mulheres sobre cuidar e cuidar de si foram agrupadas nas categorias: amor-próprio (25,8%), estética (55,5%) e cuidado de saúde (18,7%). A prática do autocuidado apresentou significância estatística entre as categorias ($p = 0,042$), sendo que foi mais frequente entre as que relataram cuidado de saúde (75,9%) e da estética (62,2%).

No que tange à realização do autocuidado, a maioria (74,8%) relatou dificuldade, enquanto 25,2% afirmou que sempre o fez.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo opinião sobre cuidar/cuidar de si e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.

Variáveis	Prática do autocuidado				Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Cuidar					
Atender às necessidades dos outros	71	64,5	39	35,5	0,388
Educar	16	51,6	15	48,4	
Proteger	108	63,9	61	36,1	
Cuidar de si					
Amor-próprio	44	55,0	36	45,0	0,042*
Estética	107	62,2	65	37,8	
Cuidar da saúde	44	75,9	14	24,1	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

Observa-se, na tabela 3, a distribuição das mulheres a partir das **exigências universais**, evidenciando que quanto à ingestão diária de água 44,2% referiu tomar entre 501 ml e 1.999 ml, e somente 35,8% bebiam mais de 2.000 ml. Quanto à importância da ingestão dos alimentos, 55,5% achavam ser importante comer arroz e/ou carboidratos; 55,8% feijão e/ou grãos; 67,4% frutas; 91% verduras e/ou legumes e 52,9% carne e/ou leite e proteínas. Houve significância estatística entre referir ser importante a ingestão de frutas ($p = 0,039$) e a prática do autocuidado.

A maioria (83,9%) não teve nenhuma dificuldade ou alteração relacionada à diurese. Entre as que relataram alguma alteração (16,1%), a mais frequente foi a infecção do trato urinário (88%). Quanto à eliminação intestinal 83,5% apresentou dificuldade ou alteração relacionada à evacuação. É importante ressaltar que entre as que relataram alteração (16,5%) a mais citada foi a obstipação (92,2%).

Houve associação significativa entre dormir bem e a prática do autocuidado ($p = 0,005$), sendo que este ocorreu mais (67,4%) entre as mulheres que dormiam bem (72,6%).

No que diz respeito à higiene íntima do períneo, 35,1% das mulheres faziam higiene duas vezes ao dia e a totalidade (100%) utilizou água. Em relação aos produtos específicos para limpeza, tais como sabonete (52%), sabão neutro (22,1%), sabonete íntimo (17,3%) e sabonete associado ao *spray Andolba*[®] (8,6%).

Em relação à higiene da incisão cirúrgica, 41,8% das mulheres fizeram duas vezes ao dia e a totalidade (100%) utilizou água. Em relação aos produtos específicos para limpeza, sabonete: 53,2%, sabão neutro: 46,8% e outros: 24%.

No que diz respeito à higiene das mamas, 43,2% das mulheres fizeram a higiene uma vez ao dia, utilizando: sabonete (72,6%), sabão neutro (23,9%), lanolina (10,3%), pano com água (12,2%) e outros (3,2%). Uma pequena quantidade (2,9%) utilizou somente a água.

Já em relação à higiene dos dentes 63,9% das mulheres fizeram a higiene três vezes ou mais; todas utilizaram creme dental; 10,3% fio dental; e 2,3% enxaguante bucal.

A maioria vivia com o companheiro (81,9%) e contava com a ajuda do mesmo (82,3%), mas 17,7% afirmaram não ter ajuda do pai de seu filho. E pouco mais da metade (65,2%) tinham ajuda de alguém para cuidar do bebê, sendo proveniente dos familiares (95,5%) e dos amigos ou babá (4,5%).

Houve associação significativa da prática do autocuidado com realizar atividades de lazer ($p = 0,026$), o tipo de lazer ($p = 0,017$) e o número de vezes ($p = 0,037$).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres a partir das exigências universais propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.

Variáveis	Prática do autocuidado						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Ingestão hídrica diária							
≤ 500 ml	38	61,3	24	38,7	62	20,0	0,659
501 ml a 1.999 ml	90	65,7	47	34,3	137	44,2	
≥ 2.000 ml	67	60,4	44	39,6	111	35,8	
Alimentos importantes na alimentação							
Arroz e/ou carboidratos							
Sim	107	62,2	65	37,8	172	55,5	0,435
Não	88	63,8	50	36,2	138	44,5	
Feijão e/ou grãos							
Sim	106	61,3	67	38,7	173	55,8	0,292
Não	89	65,0	48	35,0	137	44,2	
Frutas							
Sim	139	66,5	70	33,5	209	67,4	0,039*
Não	56	55,4	45	44,6	101	32,6	
Verduras e legumes							
Sim	181	64,2	101	35,8	282	91,0	0,102
Não	14	50,0	14	50,0	28	9,0	
Carne e/ou proteínas							
Sim	102	62,2	62	37,8	164	52,9	0,438
Não	93	63,7	53	36,3	146	47,1	
Frango e/ou peixe							
Sim	48	62,3	29	37,7	77	24,8	0,505
Não	147	63,1	86	36,9	233	75,2	
Dificuldade para urinar							

Sim	28	56,0	22	44,0	50	16,1	0,172
Não	167	64,2	93	35,8	260	83,9	
Tipo de dificuldade para urinar							
Cálculo renal	3	100	–	–	3	6,0	0,249
Incontinência urinária	2	66,7	1	33,3	3	6,0	
Infecção trato urinário	23	52,3	21	47,7	44	88,0	
Dificuldade para evacuar							
Sim	28	54,9	23	45,1	51	16,5	0,129
Não	167	64,5	92	35,5	259	83,5	
Tipo de dificuldade para evacuar							
Hemorroida	–	–	2	100	2	3,9	0,063
Incontinência fecal	–	–	2	100	2	3,9	
Obstipação	28	59,6	19	40,4	47	92,2	
Sono							
Dorme bem	152	67,6	73	32,4	225	72,6	0,005*
Não dorme bem	43	50,6	42	49,4	85	27,4	
Repouso durante o dia							
Sim	50	61,7	31	38,3	81	26,1	0,450
Não	145	63,3	84	36,7	229	73,9	
Higiene íntima do períneo							
1 x ao dia	66	68,0	31	32,0	97	42,0	0,498
2 x ao dia	50	61,7	31	38,3	81	35,1	
3 x ou mais ao dia	34	64,2	19	35,8	53	22,9	
Higiene da incisão cirúrgica							
1 x ao dia	14	53,8	12	46,2	26	32,9	
2 x ao dia	17	51,5	16	48,5	33	41,8	0,336
3 x ou mais ao dia	13	65,0	7	35,0	20	25,3	
Higiene das mamas							
1 x ao dia	88	65,7	46	34,3	134	43,2	
2 x ao dia	68	59,1	47	40,9	115	37,1	0,557
3 x ou mais ao dia	39	63,9	22	36,1	61	19,7	
Higiene dos dentes							
1 x ao dia	2	66,7	1	33,3	3	1,0	
2 x ao dia	75	68,8	34	31,2	109	35,2	0,276
3 x ou mais ao dia	118	59,6	80	40,4	198	63,9	
Relacionamento com o parceiro							
Excelente	41	64,1	23	35,9	64	25,2	0,760
Bom	99	64,3	55	35,7	154	60,6	
Razoável	12	54,5	10	45,5	22	8,7	
Ruim	7	50,0	7	50,0	14	5,5	
Possui ajuda do pai do bebê							
Sim	160	62,7	95	37,3	255	82,3	0,901
Não	35	63,6	20	36,4	55	17,7	
Possui ajuda de outras pessoas no cuidado com o bebê							
Sim	132	65,3	70	34,7	202	65,2	0,137
Não	63	58,3	45	41,7	108	34,8	
Quem ajuda no cuidado com o bebê							
Amigos	1	25,0	3	75,0	4	2,0	0,307
Babá	3	60,0	2	40,0	5	2,5	
Familiares	109	67,3	53	32,7	162	80,2	
Irmão(ã) do bebê	19	61,3	12	38,7	31	15,3	
Exercícios físicos							
Sim	34	69,4	15	30,6	49	15,8	0,195
Não	161	61,7	100	38,3	261	84,2	

Práticas de atividades de lazer							
Sim	125	67,6	60	32,4	185	59,7	0,039*
Não	70	56,0	55	44,0	125	40,3	
Tipos de atividades de lazer							
Alimentação	49	71,0	20	29,0	69	37,3	0,017*
Casa de amigos/parentes	42	72,4	16	27,6	58	31,4	
Diversão	23	51,1	22	48,9	45	24,3	
Igreja	11	84,6	2	15,4	13	7,0	
Frequência das atividades de lazer							
1 x por semana	79	69,3	35	30,7	114	61,6	0,037*
2 x por semana	27	77,1	8	22,9	35	18,9	
1 x por mês	12	52,2	11	47,8	23	12,5	
2 x por mês	7	53,8	6	46,2	13	7,0	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

A tabela 4 apresenta a distribuição das mulheres a partir das **exigências de desenvolvimento** e demonstra que 45,2% retornaram ao trabalho após quatro meses completos de licença-maternidade e 14,4% em período anterior a este. A prática do autocuidado foi menor (42,6%) entre as que retornaram ao trabalho depois de quatro meses completos. A maioria (82,7%) possuía carga horária entre 30 e 44 horas semanais de trabalho e 42% não praticavam o autocuidado.

O retorno aos estudos durante um ano pós-parto ($p = 0,036$) apresentou significância estatística com a prática do autocuidado e foi baixo (12,4%) devido aos motivos: cuidar do bebê (47,1%), falta de condições e interesse (24,6%), falta de tempo (18,8%), o trabalho (5,7%) e outros (3,8%).

A autopercepção de doença depressiva ($p = 0,05$) e a falta de interesse em si própria ($p = 0,002$) associaram-se à prática do autocuidado. Entre as mulheres que tiveram esta percepção (84%), 39,2% não realizavam autocuidado. Os sinais mais frequentes foram: falta de energia e motivação (70,8%); alteração de apetite/peso (59,6%); falta de prazer (53,8%); choro sem motivo (43,1%); sentimentos de incompetência (39,6%) e alterações no sono (37,7%).

As mudanças físicas incomodaram uma quantidade significativa (80%) de mulheres, sendo que a mais relatada foi o aumento de peso (62,9%).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres a partir das exigências de desenvolvimento propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.

Variáveis	Prática do autocuidado						Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Licença-maternidade							
Menos de 4 meses	10	66,7	5	33,3	15	14,4	0,818
4 meses completos	27	57,4	20	42,6	47	45,2	
6 meses completos	25	59,5	17	40,5	42	40,4	
Retorno aos estudos							
Sim	11	73,3	4	26,7	15	12,4	0,036*
Não	74	69,8	32	30,2	106	87,6	
Carga horária de trabalho							
Até 20	6	60,0	4	40,0	10	9,6	0,397
De 21 a 30	6	75,0	2	25,0	8	7,7	
De 31 a 44	50	58,0	36	42,0	86	82,7	
Adaptação ao emprego							
Fácil	21	63,6	12	36,4	33	31,7	0,159
Razoável	3	30,0	7	70,0	10	9,6	
Difícil	37	60,7	24	39,3	61	58,7	
Adaptação às rotinas diárias							
Fácil	83	65,4	44	34,6	127	41,0	0,292
Razoável	23	69,7	10	30,3	33	10,6	
Difícil	89	59,3	61	40,7	150	48,4	
Autopercepção de doença depressiva							
Sim	158	60,8	102	39,2	260	84,0	0,051*
Não	37	74,0	13	26,0	50	16,0	
Falta de interesse em si própria							
Sim	84	53,5	73	46,5	157	60,4	0,002*
Não	74	71,8	29	28,2	103	39,6	
Falta de prazer							
Sim	79	56,4	61	43,6	140	53,8	0,061
Não	79	65,8	41	34,2	120	46,2	
Falta de energia e motivação							
Sim	106	57,6	78	42,4	184	70,8	0,054
Não	52	68,4	24	31,6	76	29,2	
Sentiu-se inútil e culpada							
Sim	63	57,3	47	42,7	110	42,3	0,126
Não	95	63,3	55	36,7	150	57,7	
Alterações de apetite e/ou peso							
Sim	94	60,6	61	39,4	155	59,6	0,777
Não	64	61,0	41	39,0	105	40,4	
Pensamentos recorrentes de morte e/ou suicídio							
Sim	13	46,4	15	53,6	28	10,8	0,052
Não	145	62,5	87	37,5	232	89,2	
Sono maior ou menor que o habitual							
Sim	63	64,3	35	35,7	98	37,7	0,137

Não	95	58,6	67	41,4	162	62,3	
Sentimentos negativos para com o bebê							
Sim	16	51,6	15	48,4	31	11,9	0,110
Não	142	62,0	87	38,0	229	88,1	
Sentimentos de incompetência para com o bebê							
Sim	64	62,1	39	37,9	103	39,6	0,077
Não	94	59,9	63	40,1	157	60,4	
Falta de interesse no bebê							
Sim	16	69,6	7	30,4	23	8,8	0,137
Não	142	59,9	95	40,1	237	91,2	
Choro sem motivo							
Sim	68	60,7	44	39,3	112	43,1	0,207
Não	90	60,8	58	39,2	148	56,9	
Autopercepção positiva sobre a maternagem							
Sim	192	62,5	115	37,5	307	99,0	0,247
Não	3	100,0	–	–	3	1,0	
Mudanças físicas							
Sim	152	61,3	96	38,7	248	80,0	0,152
Não	43	69,4	19	30,6	62	20,0	
Quais mudanças físicas							
Aumento peso corporal	90	57,7	66	42,3	156	62,9	
Diminuição peso corporal	18	75,0	6	25,0	24	9,7	0,271
Cicatriz cirúrgica	9	56,2	7	43,8	16	6,4	
Estrias e flacidez	35	67,3	17	32,7	52	21,0	
Incômodo com as mudanças físicas							
Sim	104	61,5	65	38,5	169	68,1	0,241
Não	48	60,8	31	39,2	79	31,9	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

Na tabela 5, observa-se a distribuição das mulheres a partir das **exigências de desvio de saúde**. Houve significância estatística entre o tipo de parto ($p = 0,038$), presença de laceração e/ou episiorrafia ($p = 0,046$) e a prática do autocuidado. A via de parto predominante foi vaginal (74,5%), entretanto esta não determinou a prática do autocuidado, que não se diferenciou das mulheres submetidas ao parto cesariano, uma vez que 36,5% e 43% destas mulheres não realizaram autocuidado, respectivamente. Entre as que tiveram laceração perineal ou foram submetidas ao procedimento de episiorrafia, 31% também não realizaram o autocuidado.

Evidencia-se que 60,6% das mulheres tiveram alguma doença neste primeiro ano pós-parto. A doença mais frequente foi a respiratória (57,4%), seguida da urinária (15,4%).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres a partir das exigências de desvio de saúde propostas por Orem e a prática do autocuidado no primeiro ano pós-parto. Londrina (PR), 2015.

Variáveis	Prática do autocuidado						Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto							
Parto normal espontâneo	141	63,5	81	36,5	222	71,6	0,038*
Parto normal instrumental	9	100	–	–	9	2,9	
Cesárea	45	57,0	34	43	79	25,5	
Laceração e/ou episiorrafia							
Sim	87	69,0	39	31,0	126	54,5	0,046*
Não	62	62,0	38	38,0	100	43,3	
Não sabe	2	40,0	3	60,0	5	2,2	
Teve alguma doença							
Sim	115	61,2	73	38,8	188	60,6	0,254
Não	80	65,6	42	34,4	122	39,4	
Qual doença							
Emocional	10	71,4	4	28,6	14	7,5	0,156
Gastrointestinal	1	14,3	6	85,7	7	3,7	
Ginecológica	7	50,0	7	50,0	14	7,5	
Respiratória	69	63,9	39	36,1	108	57,4	
Urinária	19	65,5	10	34,5	29	15,4	
Outras	9	56,2	7	43,8	16	8,5	

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Nota: *Teste Qui-quadrado $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

No contexto dos aspectos sociais, percebeu-se uma estrutura familiar tradicional composta por jovens adultas, com companheiro, escolaridade entre cinco e dez anos e do próprio lar. Esses achados são contrários aos encontrados por Teixeira et al. (2015) relacionados a primeira, segunda e terceira fase desta coorte, onde percebeu-se um número elevado de adolescentes (21,2%), ao contrário da quarta fase (11,6%).

Em relação aos aspectos sociais, neste estudo ficou evidente a dissociação entre a prática do autocuidado e o nível de escolaridade, o que nos faz inferir que o acesso ao conhecimento formal pode não se sobrepôr aos aspectos culturais que envolvem os grupos populacionais.

É importante levar em consideração todas as informações e hábitos de vida que a mulher possui, assim como os seus conhecimentos, suas experiências, os tabus, as crenças, os hábitos e práticas culturais que são providos do âmbito e da convivência familiar (VIEIRA et al., 2010). É necessária a compreensão da maneira

que o saber popular está sendo empregado no autocuidado, a fim de problematizar as condutas e direcionar as intervenções dos profissionais acerca da necessidade de maior atenção ao cuidado durante esse período (ACOSTA et al., 2012).

Por outro lado, o acesso a bens de consumo decorrentes da renda possibilitou a prática do autocuidado relatada pelas mulheres. Vale salientar que cuidados estéticos elencados como prática de autocuidado estão longe daqueles que compõem as expectativas dos profissionais de saúde. Entretanto, têm sua relevância como indicadores do “cuidar de si” em uma fase de vida em que estas mulheres, enquanto puérperas, frequentemente estão à margem das ações programáticas em saúde. Este achado relacionado à renda coincide ao encontrado por Cardelli e Tanaka (2012) que, ao utilizarem o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde, desvelaram a presença de atitude positiva em prevenção entre mulheres com renda mais elevada.

No que tange à opinião sobre cuidar de si, observa-se a relevância dos aspectos relacionados à estética, seguido dos cuidados com a saúde. No estudo de Ribeiro et al. (2014), as ações de autocuidado no pós-parto também estavam relacionadas à beleza, como: pintar e cortar os cabelos, fazer as unhas, arrumar-se e depilar-se. Diferentemente do cuidado de si que está relacionado ao cuidado além das práticas cotidianas, mas extremamente ligada ao comprometimento com a vida, ou seja, numa visão profunda do ser e não de maneira superficial (SILVA; MURAI, 2012).

Para Orem (1995), o autocuidado é a realização de atividades que o indivíduo inicia e executa para o seu próprio benefício, na preservação da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações que, seguindo um modelo, auxiliam, de forma peculiar, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são evidenciados por meio de ações chamadas de exigências de autocuidado.

Nas exigências universais, foi considerável a significância entre a importância na ingestão de frutas, dormir bem e fazer atividades de lazer e/ou entretenimento na promoção do autocuidado. Kalinowisch e colaboradores (2012) comentam que as mulheres enquanto puérperas passaram a ingerir alguns alimentos em maior quantidade, como sopas, frutas, verduras, alimentos ricos em ferro ou, ainda, começaram a ingeri-los durante o período pós-parto. Viera e colaboradores (2010) constaram que as puérperas possuem dificuldades para dormir e repousar, devido à

necessidade de acordar muitas vezes durante a noite para cuidar e amamentar.

Ribeiro e colaboradores (2014) perceberam que a mulher no pós-parto pode sentir-se fadigada, investindo no seu repouso, no intuito de recuperação e fortalecimento para fazer os cuidados com o bebê e com a casa, amenizando assim desgaste deste período. A mulher procura dedicar um tempo ao seu lazer, como forma de diminuição da tensão e do estresse gerados nesta fase, favorecendo sua qualidade de vida, assegurando a sua saúde física e mental, sendo isso possível devido à mesma ter o suporte familiar. Isso corrobora com este estudo quando percebe ser essencial o sono adequado e o lazer para a realização das práticas de autocuidado neste primeiro ano pós-parto.

Em relação às exigências de desenvolvimento, foi relevante a significância entre o retorno aos estudos, a falta de interesse em si própria e a autopercepção para depressão no período pós-parto e a prática do autocuidado.

O estudo de Staehelin e colaboradores (2013) apontou que o baixo nível de estudo, o desemprego e a atenção oferecida ao bebê são os principais causadores de *stress* no período pós-parto.

O processo do puerpério pode ser considerado um evento permeado por mudanças relacionadas ao binômio mãe-filho, à família, à sociedade, à imagem corporal alterada, entre outros, sendo necessária adaptação por parte da mulher (LARA et al., 2009). Estas mudanças são momentos de instabilidade. A maternidade é confrontada com as inúmeras mudanças e demandas biológicas, psicológicas e sociais que necessitam de ajustes e, na maioria das vezes, envolvem dificuldades e preocupações (LUYBEN; KINN; FLEMING, 2011).

A percepção das puérperas frente aos transtornos psíquicos vivenciados no puerpério é um importante passo para auxiliar nas práticas preventivas e efetivas em ações executadas pelos profissionais comprometidos com a promoção da saúde, em especial da saúde mental, numa perspectiva ampla de elaboração de políticas públicas de saúde, no âmbito da atenção primária, voltadas para as mulheres durante a fase reprodutiva, especialmente no ciclo gravídico-puerperal (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

Da mesma forma, a equipe multiprofissional, durante o pré-natal e pós-parto, tem a oportunidade exclusiva de construir relacionamento com as mulheres e oferecer uma gama de oportunidades de educação e apoio na dissipação de mitos sobre sintomas e tratamento da depressão pós-parto. Esses cuidados devem iniciar

na primeira consulta pré-natal, continuar durante a gravidez e ser agregados às visitas domiciliares, bem como às Unidades de Saúde no primeiro ano após o parto (GOYAL; PARK; MCNIESCH, 2015).

A análise das exigências de desvio de saúde mostrou a significância entre o tipo de parto, presença de laceração e/ou episiorrafia e a prática do autocuidado. O desvio de saúde é entendido quando o puerpério sofre alterações, sendo utilizadas medidas corretivas para a melhora desta situação (LARA et al., 2009).

O Brasil tem sido sinônimo internacional de níveis elevados de cesariana (DOWNE, 2014). Pesquisa recente encontrou 52% de nascimentos por meio desta via (LEAL et al., 2014). As mulheres que foram submetidas à cesariana, no presente estudo, tiveram dificuldade na realização das práticas de autocuidado em relação às que vivenciaram o parto vaginal.

Apesar da maior predominância de parto normal na população deste estudo, as situações de episiorrafia e/ou laceração perineal ocorreram e representaram dificuldade na prática do autocuidado puerperal. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) foi observada proporção de 71,6% de episiotomias em nível nacional e 78,5% na Região Sul. Estes dados revelam o uso rotineiro desta prática e, conseqüentemente, a persistência de um modelo intervencionista na condução deste tipo de parto (BRASIL, 2009). Acrescenta-se neste contexto a necessidade de empoderamento da mulher para que esta se identifique como elemento que tem o direito de conhecer e optar por qualquer ação a qual será submetida no processo de promoção à sua saúde, e este empoderamento, necessariamente, passa pela capacitação da mulher à prática do autocuidado.

CONCLUSÃO

Apesar da limitação do estudo, determinada pela opção de unidade de análise – a perspectiva da puérpera –, conclui-se que ao se colocar os aspectos sociais e a Teoria do Autocuidado de Orem em um mesmo nível de análise, neste estudo, não se pode afirmar que estes se constituíram em determinantes para a prática do autocuidado. Entretanto, foi possível verificar que o autocuidado foi influenciado por situações inerentes ao cotidiano dessas mulheres, como sua faixa etária e renda. Pode-se inferir que as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde pouco influenciaram a prática do autocuidado. Mas foi permitido identificar

que as exigências de desenvolvimento relativas à maternagem e seus desdobramentos foram significativas, bem como aquelas relacionadas ao desvio de saúde. Estas últimas apontam para o serviço de saúde e para a necessidade de direcionar ações específicas à mulher no puerpério remoto.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6 p. 1327-1333, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/07.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

ANGELO, Bárbara Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p.1163-1170, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/178>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BORSA, Juliane Callegaro; DIAS, Ana Cristina Garcia. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, Erechim v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004. Disponível em: <http://papiro.uricer.edu.br/arquivos/5000/8300/158_8313.htm>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009. 300 p.

CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. O Papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, supl., p. 108-114, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17061/pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

DOWNE, Soo. Reducing routine interventions during labour and birth: first, do no harm. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 supl. 1, p. 37-39, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 14 nov. 2015.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Artmed: Porto Alegre, 2000. 355 p.

GOYAL, Deepika; PARK, Van Ta; MCNIESH, Susan. Postpartum depression among Asian Indian mothers. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, Philadelphia v. 40, n. 4, p. 256-261, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121757>>.

Acesso em: 02 set. 2015.

KALINOWSKI, Luísa Canastraro et al. A puérpera primípara no domicílio e a enfermagem: teoria fundamentada nos dados. **Online Brazil Journal**. v. 11, n.13, p. 01-11, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3852/pdf> >. Acesso em: 27 out. 2015.

KHANAL, Vishnu et al. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. **BMC Women's Health**. London, v. 14, n. 19, p. 01-14, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/19>>. Acesso em: 26 set. 2015.

LARA, Ana Cláudia de Lima et al. O puerpério identificado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, v. 3, n. 2, p. 450-454, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/150>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

LUYBEN, Ans G; KINN, Sue R; FLEMING, Valerie E.M. Becoming a mother: women's journeys from expectation to experience in three european countries. **International Journal of Childbirth**, Amsterdam, v. 1, n. 1, p. 13-26, 2011. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/springer/ijc/2011/00000001/00000001/art00003>>. Acesso em: 15 set. 2015.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Márcia Astrês; APOLINÁRIO, Flayda Izabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-450, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a06.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; COSTA, Gabrielle Rodrigues de Mattos; TEIXEIRA, Claudia da Silva. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

NAZIK, Evşen; ERYILMAZ, Gülşen. The prevention and reduction of postpartum complications: Orem's model. **Nursing Science Quarterly**, Chicago, v. 26, n. 4, p. 360-364, 2013. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/257301661>> Acesso em: 26 mai. 2015.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. New York: Mc Grau-Hill, 1995.

RIBEIRO, Dóris Helena Farias et al. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. **Rev Enf EFPE**, Recife, v. 8, n. 4, p. 820-826, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8801>. Acesso em: 20 out. 2015.

SALIM, Natália Rejane; ARAÚJO, Natalúcia Matos; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n. 4, p. 732-739, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SILVA, José Vitor da. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Campinas, v. 5, n. 2, p. 426-447, 2013. Disponível em: <http://www.acervosaude.com.br/page_113.html>. Acesso em: 21 mai. 2015.

SILVA, Verlândia Medeiros; MURAI, Hogla Cardoso. Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional. **Revista de Enfermagem da UNISA**, Santo Amaro, v. 13, n. 1, p. 59-63, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-10.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

STAEHELIN, Katharina et al. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care: results from a nested case-control study. **Swiss Medical Weekly**, Switzerland, n. 143, p. 138-162, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23986402>>. Acesso em: 13 out. 2015.

TEIXEIRA, Érica Mairene Bocate et al. Early postpartum review: analysis of the programmatic actions offered in primary health care. **Business and Management Review - Special Health Issue Brazil**, Canadá, v. 4, n. 11, p. 82-92, 2015. Disponível em: <<http://www.businessjournalz.org/bmr>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

THUM, Moara Ailane et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-582, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300020>. Acesso em: 07 mai. 2015.

VIEIRA, Flaviana et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2015.

8 CONCLUSÃO GERAL

Este estudo evidenciou a necessidade na reorganização das estratégias de saúde existentes, bem como a elaboração de estratégias específicas para todas as fases do período puerperal, principalmente as pertinentes ao puerpério remoto. Entretanto, houve seguimento das mulheres pela atenção primária, principalmente nas ações programáticas do pré-natal, na alta hospitalar e nos períodos puerperais precoce e tardio.

O puerpério remoto foi caracterizado pelo abandono assistencial, sendo que, quando o cuidado ocorreu, foi direcionado à criança. A procura por cuidado evidenciou a tentativa das mães de suprir a demanda de seus filhos, em detrimento das próprias.

Ao se colocar os aspectos sociais e a Teoria do Autocuidado de Orem em um mesmo nível de análise, neste estudo, não se pôde afirmar que estes se constituíram em determinantes para a prática do autocuidado. Porém, foi possível verificar que o autocuidado foi influenciado por situações inerentes ao cotidiano dessas mulheres, como sua faixa etária e renda.

Pode-se também inferir que as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, pouco influenciaram a prática do autocuidado. Mas foi possível identificar que as exigências de desenvolvimento relativas à maternagem e seus desdobramentos foram significativas, bem como aquelas relativas ao desvio de saúde. Estas últimas apontam para o serviço de saúde e para a necessidade de direcionar ações específicas para a mulher no puerpério remoto.

Esses achados nos remetem à necessidade de um novo olhar para as puérperas, que sugere a formulação de estratégias específicas para o seguimento do puerpério remoto, nas esferas municipal, estadual e federal.

A hipótese desse estudo comprovou-se parcialmente, pois não houve associação estatisticamente significativa entre a procura por cuidado e a prática do autocuidado, bem como as exigências universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, foram relativamente determinantes a esta prática.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 46, n. 6 p. 1327-1333, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/07.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

ANGELO, Bárbara Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1163-1170, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/178>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BARBETA, P. A. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.

BORGONI, Lisiani; SEHNEM, Graciela Dutra. A evolução das políticas voltadas à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Bagé, Universidade Federal do Bampa, v. 3, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/2737>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BORSA, Juliane Callegaro; DIAS, Ana Cristina Garcia. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004. Disponível em: <http://papiro.uricer.edu.br/arquivos/5000/8300/158_8313.htm>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos da Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 320 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Satisfação dos usuários da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 334 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2009. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011a. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 202 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Indicadores de cobertura: proporção de partos cesáreos**. 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRAZELTON, Berry T.; CRAMER, Bertrand G. **As primeiras relações**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BUSANELLO, Josefina et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 807-814, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400023>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima; MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: proposta de sistematização. **VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**, ABENFO-MG, p. 2615-2634, 2011. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0275.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CHAGAS, Herleis Maria de Almeida; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no Município de Rio Brando, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a10.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CHUNG, Alessandra. **Avaliação do impacto do programa saúde da família sobre os municípios do Rio Grande do Sul de 2005 a 2010**. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, PUC-RS, Porto Alegre, 2013.

CUNHA, Fátima; SARROEIRA, Cassilda. Espiritualidade na gestão do autocuidado: que desenhos de investigação? **Revista da UIIPS**, Santarém, v. 2, n. 5, p. 199-216, 2014. Disponível em: <http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2015/01/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf#page=172>. Acesso em: 03 set. 2015.

FAHEY, Jenifer O.; SHENASSA, Edmond. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Malden, v. 58, n. 6, p. 613-621, 2013. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/259250747>>. Acesso: 16 ago. 2015.

FARIAS, Dóris Helena Ribeiro. **Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas**. 2008. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2008.

FAVERO, Luciane; WALL, Marilene Loewen; LACERDA, Maria Ribeiro. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 534-544, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a32.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FEBRASGO. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério**. 2010. Disponível: <www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FLETCHER, Robert H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 288 p.

FONSECA, Ricardo Manuel Dias da. **Análise crítica à Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem**. 2008. 13 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2008.

FREITAS, Giselle Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso: 24 set. 2015.

GALVÃO, Maria Teresa dos Reis Lopes Silveira; JANEIRO, José Manuel da Silva Vilelas. Self-care in nursing: self-management, self-monitoring, and the management of symptoms as related concepts. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 231-235, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 355 p.

GONZALO, Angelo. **Theoretical Foudantions of Nursing**. 2011. Disponível em: <<http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

IBGE. **Cidades**. Londrina – PR. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411370>>. Acesso em: 05 set. 2015.

KLAUS, Marshall. H.; KENNEL, John. H.; KLAUS, Phyllis H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

LARA, Ana Cláudia de Lima et al. O puerpério identificado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 3, n. 2, p. 450-454, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/150>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-714, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000300008&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 02 out. 2015.

LIMA, Ana Paula Campos. **A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não governamental**. 2010. 351 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

LIMA, Christiane Teixeira et al. Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 19, n. 197, p. 1-1, 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

LONDRINA. **Prefeitura Municipal**. 2015. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1251&Itemid=4>. Acesso em: 05 set. 2015.

_____. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Assistência integral à gestante de baixo risco e puérpera**: protocolo. Londrina: [s.n.], 2006. 98 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/1_prot_mulher_gestante_puerpera.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Londrina: [s.n.], 2013. 221 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013. 225 p.

MARENZI, Julie. **Deficit de competência para o autocuidado de pessoas com dor miofascial: uma abordagem fisioterapêutica educativa**. 2006. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MCEWEN, Melaine; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Editora: Artmed, 2009, p. 576.

MONTEIRO, Lidiane Colares. **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.

MONTEIRO, Maria Adelane Monteiro da Silva et al. Promoção da saúde de puérperas: conhecimento e práticas de enfermeiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 280-290, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/211>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Márcia Astrês; APOLINÁRIO, Flayda Izabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-450, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a06.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; COSTA, Gabrielle Rodrigues de Mattos; TEIXEIRA, Claudia da Silva. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NAZIK, Evşen; ERYILMAZ, Gülşen. The prevention and reduction of postpartum complications: Orem's model. **Nursing Science Quarterly**, Chicago, v. 26, n. 4, p.360-364, 2013. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/257301661>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

NOGUEIRA, Maria Izabel dos Santos; SILVA, Magna Maria Pereira da; MATA, Ádala Nayana de Sousa. A Teoria do Autocuidado e sua aplicabilidade para a enfermagem

no Programa Saúde da Família (PSF). **I Congresso Virtual Brasileiro – Gestão, Educação e Promoção da Saúde**, 2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/70/2012_70_4028.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

OLIVEIRA, Juliana Fachine Braz de; QUIRINO, Glauberto da Silva; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/19>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

Orem International Society. **Nursing Science & Scholarship**. Estados Unidos. Disponível em: <<http://www.orem-society.com/index.php/miscellaneous/faq>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. New York: Mc Grau-Hill, 1995.

Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2011. 112 p.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, 2013**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 620 p.

PEREIRA, Priscilla Faria et al. Screening of depressive and anxiety symptoms in postpartum patients: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, n. 3, p. 294-230, 2015. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5124>>. Acesso: 14 nov. 2015.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2013. 1.424 p.

RAIMONDO, Maria Lúcia et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020>. Acesso em: 19 mai. 2015.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; JÚNIOR, Aloir Paschoal. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. 724 p.

RIUL, Sueli da Silva et al. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 75-88, 2013. Disponível em:

<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/378>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900006>. Acesso em: 03 ago. 2015.

ROSA, Luciana Martins da et al. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 120-125, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 577 p.

SALIM, Natália Rejane; ARAÚJO, Natalúcia Matos; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-739, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 854-858, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/891>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

SANTOS, Iraci dos; SARAT, Caroline Neris Ferreira. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a03.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

SANTOS, Regina Maria dos; ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. (Re) Criação e inovação do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 627-627, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a01v64n4.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SÃO PAULO (estado). Secretaria da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério** – São Paulo: SES/SP, 2010.

SILVA, Verlândia Medeiros; MURAI, Hogla Cardoso. Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional. **A Revista de Enfermagem da Unisa**, Santo Amaro, v. 13, n. 1, p. 59-63, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-10.pdf>>. Acesso: 22 ago. 2015.

SOLAR, Liana Alicia Prado et al. La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. **Revista Médica Electrónica**, Versalles, v. 36, n. 6, p. 835-845, 2014. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

SOUZA, João Paulo; CASTRO, Cynthia Pileggi. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. 11-13. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

TEIXEIRA, Érica Mairene Bocate et al. Early postpartum review: analysis of the programmatic actions offered in primary health care. **Business and Management Review - Special Health Issue Brazil**, Canadá, v. 4, n. 11, p. 82-92, 2015. Disponível em: <<http://www.businessjournalz.org/bmr>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

TEIXEIRA, Erica Mairene Bocate. **Acompanhamento da revisão puerperal: acesso, adesão e organização do serviço de saúde**. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema M. P. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Porto Alegre, s. 22, p.141-152, 2011. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

VIEIRA, Flaviana et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2015.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite

de. Teoria do *deficit* de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

WANZELER, Murilo Cunha. **O cuidado de si em Michael Foucault**. 127 f. 2011. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

WHO. **Technical consultation on postpartum and postnatal care**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 31 jul. 2015.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 708 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: *Primeiro ano pós-parto: Seguimento na atenção primária, procura por cuidado e autocuidado*

Prezada senhora,

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa *Primeiro ano pós-parto: seguimento na atenção primária, procura por cuidado e autocuidado*. O objetivo da pesquisa é saber como foi o atendimento realizado no serviço de saúde para seu filho e para você no primeiro ano após o parto na maternidade; ir até a sua casa para conversar sobre as facilidades e dificuldades que você possa ter tido durante este período, bem como os cuidados que você recebeu dos profissionais do posto de saúde. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de informações da Carteira da Criança; por meio de perguntas que vamos fazer agora, com 42 dias de pós-parto, e depois quando completar um ano de pós-parto; iremos realizar contato bimestral via telefone entre a visita de 42 dias e um ano depois do parto, para verificar se você e seu filho estão bem e se houve mudança de endereço para atualizarmos.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, e que não existem riscos específicos para sua saúde decorrentes da participação.

Os benefícios que esperamos com esta pesquisa são melhorar a qualidade do cuidado prestado para as mulheres e crianças durante a gestação, parto, puerpério e de acompanhamento da mulher e da criança em Londrina e te ajudar oferecendo orientações sobre suas dúvidas e, quando possível, no encaminhamento para os serviços pertinentes, se necessário.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos

contatar: Áurea Fabrícia Amâncio Quirino, Av. Robert Koch, nº 455, fundos, telefone: 3039-0321, *e-mail*: aureafabricia@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455 ou por *e-mail*: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Áurea Fabrícia Amâncio Quirino

RG: 412197510 – SSP/SP

_____, tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Assinatura do responsável (no caso de paciente menor de idade):

Data: _____

APÊNDICE B

Instrumento de Registro de Dados

Número do instrumento/ficha: Nome da puérpera: ENDEREÇO: FONES: CONTATO TELEFÔNICO: () Agendado para: () Perda (impossível contato)		
INTERCORRÊNCIAS: Óbito da mãe? () Sim. Causa: () Não. Óbito da criança? () Sim. Causa: () Não.		
I. Aspectos sociodemográficos <u>atuais</u> da PUÉRPERA		
1. Idade: (Escrever na íntegra) anos	Entrevista
2. Situação conjugal:	(1) Com companheiro/parceiro. (2) Sem companheiro/parceiro.	Entrevista
3. Voltou a estudar: (Identificar se está cursando curso profissionalizante, técnico, supletivo etc.)	(1) Sim. Qual? (2) Não. Por quê? (3) Não se aplica.	Entrevista
4. Ocupação:	(1) Remunerada. Qual? Carga horária semanal: Quem cuida do seu bebê? Com que idade seu bebê estava quando retornou ou começou a trabalhar? Cumpriu a licença-maternidade 4/6 meses? (1) Sim (2) Não Motivo: (2) Não remunerada.	Entrevista
5. Como foi a sua adaptação em RELAÇÃO AO EMPREGO? (Descrever na íntegra as facilidades e dificuldades que a mulher passou nesta fase de adaptação pessoal. Ex.: Separação entre ela e o bebê devido ao emprego; cansaço; dupla jornada de trabalho etc.).	_____ _____ _____ _____ _____	Entrevista
6. Como foi a adaptação das suas ROTINAS RELACIONADAS AO DIA A DIA neste um ano após o parto? (Descrever na íntegra as facilidades e dificuldades que a mulher teve.)	_____ _____ _____ _____	Entrevista
7. Renda da família (Salário-mínimo: R\$ 776,00 no Brasil e R\$ 876,00 no Paraná.) (Anotar número de salários-mínimos.) (1) Depende da aposentadoria de algum parente? R\$ (Anotar o valor aproximado desta aposentadoria.)	Entrevista

8. Apoio do governo (Ex.: Bolsa-Família, Vale-Gás, leite, salário-penitenciário, outros.)	(1) Sim. Quais? (2) Não.	Entrevista																																																										
9. Classe social segundo a classificação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP): (Classificação de classe social, segundo posse de bens proposta pela ABEP).	(1) Classe A1 (3) Classe B1 (5) Classe C1 (7) Classe D (2) Classe A2 (4) Classe B2 (6) Classe C2 (8) Classe E <table border="1" data-bbox="614 537 1353 846"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Posse de itens 0 1 2 3 4 ou +</th> <th rowspan="2">Quantidade</th> <th rowspan="2">Grau de instrução do chefe de família</th> <th colspan="2">Cortes do critério Brasil</th> </tr> <tr> <th>Classe</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão em cores</td> <td>0 1 2 3 4</td> <td>Analfabeto/</td> <td>0</td> <td>A1</td> <td>42-46</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>0 1 2 3 4</td> <td>Fundamental 1 incompleto</td> <td></td> <td>A2</td> <td>35-41</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>0 4 5 6 7</td> <td rowspan="2">Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto</td> <td>1</td> <td>B1</td> <td>29-34</td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td>0 4 7 9 9</td> <td></td> <td>B2</td> <td>23-28</td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista</td> <td>0 3 4 4 4</td> <td rowspan="2">Fundamental 2 completo/ Médio incompleto</td> <td>2</td> <td>C1</td> <td>18-22</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td></td> <td>C2</td> <td>14-17</td> </tr> <tr> <td>Videocassete e/ou DVD</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td rowspan="2">Médio completo/ Superior incompleto</td> <td>4</td> <td>D</td> <td>8-13</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>0 4 4 4 4</td> <td></td> <td>E</td> <td>0-7</td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td>Superior completo</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Posse de itens 0 1 2 3 4 ou +	Quantidade	Grau de instrução do chefe de família	Cortes do critério Brasil		Classe	Pontos	Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto/	0	A1	42-46	Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 incompleto		A2	35-41	Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1	B1	29-34	Automóvel	0 4 7 9 9		B2	23-28	Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	2	C1	18-22	Máquina de lavar	0 2 2 2 2		C2	14-17	Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2	Médio completo/ Superior incompleto	4	D	8-13	Geladeira	0 4 4 4 4		E	0-7	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 2 2 2 2	Superior completo	8			Entrevista
Posse de itens 0 1 2 3 4 ou +	Quantidade				Grau de instrução do chefe de família	Cortes do critério Brasil																																																						
		Classe	Pontos																																																									
Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto/	0	A1	42-46																																																							
Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 incompleto		A2	35-41																																																							
Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1	B1	29-34																																																							
Automóvel	0 4 7 9 9			B2	23-28																																																							
Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	2	C1	18-22																																																							
Máquina de lavar	0 2 2 2 2			C2	14-17																																																							
Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2	Médio completo/ Superior incompleto	4	D	8-13																																																							
Geladeira	0 4 4 4 4			E	0-7																																																							
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 2 2 2 2	Superior completo	8																																																									
II. AUTOCUIDADO da puérpera																																																												
10. Qual o SIGNIFICADO CUIDAR para você? (Escrever na íntegra o que a mulher acha do cuidar em uma forma mais ampla, ou seja de um modo geral.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Entrevista																																																										
11. O que é AUTOCUIDADO para você? (Escrever na íntegra o que a mulher acha do cuidar dela mesma, pedir exemplos de como se cuida e qual a frequência de cuidado consigo – sempre ou nunca.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Entrevista																																																										
12. Você acha que ocorreram MUDANÇAS FÍSICAS em seu corpo? (Escrever na íntegra se ocorreu flacidez nas mamas ou abdome, engordou etc.)	(1) Sim. Quais? _____ (2) Não. (Ir pra questão nº 15)	Entrevista																																																										
13. Você se INCOMODA COM ESSAS MUDANÇAS FÍSICAS?	(1) Sim. Por quê? _____ (2) Não.	Entrevista																																																										
14. O QUE VOCÊ FEZ PARA RESOLVER AS MUDANÇAS FÍSICAS? (Descrever na íntegra o que a mulher fez ou não fez para resolver o que te incomodava em relação às mudanças físicas no pós-parto.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Entrevista																																																										
15. Você fuma?	(1) Sim. Há quanto tempo? _____ N ^o cigarros/dia _____ (2) Não.	Entrevista																																																										
16. Você faz uso de drogas? (Maconha, crack, cocaína, outras.)	(1) Sim. Há quanto tempo? _____ N ^o vezes/dia _____ (2) Não.	Entrevista																																																										
17. Você bebe? (Cerveja, vinho, destilados, cachaça, whisky etc.)	(1) Sim. Há quanto tempo? _____ N ^o copos/dia _____ (2) Não. (3) Socialmente. Há quanto tempo? _____ N ^o copos _____	Entrevista																																																										
18. Você dorme bem? (Ideal de 7 a 8 horas por dia.)	(1) Sim. (2) Não. Motivo: _____	Entrevista																																																										

19. Você costuma repousar durante o dia?	(1) Sim. Quantas horas/min? _____ (2) Não. Motivo: _____	Entrevista
20. Você faz exercícios físicos? (É uma forma de ATIVIDADE FÍSICA PLANEJADA, REPETITIVA, COM ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL , que visa desenvolver a resistência física e as habilidades motoras. Ex.: Natação, musculação, lutas marciais, entre outros.)	(1) Sim. Quanto tempo por dia/semana? _____ (2) Não. Por quê? _____	Entrevista
21. Você faz atividades físicas? (É QUALQUER MOVIMENTO CORPORAL PRODUZIDO PELA MUSCULATURA QUE RESULTE NUM GASTO DE ENERGIA ACIMA DO NÍVEL DE REPOUSO . Exemplos: Caminhar para se deslocar de um lugar a outro, passear com o cachorro, subir escadas, lavar o carro, brincar com os filhos, dançar, cuidar do jardim, entre outros.)	1) Sim. Quanto tempo por dia/semana? _____ (2) Não. Por quê? _____	Entrevista
22. Você costuma sair para se divertir?	(1) Sim. O que geralmente faz? _____ Quantas vezes por semana ou mês? _____ (2) Não. Motivo: _____	Entrevista
23. Como relação à HIGIENE ÍNTIMA DIÁRIA após o parto como você se cuidou? (Escriver na íntegra quantas vezes ao dia e o que ela usou para fazer a higiene.)	Períneo (episiotomia/parto normal _____ Incisão cirúrgica/cesárea? _____ Mamas? _____ Dentes? _____	Entrevista
24. Você teve algum problema ao urinar neste um ano após o parto? (Dificuldade em relação à diurese.)	(1) Sim. Qual? _____ (2) Não.	Entrevista
25. Você teve algum problema quanto ao funcionamento intestinal neste um ano após o parto? (Dificuldade em relação à evacuação.)	(1) Sim. Qual? _____ (2) Não.	Entrevista
26. Você se considera uma boa mãe? (Como ela se autoavalia em relação a ser mãe.)	(1) Sim. Por quê? _____ _____ (2) Não. Por quê? _____ _____ _____	Entrevista
27. Você sentiu um ou mais de um sinais e sintomas neste período pós-parto? (Identificar e assinalar um ou mais dos sintomas comuns da depressão pós-parto.)	(1) Sim. IDENTIFIQUE quais: (a) falta de interesse em si própria; (b) perda de prazer; (c) falta de energia e motivação; (d) sentimentos de inutilidade e culpa; (e) alterações no apetite ou peso; (f) pensamentos recorrentes de morte ou suicídio; (g) dormir mais ou menos do que o habitual; (h) sentimentos negativos para com o bebê; (i) achou que não iria dar conta de cuidar do bebê (sentimentos de incompetência); (j) falta de interesse no bebê; (k) chorar sem motivo; (l) outros. _____ (2) Não. (Ir pra questão nº 29)	Entrevista

28. O que você fez para melhorar esses sinais e sintomas? (Como melhorou os sintomas e sinais de depressão pós-parto.)	(1) Não fez nada. (2) Foi ao médico. (3) Foi ao psicólogo. (4) Foi ao psiquiatra. (5) Outros. _____	Entrevista
29. Como é o seu relacionamento com o seu parceiro? (Descrever na íntegra se ocorreu mudanças depois do nascimento do bebê, e até mesmo se o relacionamento melhorou ou piorou.)	_____ _____ _____ _____	Entrevista
30. O pai do bebê ajuda você cuidar do seu filho? (Se sim, descrever as maneiras que ele ajuda e ela se sente com essa ajuda; se não, como a mulher fica sem a ajuda dele.)	(1) Sim. Como ele te ajuda e como se sente? _____ _____ (2) Não. Como se sente sem a ajuda dele? _____ _____	Entrevista
31. Tem alguma outra pessoa que ajuda você cuidar do bebê?	(1) Sim. Quem? _____ (2) Não.	Entrevista
III. RELAÇÃO SEXUAL NO PÓS-PARTO Se a mulher teve PARTO NORMAL/VAGINAL , pergunte as questões 32, 33, 33, 34 e 35; se NÃO , vá para questão 36.		
32. TEVE LACERAÇÃO OU/E EPISIOTOMIA NO PARTO?	(1) Sim. (2) Não. (3) Não sabe.	Entrevista
33. Teve DIFICULDADE NO RETORNO DAS RELAÇÕES SEXUAIS neste período pós-parto?	(1) Sim. Quais foram? _____ _____ (2) Não. (3) Não lembra.	Entrevista
34. Hoje VOCÊ AINDA TEM DIFICULDADE PARA TER RELAÇÕES SEXUAIS devido ao parto?	(1) Sim. Quais e por quê? _____ (2) Não. (3) Não lembra.	Entrevista
35. Seu companheiro/parceiro verbalizou que MUDOU A RELAÇÃO SEXUAL DEVIDO AO PARTO normal?	(1) Sim. O que mudou? _____ (2) Não mudou. (3) Não sabe.	Entrevista
36. Você acha que sofre ou sofreu algum tipo de violência doméstica durante este um ano após o parto? (Violência doméstica é aquela sofrida no ambiente doméstico ou no lar.)	(1) Sim. Qual? () Psicológica (xingamentos, ofensa como mulher e mãe etc.). () Física (tapas, golpes, empurrões etc.). () Sexual (sexo sem permissão). (2) Não. (Ir pra questão nº 38)	Entrevista
37. Você sofre ou sofreu VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, procurou ajuda? (Descrever onde ela procurou ajuda devido à violência e se não procurou o motivo. Ex.: medo, sentimento de incapacidade.)	(1) Sim. Onde? _____ Como se sente? _____ (2) Não. Motivo? _____ _____	Entrevista

<p>38. Você RECEBEU VISITA DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE DA UBS em sua casa? (O profissional de saúde foi até a casa da mulher.)</p>	<p>(1) Sim. Qual? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Téc. enfermagem/aux. Enferm. (4) Agente Comunitário de Saúde – ACS (5) Outros</p> <p>Para quê? _____ O que orientou? _____ (2) Não.</p>	Entrevista
<p>39. AGENDARAM A REVISÃO PUERPERAL REMOTA (após 43º dia pós-parto) na UBS:</p>	<p>(1) Sim. (2) Não. Por quê? _____ (3) Não sabe. Se não foi agendado ir para questão nº 44</p>	Entrevista
<p>40. Qual PROFISSIONAL REALIZOU O ATENDIMENTO na revisão puerperal remota na UBS? (Na revisão puerperal depois do 43º dia pós-parto.)</p>	<p>(1) Médico G. O. (2) Enfermeiro. (3) Residente de enfermagem. (4) Téc. de enfermagem. (5) Outro. _____ (6) Não realizou.</p>	Entrevista
<p>41. Quais ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM você recebeu relacionadas aos cuidados com o próprio corpo na consulta de revisão puerperal ? (Assinalar uma ou mais orientações recebidas pela mulher e descrever na íntegra outras orientações recebidas.)</p>	<p>(1) Cuidados com as mamas. (2) Cuidados com a cicatriz cirúrgica ou episiorrafia. (3) Peso corporal. (4) Higiene da genitália e ânus. (5) Relação sexual. (6) Métodos contraceptivos. (7) Outros. _____</p>	Entrevista
<p>42. Realizada a coleta de citologia oncótica (CO) na revisão puerperal remota? (Foi coletado o exame após 43º dia pós-parto.)</p>	<p>(1) Sim. (2) Não. Por quê? _____ _____ _____ _____</p>	Entrevista
<p>43. Quão satisfeita você ficou com o atendimento da UBS na revisão puerperal remota? (Satisfação em relação ao atendimento na UBS após 43º dia pós-parto.)</p>	<p>(1) Muito satisfeita. (2) Satisfeita. (3) Nem satisfeita nem insatisfeita. (4) Insatisfeita. (5) Muito insatisfeita. (6) Não sei. Por quê? (Se resposta 3, 4, 5 ou 6.) _____ _____</p>	Entrevista
<p>44. Foi INSCRITA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não. Por quê? _____ (3) Não sabe.</p>	Entrevista

<p>54. Você está FAZENDO USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO? (Alopático, homeopático, fitoterápico, industrializado ou alternativo.)</p>	<p>(1) Sim. Qual: _____ Quanto tempo? _____ Motivo? _____ (2) Não. (Ir para questão n° 56)</p>	Entrevista
<p>55. Quem INDICOU O USO DA MEDICAÇÃO? (Escrever na íntegra se foi indicado por outros profissionais ou até mesmo por outra pessoas o uso da medicação.)</p>	<p>(1) Médico. (2) Farmacêutico. (3) Enfermeiro. (4) Outros. Quem indicou? _____</p>	Entrevista
<p>56. Você teve alguma DOENÇA NESTE PERÍODO DE UM ANO APÓS O PARTO? (Se necessário pode descrever na íntegra se ocorreu mais de uma doença.)</p>	<p>(1) Sim. Qual: _____ (1) Circulatório. Qual: _____ (2) Urinário. Qual: _____ (3) Respiratório. Qual: _____ (4) Neuropsíquico. Qual: _____ (5) Osteoarticular. Qual: _____ (6) Tegumentar. Qual: _____ (7) Endócrino. Qual: _____ (8) Outro. Qual: _____ (2) Não. (Ir para questão n° 58)</p>	Entrevista
<p>57. PROCUROU AJUDA? (Devido às doenças citadas acima.)</p>	<p>(1) Sim. Que tipo de ajuda? _____ Como resolveu? _____ (2) Não. Motivo? _____</p>	Entrevista
<p>58. ESTÁ GRÁVIDA NOVAMENTE?</p>	<p>(1) Sim. Como obteve o resultado de gravidez? (1) Exame de urina. (2) BHCG – sangue. (3) Teste de gravidez de farmácia. (4) Teve aborto. (5) Outros. _____ Data de realização do exame diagnóstico de gravidez: _____/_____/_____ Data de nascimento do último filho: _____/_____/_____ (2) Não. (Ir para questão n° 61)</p>	Entrevista
<p>59. Já iniciou o pré-natal? (Neste caso somente se estiver grávida novamente.)</p>	<p>(1) Sim. Quando? _____/_____/_____ (2) Não. Por quê? _____</p>	Entrevista
<p>60. Parou de amamentar devido a gravidez?</p>	<p>(1) Sim. Por quê? _____ (2) Não. Por quê? _____</p>	
<p>61. Você PROCUROU A UBS DEPOIS DO 43º DIA APÓS O PARTO? (Se ela por si só foi até a UBS.)</p>	<p>(1) Sim. (2) Não. Por quê? _____ Se NÃO ir para questão de n° 66.</p>	Entrevista
<p>62. POR QUE PROCUROU A UBS depois do 43º dia pós-parto?</p>	<p>(1) Planejamento familiar. (2) Dentista para a mulher. (3) Consulta com ginecologista. (4) Consulta com pediatra. (5) Puericultura com enfermeiro. (6) Problema de saúde pessoal – mulher. Qual? _____ (7) Outro. _____</p>	Entrevista

<p>63. Quão satisfeita você ficou com o atendimento prestado pela equipe MULTIPROFISSIONAL NA UBS no período pós-parto 43º dia? (Descrever na íntegra a opinião da mulher em relação ao atendimento da equipe – atendente, fisioterapeuta, dentista etc.)</p>	<p>(1) Muito satisfeita. (2) Satisfeita. (3) Nem satisfeita nem insatisfeita. (4) Insatisfeita. (5) Muito insatisfeita. (6) Não sei. Explique sua resposta:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Entrevista									
<p>64. Quão satisfeita você ficou com o atendimento prestado pelo MÉDICO GINECOLOGISTA NA UBS no período pós-parto 43º dia? (Descrever na íntegra a opinião da mulher em relação à equipe – médico, atendente, fisioterapeuta, dentista etc.)</p>	<p>(1) Muito satisfeita. (2) Satisfeita. (3) Nem satisfeita nem insatisfeita. (4) Insatisfeita. (5) Muito insatisfeita. (6) Não sei. Explique sua resposta:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Entrevista									
<p>65. Quão satisfeita você ficou com o CUIDADO DE ENFERMAGEM prestado no período pós-parto na UBS? (Descrever na íntegra a opinião da mulher em relação à equipe de enfermagem.)</p>	<p>(1) Muito satisfeita. (2) Satisfeita. (3) Nem satisfeita nem insatisfeita. (4) Insatisfeita. (5) Muito insatisfeita. (6) Não sei. Explique sua resposta:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Entrevista									
V. ASPECTOS NUTRICIONAIS da puérpera											
<p>66. Você acha importante comer ARROZ E/OU CARBOIDRATOS?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>	Entrevista									
<p>67. Você acha importante comer FEIJÃO E/OU GRÃOS?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>										
<p>68. Você acha importante comer FRUTAS?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>										
<p>69. Você acha importante comer VERDURAS E/OU LEGUMES?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>										
<p>70. Você acha importante comer CARNE E/OU PROTEÍNAS?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>										
<p>71. Você acha importante comer FRANGO E/OU PEIXE?</p>	<p>(1) Sim. (2) Não.</p>										
<p>72. RECORDATÓRIO NUTRICIONAL Alimentação da MULHER em um período de 24 horas. (Descrever todos os alimentos consumidos no dia anterior à entrevista. Não esquecer horários, refeição (ex.: café da manhã, lanche da manhã,</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"><u>Horário/Refeição</u></th> <th style="width: 40%;"><u>Alimento</u></th> <th style="width: 35%;"><u>Medida caseira</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Horário/Refeição</u>	<u>Alimento</u>	<u>Medida caseira</u>							
<u>Horário/Refeição</u>	<u>Alimento</u>	<u>Medida caseira</u>									

almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) e quantidade em medidas caseiras (ex.: uma colher de sopa cheia; uma unidade grande; uma concha pequena; uma fatia pequena.)				Entrevista
73. A sua ingestão hídrica diariamente é de? (Escrever na íntegra a média de copos de água ingeridos/dia ou anotar por litros/ml.)	<input type="checkbox"/> ≤ a 500 ml <input type="checkbox"/> 501 ml a 1.999 ml <input type="checkbox"/> ≥ a 2.000 ml			Entrevista

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer de Emenda CEP/UEL:	234/2014
CAAE:	19352513.9.0000.5231
Data da Relatoria:	28/02/2014
Pesquisador(a):	Áurea Fabricia Amâncio Quirino
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem
<p>Prezado(a) Senhor(a):</p> <p style="text-align: center;">O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">“FATORES DE RISCO PARA MORBI-MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL: DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO.”</p>	
<p>Emenda: Apresentação de subprojeto “Fatores que Influenciam no Autocuidado da mulher no primeiro ano pós-parto” que atende a um dos objetivos do projeto maior e resultará em dissertação de mestrado acadêmico.</p>	
<p>Situação do Projeto: Aprovado</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Londrina, 28 de fevereiro de 2014.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>	

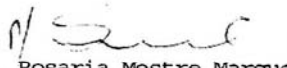
ANEXO B

Autorização da Autarquia Municipal de Saúde

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**A U T O R I Z A Ç Ã O D E P E S Q U I S A****C.D.0026/2013/CEEPC/GPQS/AMS/PML.**

Informamos para fins de realização da pesquisa: "DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli do Departamento de Ciências da saúde da Universidade Estadual de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Resolução CNS 466/dezembro/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável CEP/UEL: 120/2013 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, registro no CONEP 5231, datado de 16 de julho de 2013, devendo haver planejamento prévio com as Unidades de Serviço envolvidas.

Londrina, 16 de julho de 2013.



Enf^a. Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGTES/AMS/PML

Sueli Inocente
Enfermeira - COREN-PR 14420
Mat. 11383-2 - AMS/PML