

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica**

**Um olhar para a mulher e suas necessidades de saúde no período puerperal a partir  
da integralidade do cuidado**

**Drieli Aline Teixeira Rosalino**

**SÃO CARLOS**

**2020**

**DRIELI ALINE TEIXEIRA ROSALINO**

**Um olhar para a mulher e suas necessidades de saúde no período puerperal a partir  
da integralidade do cuidado**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Luciana Nogueira Fioroni

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Regina Helena Vitale  
Torkomian Joaquim

**SÃO CARLOS**

**MARÇO 2020**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**DRIELI ALINE TEIXEIRA ROSALINO**

**“UM OLHAR PARA A MULHER E SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE NO PERÍODO  
PUERPERAL A PARTIR DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 31/03/2020**

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Nogueira Fioroni - UFSCar  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Bistafa Pereira - FMUSP  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Taís Bleicher - UFSCar

---

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: ppggc@ufscar.br

Dedico aos meus pais, Antonio e Lourdes, figuras marcantes em minha caminhada, cujos exemplos de vida tornaram-me forte o bastante para os enfrentamentos necessários e inevitáveis a que todos nós, seres humanos, estamos sujeitos, e pelo investimento constante em minha Educação.

Dedico também a todas as mulheres:

Que se perdem e se encontram;

Que não permanecem;

Que se estranham e se reconhecem;

Que mesmo na diferença veem-se como iguais;

Que gestam o medo, a dúvida, o prazer e a vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a UFSCar, por meio do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, pela oportunidade de inserção no Mestrado Profissional, que na articulação da prática com a academia proporcionou a ampliação de minha capacidade para o trabalho.

Aos docentes do Programa que propiciaram muita reflexão, fortalecendo o nosso aprendizado, minha eterna gratidão, bem como, todo meu respeito e admiração pelo trabalho que realizam.

Aos colegas de turma, pelas horas de convivência, de descontração, as trocas de saberes e práticas, pelas amizades construídas e certamente pelo imenso aprendizado.

À Vanessa, secretária do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, pelo carinho e delicadeza que sempre acolheu as nossas necessidades.

À Luciana, sua leitura precisa e coerente orientaram o meu caminho ao longo do árduo percurso da escrita desta dissertação. Contar com seu acolhimento e orientação me fez acreditar que, quando cuidamos, podemos ir além. Agradeço pela disponibilidade, confiança, tranquilidade e motivação para transpor minhas dificuldades, sem isso não teria conseguido chegar até aqui.

À Regina, que com muita generosidade e gentileza se disponibilizou a construir este estudo em parceria comigo e Luciana. Agradeço imensamente seu incentivo, sua disponibilidade e igualmente seu apoio na elaboração deste trabalho.

À banca examinadora (Maria José Bistafa Pereira e Taís Bleicher) escolhida “a dedo”, com a mente e com o coração. As contribuições de vocês engrandeceram o meu trabalho, trazendo maior coerência e clareza de ideias. A gentileza e o acolhimento de vocês tornaram o processo tão mais leve. Serei eternamente grata. Agradeço, ainda, a participação das professoras Sueli Fátima Sampaio e Márcia Cangiani Fabro como membros suplentes.

À Jussara, fonoaudióloga da rede, que gentilmente permitiu que eu participasse das ações que realizava em sala de espera. Muito obrigada pela generosidade, compreensão e por acreditar nesse estudo. Aproveito para parabenizá-la pelo seu trabalho, sua dedicação e amorosidade perante os que acolhe.

Às minhas colegas de trabalho (Mariana, Edna, Zezé, Ivanir e Tereza) por compreenderem as minhas ausências. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelo carinho e pelos vários

chocolates que apareceram na minha mesa de trabalho no decorrer desses anos. A troca diária com vocês me ensina a ser uma profissional, e pessoa, melhor a cada dia.

A todas as mulheres que participaram desse estudo. Suas histórias de vida e suas lutas diárias não só inspiraram o presente trabalho, mas também o meu processo de (des) construção. Com vocês compreendi o verdadeiro significado da palavra: “sororidade”.

Às minhas eternas amigas de infância, Elisângela, Érika e Jaqueline, contar com a existência de vocês sossega o meu coração e me faz crer que não estou só. Agradeço as palavras de incentivo, carinho e os muitos: “força que você consegue” (sic), que fizeram tanta diferença.

Às minhas amadas amigas, Gabriela, Aline e Livea, pelo apoio, pela forma amorosa que me acolheram nos momentos de dificuldades e pela alegria e generosidade na celebração das conquistas.

E por último, mas não menos importante, à minha amada mãe, Lourdes, uma pequena grande figura, que a todo o momento procurava me proporcionar conforto e tranquilidade para que eu pudesse desenvolver o trabalho, sempre com palavras amorosas repletas de positividade. Ao meu pai, Antonio, obrigada por sua força e por me ensinar a nunca desistir.

### **ELEGIA AO AMOR MATERNO**

*A criança nasceu com uma fome louca.  
Uma fome desesperadora.  
Uma fome de nove meses.  
Agarrou-se ao seio materno e começou a mamar.  
A mamar, furiosamente, a mamar  
E mamava, e crescia, e mamava  
E a mãe sumia, sumia...  
Sentia-se desfalecer, sentia-se morrer  
E deixava.  
Porque a criança tinha fome.  
Muita fome  
E mamava.  
Mamou-lhe sucessivamente os seios  
Mamou-lhe o brilho dos olhos  
Mamou-lhe os mais intrincados pensamentos.  
O turgor da pele.  
Mamou-lhe o último sorriso.  
E a criança mamava  
E crescia, desproporcionalmente, crescia.  
Crescia e mamava.  
E a mãe desfalecia, sumia...  
E o menino crescia, crescia.  
Cresceu tanto: ficou maior que a ilha.  
E o menino mamava  
E a mãe sumia  
E o menino mamava  
E a mãe sumia  
Sumia, sumia...sumiu  
Mamou-lhe a sombra  
Mamou-lhe a última recordação.*

*Ângelo Machado*

## RESUMO

A experiência da maternidade associada cultural e socialmente à condição feminina esteve presente historicamente em diferentes contextos. Nossa cultura contemporânea permanece influenciada pela construção sócio histórica do papel social feminino, em relação à maternidade, marcado pela naturalização da função procriativa e da maternagem como exclusivos. Partindo da hipótese de que uma série de transformações ocasionadas pela gravidez e o pós-parto provocam um estado de importantes alterações hormonais, físicas, emocionais e comportamentais que são vivenciadas articuladas a um conjunto de expectativas do papel social da mulher, é relevante entender a construção da gestação e da maternidade, articulando os aspectos biológico, afetivo, cultural e social através da perspectiva da Integralidade do Cuidado. Assim, a presente pesquisa almejou investigar as necessidades de saúde de mulheres no período puerperal considerando a integralidade do cuidado. Trata-se de uma pesquisa empírica, qualitativa, descritiva-interpretativa, que investigou o universo de oito mulheres que se encontravam no período puerperal (do 11º ao 60º dia pós-parto), atendidas pela rede de Saúde (RAS) de um município de pequeno porte no interior no estado de SP. Os instrumentos para produção de dados incluíram observações da rotina de assistência em saúde, registradas em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas, realizadas no contexto da visita domiciliária. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Os resultados produziram cinco categorias temáticas: 1. Construção e reconstrução dos modos de ser (mãe); 2. Dimensão afetiva e sexualidade; 3. Cuidado de si; 4. Vínculo e rede de apoio; 5. Cuidado integral em saúde: desafios e possibilidades. Essas revelaram a força das construções sociais sobre a maternidade, as múltiplas necessidades de saúde secundarizadas pelo cuidado puerperal centrado no bem-estar fisiológico do bebê e nas funções reprodutivas da mãe, e a relação entre vivência materna e o contexto social. Visando problematizar e superar essa prática reducionista bem como contribuir com arranjos mais ampliados e integrais na oferta de cuidado a estas mulheres, destacamos algumas recomendações: i) realização da consulta puerperal e visita domiciliar até o 10ª dia pós-parto; ii) criação de espaços dialógicos de escuta, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, destinados às mulheres, mães de crianças atendidas pelo Programa Criança Feliz, como possibilidades de cuidados integrais a serem realizados; iii) considerando a dimensão da qualificação da formação em serviço, compreende-se que a estratégia de educação permanente, conhecida como Reflexão da Prática (RP), pode representar um ganho importante para a política de saúde local e regional. Dessa forma, o presente estudo trouxe elementos para repensar as políticas públicas voltadas à mulher, em âmbito



intersetorial, bem como, lançou reflexões sobre os modelos de cuidado nesta etapa do ciclo de vida e trouxe subsídios à elaboração de estratégias de cuidado puerperal sob um novo enfoque, o que inclui o respeito do profissional aos valores, desejos e representações destas mulheres.

**PALAVRAS- CHAVE:** maternidade; puerpério; necessidades de saúde, integralidade e cuidado.

## ABSTRACT

The experience of motherhood associated culturally and socially with the female condition has historically been present in different contexts. Our contemporary culture remains influenced by the social and historical construction of the female role, in relation to motherhood, characterized by the naturalization of the procreative function and motherhood as exclusive. Based on the hypothesis that many transformations caused by pregnancy and postpartum cause a state of important hormonal, physical, emotional and behavioral changes, that are experienced and linked to a set of expectations of the social role of women, it is relevant to understand the pregnancy and motherhood construction, articulating the biological, affective, cultural and social aspects through the perspective of Integrality of Health Care. Thus, the present research aimed to investigate the women's health care needs in the puerperal period, considering the integrality of health care. This is an empirical, qualitative, descriptive-interpretative study that investigated the universe of eight women who were in the puerperal period (from the 11th to the 60th postpartum day), attended by the Public Healthcare Service of a municipality in small inland in the state of SP. The instruments for data production included observations of the health care routine, recorded in a field diary, and semi-structured interviews, carried out in the context of home visits. The interviews were recorded, transcribed in full and analyzed based on thematic content analysis. The results produced five thematic categories: 1. Construction and reconstruction of the ways of being (mother); 2. Affective dimension and sexuality; 3. Care of the self; 4. Bond and support network; 5. Comprehensive health care: challenges and possibilities. These revealed the strength of social constructions on motherhood, the multiple health needs being secondary in order to a puerperal care centered on the baby's physiological well-being and the mother's reproductive functions, and a relationship between maternal experience and social context. In order to problematize and overcome this reductionist practice, as well contribute to broader and more comprehensive rearrangements in the provision of care to these women, we highlight some recommendations: i) carry out the puerperal appointment and home visit until the 10th postpartum day; ii) to create dialogic listening spaces, through information and communication technologies, for women, mothers of children served by the Happy Child Program, as possibilities of comprehensive care to be performed; iii) taking into account the dimension concerning in-service training, it is understood that the permanent education strategy, known as Practice Reflection (PR), may represent an important gain for local and regional health policy. Thereby, the present study brought elements to rethink public policies aimed at women, at the intersectoral level, as well has launched reflections on the care models in this stage of the life cycle and brought subsidies

to the elaboration of puerperal care strategies under a new focus, which includes the professional's respect to the values, desires and representation.

**KEYWORDS:** mothering; puerperium; health needs, integrality and care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01-	
Análise individual de cada participante.....	34
Quadro 02-	
Caracterização das participantes da pesquisa.....	43
Quadro 03-	
Categoria 1: Construção e reconstrução dos modos de ser (mãe).....	46
Quadro 04-	
Categoria 2: Dimensão afetiva e sexualidade.....	59
Quadro 05-	
Categoria 3: Cuidado de si.....	76
Quadro 06-	
Categoria 4: Vínculo e rede de apoio.....	79
Quadro 07-	
Categoria 5: Cuidado integral em saúde: desafios e possibilidades.....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCG	Vacina Bacilo de Calmette e Guérin
CIEE	Centro de Integração Empresa- Escola
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSII	Centro de Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PNH	Política Nacional de Humanização
SCR	Vacina Tríplice Viral
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	15
1 INTRODUÇÃO E APORTES TEÓRICOS.....	16
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3 MÉTODO.....	28
3.1 Tipo do estudo.....	28
3.2 Participantes e Cenário do estudo.....	28
3.3 Aspectos Éticos.....	29
3.4 Trabalho de campo.....	30
3.3.3 Análise dos dados.....	32
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	42
5.1 Apresentação do perfil e caracterização das mulheres entrevistadas.....	42
5.2 CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DOS MODOS DE SER (MÃE).....	46
5.3 DIMENSÃO AFETIVA E SEXUALIDADE .....	59
5.4 CUIDADO DE SI .....	76
5.5 VÍNCULO E REDE DE APOIO.....	79
5.6- CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES .....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	102
7 REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICE A- Roteiro de observação de campo .....	110
APÊNDICE B- Roteiro para entrevista.....	111
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres humanos da UFSCar .....	112

## APRESENTAÇÃO

Enquanto psicóloga, técnica municipal na área de desenvolvimento social, indicada a articulação local do *Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância* e coordenação do *Programa Criança Feliz* participo diretamente das discussões e planejamento de ações no que tange o investimento a Primeira Infância em um município de pequeno porte no interior de São Paulo. Desde que direcionei o olhar e minha prática profissional para essa fase do desenvolvimento, passei a compreender o quanto se faz importante os cuidados desde a gestação e que os mesmos não se estendam somente a criança, mas também a família, partindo da premissa de que “quando nasce uma criança nasce com ela uma família”.

Uma das reflexões que se faz constante na minha prática diz dos cuidados relacionados à saúde da mulher no cuidado puerperal. Os relatos de várias puérperas, as quais faço acompanhamento como profissional da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, e a observação que faço constata que o atendimento se volta à saúde da criança e que as mesmas não se sentem devidamente contempladas em suas necessidades de saúde.

A prática, através dos grupos de Famílias grávidas, também me mostrou que as mulheres sentem a necessidade de serem ouvidas e acolhidas em suas demandas após terem os filhos, pois como elas mesmas verbalizam “os grupos de gestantes são ótimos, mas as dúvidas e medos surgem depois, quando o nosso bebê nasce” (sic).

Entendo que se torna relevante escutarmos essas mulheres para conhecermos às singularidades das vivências no puerpério. Acredito que ao dar voz às mulheres para que elas possam falar sobre seus sentimentos, sua sexualidade, dar significado ao que pensam sobre “ser mulher e ser mãe”, utilizando como instrumentos para isso as entrevistas, propiciando um espaço de escuta, sem julgamentos e orientações, possa-se desmistificar algumas idealizações acerca da maternidade, permite vislumbrar sobre a aspiração de legitimar o próprio lugar para além da condição de mãe, e assim, contribui para construção de uma nova forma de cuidado sinônimo de promoção de saúde e redução de danos às mulheres que vivenciam o puerpério.

## 1 INTRODUÇÃO E APORTES TEÓRICOS

A maternidade é resultado de uma cultura que se registra numa transformação permanente sendo as representações acerca dela e da vivência de tornar-se mãe dependentes diretamente dos discursos que regem os laços sociais em uma determinada época da civilização. Tornar-se mãe em nossa cultura é frequentemente considerado uma “experiência realizadora na vida de uma mulher, enquanto que o contrário, ou seja, não ter filhos, é encarado como ausência de feminilidade, associado à ideia de incompletude” (SWAIN, 2007, p.205).

A experiência da maternidade associada cultural e socialmente à condição de mulher esteve frequentemente presente em diferentes momentos e contextos. Até meados do século XV, final da Idade Média, “nas sociedades rurais a maternidade era assimilada à fecundidade da terra” (SCAVONE, 2001, p.49) sendo as crianças vistas como necessárias para o trabalho e como segurança para o futuro dos pais, na velhice e na doença, embora, muitas vezes, representassem um encargo, e assim, tinha-se o que Ariès (2012) nomeou de “infanticídio tolerado”, retratando uma época na qual a vida da criança e a própria experiência da maternidade tinham outro valor. O infanticídio tolerado diz de um fenômeno que persistiu até o fim do século XVII:

Não se tratava de uma prática aceita, como a exposição em Roma. O infanticídio era um crime severamente punido. No entanto, era praticado em segredo, correntemente, talvez, camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou salvá-las (ARIÈS, 2012, p. XV).

Ao passo que o lugar da infância foi se modificando ao longo da história, de estorvo para os pais à concepção da infância como base definidora do que serão os futuros adultos, os sentidos da maternidade também sofreram profundas transformações. A compreensão a respeito da criança foi produzindo novos sentidos sobre a maternidade e vice-versa.

No final do século XVIII e início do século XIX, quando ocorreu um declínio do poder patriarcal e maior controle das mulheres sobre a criação e educação dos filhos, decorrente de discursos médicos, teológicos, filosóficos e pedagógicos tem-se a:

Invenção” da maternidade, tal como concebida na família moderna, este modelo se consolidou “em uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação do (a) s filho (a) s e limitando a função social feminina à realização da maternidade (SCAVONE, 2001, p.49).

Com a organização dos Estados modernos e o advento do capitalismo como modo de produção, a vida familiar revestiu-se de grande importância, tornando-se foco de uma atenção cada vez maior por parte do Estado e do conjunto da sociedade. Segundo Kehl (2007) com a



consolidação do capitalismo, houve uma transformação social na qual se constituiu um lugar específico para algumas mulheres: a família nuclear e o lar burguês. Segundo a autora esse lugar é tributário “da criação de um padrão de feminilidade que sobrevive ainda hoje, cuja principal função (...) é promover o casamento, não entre a mulher e o homem, mas entre as mulheres e o lar” (KEHL, 2007, p.44).

A infância se desenhou como um novo valor, “o que determinou maior investimento social na criança, especialmente nos cuidados com sua educação e saúde” (ARIÉS, 2012, p.40). Paralelamente, o valor conferido ao papel materno se modificou e o lugar da mulher, na família e na sociedade, foi aos poucos se relacionando ao cumprimento de suas funções de mãe.

Com o advento da família moderna, a figura materna adquiriu maior importância na medida em que a mãe assumia pessoalmente o cuidado com os filhos e a transmissão de normas higiênicas para todo o grupo. As relações afetivas na família passaram a ser vistas como essenciais para o desenvolvimento da criança e o amor materno ganhou destaque, naturalizando-se sua existência.

Chodorow (2002 apud CARNEIRO et al, 2014, p.47) traz que “a maternação das mulheres é um dos poucos elementos universais e duráveis da divisão do trabalho por sexos”. Segundo Martinez e Barbieri (2011) com essa divisão sexual do trabalho, os homens eram responsáveis pela provisão financeira, e as mulheres pelos cuidados com a casa e a prole, o que fez despontar uma intensa valorização do sentimento de amor materno, naturalizado e explicado a partir de bases biológicas e instintivas.

Badinter (1985) nomeou esse fenômeno de naturalizar e universalizar o amor materno, como mito do amor materno, uma crítica a um sentimento inerente à condição da mulher, não sendo um determinismo, mas algo que se adquire. A autora afirma que:

É produto da evolução social desde princípios do século XIX, já que, como o exame dos dados históricos mostra nos séculos XVII e XVIII o próprio conceito do amor da mãe aos filhos era outro: as crianças eram normalmente entregues, desde tenra idade, às amas, para que as criassem, e só voltavam ao lar depois dos cinco anos. Dessa maneira, como todos os sentimentos humanos, ele varia de acordo com as flutuações socioeconômicas da história (BADINTER, 1985, p.03).

A consolidação da sociedade industrial afetou o conceito de maternidade, que sofreu alterações com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, seu acesso à educação e profissionalização, o avanço dos métodos contraceptivos e a possibilidade do exercício da sexualidade não subordinado à reprodução.

No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma crescente, trabalho fora do lar e maternidade (leia-se, também, como trabalho no lar), instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no séc. XX, com o avanço da

industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de “dupla jornada de trabalho (SCAVONE, 2011, p.50).

No decorrer do século XX a maternidade como escolha foi se consolidando e a crítica feminista passa a ter um lugar importante nesta reflexão, visto que permitiu entender a maternidade para além de um dado biológico, de caráter universal, mas como um papel constituinte da figura feminina:

A recusa consciente da maternidade foi o caminho proposto por esse feminismo para alcançar a liberdade. Esta recusa consistia em uma tentativa de negar o fatalismo biológico feminino da maternidade, romper com o determinismo dado pela natureza, já que ele era um argumento forte para justificar as desigualdades entre os sexos (SCAVONE, 2011, p.52).

Apesar do rompimento com o determinismo biológico sugerir uma separação definitiva da sexualidade com a reprodução, primeiro pela contracepção medicalizada e depois pelas tecnologias conceptivas, e assim, desconstruir a equação mulher=mãe, e de autores como Badinter (1985) afirmarem que antes de ser uma experiência biológica é uma experiência humana, ainda sim parece “perdurar uma intensa representação que a associa à determinação biológica feminina, o que faz com que qualquer ação que contrarie tal lógica seja vista como perversa ou patológica” (MARTINEZ E BARBIERI, 2011, p. 176).

As autoras ainda afirmam que:

A vivência da maternidade é constituída por uma colcha de retalhos, por possibilidades e paradoxos diversos, trazendo às mulheres pós-modernas algumas implicações e conflitos importantes. Conjugando múltiplos e variados papéis, as mulheres experimentam diversas possibilidades de existência e de pertencimento, o que, às vezes, é vivido com grande dose de angústia (MARTINEZ E BARBIERI, 2011, p. 176).

Nossa cultura contemporânea também acabou por naturalizar a existência de uma preparação biológica e emocional vivida pela mulher durante a gravidez e que implicaria uma prontidão para que ela vivenciasse de forma positiva a maternidade e o cuidado com o filho recém-nascido. Trata-se, portanto, de uma expectativa do que seria desejável para o desenvolvimento do bebê, entretanto, sabe-se que nem sempre acontece, exatamente por não ser natural.

Contudo, alguns autores demonstram concordarem com esse ideal, entre eles, Winnicott (2000). Para o autor, a mãe deve ser capaz, a partir dos últimos meses da gestação até alguns meses após o parto, de experimentar o estado de *preocupação materna primária*, que consiste em à mãe saber no momento certo, através de uma sintonia sutil que estabelece com o bebê, as necessidades vitais de seu filho. Para ele esse estado possibilita a mãe ligar se sensivelmente ao bebê através de uma identificação mãe-filho: ela passa a sentir o que ele sente e precisa. Dentro dessa visão, “a mãe e seu bebê possuem uma relação recíproca

e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe” (WINNICOTT, 2000).

Martinez e Barbieri (2011) recorrendo a estudo da Associação Americana de Psiquiatria, trazem uma questão controversa: de que haveria, um encantamento quase mágico e imediato de um pelo outro, o que poderia ser facilitado, segundo Durhan (1983 apud MARTINEZ E BARBIERI, 2011, p.177), por causa do longo período de tempo que a mãe passa gestando e cuidando do seu bebê. Assim, para as autoras por conta desta idealização à maternidade, mães que rejeitavam seus filhos no início da vida poderiam ser vistas como apresentando algum sofrimento psíquico, tal como tristeza materna, psicose puerperal e depressão pós-parto, por negarem sua natureza afável e procriadora (American Psychiatric Association, 1995 apud MARTINEZ e BARBIERI, 2011, p. 177).

Sell (2012) também fala dos modelos impostos para o exercício da maternidade e menciona a idealização do parto e da amamentação como exemplos de experiências que passaram a ser alvo de uma série de construções romantizadas de alegria e de sublimação da dor.

Em relação ao ato de amamentar, Monteiro, Gomes e Nakano (2006) afirmam que apesar do conhecimento sobre amamentação, acumulado pelos cientistas e profissionais de saúde, ao longo do século XX, o que se viu neste período foi a persistência do desmame precoce como importante causa do aumento da morbimortalidade infantil.

Entre as diversas causas do desmame precoce, especialmente nas regiões industrializadas, teve-se a influência da presença e da propaganda de alimentos artificiais (leites infantis modificados ou fórmulas; leite integral; além de farinhas, “potinhos” e cereais infantis) e outros produtos (mamadeiras e chupetas, por exemplo) que, através de intensas campanhas de incentivo, foi conquistando o mercado com sua facilidade e praticidade como substitutos do leite materno e da prática de amamentar. Para Zavaschi (1991) alguns fatores podem estar associados a falta de estímulo à prática da amamentação: *sociais* (aumento de números de mães trabalhando fora) e *culturais* (falta de informação sobre os benefícios da amamentação, causas referidas como “a criança não quis mais”, “tenho pouco leite” ou crenças como “leite é fraco”), além do medo em relação à estética do seio.

Neste sentido, a partir de 1980, políticas públicas em prol da amamentação começaram a serem desenvolvidas. No Brasil, foi criado em 1981, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que reforçava a amamentação como um ato natural, instintivo, inato e biológico.

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) ainda afirmam que a importância das mulheres para se promover a amamentação é reconhecida, mas o campo das políticas nem sempre reflete a ótica destas, desprezando que os seios pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinarem e a decidirem na política do aleitamento materno.

Orlandi (1985) estima que, apesar de se aceitar a importância da mulher para se promover a amamentação, o campo das políticas nem sempre reflete a ótica deste ator social. Conclui:

Seja como for, os seios, por muito tempo, despertarão um interesse político. Mas é preciso lembrar que eles pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinar e a decidir na política do aleitamento materno desde o século XVIII. No século XX, os homens continuam cometendo os mesmos erros. (ORLANDI, 1985, p. 134)

As idealizações em torno da maternidade e da amamentação são vivenciadas mais intensamente no puerpério. Entende-se o período puerperal aquele que se inicia 1 a 2 horas após a saída da placenta (Ministério da Saúde, 2006). Kitzinger (1977 apud MALDONADO, 1977, p.89) entende o puerpério como o quarto trimestre da gravidez, considerando-o um período de transição que dura por volta de três meses após o parto, acentuado em particular no primeiro filho.

Nesse período, então, a mulher terá de se adaptar e investir ao corpo não grávido, muitas vezes sentindo-se pressionada a exercer a maternidade, mostrando para si e para o mundo que é capaz de ser mãe. Depara-se, então, em um estado de importantes alterações hormonais, físicas e emocionais que, dependendo de sua história de vida e da continuidade oferecida pelos que a cercam poderá resultar no adequado ajuste psíquico em maior ou menor tempo.

Estima-se que “50 e 70% das mulheres apresentem um estado depressivo leve e transitório, com cerca de duas semanas de duração, conhecido como blue puerperal” (FRIEDMANN, 2011, p. 100). Menos frequente, ocorre manifestações mais graves, caracterizada pela depressão pós-parto, acometendo “entre 10 e 15% das puérperas que tem sintomas como perturbação do apetite e do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê” (BRASIL, 2006).

No âmbito da sexualidade, há importantes ajustes que necessitam serem realizados, sabendo-se que existem transformações corporais que ocorrem no período puerperal e que impactam diretamente a vida dessas mulheres. De acordo com uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, e que vai ao encontro do que foi constatado na presente pesquisa, as mulheres relataram que a insatisfação com o próprio corpo influenciou negativamente a sua vida sexual, pois se sentem envergonhadas e afirmam não se sentirem à vontade diante dos parceiros. O medo foi o sentimento mais presente na vida dessas mulheres quanto do retorno à atividade sexual associado com a cicatrização externa da região perineal que recebeu pontos, cicatrização interna uterina, com a possível dor durante a primeira relação e também com a possibilidade de nova gestação. A pesquisa conclui que:

Mais pesquisas, a respeito da sexualidade da mulher no puerpério, devem ser realizadas para que seja possível conhecer mais profundamente como as mulheres vivenciam esse período, para intervir efetivamente, quando necessário, e propiciar condições para que as mulheres se sintam livres para contar suas experiências, com soluções conjuntas para as possíveis dificuldades encontradas (SALIM ARAÚJO E GUALDA, 2010, p.07).

Apesar de toda demanda por cuidados nessa fase, o Ministério da Saúde tem considerado nas ações programáticas o retorno para consulta puerperal entre a “30ª e 42ª semanas pós-parto” (BRASIL, 2005), o que demonstra a desvalorização por essa fase. As ações previstas para essa consulta médica são essencialmente o controle da involução das modificações gravídicas e o início da contracepção, são, portanto, ações que visam o controle da fecundidade e do processo reprodutivo somado a orientações voltadas ao aleitamento materno e cuidados com o bebê, o que representam uma atenção polarizada na criança. Uma pesquisa realizada na cidade de Recife, Pernambuco, constatou que “as puérperas revelaram desconforto pela atenção focalizada no bebê, com reconhecimento unânime de que a visita domiciliar e a consulta de puericultura não constituíram um espaço para acolher suas angústias, receios, desejos e necessidades” (CORREA et al, 2017, p. 10).

Em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Descalvado – SP lançou as *Diretrizes Clínicas de Atendimento na rede básica do pré-natal*, documento ainda em vigor, com o objetivo de desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, assegurando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido.

No documento consta que compete as Unidades e equipes de atenção básica:

Rastrear todas as gestantes da região (abrangida pela UBS) para que nenhuma fique sem pré-natal; facilitar o início precoce do pré-natal; prestar assistência pré-natal, de preferência multiprofissional a todas as gestantes da região; abrir espaço para agendamento em curto prazo (acolhimento); agendar as visitas das gestantes à Maternidade de referência; propiciar a presença de acompanhante nas consultas de pré-natal; garantir a consulta de puerpério entre 7 e 10 dias após o parto de preferência junto com o bebê (DESCALVADO, 2011).

Ainda, segundo o referido documento, no que tange ao cuidado puerperal:

O agendamento da primeira consulta puerperal deverá ser realizado entre 7º ao 10º dia pós-parto pela equipe que realiza as vacinas do recém-nascido na unidade hospitalar. Nesta oportunidade o recém-nascido será inserido na puericultura. Realizar visita domiciliar da equipe multidisciplinar na 1ª semana. A puérpera receberá a SCR quando não tiver sido imunizada anteriormente. A criança recebe a vacina contra hepatite e BCG ainda na Santa Casa ou CSII, caso tenha mais de 2 kg, conforme protocolo específico de calendário imunológico. Após o parto, as puérperas deverão retornar à UBS/ USF em que realizaram pré-natal, no prazo de 30 a 42 dias, para revisão puerperal e oferecimento do Programa de Planejamento Familiar

(consulta médica), caso não comparecerem deverão ser convocadas (DESCALVADO, 2011).

Pelo apresentado, entende-se que as ações voltadas à puericultura em Descalvado vão ao encontro daquelas propostas acima pelo Ministério da Saúde, direcionando-se o cuidado à criança e no que dizem dos cuidados à puérpera, as ações voltam-se ao planejamento familiar.

Outra política pública que direciona os cuidados exclusivamente à criança, esta proposta pelo Ministério do Desenvolvimento Social (atual Ministério da Cidadania), diz sobre o *Programa Criança Feliz*. Trata-se de um programa do governo federal que foi instituído por meio do *Decreto nº 8.869*, de 05 de outubro de 2016, tendo como fundamento a *Lei nº 13.257*, de 08 de março de 2016, referente ao *Marco Legal da Primeira Infância*, e que está presente no município desde dezembro de 2016. O programa realiza o acompanhamento às gestantes, mas como pode-se observar nos objetivos destacados abaixo não direciona o cuidado à mulher, especialmente, após ter o filho:

Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade; Mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias às políticas e serviços públicos de que necessitem; Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias (BRASIL, 2017, p.09).

Segundo Mattos (2009), o movimento feminista influenciou, e muito, a elaboração do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*, no âmbito do Ministério da Saúde, implícito a esse programa estava uma densa crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. Ainda segundo o autor, os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres. O movimento feminista, então, travou uma grande luta contra o reducionismo implícito nessa acepção, acreditando ser inaceitável que a saúde da mulher fosse vista apenas em função da perspectiva de ela se tornar mãe. Assim, a saúde da mulher deveria ser pensada desde a perspectiva de vida dessa mulher, que deveria ter na maternidade uma de suas muitas opções.

Quando se pensa nessa dimensão do lugar que as mulheres ocupam nos serviços de saúde que estão destinados a cuidar das mesmas durante o ciclo gravídico e puerperal, tornou-se relevante formular no presente estudo que dimensão de gênero é essa que está sendo colocada no nosso meio social? Assim, tornou-se importante ter clareza como a categoria gênero está contemplada nas políticas públicas e discutida ou não na sociedade,

pois o que pode constatar ao longo dos anos é que a palavra gênero, nas políticas e no discurso do senso comum, acabou se banalizando:

Nessa banalização que está sendo feita, perde-se a dimensão de que o termo gênero está associado às relações de poder entre homens e mulheres e de como essas relações são construídas. Trata-se de poder pensar que tanto o masculino quanto o feminino são socialmente construídos, e essa construção vai sendo feita ao longo do tempo. As relações de poder vão marcar o que se entende por homens e mulheres na nossa sociedade. Então, é necessário pensar os efeitos desse modo de pensar nos lugares que estes se definem na sociedade (BRIGAGÃO, 2010, p. 61).

As mulheres ao serem acolhidas em virtude de sua capacidade reprodutiva e de cuidado perante o outro submergem como indivíduos e sujeitos de direitos, em razão do que Meyer (2005) tem chamado de politização da maternidade, processo este que recoloca as mulheres no centro da política como gestoras da vida, por excelência, não comportando qualquer espaço para a vivência da sexualidade que não seja orientada para a maternidade:

Referir-se, pois, a um processo de politização da maternidade, em curso, é referir-se a esse contexto em que o corpo, os comportamentos, as habilidades e os sentimentos maternos se tornam alvo principal de vigilância – em um movimento que continua atribuindo especialmente à mãe a responsabilidade de gerar e criar seres humanos perfeitos (MEYER, 2005, p. 87).

Foucault (1999) nomeou esse movimento de gestar a vida de “biopolítica” e, com o termo, refere-se ao conjunto de tecnologias de poder-saber que, “a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 1999, p. 136). Na biopolítica, articulam-se técnicas disciplinares com procedimentos reguladores constitutivos da “política da vida”, no interior da qual a vida de cada ser humano, sempre colocada em relação à vida da população, está em questão. E é neste contexto que se processa a “medicalização minuciosa dos corpos e do sexo das mulheres em nome da responsabilidade que elas teriam relativa à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (FOUCAULT, 1999, p. 139).

O que torna relevante o seguinte questionamento: em que momento o cuidado puerperal direciona o olhar para a saúde da mulher a fim de identificar as suas necessidades de saúde? Principalmente aquelas relacionadas às condições psicoemocionais e a sua sexualidade.

Partindo do pressuposto que a premissa do cuidado é a escuta, Silva e Tavares (2004) colocam em destaque que a escuta das necessidades de saúde são um meio para construção de uma prática de cuidar participativa, ética, solidária e centrada no vínculo. Ao falar sobre necessidades de saúde entendem-se que as mesmas são:

Necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes, ou seja, são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver. Assim, tomar necessidades de saúde como objeto das práticas em saúde implica adotar uma noção de saúde que considere a inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais. Isso significa que o objeto das práticas em saúde é amplo, abrangendo, além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica, política, comandadas – no modo de produção capitalista – pela dimensão econômica (CAMPOS E MISHIMA, 2005, p.1260).

Campos e Mishima (2005, p.1261) afirmam ainda que para a saúde coletiva, atender essas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença para instaurar processos de trabalho que respondessem por elas no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também no dos resultados, a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal.

Adota-se à noção de integralidade neste trabalho como um princípio do SUS e uma categoria teórica estudada pela Saúde Coletiva, contemplando-a a partir de dois sentidos: o que se aplica às respostas governamentais aos problemas de saúde e aquele que se refere a atributos das práticas dos profissionais, constituindo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática.

Como um dos princípios que norteiam o SUS, a integralidade está relacionada à ideia de saúde como direito de cidadania, portanto, à humanização das práticas em saúde, integrando as exigências técnicas aos interesses e necessidades de indivíduos e coletividades:

A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009, p.258).

A integralidade também busca a totalidade do sujeito, evitando a fragmentação e o reducionismo, atendendo, assim, a todas as suas necessidades, portanto, está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Para Mattos (2009, p.65) a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Fontoura e Mayer (2006) entendem que a integralidade valoriza o usuário como pessoa, um cidadão inserido em uma comunidade. Para os autores, quando pensamos a integralidade na prática, a mesma visa atender aos “aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento dos pacientes dentro de uma contextualização social deixando de lado a tecnização e a padronização preocupando-se



também com a restauração da vitalidade do paciente ou do grupo” (FONTOURA e MAYER, 2006, p. 534).

Assim, entende-se integralidade também como um intercruzamento de dimensões e planos de ação, “através da superação da fragmentação que não permite reconhecer o usuário como sujeito de desejos, possibilidades, direitos e capacidade de apropriação de seu projeto de saúde e, mais do que isso, não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos” (MERHY, 2005 apud CARNEIRO et al, 2014, p.48).

Mattos (2009, p.63) aponta que o termo assistência integral procura indicar a ampliação do horizonte na qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. Nesse sentido, “integralidade quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (op.cit).

A perspectiva de integralidade proposta pelo movimento feminista teve que ser delimitada. O que implicou que alguns dos ideais da assistência integral à saúde da mulher fossem abdicados temporariamente. Assim, o PAISM se ocupou predominantemente com os problemas de saúde da mulher diretamente relacionados com o útero (gravídico ou não) e com as mamas, assim como ao planejamento familiar.

As eventuais especificidades do adoecimento feminino, produzidas não pelas especificidades biológicas, mas pelas especificidades culturalmente ligadas ao gênero, não puderam ser abordadas adequadamente (o que segue sendo um grande desafio para a construção de uma assistência integral). Tal delimitação, embora compreensível no bojo das lutas entre os diversos programas verticalmente construídos (como ainda prevalecia à época), não era nem é aceitável. Nesse sentido, deveríamos talvez seguir aprendendo algo com o movimento feminista, e seguir lutando pelo seu ideal de uma assistência integral à saúde da mulher (MATTOS, 2009, p.63).

Em primeiro lugar é importante sublinhar que é extensa a literatura científica sobre maternidade, compreendendo, no campo das Ciências Sociais e Humanas, discussões que articulam saberes sociológicos, antropológicos, históricos e psicológicos, com inúmeras contribuições para os estudos sobre o desenvolvimento. Entretanto, buscando o estado da arte a respeito da temática deste estudo e com base nas leituras de pesquisas encontradas no percurso, foi encontrado na literatura artigos que abordam a maternidade sob o viés de gênero nas práticas de saúde, dando atenção à saúde da mãe e não à da mulher e pouco material que abordasse especificamente as necessidades de saúde da mulher no período puerperal. Dentre os referidos trabalhos, um deles teve papel importante nesse processo: *Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério*, cujos autores CORREA e colaboradores (2017) objetivaram compreender percepções e práticas relativas ao acolhimento no cuidado puerperal à mulher. Os autores tiveram escuta para as necessidades

de saúde das entrevistadas e no estudo chegaram a uma importante conclusão, relevante para a presente pesquisa por tornar-se um desafio a ser superado:

Apesar de insatisfeitas com a desconsideração por necessidades de saúde relativas às vivências do puerpério, as mulheres pareciam sentir dificuldade de transformá-las em demanda, denotando certa passividade no processo de buscar o cuidado à saúde. Postura que pode ter sido influenciada por expectativas sociais referidas ao exercício da maternidade, que enfatizam a centralidade do cuidado ao filho e alimentam a postergação do cuidado de si (CORREA et al., 2017, p. 9)

Dado que se torna relevante compreender as condições que estão imbricadas na saúde mental de mulheres que vivenciam a maternidade sob um viés das questões relativas às construções de gênero e as idealizações que perpassam a mesma, com ênfase na compreensão a respeito do processo de construção da maternidade e o melhor direcionamento do cuidado, pretendeu-se neste estudo, investigar as necessidades de saúde das mulheres no período puerperal considerando a integralidade do cuidado. Entende-se, com base no que foi levantado através desta pesquisa, que mudanças na forma de assistir, de modo a atender às reais necessidades de saúde da mulher/ puérpera/ mãe em sua integralidade, se fazem necessárias. Assim, espera-se trazer subsídios para repensar as políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar as necessidades de saúde das mulheres no período puerperal considerando a integralidade do cuidado.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar a percepção das participantes sobre o cuidado puerperal direcionado a elas;
- b) Descrever a experiência das participantes em relação ao cuidado de si e da dimensão afetiva-sexual.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo do estudo**

A proposta metodológica apresentada é de caráter qualitativo, pois através da presente pesquisa investigou-se “as pessoas em seus ambientes naturais e emprega metodologias como observação direta e participante, entrevistas, grupos focais, conversas informais, análises de textos ou documentos e análise de discurso” (FIUZ, 2011, p.01).

Considerando o objetivo do estudo, que é levantar as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto, esse objeto se aproxima da pesquisa qualitativa, pois a mesma “se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p. 21).

Os instrumentos de pesquisa utilizados neste estudo incluíram: observação à campo, entrevistas, análise de textos ou documentos por meio de gravações em áudio. Os dados coletados por esses métodos foram utilizados com o foco para a análise da narrativa das vivências do sujeito.

#### **3.2 Participantes e Cenário do estudo**

O estudo foi realizado com mulheres que se encontravam no período puerperal (especificamente o puerpério tardio e remoto do 11º ao 60º dia pós-parto), atendidas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e Centro de Saúde do município de Descalvado- SP. O município pertence ao CGR Coração do DRS III, composta pelos seguintes municípios: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos. A Região de Saúde Coração é uma das quatro Regiões de Saúde que compõem o DRS III - Araraquara e está geograficamente localizado na extremidade sul do mapa, fazendo limites com a Região Central do DRS III e Aquífero Guarani do DRS XIII de Ribeirão Preto.

Como critérios de inclusão, foram adotados na pesquisa: mulheres, puérperas, que se encontravam no período puerperal entre janeiro e junho de 2019 e que aceitaram participar do estudo estando em condições físicas e emocionais de participar de uma entrevista. E como critérios de exclusão puérperas fora do período determinado (superior ao segundo mês pós-parto).

Vinte e uma mulheres puérperas foram contatadas, entre os meses de janeiro e junho de 2019, as quais foram convidadas a participar da pesquisa, e inicialmente aceitaram. Este primeiro contato possibilitou uma familiarização inicial com as participantes, buscando

produzir melhor vínculo no momento da entrevista. Das 21 mulheres que aceitaram inicialmente participar, ao serem convidadas posteriormente, e concluir o agendamento das entrevistas, o estudo resultou somente 8 participantes. As outras 13 convidadas adiavam a visita domiciliar por várias vezes, e depois, algumas deixaram de atender os telefonemas da pesquisadora.

A região Coração conta com 01 município, abaixo de 10.000 habitantes, 04 municípios com até 50.000 e 01 município acima de 100.000 habitantes. Com base no último CENSO realizado pelo IBGE, no ano de 2010, a população de Descalvado é formada por 31.056 pessoas. Observa-se, que existe significativa disparidade entre o menor e o maior município, no que se refere ao porte populacional, o que implica também em diversidade nas necessidades de saúde da população e nos recursos envolvidos no seu atendimento.

Ainda segundo os dados do IBGE, no que diz respeito aos aspectos voltados ao campo da Saúde em Descalvado:

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 8.15 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 403 de 645 e 290 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3637 de 5570 e 3606 de 5570, respectivamente (BRASIL, 2018).

Para atender a população nas suas necessidades de saúde, Descalvado conta com seis USF e uma unidade Central. Em relação aos serviços para Linha de Cuidado materno infantil, no ano de 2018, cinco USF, somado ao Centro de Saúde, realizam o pré-natal, e a parturiente, e seus familiares, se direcionam a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Descalvado onde os partos são realizados pelo ginecologista responsável pelo plantão (ressalta-se que as gestantes de alto risco são acompanhadas no município de São Carlos-SP).

### **3.3 Aspectos Éticos**

Conforme as normas e diretrizes regentes da pesquisa científica, o estudo foi, primeiramente, submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, em consonância as prerrogativas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regula e dispõe sobre normas éticas de pesquisas com seres humanos. O presente estudo foi submetido através da inserção no sítio *Plataforma Brasil*, atendendo todos os requisitos e sido aprovado com parecer nº: 3.077.814 em 12 de dezembro de 2018 (Anexo A).

Em relação aos participantes da pesquisa, os mesmos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que disponibilizou informações pertencentes ao estudo; objetivo; procedimentos da coleta de dados; reserva da privacidade do participante e finalidade da coleta de dados (fins científicos).

### 3.4 Trabalho de campo

Vale destacar que a pesquisadora, como dito anteriormente na apresentação desta dissertação, faz parte da equipe de profissionais do município que acompanha rotineiramente puérperas e recém-nascidos no *Programa Criança Feliz*. Elemento este facilitador da inserção no campo e do contato com as participantes do estudo.

A pesquisa, então, foi realizada em três etapas:

*Etapa 1- Levantamento de possíveis participantes para a pesquisa:* a pesquisadora pretendia entrar em contato com as enfermeiras responsáveis pelas USF a fim de levantar com as mesmas as possíveis candidatas a participarem do estudo e, em conjunto com a equipe de profissionais da Saúde, o projeto de pesquisa seria apresentado as possíveis participantes, mulheres que se encontravam no último trimestre da gestação. Assim, quando as mesmas tivessem filhos, sabendo da pesquisa e indicando uma disponibilidade em participar, seriam contatadas e as visitas domiciliares agendadas (previstas para serem realizadas na 1ª semana após o parto, no puerpério imediato até o 10º dia).

No entanto, percebida a sobrecarga de trabalho dessas profissionais optou-se pelo levantamento de possíveis participantes ocorrerem nas ações em sala de espera realizadas pela fonoaudióloga da rede. Essas ações eram realizadas no Centro de Saúde do município, uma vez ao mês, tinham a temática Amamentação e eram direcionadas às mulheres que estavam aguardando para realização do Teste do Pezinho nos filhos. Ressalta-se que como essas mulheres encontravam-se no puerpério imediato manteve-se a ideia inicial.

A pesquisadora, então, acompanhou a fonoaudióloga nessas ações, entre os meses de janeiro e junho de 2019, e nesse espaço apresentou o projeto de pesquisa e aquelas que aceitaram participar, totalizando 21 mulheres, foi acordado que a pesquisadora entraria em contato posteriormente, por telefone, para agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade delas. Este primeiro contato possibilitou à pesquisadora aproximar-se das mulheres antes das entrevistas, iniciando uma relação com o objetivo de potencializar a intersubjetividade nos encontros subsequentes.

Para esse momento foi utilizado um roteiro de observação de campo (Apêndice A) bem como um instrumento denominado diário de campo a fim de registrar o que foi observado.

O diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (MINAYO, 2010, p.295).

*Etapa 2- Contato com as participantes da pesquisa:* a partir do contato prévio na etapa 1, ocorreu o segundo contato, que se deu por telefone, com intuito de agendar a visita domiciliar e nesse espaço ser realizado às entrevistas, dentro da disponibilidade das participantes. Das 21 mulheres que aceitaram participar, ao serem convidadas na etapa 1, foi possível agendar as entrevistas com 8 mulheres, as demais adiavam a visita domiciliar e depois algumas deixaram de atender os telefonemas. A pesquisadora pensa que essa indisponibilidade possa estar relacionada ao pouco tempo que essas mulheres dispõem, já que a maternidade exige uma dedicação quase que exclusiva à criança, e ao cansaço sentido em desempenhar essa tarefa.

A princípio previa-se que o segundo contato dar-se-ia através de visitas domiciliares programadas para serem realizadas pela equipe multidisciplinar na primeira semana pós-parto, no entanto, as mesmas não estavam sendo realizadas por falta de profissional. Por isso, a pesquisadora optou por agendar as entrevistas por telefone e deu continuidade à etapa 3 dirigindo-se sozinha as residências das participantes para realização das entrevistas.

*Etapa 3- Entrevistas:* As mulheres foram entrevistadas no domicílio no puerpério tardio (do 11º ao 42º dia) e remoto a partir do 43º dia até o segundo mês pós-parto. As entrevistas tiveram, em média, 1h30min de duração. A pesquisadora, assim, acredita que para esta etapa dispendeu mais de 10 horas na realização das entrevistas já que em alguns locais estendia-se o tempo em respeito à rotina da família, como por exemplo, aguardando a participante amamentar a criança ou outras demandas.

Neste momento foi apresentado novamente o projeto e colhida à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, vale ressaltar que a participante 08, por estar na adolescência e, portanto, ser menor de idade, sua genitora foi contatada autorizando a filha a participar do estudo. Todas as participantes foram identificadas por um código, visando preservar o anonimato nos resultados e futuras publicações, impossibilitando sua identificação.

Para as entrevistas individuais com as mulheres, na fase puerperal, foi utilizada a entrevista em profundidade com roteiro pré-estabelecido (Apêndice B). As entrevistas foram registradas através de anotações feitas na hora, anotações realizadas posteriormente e gravações em áudio. Neste estudo deu-se preferência para gravação da conversa com objetivo de um registro fidedigno das entrevistas.

Na entrevista em profundidade o entrevistado foi convidado a “falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade as reflexões” (MINAYO, 2009, p. 64). A entrevista como fonte de informação forneceu dados subjetivos constituindo uma “representação da realidade: ideias; crenças; maneira de pensar; opiniões; sentimentos; maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes; de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2009, p. 65).

O uso das entrevistas possibilitou a construção de uma série de possibilidades de informações visando uma reflexão sobre a vivência da maternidade das entrevistadas. Subentende-se que o espaço da entrevista proporcionou um espaço de fala e escuta em que através da fala livremente as participantes se sentiram à vontade para falar sobre seus medos, angústias, sentimentos a respeito de si e dos outros, bem como, sobre o que seriam as suas necessidades de saúde nesse momento específico da vida, e com isso, também refletir sobre como seria o cuidado puerperal ideal que deveria ser direcionado a elas.

### **3.3.3 Análise dos dados**

O foco da análise e interpretação de dados na pesquisa qualitativa é “principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar” (MINAYO, 2009, p. 79). Ainda segundo a autora, “ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social” (op. cit., p.80).

Os registros produzidos pela presente pesquisa foram analisados através da modalidade de análise temática que “consiste em descobrir ‘os núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2009, p. 316).

Na análise de conteúdo temática, primeiramente, busca-se:

- a) ter uma visão de conjunto; b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para análise e interpretação do material; d) escolher formas de classificação individual; e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO, 2009, p.91).



Considerando os pontos expostos acima, o material da pesquisa foi organizado da seguinte forma:

*Fase 1- Registro, transcrição e organização dos dados*

Para cada participante foi criada uma pasta com código de identificação e nela armazenado o material correspondente a cada entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal. A pesquisadora acredita que despendeu 45 horas na transcrição das entrevistas.

A escuta dos áudios e a leitura das transcrições foi realizada repetidas vezes para cada entrevista. A primeira leitura das entrevistas visou à familiarização da pesquisadora com o material e a internalização do conteúdo de cada participante. Após foi realizada a leitura exaustiva das transcrições embasada nos objetivos da pesquisa.

Em seguida foram feitos destaques, identificando-os com cores diferentes, dos conteúdos referentes aos objetivos da pesquisa e no que a pesquisadora ia identificando de conteúdo significativo para cada participante.

*Fase 2- Análise de sentido para cada participante*

A pesquisadora, então, construiu a primeira versão dos quadros com os núcleos de sentido, iluminando a entrevista e seu conteúdo bruto a partir dos objetivos específicos e demais conteúdos significativos e não previstos nos objetivos. Ao final da primeira versão do quadro de núcleo de sentido para cada participante, refez a leitura da entrevista inicial buscando checar os trechos iluminados, se todos contemplavam a riqueza dos dados da entrevista, avaliando se era necessário acrescentar mais um sentido. Nesse movimento de volta se concluí a segunda versão e versão definitiva de cada quadro de núcleo de sentido, para cada participante. Como exemplo, apresenta-se abaixo como foi organizado o quadro individual para cada participante:

<b>Quadro 1- Análise individual de cada participante</b>		
<b>CORPO DE ANÁLISE</b>	<b>SÍNTESE INTERPRETATIVA</b>	<b>NÚCLEO DE SENTIDO</b>
“E aí eu vou passando a tarde com ela (filha), se ela dorme é o horário que eu tento dormir ou lavar a “roupinha” dela. Se ela fica acordada é o tempo todo no colo isso vai até a noite. Aí eu espero minha avó chegar do serviço ou se o R. está aqui. Se	A puérpera ao pensar sobre as mudanças nas situações do cotidiano, na rotina e nas responsabilidades ao se tornar	MODIFICAÇÕES

<p>o R. está aqui ele segura para eu tomar banho. E se ele não tá é o horário que eu espero minha avó chegar para ela poder segurar para eu conseguir tomar banho, senão. Porque vai, tem dia de ela ficar o dia todo no colo”.</p> <p>“É bem diferente da vida que eu tinha para vida de agora. Porque querendo ou não. Não que eu não era uma pessoa responsável, mas agora eu sinto que dobra a responsabilidade de ter uma pessoa que é totalmente dependente de mim (...) querendo ou não é uma coisa que mudou completamente. Eu tinha um dia todo para mim. E agora eu tenho meio dia e olha lá”.</p> <p>“Melhorou (risos) Porque tem gente que fala que piora, né? Que ter filho parece que estraga a relação, mas eu acho que não. A gente diminuiu até o número de briga porque ele (companheiro) tá sendo bem paciente comigo e eu acho que isso ajuda, né? Então acho que ele está sendo bem parceiro comigo”.</p> <p>“Ah tem as mudanças. É. Como eu posso dizer. Eu quero ficar assim. Eu não quero emagrecer mais porque eles falam que amamentar emagrece, né? E eu não quero. Eu quero futuramente voltar na academia. Porque eu vejo tem muita diferença do que era antes (...) Que nem meu peito não é a mesma coisa de antes. Por mais que eu tenha feito a cirurgia e tal não é o meu peito de antes deu</p>	<p>mãe coloca que a prioridade é a bebê e que a sua rotina está voltada as demandas dela.</p> <p>A puérpera aponta que o relacionamento com o companheiro melhorou após o nascimento da sua filha.</p> <p>A puérpera aponta as mudanças corporais após a gestação, entre elas o peso e os seios, demonstrando insegurança e insatisfação, mas não o suficiente que a impeça de fazer algo.</p>	
---	--	--

<p>engravidar. Então as vezes eu me olho no espelho e me incomoda um pouco. Mas não é uma coisa que vou te falar assim ah eu não consigo por uma roupa, “não consigo por um biquíni, por exemplo”. Se eu tiver “ah vamos nadar em tal lugar” eu vou me sentir um pouco insegura, mas não aquele negócio de ai eu não consigo dormir, não consigo nada porque eu tô pensando no meu corpo. Não. Porque eu sei que foi por um bom motivo”.</p>		
<p>“Parece que assim agora eu tenho que incluir. Aonde eu for eu tenho que levar ela (filha). E na verdade não é tão assim, né? Eu tenho que lembrar que eu tenho ele (companheiro) também”.</p> <p>“É mais eu falo que é difícil. Pensei que fosse ser fácil e pensei que não mudaria tanto a minha vida, mas muda. Muda porque hoje eu vejo, que nem tatuagem. As minhas tatuagens eram todas para mim, hoje vejo que já me incomoda um pouco porque que nem eu fui tirar minha sobrancelha esses dias e eu tava conversando com a moça de lá, né? E eu falei assim que antes eu queria que eles me vissem como uma menina. Ela usou a palavra desejada. Pelos homens. Mas eu não acho que era bem isso porque eu não fiz para me mostrar para homem. Eu fiz mais porque eu achava bonito, para mim tava na moda, e eu queria que eles me vissem como uma garota atualizada. Hoje já é diferente. Eu já quero que eles me vejam como mãe. E talvez minhas tatuagens talvez não deixem eles verem isso, entendeu? Tipo, talvez, a</p>	<p>A puérpera mostra como está o seu processo de construção da maternidade em relação aos seus outros papeis sociais. Mostra-se em conflito sobre priorizar a filha em detrimento do relacionamento com o parceiro. A participante também discorre sobre como se via do como se vê e demonstra se importar como “os outros”, a sociedade, passará a vê-la. Fala também da questão de ser objeto de desejo de outros homens.</p>	<p>DIMENSÃO AFETIVA E SEXUALIDADE</p>

<p>         pessoa vai olhar e vai falar 'ah é uma mãe que, né?' e eu quero que eles me vejam como uma mãe séria, não como uma mãe nova, que não está nem aí para bebê. Porque as vezes a pessoa vê uma pessoa tatuada e não passa uma imagem legal, né? Que nem às vezes você fala que eu me cobro muito. Mas eu penso muito no que os outros vão dizer, não em mim. Que nem eu não me sinto tão a vontade de sair de short mais para rua por conta da tatuagem que eu tenho na perna. Que eu acho que se eu tiver com a neném no colo e a pessoa mais velha, ou até mesmo um homem me vê com uma tatuagem dessa, segurando uma criança, vai achar que eu sou uma mãe que eu não quero que ele pense que eu sou, entendeu? ".       </p>		
<p>         "Tanto eu converso bastante com a minha mãe por chamada de vídeo. Minha mãe fala assim 'vai se cuidar que você não era assim', 'a mãe não gosta de te ver assim'. Porque eu era uma pessoa que eu acordava e eu já ia me maquiar (risos). Eu não gostava de me ver sem batom. Eu era, ficava 24 horas por dia de batom. E minha mãe falou bastante. E eu acho por ela ter me lembrado disso eu passei a me cuidar mais".       </p> <p>         "Meu cabelo é enrolado. E eu já tava no nível que não tava dando. Eu podia secar que não ficava mais. Agora eu fui lá e arrumei. Eu me olho no espelho e já acho que tô mais bonita porque eu tô com o meu cabelo arrumado, entendeu? Então é uma coisa que me fez muito bem. Eu me senti muito melhor".       </p>	<p>         A participante afirma que passou a cuidar de si quando a mãe começou a colocar isso para ela.       </p> <p>         A participante apontou como cuidados que teve consigo nesse período os cuidados com o cabelo, mostrando que ao cuidar da sua imagem passou a se sentir melhor.       </p>	<p>CUIDADO DE SI</p>

<p>“É e ter um parceiro, né? Porque para mim foi mais tranquilo. Eu não sei para quem não tenha a oportunidade de ter o pai junto, mas ele (companheiro) estar junto comigo também me ajudou bastante (...)Ele é muito companheiro. O que faz a diferença é você ter ele, o pai da criança para te ajudar. E você ter uma outra pessoa. Porque nem tudo se pode compartilhar, né? Porque homem tem esse negócio de ser mais assim, né? Que nem ele fala que eu tenho que desenganar, ‘se tem que desenganar, tem que desenganar”.</p> <p>“Que nem assim minha avó por ser antiga. Eu acho que nem, sabe? Nessa era de Facebook, internet, ela tem o celular que ela tem acesso à internet. Eu acho que o que falta é a pessoa atualizar um pouquinho. Procurar saber, procurar entender. Que nem ela que já teve três (filhos), sabe como é, procurar entender melhor. Porque acho que sabe que é difícil se tá ali tentando e ter uma pessoa do teu lado. Então acho que é atualização de ver como está o mundo hoje. Eu acho que é uma forma de ajudar uma mãe ainda mais de primeira viagem. Eu acho que da minha avó foi isso. Acho que ela é tão atualizada para algumas coisas que faltou essa atualização para ela. Eu acho que é muito importante. De ver que as coisas mudaram, que hoje, na época dela era de um jeito e hoje já é de outro”.</p>	<p>A puérpera destaca a importância do companheiro nesse período pós-parto. Fala sobre o relacionamento de forma positiva, mas ressalta que não se sente compreendida pelo mesmo. Na fala, ela destaca a importância da rede de apoio ao entender que se faz importante uma outra figura que não só a do companheiro.</p> <p>A participante coloca a avó como pertencente à sua rede de apoio, mas não se sente compreendida pela mesma, sugerindo que ela se atualize, pois, as orientações em relação aos cuidados com os bebês mudaram da geração dela para a atual. Ela aponta a internet como meio para buscar informações/ orientações.</p>	<p>RELACIONAMENTO E REDE DE APOIO</p>
<p>“Que eles estão ali para isso, é normal, e não ligam muito para</p>	<p>A puérpera ao falar sobre o atendimento que recebeu na</p>	<p>DEMANDAS DE SAÚDE</p>

<p>o sentimento da mãe, de ser um momento especial para a mãe. Que nem eu vi ela (filha), foi muito rápido. Ela nasceu, a Marília falou “olha, olha aqui T.., olha aqui rapidinho” mal olhei para o lado e já levaram ela (...) Então, eu acho que a única coisa que eu tenho do que reclamar, não foi tão humanizado. Eu queria mais para o lado humanizado e eu acho que foi mais para o lado, muito seco, eles (equipe médica) não se importam muito, sabe? (...) acho que faltou a parte humanizada que a gente foca tanto. Eu não sei se é a nossa área que a gente estuda tanto e vê a importância do vínculo do bebê desde a barriga. Eu acho que o que faltou foi isso. Eu acho que o que falta é isso. Eles são muito “ ah é isso que você tem que fazer e pronto e acabou”, “é isso que eu estou aqui para fazer e pronto e acabou”. Desde a gestação até quando ela nasceu ”.</p> <p>“Orientação do tipo “é assim que faz, não (...) Eu achei uma grosseria a forma que elas (enfermeiras) seguravam. Elas encaixavam a mão assim (demostrou) na cabecinha dela e empurrava ela no meu peito (demostrou). Eu afastava para trás porque eu via que estava sufocando ela. E elas falavam assim ‘vai mãe, enfia o peito na boca dela, você não vai engasgar ela com teu peito’. Então eu fiquei um pouco frustrada com isso e senti que ela (filha) também ficou. Então eu achei que ela não pegava meu peito por conta disso, por achar que toda vez que ela ia no meu peito ia ser aquele negócio. Acredito que isso tenha</p>	<p>maternidade discorre sobre as idealizações que tinha sobre o parto e a amamentação, como o momento de conhecer a sua bebê, e traz como relevante a humanização no atendimento.</p> <p>A participante relata que não teve orientação sobre amamentação e ressalta a importância desta. Mostra-se frustrada com a experiência vivenciada e ressalta novamente a ausência de um atendimento humanizado.</p>	
--	---	--

atrapalhado um pouco também na hora de amamentar. Mas de falar assim que entrou uma pessoa no quarto e falou `olha mãe, é assim, assim, assim que faz´.

“E se eu te falar que eu me escondia nos quartos para as enfermeiras não tirarem ela (filha) do meu colo. Aconteceu. De elas (enfermeiras) quererem dar mamadeira para ela já lá na maternidade e eu não querer porque eu queria muito que ela ficasse no peito. Então era assim elas reclamavam muito que ela chorava, que ela era a bebê que mais chorava no hospital, querendo dizer que ela chorava de fome. E assim quando ela chorava eu gostava de eu acalmar ou o R. (companheiro) E no último dia teve uma enfermeira que via ela chorando, me via com ela no corredor, tirava ela do meu colo e ia andar com ela para ela acalmar a neném. E eu não queria isso porque acho importante que eu acalme ela, mãe ou pai. Então que acontecia quando ela começava a chorar eu já entrava em desespero. Então eu já saía do quarto e ia me enfiando nos quartos vazios para ninguém entrar. E além de entrar nos quartos vazios, eu entrava dentro do banheiro do quarto e fechava a porta”.

“Teve, muita, que nem quando ele (pediatra) falou que ia ter que começar com a fórmula, eu chorei para ele, porque para mim era alguma coisa comigo, que eu não estava comendo, tal, e ele falou que não, que podia

A puérpera critica o atendimento prestado na maternidade desta vez com enfoque para ausência do olhar da equipe para as suas necessidades, seus desejos e suas emoções (necessidades de que ninguém, além do pai, tirasse a bebê do teu colo e se esconder para que ninguém a visse; desejo de amamentar e não ser compreendida e sobre como estava se sentindo).

A puérpera apesar de dizer que se sentiu péssima com o atendimento prestado pelos profissionais destaca que se sentiu bem e que foi compreendida pelo pediatra e

<p>ficar tranquila, que acontecia e que só era de início até ela engordar e depois a gente tiraria a fórmula (pausa), mas ele é um pediatra muito bom (...)</p> <p>A única hora que eu me senti, assim, bem, foi as duas vezes que me levaram para o banco de leite para eu tirar e dar no copinho para ela (filha) que as moças que trabalham lá, calmas, todas, as duas que trabalhavam lá. Calma, entendia o que eu queria o peito, então, tentaram de tudo, me mostraram como era dar no copinho, me mostraram como fazia para ordenhar porque como ela não estava mamando começou a empedrar, ficar muito cheio, dolorido, então, elas (enfermeiras) ordenhavam para mim e tiravam”.</p> <p>“Ter alguém para conversar. Eu acho que isso é muito importante. E uma pessoa assim que queira escutar porque às vezes se vê que você quer conversar com a pessoa e a pessoa não tá tão interessada. A pessoa quer competir (risos) porque você quer contar para ela que está difícil, só que tipo assim, ela fala assim “ah tá difícil, imagina, e eu que aconteceu isso, isso e isso”. Querendo por a dificuldade dela em cima da minha, entendeu? Eu acho que isso foi uma coisa que atrapalhou bastante. Então eu acho que uma pessoa que queira escutar o que a gente tem para falar, de como foi, como tá sendo (...)Eu acho que é o essencial. Você ter alguém para conversar e alguém para te entender, sabe? Eu acho que é a base de tudo”.</p>	<p>pelas enfermeiras do banco de leite, mostrando que os mesmos tiveram um olhar para os sentimentos desta a acolhendo.</p> <p>A participante traz como necessidade principal nesse período pós-parto a figura de alguém com quem possa conversar, que tenha escuta e compreensão com a mesma.</p>	
---	--	--



Na etapa de construção, com intuito de validar o método e a lógica de identificação de núcleos de sentido, utilizou-se de dois juízes cegos para avaliar as duas primeiras entrevistas. Os dois juízes repetiram o procedimento da pesquisadora, leram as entrevistas transcritas, iluminaram os sentidos de acordo com os objetivos e construíram um quadro de análise. Os três quadros foram comparados buscando identificar semelhanças na lógica de produção de sentidos. Assim, para as duas entrevistas iniciais utilizou-se de um piloto da metodologia para garantir a fidedignidade da análise. Encontrado semelhança nos agrupamentos dos núcleos de sentido, a partir da terceira entrevista a análise foi realizada somente pela pesquisadora.

Destaca-se que o presente estudo dialoga com o universo das ciências sociais e humanas e da saúde coletiva, adotando como base a discussão de gênero. Apoia-se em um referencial foucaultiano para uma melhor compreensão das relações de poder que perpassam a construção da maternidade bem como a humanização, como um princípio ético e epistemológico. Tais elementos contribuem para a reflexão sobre o Cuidado Integral, articulados aos estudos de Pinheiro e Mattos (Roseni Pinheiro e Rubens Mattos).

### *Fase 3- Análise transversal*

Este momento de análise visou transversalizar os dados individuais buscando a construção de categorias representativas do grupo de participantes. Finalizado os quadros de sentido para cada participante procedeu-se a análise transversal, ou seja, buscou-se articular os núcleos de sentido em categoria para cada participante numa análise do grupo nos conteúdos transversais. Esse conjunto de conteúdo, que se entende por núcleos de sentido<sup>1</sup>, foi agrupado por lógica, semelhança e diferença, e derivaram cinco categorias temáticas: **1- Construção e Reconstrução dos Modos de ser (mãe); 2- Dimensão afetiva e sexualidade; 3- Cuidado de si; 4- Vínculo e rede de apoio e 5- Cuidado integral em saúde: desafios e possibilidades.**

---

1 Compreende-se que núcleos de sentido equivalem a subcategorias.

## 5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados analisados. Inicialmente foram descritas as características das oito participantes da pesquisa, posteriormente, discute-se as cinco categorias de análise referentes ao que foi levantado através da coleta dos dados por meio dos roteiros de observação do campo e das entrevistas.

Os resultados indicaram a produção das seguintes categorias:

*Categoria 1- Construção e Reconstrução dos Modos de ser (mãe):* esta categoria refere-se ao conjunto de significados que diz respeito às mudanças nas situações do cotidiano, no comportamento, no corpo e nos relacionamentos dessas participantes ao se tornarem mães;

*Categoria 2- Dimensão afetiva e sexualidade:* refere-se às vivências afetivas e ao campo da sexualidade das participantes no que tange aos seus sentimentos e sensações, seus medos e preocupações, as suas experiências sexuais pós-parto, suas expectativas em relação ao retorno ao trabalho e suas compreensões sobre o que entendem por ser mulher;

*Categoria 3- Cuidado de si:* trata sobre a relação de autocuidado das participantes, em especial a dimensão corporal;

*Categoria 4- Vínculo e rede de apoio:* aborda o campo das relações e da participação do parceiro, da família e dos amigos nas vivências cotidianas das participantes nesse período puerperal;

*Categoria 5- Cuidado integral em saúde: desafios e possibilidades:* trata sobre as demandas de saúde trazidas pelas participantes e como elas estão sendo percebidas a partir da clínica da integralidade.

Ressalta-se que embora a construção das informações do estudo tenha ocorrido em duas fases (observação do campo e entrevista em profundidade), a pesquisadora optou por apresentar os achados concomitantemente no tópico Resultados, tendo em vista que se complementam.

### 5.1 Apresentação do perfil e caracterização das mulheres entrevistadas

Observa-se no quadro a seguir (Quadro 02) algumas características pessoais e sociais das participantes. Selecionou-se para compor o quadro 02, os dados mais pertinentes em relação à maternidade (filhos, gestação, dias pós-parto e tipo de parto); à condição socioeconômica (renda, escolaridade, trabalho) e dados de identidade (cor, idade e estado civil/ afetivo).

**Quadro 02- Caracterização das participantes da pesquisa**

<b>SUJEITOS</b>	<b>IDADE (Anos)</b>	<b>COR AUTO REFERIDA</b>	<b>DIAS PÓS PARTO</b>	<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>GESTAÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>PROFISSÃO TRABALHO OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA</b>	<b>ESTADO CIVIL/ AFETIVO</b>	<b>COMPOSIÇÃO FAMILIAR</b>
<b>CÓDIGO 01</b>	37	Branca	19	Normal	1 <sup>a</sup>	Ensino Médio Completo	Técnica administrativa/ Secretária (apoio)	Até três salários mínimos	Casada	Companheiro e filha
<b>CÓDIGO 02</b>	23	Branca	37	Cesárea	1 <sup>a</sup>	Ensino Superior Incompleto	Estagiária	De três a cinco salários mínimos	Solteira/ Em relacionamento sério	Avó/ Companheiro/ Filha/ Irmão
<b>CÓDIGO 03</b>	26	Parda	24	Normal	4 <sup>a</sup>	Ensino Médio Incompleto	Auxiliar de limpeza	Até três salários mínimos (beneficiária do PBF)	Solteira	3 filhos
<b>CÓDIGO 04</b>	27	Branca	52	Cesárea	3 <sup>a</sup>	Ensino Fundamental Completo	Dona de casa	Até três salários mínimos (beneficiária do PBF)	Vivem em união consensual	Companheiro; 3 filhos

SUJEITOS	IDADE (Anos)	COR AUTO REFERIDA	DIAS PÓS PARTO	TIPO DE PARTO	GESTAÇÃO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO TRABALHO OCUPAÇÃO	RENDA	ESTADO CIVIL/ AFETIVO	COMPOSIÇÃO FAMILIAR
<b>CÓDIGO 05</b>	28	Negra	16	Cesárea	1 <sup>a</sup>	Ensino Superior Incompleto	Técnica em logística/ Agente comunitária	Até três salários mínimos	Relacionamento sério	Genitora; Padrasto; Irmão; Cunhada; Sobrinho; Filha; Tio
<b>CÓDIGO 06</b>	22	Branca	36	Cesárea	1 <sup>a</sup>	Ensino Superior Incompleto	Técnica de enfermagem/ Dona de casa	Prefere não informar	Casada	Companheiro; filha
<b>CÓDIGO 07</b>	22	Branca	18	Cesárea	3 <sup>a</sup>	Ensino Fundamental Incompleto	Dona de casa	Até três salários mínimos (beneficiária do PBF)	Vivem em união consensual	Companheiro; 2 filhos
<b>CÓDIGO 08</b>	17	Parda	56	Cesárea	1 <sup>a</sup>	Ensino Médio Incompleto	Dona de casa	Até três salários mínimos (beneficiária do PBF)	Vivem em união consensual	Companheiro; filho

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

Destaca-se alguns pontos descritivos do grupo. Entre eles, a idade das participantes que apresentou uma variação significativa, entre 17 e 37 anos, com média de 25,25 anos.

Sobre a classificação racial, o método adotado foi de auto atribuição de pertença, no qual as participantes escolheram o grupo que se consideram membros. Destas cinco se consideram brancas, duas pardas e uma negra.

Em relação ao estado civil / afetivo, duas participantes dizem estar casadas, três em união consensual, duas vivenciando um relacionamento sério e uma solteira.

No que diz respeito à renda familiar, seis participantes declararam que recebem até três salários mínimos, uma participante de três a cinco salários mínimos e uma preferiu não informar. Vale ressaltar que quatro participantes são assistidas pelo benefício de transferência de renda do *Programa Bolsa Família* e consideraram o valor recebido pelo benefício ao informar a renda familiar.

O grau de escolaridade das participantes é marcado por: três que iniciaram seus estudos no Ensino Superior, mas não concluíram a graduação; duas participantes concluíram o Ensino Médio e duas não terminaram e uma participante que afirmou que não pode concluir o Ensino Fundamental.

Sobre o campo que diz respeito a profissão, ao trabalho e a ocupação, três participantes afirmaram terem um trabalho em regime formal de contratação pela consolidação das leis do trabalho, uma estagiava no setor da Saúde da Prefeitura local e quatro delas se diziam donas de casa, sendo uma delas formada como técnica de enfermagem.

Um dado significativo em relação aos aspectos voltados a maternidade: a maioria das participantes, cinco delas, está vivenciando a maternidade pela primeira vez.

No que diz respeito a relação entre maternidade e número de filhos, duas participantes têm três filhos e uma dois filhos. Ressalta-se que as participantes 03 e 07 vivenciaram a quarta e a terceira gestação e possuem três e dois filhos, respectivamente, pois sofreram perdas gestacionais anteriormente.

No que tange há quantos dias as mulheres estavam vivenciando o pós-parto, seis delas encontravam-se no puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e duas no puerpério remoto (a partir do 45º dia).

Em relação ao tipo de parto vivenciado, seis participantes passaram pelo procedimento da cesárea e duas vivenciaram o parto normal.

A seguir, inicia-se a apresentação das categorias produzidas a partir da análise de conteúdo temática.

## 5.2 CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DOS MODOS DE SER (MÃE)

**Quadro 03- Categoria 1: Construção e Reconstrução dos Modos de ser (mãe)**

CATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	DESCRIÇÃO DO FRAGMENTO	FRAGMENTOS-UNIDADES DE REGISTRO
<p><i>Construção e Reconstrução dos Modos de ser (mãe)</i></p>	<p>Situações do cotidiano</p>	<p>Reflexão das participantes sobre as mudanças nas situações do cotidiano, na rotina e nas responsabilidades ao se tornarem mães.</p>	<p>“Ah muda né? Muda sua percepção da vida. Você pensa agora tudo primeiro é nela (filha). Depois você pensa em você. Ela é prioridade” (COD 01)</p> <p>“É bem diferente da vida que eu tinha para vida de agora. Porque querendo ou não (...) querendo ou não é uma coisa que mudou completamente. Eu tinha um dia todo para mim. E agora eu tenho meio dia e olha lá” (CÓD 02).</p> <p>“Porque assim ele (filho) novinho toda hora tem gente chegando lá e pega um pouquinho depois o povo vai embora. Aí é chato você chegar e a casa estar bagunçada, os outro repara, né? E eu pensando naquilo e esse menino não parava de chora” (CÓD 03).</p> <p>“Eu acho que no começo eu senti um pouquinho de, nos primeiros dias eu tive muita visita. Eu acho que menos visita nos primeiros dias” (CÓD 05).</p> <p>“Vixi. Eu sou dedicada a ela (filha). Não tenho nem tempo, “malemá” tomar café. Só a hora que meu marido vai trabalhar que eu deito um pouco, dou uma</p>

			<p>dormida. Eu acordo e vou por a roupinha dela pra lavar, vou passar, quando vejo o dia já foi (...) E a casa eu dou uma mais ou menos porque não dá nem tempo” (CÓD 06).</p> <p>“Quando dá para mim almoçar eu almoço, quando não dá para mim almoçar eu não almoço (...) Eu vou dormir cedo também, quando ele (filho) dorme umas sete e meia, oito horas, eu já tô indo porque é o horário que eu aproveito descansar também, né? ”. (CÓD 07).</p>
	Comportamento	Retrato das mudanças no comportamento que ocorreram com a chegada dos filhos	<p>“Não que eu não era uma pessoa responsável, mas agora eu sinto que dobra a responsabilidade de ter uma pessoa que é totalmente dependente de mim” (CÓD 02).</p> <p>“Não sou chorona não, sou tranquila, sabe? Mas agora eu tô nervosa, tem dia que eu não me aguento, sabe? Às vezes eu acabo chamando a atenção demais do meu filho, depois eu peço desculpas para ele, sabe? Porque antes era só ele, depois veio ela e agora esse, então, mas aí eu tento ver onde eu errei” (CÓD 03).</p> <p>“Porque antes eu era muito muleca, assim, não queria saber de nada com nada. Nada com nada mesmo. Queria só saber de rodeio (risos). Rodeio e festa. Festa de 12 horas, festa de 30 horas, eu tava nessas festas doida. Ia trabalhar bêbada. Ia. Ia para Ribeirão, para Leme,</p>

			<p>para Porto. Comigo não tinha tempo ruim não, mas agora eu acho assim que, depois que eu me tornei mãe aí agora eu posso falar aí agora eu sou mulher (risos) (...) Agora é mais responsabilidade, agora sim, porque eu não tinha nenhuma não, nenhuma” (CÓD 05).</p>
	Corpo	Reflexão sobre as mudanças corporais após a gestação.	<p>“Ai (pausa). É complicado. Nunca mais vai ser o mesmo, né? (risos) Vai precisar de umas academias aqui agora (risos), mas do resto tá tudo bem. Assim, eu achei que eu emagreci bem, voltei ao peso rapidinho. Acho que porque foi parto normal. Ajuda, né? E precisa de uma academia agora para dar uma “endurecidinha”, né? Para manter também, para não engordar de novo” (CÓD 01).</p> <p>“Ah tem as mudanças. É. Como eu posso dizer? Eu quero ficar assim. Eu não quero emagrecer mais porque eles falam que amamentar emagrece, né? E eu não quero. Eu quero futuramente voltar na academia. Porque eu vejo tem muita diferença do que era antes (...). Que nem meu peito não é a mesma coisa de antes. Por mais que eu tenha feito a cirurgia e tal não é o meu peito de antes deu engravidar” (CÓD 02).</p> <p>“Então assim eu me sinto gorda, tô me sentindo desleixada. Eu não consigo fazer as coisas que eu fazia antes (CÓD 03).</p>



			<p>“É. Você não pode negar, depois que cê tem filho, você não vai mais ficar com o corpo igual do que “cê” era, não tem jeito” (CÓD 06).</p> <p>“Eu preferia meu corpo de antes, né? Mas. Agora, nossa, eu quero tirar uma foto eu preciso tirar umas cinquenta fotos para fica uma bonita” (CÓD 08).</p> <p>“Ai é a mesma coisa eu acho, viu? Que eu, assim, eu tô usando a cinta, né? Que nem minha cinta tá suja, eu tô com a calcinha um pouco mais alta, mas assim a mesma coisa” (CÓD 05).</p>
	Relacionamentos	Relatos sobre as mudanças no relacionamento com pessoas do seu convívio familiar.	<p>“Melhorou (risos) Porque tem gente que fala que piora, né? Que ter filho parece que estraga a relação, mas eu acho que não. A gente diminuiu até o número de briga porque ele (companheiro) tá sendo bem paciente comigo e eu acho que isso ajuda, né? Então acho que ele está sendo bem parceiro comigo” (CÓD 02).</p> <p>“E meu pai, a relação minha com o meu pai não era das piores, mas a gente não, tinha contato, mas nem tanto. E quando eu descobri que eu tava grávida, eu falava para minha mãe o meu pai fez coisa por mim que eu acho que ele nunca fez para ninguém nem para o neto. Então falo para minha mãe eu acho que isso também foi um pouco da consciência dele. Nossa e ele mima demais” (CÓD 05).</p>

			<p>“Mudou. E eu fico pensando na minha cabeça. Não é que eu tô. Que eu não agradeço a Deus por ter ele (filho). Só que eu fico imaginando eu e o J. (companheiro) sozinho. Quando eu e o J. era sozinha ele dava carinho, eu saía para os lugar sozinha, agora não tem mais como nós ir porque agora tem filho. Aí não tem como sair com ele porque tem que levar o bebê junto” (CÓD 08).</p>
--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

Como pode se observar, o Quadro 03 traz a categoria, os núcleos de sentido, a descrição dos fragmentos e os fragmentos em si. Assim, apresenta-se para a categoria 1 quatro núcleos de sentido: **situações do cotidiano, comportamento, corpo e relacionamentos**.

Ressalta-se que o que se nomeia como núcleos de sentido são as subcategorias para a categoria 1 e são eles que oferecem suporte as diversidades dentro dessa categoria pertencendo a ela, logo, eles têm as suas especificidades e seus eixos em comum entre si. As demais categorias deste estudo serão apresentadas seguindo essa mesma lógica.

a) Situações do cotidiano

Segundo Heller (1989), a vida cotidiana é parte inerente à existência de todo e qualquer indivíduo. Enquanto ser social, o indivíduo apropria-se da linguagem, dos objetos e instrumentos culturais, bem como dos usos e costumes de sua sociedade. Sem a apropriação dessas seria impossível a sua existência e convivência em qualquer sociedade humana, ou seja, seria inviável a existência do indivíduo como ser humano. Neste sentido, a filósofa alega que a vida cotidiana é composta pelo conjunto das atividades voltadas para a reprodução da existência do indivíduo, assim, a cotidianidade consiste no espaço de satisfação das necessidades essenciais do indivíduo e, portanto, as atividades cotidianas são basicamente determinadas por motivações de caráter particular.

O recém-nascido produz uma demanda de cuidado intensa para essas mulheres. Um dado relevante nesse estudo foi à constatação que em todas as narrativas as mulheres, ao refletirem sobre as mudanças nas situações do cotidiano, na rotina e nas responsabilidades

ao se tornarem mães, colocaram que a prioridade são os bebês e que as suas rotinas estão voltadas as demandas deles.

A participante 01, primigesta, ressalta a mudança no modo como passou a compreender tudo ao seu redor, e que deixou de se ter como prioridade passando a direcioná-la exclusivamente a filha: “ah muda né? Muda sua percepção da vida. Você pensa agora tudo primeiro é nela. Depois você pensa em você. Ela é prioridade”. **(COD 01)**

A participante 02, que está vivenciando a chegada da primeira filha aos 23 anos, falou sobre o quanto a sua vida, de uma forma geral, mudou: “é bem diferente da vida que eu tinha para vida de agora. Porque querendo ou não (...) querendo ou não é uma coisa que mudou completamente. Eu tinha um dia todo para mim. E agora eu tenho meio dia e olha lá” **(CÓD 02)**.

Em informações obtidas pelo *diário de campo*, constatou-se que a jovem deixou os estudos e o estágio temporariamente (era estudante universitária do curso de *Psicologia* e estagiava pelo *CIEE* em um dos equipamentos de saúde pertencentes à Prefeitura local). Em conversa contou que a gravidez não era planejada, não a rejeitou em nenhum momento, mas que sofria com o fato de mudar os planos que tinha antes da gestação, entre eles, concluir o curso universitário.

A participante 05 é primigesta e vivencia esse período do pós-parto da mesma forma que as oito participantes afirmando que elenca os cuidados com a filha acima de qualquer outra função: “primeiro ela depois eu sento, tomo banho, depois eu almoço, aí eu vou fazendo as outras coisas (...) mais primeiro é tudo ela”. **(CÓD 05)**.

Sobre as atividades rotineiras, relacionadas ao sono e a alimentação, a participante 07, assim como a anterior, ressalta que os cuidados com o filho são sua prioridade e que faz suas refeições quando possível e repousa quando o filho dorme.

Quando dá para mim almoçar eu almoço, quando não dá para mim almoçar eu não almoço (...) Eu vou dormir cedo também, quando ele (filho) dorme umas sete e meia, oito horas, eu já tô indo porque é o horário que eu aproveito descansar também, né? **(CÓD 07)**.

Destaca-se ainda nos relatos da participante 07 que ela concilia as demandas de cuidado do filho recém-nascido com seu outro filho, de três anos de idade. Emocionando-se ao falar sobre o assunto, enfatiza o quanto o dia a dia está difícil por esse motivo: “agora tá difícil. Por enquanto ainda tá bem difícil. Até mesmo porque ele (filho) é pequenininho, né? Três anos ele é como um bebê também, então, tá um pouco complicado sim” **(CÓD 07)**.

Pelo estudo foi possível observar que a afirmação de que as crianças são a prioridade absoluta na vida dessas mulheres nesse momento esteve presente em todos os discursos, independente das participantes estarem vivenciando sua primeira gestação ou serem mães de mais filhos, confirmando as representações sobre a maternidade ocupar, de fato, um

espaço que necessariamente diminuem, momentaneamente, todas as outras dimensões da vida delas.

As participantes também demonstraram seus sentimentos sobre a quantidade de visitas que receberam no período pós-parto. No trecho abaixo a participante 03, mãe de três filhos, diz sobre as frequentes visitas que vem recebendo e o incômodo que sente ao pensar no que os outros vão falar sobre o estado que sua casa se encontra. Ainda diz sobre as dificuldades em conciliar os cuidados com a casa e com os filhos, demonstrando estar sofrendo com a situação.

Porque assim ele novinho toda hora tem gente chegando lá e pega um pouquinho depois o povo vai embora. Aí é chato você chegar e a casa estar bagunçada, os outro repara, né? E eu pensando naquilo e esse menino não parava de chora (CÓD 03).

Em relação a preocupação com a organização da casa, vale destacar que todas as participantes demonstraram esse sentimento à pesquisadora no momento da entrevista, justificando que não estavam “tendo tempo” (sic) para cuidar da casa e era para “não reparar” (sic) na residência, sendo necessário a pesquisadora tranquilizá-las quanto a isso.

Destaca-se que as participantes 01, 02, 03 e 05 exercem um trabalho formal e afirmaram conciliar o trabalho fora de suas residências com o trabalho doméstico. Enquanto que as participantes 04, 06, 07 e 08 dedicam-se exclusivamente aos cuidados com a casa e os filhos e, ao serem questionadas na entrevista sobre seu trabalho e/ou ocupação, definiram-se como “donas de casa”.

Quando foi perguntado a participante 05 quais seriam suas necessidades nesse período pós-parto ela também fala sobre o incômodo com a quantidade de visitas que recebeu e sugere que seus familiares e amigos deveriam fazer menos visitas nos primeiros dias: “eu acho que no começo eu senti um pouquinho de, nos primeiros dias eu tive muita visita. Eu acho que menos visita nos primeiros dias” (CÓD 05).

Os relatos das participantes vão ao encontro da literatura, pois segundo Uripia (2009) o processo de transição para a parentalidade é particularmente estressante para as mulheres, que tendem experienciar maior estresse parental do que os homens. Com a parentalidade, mães tendem a experienciar mais mudanças, positivas e negativas, tanto em si mesmas, como no cotidiano de suas vidas. Elas relatam mudanças em suas rotinas diárias, em seu humor, nos sentimentos de autonomia e competência, no sentido que atribuem à parentalidade e à sexualidade.

Tal apontamento nos faz refletir se o estresse parental sentido por elas é maior por estarem submersas no ideal de que a responsabilidade em cuidar dos filhos cabe exclusivamente às mulheres. Segundo Zanello (2018) o processo de levar as mulheres a executar a tarefa da maternagem, veio não tanto pela “obrigação”, mas pela fabricação e

exaltação do “amor materno”, e da boa, primorosa, “dona de casa”, como verdadeira prova de “feminilidade”.

Se antes, com um bebê, o que se sentia era indiferença, agora esse sentimento “transcende” a própria existência do bebê, há- e espera-se que haja- uma emoção diferente, que deve estar presente já no anúncio da concepção. Além disso, uma “verdadeira” mulher é uma boa dona de casa, que cuida do marido e da família. Esse ideal se espalhou para todas as classes sociais(...) (ZANELLO, 2018, p.145-146).

O ideal da verdadeira mulher como sinônimo de boa dona de casa, que cuida do marido e da família, nasce no século XIX. A sociedade brasileira presenciou o nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família burguesa: marcada pela valorização da intimidade e da maternidade, do ambiente familiar acolhedor, dos filhos educados com base na “religiosidade” da esposa dedicada ao marido, às crianças e à igreja.

Falci (2015) afirma que as mulheres de classe mais abastada não tinham muitas atividades fora do lar. Eram treinadas para desempenhar o papel de mãe e as chamadas “prendas domésticas”, ou seja, suas funções eram orientar os filhos, cozinhar, costurar e bordar. Outras, menos afortunadas, viúvas ou de uma elite empobrecida, faziam doces por encomenda, arranjos de flores, bordados a crivo, davam aulas de piano e solfejo, e assim puderam ajudar no sustento e na educação da numerosa prole. Assim, já vivenciavam o que hoje temos por “dupla jornada de trabalho”.

Como pode se observar, a mulher do século XIX, independente da classe social ou do grau de instrução, estava restrita à esfera do espaço privado, da casa, do lar. Assim, dificilmente a mulher seria considerada uma cidadã política, pensante, mas sim um corpo a ser domado, controlado, vigiado.

A esse corpo controlado relaciona-se à noção de “docilidade”. Foucault (1987) entende que um corpo só poderá ser dócil desde que seja submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado. Ainda segundo o autor o corpo dócil implica numa coerção contínua que procura explorar ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos. É através do conhecimento dos métodos que ocorre o controle minucioso das operações do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e impondo-o uma relação de docilidade-utilidade. A este processo dá-se o nome de *disciplina*.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos (FOUCAULT, 1987, p. 164).

A teoria foucaultiana estabelece quatro técnicas disciplinares para se chegar ao corpo dócil, entre elas, a *arte das distribuições*. Segundo Foucault (1987, p.169), a disciplina organiza um espaço analítico para poder vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. Nesse estudo corresponde ao espaço em que a mulher ocupa: a casa e o lar. É justamente neste espaço que se aproveita da mulher, no controle das atividades, pois, a ela, incumbe-se, por exemplo, horário para cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos.

Baseando-se no contexto deste estudo, percebe-se que ainda no século XXI algumas mulheres, apesar de não estarem restritas fisicamente ao espaço doméstico, demonstram permanecer conectadas a esse lugar simbólico e papel social. O ideal, ou a representação social da “boa e eficiente” dona de casa, auxilia compreender, por exemplo, a preocupação que as participantes demonstraram à pesquisadora, de serem julgadas pelo fato de a casa não estar limpa e organizada como acreditavam que deveria estar. O que pode mostrar que as participantes demonstraram em seus relatos a identificação com este papel social produto de um machismo estrutural. Isto pareceu valer também, mesmo entre aquelas que não exercem exclusivamente o trabalho doméstico, como as participantes 01, 02, 03 e 05. E faz refletir se o incômodo com as visitas, de forma geral, não possa ter relação com a possibilidade desse “julgamento”.

#### b) Comportamento

Através do Quadro 03 observa-se que ocorreram mudanças no comportamento das participantes ao exercerem a maternidade com o novo filho. As mulheres, que não são primigestas, mudaram o comportamento com os demais filhos e aquelas que são a mudança foi em relação ao comportamento com elas mesmas, e com a imagem que elas têm de si.

A participante 03, por exemplo, discorre sobre as mudanças de comportamento que vem percebendo após a chegada do bebê e como tem afetado o seu relacionamento com os outros dois filhos. Na oportunidade também fala sobre as dificuldades enfrentadas com a chegada de cada filho. E demonstra culpa e receio sobre o modo que vem cuidando e educando os mesmos, questionando-se sobre os seus possíveis erros.

Não sou chorona não, sou tranquila, sabe? Mas agora eu tô nervosa, tem dia que eu não me aguento, sabe? Às vezes eu acabo chamando a atenção demais do meu filho, depois eu peço desculpas para ele, sabe? Porque antes era só ele, depois veio ela e agora esse, então, mas aí eu tento ver onde eu errei (CÓD 03).

No trecho abaixo, a participante 02 destaca a responsabilidade que passou a sentir, de forma excessiva, após o nascimento da primeira filha, pois entende que a criança depende

exclusivamente dela: “não que eu não era uma pessoa responsável, mas agora eu sinto que dobra a responsabilidade de ter uma pessoa que é totalmente dependente de mim” (**CÓD 02**).

A participante 05, compartilha o sentimento de responsabilidade sentido pela 02, e percebe uma nítida mudança no comportamento a partir do momento que se tornou mãe, pois antes da maternidade se via como uma “muleca” (sic), imatura, irresponsável e que gostava somente de se divertir. Na sua fala coloca que a mãe compartilhava da sua opinião. E por último ressalta que o companheiro tinha um comportamento oposto do dela.

Porque antes eu era muito muleca, assim, não queria saber de nada com nada. Nada com nada mesmo. Queria só saber de rodeio (risos). Rodeio e festa. Festa de 12 horas, festa de 30 horas, eu tava nessas festas doida. Ia trabalhar bêbada. Ia. Ia para Ribeirão, para Leme, para Porto. Comigo não tinha tempo ruim não, mas agora eu acho assim que, depois que eu me tornei mãe aí agora eu posso falar aí agora eu sou mulher (risos) (...) Agora é mais responsabilidade, agora sim, porque eu não tinha nenhuma não, nenhuma (**CÓD 05**).

Entende-se, então, que essa subcategoria diz sobre a construção do papel materno e o aprendizado que esse novo bebê proporcionou sobre ser mãe. E que com a chegada dos filhos, as mulheres primigestas refletiram sobre as mudanças comportamentais proporcionadas pelo seu novo papel social e aquelas que já eram mães repensaram a maternidade até então exercida.

c) Corpo

As participantes refletiram sobre as mudanças corporais após a gestação. Um número expressivo das participantes demonstrou insatisfação com o próprio corpo e uma demonstrou não se incomodar.

A participante 01 ao ser questionada sobre como se sente em relação ao seu corpo, apresenta-se desconfortável, acreditando que não será o mesmo que antes da gestação. Como solução e cuidado prevê retomar as atividades físicas.

Ai (pausa). É complicado. Nunca mais vai ser o mesmo, né? (risos) Vai precisar de umas academias aqui agora (risos), mas do resto tá tudo bem. Assim, eu achei que eu emagreci bem, voltei ao peso rapidinho. Acho que porque foi parto normal. Ajuda, né? E precisa de uma academia agora para dar uma “endurecidinha”, né? Para manter também, para não engordar de novo (**CÓD 01**).

A participante 02 aponta as mudanças corporais após a gestação, entre elas o peso e os seios, demonstrando insegurança e insatisfação, mas não o suficiente que a impeça de fazer algo.

Ah tem as mudanças. É. Como eu posso dizer? Eu quero ficar assim. Eu não quero emagrecer mais porque eles falam que amamentar emagrece, né? E

eu não quero. Eu quero futuramente voltar na academia. Porque eu vejo tem muita diferença do que era antes (...). Que nem meu peito não é a mesma coisa de antes. Por mais que eu tenha feito a cirurgia e tal não é o meu peito de antes deu engravidar (**CÓD 02**).

Na oportunidade a participante 03 diz sobre a percepção que está tendo de si, sentindo-se “gorda, desleixada” (sic), aparentando estar em sofrimento com a atual situação: “então assim eu me sinto gorda, tô me sentindo desleixada. Eu não consigo fazer as coisas que eu fazia antes” (**CÓD 03**).

A participante apresenta acima uma visão negativa da sua imagem corporal, vendo-se acima do peso e inclusive sendo a única participante que se sente culpada por isso. Torna-se relevante relacionar, assim, o fato de que ela não está com o companheiro e pode estar mais fragilizada por estar nessa condição, sem o apoio e o reconhecimento do parceiro. O que pode estar em xeque à legitimidade da mulher como mulher, sua necessidade de ser validada pelo olhar desejante de um homem.

Essa necessidade de ser validada pelo olhar de um homem, no caso dos seus respectivos companheiros, foi observada na fala das participantes 06 e 07.

Meu marido me acha bonita, eu me acho bonita. Então acabou ninguém precisa mais (**CÓD 06**)

Ai eu não me sinto bem com meu corpo agora, né? Eu podia tá bem melhor, né? Vamos e venhamos eu podia tá bem melhor, mas eu acho que o melhor de tudo, que eu consigo levar, de todos esses perrengues, o melhor que eu consigo levar é que eu sei que eu ainda tenho o amor do meu marido, entendeu? E que mesmo que eu não esteja da forma perfeita, que eu sei que não tô, e mesmo que eu esteja com uma olheira horrível, e que meu cabelo fica embaraçado, e fica mesmo, fica a semana inteira (...) eu ainda sei que ele vai chegar em casa e vai me amar do mesmo jeito (risos) e não vai nem ligar, nem fazer um comentário, entendeu? Nem vai falar nada, para ele vai tá igual que teve sempre (**CÓD 07**).

A pesquisadora observou ainda que a participante 06 sentiu-se incomodada com a pergunta, mudando o tom de voz e sua feição, dando no primeiro momento a resposta acima, e em seguida, afirmou que acredita que o corpo não voltará a ser o mesmo que era antes de engravidar. Como se as mudanças no corpo decorrentes da gestação fossem irreversíveis: “é. Você não pode negar, depois que cê tem filho, você não vai mais ficar com o corpo igual do que “cê” era, não tem jeito” (**CÓD 06**).

Enquanto que a participante 08, adolescente e que está vivenciando sua primeira gestação, aponta, com certa obviedade, que preferia o corpo de antes e demonstra que observa as mudanças corporais ao tirar fotos: “eu preferia meu corpo de antes, né? Mas. Agora, nossa, eu quero tirar uma foto eu preciso tirar umas cinquenta fotos para fica uma bonita”. (**CÓD 08**)

Para Nunes (2013), a adolescência é uma fase decisiva no processo de construção da subjetividade: lida-se com as incertezas relativas às transformações do corpo e do mundo



interno, psíquico e às dificuldades de crescer no contexto familiar e enquanto indivíduo na sociedade. E não por acaso a questão das transformações relacionadas ao corpo, provocadas pela gestação, tenha sido uma questão para a entrevistada.

Com base nas narrativas retratadas percebe-se que não só para a participante 08, mas a maior parte das participantes apresentou questões relacionadas ao peso corporal. Vale ressaltar que a gordura em mulheres já foi considerada qualidade atrativa em outras épocas históricas, pois remetia a uma marca de abundância. No entanto, nossa cultura atual, como diria Zanello (2018, p. 86) é lipofóbica e as mulheres gordas são percebidas na contemporaneidade como sem força de vontade, com baixa autoestima, fracassadas, desleixadas e sem controle sobre si mesmas. O que pode levar muitas mulheres buscarem um ideal de beleza, visando um reconhecimento social e aprovação. Para as participantes do estudo este aspecto estético apareceu como relevante e fonte de sofrimento ou insegurança.

Sobre esse ideal de beleza, Jaggar e Bordo (1997) provoca a reflexão, com base no que Foucault salienta em *Vigiar e Punir e História da Sexualidade*. Para o autor a primazia da prática sobre a crença através da organização e da regulamentação do tempo, do espaço e dos movimentos de nossas vidas cotidianas, nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantemente de individualidade, desejo, masculinidade e feminidade.

Essa ênfase lança uma sombra carregada e inquietante sobre o panorama contemporâneo. Pois, em comparação com qualquer outro período, nós, mulheres, estamos gastando muito mais tempo com o tratamento e a disciplina de nossos corpos, como demonstram inúmeros estudos. Numa época marcada pela reabertura do âmbito público às mulheres, a intensificação de tais regimes parece diversionista e desmobilizadora. Através da busca de um ideal de feminidade evanescente, homogeneizante, sempre em mutação – uma busca sem fim e sem descanso, que exige das mulheres que sigam constantemente mudanças insignificantes e muitas vezes extravagantes da moda- os corpos femininos tornam-se o que Foucault chama de “corpos dóceis”: aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao “aperfeiçoamento”. Por meio de disciplinas rigorosas e reguladoras sobre a dieta, a maquiagem, e o vestuário- princípios organizadores centrais do tempo e do espaço nos dias de muitas mulheres- somos convertidas em pessoas menos orientadas para o social e mais centradas na automodificação. Induzidas por essas disciplinas, continuamos a memorizar em nossos corpos o sentimento e a convicção de carência e insuficiência, a achar que nunca somos suficientemente boas. Nos casos extremos, as práticas da feminidade podem nos levar à absoluta desmoralização, à debilitação e à morte (JAGGAR e BORDO, 1997, p.20)

A participante 05, por sua vez, demonstrou uma opinião oposta às demais participantes afirmando que não sente diferença de antes da gestação, dizendo que “está a mesma coisa” (sic), não demonstrando desconforto ou insatisfação: “ai é a mesma coisa eu acho, viu? Que

eu, assim, eu tô usando a cinta, né? Que nem minha cinta tá suja, eu tô com a calcinha um pouco mais alta, mas assim a mesma coisa” (CÓD 05).

Portanto, a percepção sobre o corpo no puerpério pode estar relacionada à forma que cada mulher lida com as mudanças que ocorreram em seus corpos, frente à sua subjetividade e seus relacionamentos, bem como aos valores culturais e midiáticos impostos pela sociedade. A presente categoria explicita também a contradição entre a maternidade idealizada e a dimensão feminina/sexual - o corpo real e cotidiano – marcado por desejos e por investimentos de papéis sociais, especialmente, o de objeto de desejo caracterizado por um corpo belo e magro. Por outro lado, essa contradição mãe/mulher pode direcionar e ampliar o olhar dos profissionais para as necessidades das mulheres através da oferta de espaços de fala, escuta e de produção de sentidos onde a contradição possa ter lugar. E, portanto, criar-se um espaço de promoção de saúde inserindo uma dimensão política e de autonomia em relação a produção de novas corporeidades para estas mulheres puérperas.

#### d) Relacionamentos

As participantes relataram mudanças positivas ocorridas no relacionamento com pessoas do seu convívio familiar, em especial, destaca-se nesse estudo a relevância de figuras masculinas. A participante 02, por exemplo, aponta que o relacionamento com o companheiro melhorou após o nascimento da sua filha.

Melhorou (risos). Porque tem gente que fala que piora, né? Que ter filho parece que estraga a relação, mas eu acho que não. A gente diminuiu até o número de briga porque ele tá sendo bem paciente comigo e eu acho que isso ajuda, né? Então acho que ele está sendo bem parceiro comigo (CÓD 02).

A participante 05 coloca que ao descobrir que estava grávida aproximou-se do seu pai, passando a terem mais contato. Reconhece que ele fez muito por ela e que hoje ele até se excede nos cuidados a ela, “mimando demais” (sic).

E meu pai, a relação minha com o meu pai não era das piores, mas a gente não, tinha contato, mas nem tanto. E quando eu descobri que eu tava grávida, eu falava para minha mãe o meu pai fez coisa por mim que eu acho que ele nunca fez para ninguém nem para o neto. Então falo para minha mãe eu acho que isso também foi um pouco da consciência dele. Nossa e ele mima demais (CÓD 05).

Compreende-se nesse estudo que quando nasce uma criança, nasce com ela uma mãe, um pai, um avô, uma avó, um irmão (...). Logo, cada ator pertencente a esse cenário está vivenciando o seu processo de construção desse novo papel social, o que impacta diretamente nos relacionamentos entre eles.

Segundo Martins et al. (2008, p. 1018) a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar devido à chegada de um novo membro, pode gerar um aumento na tensão familiar, pois constitui-se um momento marcante no desenvolvimento da família, podendo trazer um desequilíbrio ao sistema como um todo, para cada um de seus membros e para as relações estabelecidas entre eles.

A participante 08, por exemplo, aponta para esse desequilíbrio verbalizando sobre as mudanças negativas no relacionamento com seu companheiro e demonstra sentir falta do convívio em casal antes da chegada do primeiro filho.

Mudou. E eu fico pensando na minha cabeça. Não é que eu tô. Que eu não agradeço a Deus por ter ele (filho). Só que eu fico imaginando eu e o J. (companheiro) sozinho. Quando eu e o J. era sozinha ele dava carinho, eu saía para os lugar sozinha, agora não tem mais como nós ir porque agora tem filho. Aí não tem como sair com ele porque tem que levar o bebê junto (**CÓD 08**).

Contudo, nesse estudo prevalece, para a maioria das participantes, olharem a questão da reconfiguração dos papéis nos núcleos familiares como sinônimo de fortalecimento dos vínculos familiares.

### 5.3 DIMENSÃO AFETIVA E SEXUALIDADE

#### Quadro 04- Categoria 2: Dimensão afetiva e sexualidade

<b>CATEGORIA</b>	<b>NÚCLEOS DE SENTIDO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO FRAGMENTO</b>	<b>FRAGMENTOS-UNIDADES DE REGISTRO</b>
<i>DIMENSÃO AFETIVA E SEXUALIDADE</i>	Sentimentos e sensações	Sentimentos mais presentes na vida das participantes.	<p>“Assim, hoje é o cansaço. Porque você ainda não consegue dormir o suficiente pro corpo descansar” (CÓD 01).</p> <p>“Cansada. Desespero. É um desespero de se, sabe? Querendo ou não é uma coisa que mudou completamente” (CÓD 02).</p> <p>“Às vezes dá um cansaço a gente fica</p>

			<p>meio triste, mas depois” (CÓD 06).</p> <p>“Meu dia é estressante do começo ao fim (risos). Não por nada, mas porque o D.(filho mais velho) é muito agitado, entendeu? E cada hora ele tá fazendo uma arte, uma coisa diferente. Tem que ficar ali olhando e eu tenho o A.(filho recém-nascido) Então, eu me estresso mesmo. Acho que é mais o estresse mesmo” (CÓD 07).</p> <p>“Ai é amor. É carinho. De, sabe? por mais que às vezes chega um momento de você falar assim. Que nem ontem mesmo que deu uma crise de choro mesmo de eu falar vó pega, tira ela (filha) daqui um pouquinho, vai andar com ela para lá para eu não escutar ela chorar porque estava me dando muito assim, mas depois que dá esse surto de você querer que tira ela de perto um pouquinho, mas de repente aquele arrependimento de ai meu Deus não, traz aqui. De ficar olhando e ver o “tamanhozinho” (CÓD 02).</p> <p>“Ah, é de amor. Sim, às vezes, eu falo assim H. eu vou te deixar na casa do teu pai porque ela não para de chorar. Aí eu falo, minha mãe fala não tem coragem, não tenho. Amanhã eu tenho um aniversário, eu não quero levar ela para os outros não ficar pegando (risos)” (CÓD 05).</p>
--	--	--	--

	Medos e preocupações	Os medos e as preocupações das participantes.	<p>“Às vezes passa na cabeça que você pode ser um pouco melhor. Outras vezes se acha que está se dando muito bem, né? Uns desesperos de vez em quando bate também” (CÓD 01).</p> <p>“Aí tá tudo comigo. Aí o que acontece com ele (filho) a responsabilidade é eu. E qualquer coisa de errado que acontece eu vou me culpar. Aí isso é complicado, né? (...) Aí eu acho assim, que tudo vem para mim. Porque tipo se acontece alguma coisa com ele, vão dizer ah a culpa foi porque veio de uma família assim, não, a culpa vai ser minha, porque eu que tô cuidando, tá na minha companhia, então, o que acontecer com eles eu que sou a responsável” (CÓD 04).</p> <p>“Mas que nem a maioria das noites é só eu, ela (filha) chora, eu levanto. Aí tem que trocar, minha mãe fala “tem coisa que é só você, o peito é você, não adianta eu levantar “ (CÓD 05).</p> <p>“Dava vontade de chorar de não dar conta, pedia ajuda pra todo mundo, mas os outro fala você que fez filho você que tem que cuidar(...)Teve, tive, mas e o medo de falar pros outros? ” (CÓD 06).</p>
	Vivência da sexualidade	A atividade sexual no período do puerpério.	<p>“Íntimo a gente ainda não teve nenhum, né? Todo mundo fala que dói no comecinho. As primeiras vezes dói de novo. Porque você passou por um parto,</p>

			<p>então, acaba, né? Mas como teve o problema dos pontos se abrirem, então, a gente não teve ainda nenhuma relação. E eu vou aguardar fechar para poder ter também, né? Então, eu não vou passar dor de graça, né? Então conversei com ele. Ele falou que tudo bem. Ele aceitou. Então a gente vai aguardar agora. Esperar estar bem cicatrizado lá embaixo para poder ter qualquer tipo de relação” (CÓD 01).</p> <p>“Não tem tempo para essas coisas, tem que ter um tempinho, a hora que voltar ao normal” (CÓD 06).</p> <p>“No meu resguardo tem uma até que quer fazer antes do tempo, né? Porque tem mulher que faz com 30 dias, doido né? Que faz essas coisas. Ele não fez isso daí, ele me respeitou certinho” (CÓD 08).</p>
	Retorno ao trabalho	Pensamento sobre o retorno ao trabalho.	<p>“Porque agora, tipo, ela (filha) vai para creche. Eu tenho quatro meses e 20 dias. É muito pouco tempo para por na creche. Se vai mandar tua filha para creche com quatro meses? mas ela tá aprendendo ainda né? O ideal seria colocar na creche depois de um ano. Você deixa. Você tem que trabalhar, mas você deixa com o coração na mão né?” (CÓD 01).</p> <p>“Ah já que eu vou ser dispensada, já tô pensando em não voltar a trabalhar, quando tiver perto e acabar meu seguro, eu</p>

			<p>começar a ver alguma coisa para eu poder ficar mais com ela porque é igual o que eu falei para o pai, para o pai dela, senão eu vou perder, nós vamos perder tudo, o engatinha dela, o falar dela porque vai ser tudo lá na escolinha, né? (...) Aí porque eu tenho, eu tô com dó, muito pequenininha, 4 meses na creche” (CÓD 05).</p>
	<p>Compreensão sobre ser mulher</p>	<p>Reflexão sobre ser mulher</p>	<p>“É difícil (risos), mas é gostoso porque só mulher pode ter esse bebezinho, né? Embora o homem contribua, mas o homem não pode, então, é um prazer que só nós temos. Então, assim, é muito gostoso (...) É ser mãe. É ser mãe” (CÓD 01).</p> <p>“Ai não sei assim te falar. Ser mulher. Acho que depois que a gente tem filho a gente se torna, né? Mulher. Porque quando a gente não tem, a cabeça é outra. Acho que é isso, né? A cabeça é outra, vem as responsabilidades. Acho que é isso, né? (...)Porque assim quando a gente é solteira, a gente não tem responsabilidade. Tem assim de trabalhar, essas coisas, né? Mas depois não, depois é você, seu filho, outro pensamento. Porque tudo você pensa primeiro nele, depois em você. Então é isso” (CÓD 03).</p> <p>“Tipo uma coisa que eu não sei nem explicar. Tipo a gente ser mulher tem partes que é bom,</p>

			<p>mas tem momentos que, não é fácil. Tipo eu me sinto orgulho, eu tenho orgulho de ser mulher por conta de ter meus filhos, de cuidar das minhas coisas, de cuidar deles, né? Mas tem coisas que não é fácil não (CÓD. 04).</p> <p>“A maternidade é o ponto máximo de ser mulher. Mesmo que os outros ainda olhem para mim e pensem que eu tenho 15 anos com uma bebezinha dessa. Os outros ficam admirados (risos)” (CÓD 06).</p> <p>“É difícil, né? É bem difícil. Tem que ter um ânimo. Uma força porque sobra tudo para mulher, né? Mesmo no caso quando eu e meu marido trabalhava porque eu também trabalhava fora antes de engravidar do A., né? A casa sobra sempre para mulher, então, não é fácil a rotina da gente já é estressante antes de ser mãe você já aguenta certas coisas, né? É, e depois que você é mãe fica um pouco mais difícil, né? É gostoso? É, é muito gostoso, mas as coisas ficam mais complicadas porque daí você não tem só a sua vida” (CÓD 07).</p>
--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

Como pode se observar no Quadro 04, a categoria 2 explana sobre as vivências afetivas das participantes e ao campo da sexualidade, no que tange aos seus sentimentos e sensações, seus medos e preocupações, as suas experiências sexuais pós-parto, suas expectativas em relação ao retorno ao trabalho e suas compreensões sobre o que entendem por ser mulher.



a) Sentimentos e sensações

Segundo relata Strapasson e Nedel (2010), a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais.

Ainda com base em Strapasson e Nedel (2010), o pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio; experiência do parto e nascimento do filho saudável aumentando a autoconfiança; desconforto físico inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar, ansiedade quando o leite demora a aparecer e ingurgitamento das mamas; sentimentos de decepção com o filho pelo sexo ou aparência física; medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e não ser uma boa mãe/mulher.

As participantes se expressaram em relação aos seus sentimentos nesse estudo. O sentimento mais presente na vida das participantes 01, 02 e 06, nesse período pós-parto, é o cansaço.

Assim, hoje é o cansaço. Porque você ainda não consegue dormir o suficiente pro corpo descansar (**CÓD 01**).

Cansada. Desespero. É um desespero de se, sabe? Querendo ou não é uma coisa que mudou completamente (**CÓD 02**).

Às vezes dá um cansaço a gente fica meio triste, mas depois (**CÓD 06**).

A participante 07 elenca o estresse como o sentimento mais presente na sua rotina.

Meu dia é estressante do começo ao fim (risos). Não por nada, mas porque o D.(filho mais velho) é muito agitado, entendeu? E cada hora ele tá fazendo uma arte, uma coisa diferente. Tem que ficar ali olhando e eu tenho o A.(filho recém-nascido) Então, eu me estresso mesmo. Acho que é mais o estresse mesmo. (**CÓD 07**)

É possível relacionar a fala das participantes com o observado através do *diário de campo*, pois a pesquisadora constatou que todas as mulheres, independente se estavam no puerpério imediato ou tardio, aparentavam estar cansadas e relataram não estar dormindo adequadamente.

Outro sentimento presente, na fala das participantes 02 e 05, diz sobre o amor como o sentimento mais presente durante o seu dia a dia.

Ai é amor. É carinho. De, sabe? Por mais que às vezes chega um momento de você falar assim. Que nem ontem mesmo que deu uma crise de choro mesmo de eu falar vó pega, tira ela (filha) daqui um pouquinho, vai andar com ela para lá para eu não escutar ela chorar porque estava me dando muito

assim, mas depois que dá esse surto de você querer que tira ela de perto um pouquinho, mas de repente aquele arrependimento de ai meu Deus não, traz aqui. De ficar olhando e ver o “tamanhozinho” (CÓD 02).

Ah, é de amor. Sim, às vezes, eu falo assim H.(filha) eu vou te deixar na casa do teu pai porque ela não para de chorar. Ai eu falo, minha mãe fala não tem coragem, não tenho. Amanhã eu tenho um aniversário, eu não quero levar ela para os outros não ficar pegando (risos) (CÓD 05).

O relato de ambas participantes sugere também que a sensação de cansaço está subentendida. Trata-se de um amor que cansa, já que cuidar de um bebê é muito exaustivo.

Ao discutir sobre o amor, este estudo permite refletir sobre qual representação de amor é essa trazida pelas participantes. A participante 02, por exemplo, descreve o amor como uma contradição: amor e culpa. O amor nesse contexto, então, trata-se de um sentimento complexo, marcado por múltiplos afetos e emoções contraditórias, inclusive, desejo de se distanciar da criança, pois ela remete a uma sobrecarga para essa mulher, o que pode fazê-la se sentir culpada.

A culpa também vem da sociedade que, além do mito do instinto materno, vem com o mito do que é ser mãe. Para Zanello (2018) muitas mulheres podem se sentir culpadas por não estarem à altura daquilo que é idealizado. Nesse sentido é outra construção social extremamente forte na questão da maternidade:

A culpa é o sintoma de que o dispositivo materno está funcionando e que o ideal de maternidade (e de feminilidade relacionada a essa emocionalidade) foi introjetado. Elas se sentem culpadas por diversas razões que vão desde não dar o que julgam que deveriam como verdadeiras “mães” (por exemplo, não abrir mão de um projeto pessoal em função dos filhos) a reconhecerem sentimentos simplesmente humanos, como raiva quando os filhos fazem algo errado. Há que se destacar aqui o verdadeiro controle afetivo que a cultura exerce sobre as mães (Freire, 2006; Marcello, 2005; Rawlins, 2012). Quando esse controle não funciona, existem mecanismos punitivos mais eficientes, como a psiquiatria, o sistema socioassistencial e o sistema jurídico (ZANELLO, 2018).

Torna-se inevitável também não relacionar essa discussão sobre o amor a tese do mito do amor materno defendida por (Badinter, 1985), e pontuar a relevância da compreensão de que o amor materno não é inato a todas as mulheres, como muitos acreditam e defendem, pelo contrário, ele pode ser apreendido e desenvolvido diariamente na convivência com os filhos.

#### *b) Medos e preocupações*

As mulheres entrevistadas expressaram seus medos e as suas preocupações relacionadas à responsabilidade que sentem por serem as principais responsáveis pelos

cuidados com os filhos e a dificuldade em pedir ajuda para terceiros. A participante 01, por exemplo, relata que: “as vezes passa na cabeça que você pode ser um pouco melhor. Outras vezes se acha que está se dando muito bem, né? Uns desesperos de vez em quando bate também” (**CÓD 01**).

A participante 04 por sua vez sente-se a única responsável pelos cuidados e educação dos filhos, dizendo-se ser a única que exerce a parentalidade. Na oportunidade fala sobre o sentimento de medo de que ocorra algo com os filhos e acredita que se sentirá culpada por isso.

Aí tá tudo comigo. Aí o que acontece com ele a responsabilidade é eu. E qualquer coisa de errado que acontece eu vou me culpar. Aí isso é complicado, né? (...) Aí eu acho assim, que tudo vem para mim. Porque tipo se acontece alguma coisa com ele, vão dizer ah a culpa foi porque veio de uma família assim, não, a culpa vai ser minha, porque eu que tô cuidando, tá na minha companhia, então, o que acontecer com eles eu que sou a responsável (**CÓD 04**).

O trecho acima desperta a reflexão para a questão da desigualdade de gênero que acaba sendo reproduzida durante a transição para a parentalidade, através de construções parentais de mães como mais essenciais para a criança que pais (Coldery e Knudson-Martin, 2005; Walzer, 1997 apud URPIA, 2009, p. 17). E que pode resultar que as mulheres se sintam dessa forma.

Assim como a participante 04, nos próximos trechos pode se observar que o sentimento da responsabilidade pelos cuidados com as crianças, e com ele a pressão por exercê-lo, está relacionado exclusivamente à mulher: “mas que nem a maioria das noites é só eu, ela chora, eu levanto. Aí tem que trocar, minha mãe fala “tem coisa que é só você, o peito é você, não adianta eu levantar “ (**CÓD 05**).

A participante 06 coloca ainda que sentia necessidade de pedir ajuda para as pessoas próximas, mas que tinha medo, pois acreditava que eles iriam julgá-la falando que o filho era responsabilidade somente dela: “dava vontade de chorar de não dar conta, pedia ajuda pra todo mundo, mas os outro fala você que fez filho você que tem que cuidar (...) Teve, tive, mas e o medo de falar pros outros? ” (**CÓD 06**).

Novamente, a fala trazida pela participante 06 reforça a teoria de que muitas mulheres acreditam que devam ser as únicas responsáveis pelos cuidados com os filhos. Segundo Bonder (1984, apud VIEIRA, 2002, p. 32) a crença naturalista estabelece relações de causalidade lógica entre a potencialidade biológica da mulher gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina. A mística maternal baseia-se, então, “no amor incondicional da mãe e no acesso à maternidade como fatores essenciais para a constituição da feminilidade e identidade da mulher” (VIEIRA, 2002, p. 32).

Para Bonder (1984, apud VIEIRA, 2002, p. 32) torna-se imprescindível diferenciar a capacidade biológica de gerar filhos e as experiências emocionais da maternidade de sua relação com a feminilidade da maternidade como função social, o que se vincula à função e imagem da mulher na cultura.

Por fim, Zanello (2018, p. 152) destaca que existem muitas maneiras possíveis de ser mãe, inclusive de forma partilhada. A autora ainda ressalta que além do compartilhamento dos cuidados com os filhos o mesmo pode ser feito com as tarefas domésticas: “da mesma maneira, as tarefas do lar podem ser distribuídas, de modo a não sobrecarregar as mulheres e a responsabilizar também outros moradores, sobretudo os homens que, em geral, pensam que esse assunto não lhes diz respeito”.

### c) Vivência da sexualidade

Considerando a sexualidade um importante aspecto para a vida de muitas mulheres, e sabendo-se das transformações corporais que ocorrem no período puerperal e do impacto que essas transformações podem causar, tornou-se importante entender e conhecer a vivência na sua singularidade no puerpério. Vale destacar que o perfil das participantes desse estudo diz sobre mulheres heterossexuais que vivem com seus parceiros (com exceção da participante 03 que disse não estar em um relacionamento).

As mulheres trouxeram em suas narrativas suas vivências em relação à atividade sexual no período do puerpério relacionando a razão pela espera com fontes de informações externas, que avisaram sobre a possibilidade de sentirem dor. Pode-se observar também, no relato dessa mulher, que outro fator importante para ela no período de espera para o início da atividade sexual é o respeito com o tempo do próprio corpo.

Intimo a gente ainda não teve nenhum, né? Todo mundo fala que dói no comecinho. As primeiras vezes dói de novo. Porque você passou por um parto, então, acaba, né? Mas como teve o problema dos pontos se abrirem, então, a gente não teve ainda nenhuma relação. E eu vou aguardar fechar para poder ter também, né? Então, eu não vou passar dor de graça, né? Então conversei com ele. Ele falou que tudo bem. Ele aceitou. Então a gente vai aguardar agora. Esperar estar bem cicatrizado lá embaixo para poder ter qualquer tipo de relação (CÓD 01).

A participante 01 trouxe outro elemento para a não vivência da sexualidade: o cansaço. Refere-se ao desejo sexual pelo companheiro, mas que apesar de senti-lo o cansaço físico, devido aos cuidados que a bebê demanda, deixa-a indisposta para terem relações sexuais.

Se eu parar para pensar existe. Mas no meio do cansaço ele acaba ficando em segundo plano. Porque você não está acostumada a ficar tantas horas sem dormir. Você não está acostumada a passar, assim, um dia inteiro balançando um bebê, de noite você não tem vontade, né? Mas é lógico que

existe o desejo, mas cansada do jeito que se tá, fica em segundo plano mesmo. Porque, assim, tá, num dia mais calminho, quem sabe? (risos) (CÓD 01).

O discurso da participante 06 traz um novo ponto para reflexão: a falta de tempo. É possível verificar que o papel materno interfere na relação sexual, pois o fato de dedicar-se ao bebê e os cuidados com ele de modo integral a impossibilita de vivenciar sua sexualidade: “não tem tempo para essas coisas, tem que ter um tempinho, a hora que voltar ao normal” (CÓD 06).

Enquanto a participante 08 vê com espanto mulheres que tem relações sexuais em até trinta dias do período puerperal e ainda destaca que seu companheiro “a respeitou” (sic) na decisão: “no meu resguardo tem uma até que quer fazer antes do tempo, né? Porque tem mulher que faz com 30 dias, doido né? Que faz essas coisas. Ele não fez isso daí, ele me respeitou certinho” (CÓD 08).

Salim, Araújo e Gualda (2010, p. 06) concluem em seus estudos, e permitem uma importante reflexão para essa pesquisa, de que a sexualidade está integrada a todo esse novo processo que a mulher vivencia, seja em relação consigo mesma, com seu próprio corpo e feminilidade ou com o contato e comunicação com o parceiro. Ainda para os autores, ela é construída ao longo da vida do sujeito de diferentes formas. Pode-se dizer, então, que a sexualidade não é estática, pois como parte constituinte do sujeito ela passará por transformações à medida que o indivíduo vivencia novas experiências. Entende-se, assim, que a sexualidade não está limitada somente à relação sexual ou à reprodução, mas que integra a vida do indivíduo em todos os âmbitos.

A sexualidade é vivenciada pelas mulheres nesse período, então, marcada pela impossibilidade física e a falta de tempo. Chamou a atenção da pesquisadora que uma participante falou sobre o desejo sexual e as demais não verbalizaram. Três pontos aqui devem ser realçados: a possibilidade dessas mulheres não terem o desejo sexual e usam a questão física e o tempo como álibis; as demais participantes desejam ter experiências sexuais, mas sentem envergonhadas em ter esse desejo; e que a vivência da sexualidade pode não ser uma questão refletida por elas nesse momento. A pesquisadora conclui, assim, que a sexualidade, nesse estudo, não deve ser pensada como uma necessidade impositiva, ou seja, encara-se com naturalidade a sexualidade não estar presente na vida das mulheres por um tempo.

#### d) Retorno ao trabalho

Em relação ao exercício de um trabalho formal, como dito acima, as participantes 01, 03 e 05 conciliam os cuidados com os filhos e o trabalho doméstico com um trabalho

remunerado. Strapasson e Nedel (2010) concluem em sua pesquisa que uma das maiores necessidades das puérperas é conciliar a maternidade com a vida profissional, em especial, quando os filhos são pequenos em função da separação da criança por acreditar que sua presença seja fundamental para seu desenvolvimento.

As mulheres trouxeram reflexões sobre o retorno ao trabalho neste estudo, e na ocasião demonstraram sofrimento e preocupação em terem de deixar as filhas na creche com apenas 4 meses, demonstrando que gostariam de continuar cuidando das mesmas por mais tempo.

Porque agora, tipo, ela vai para creche. Eu tenho quatro meses e 20 dias. É muito pouco tempo para por na creche. Se vai mandar tua filha para creche com quatro meses? Mas ela tá aprendendo ainda né? O ideal seria colocar na creche depois de um ano. Você deixa. Você tem que trabalhar, mas você deixa com o coração na mão né? (CÓD 01).

Ah já que eu vou ser dispensada, já tô pensando em não voltar a trabalhar, quando tiver perto e acabar meu seguro, eu começar a ver alguma coisa para eu poder ficar mais com ela porque é igual o que eu falei para o pai, para o pai dela, senão eu vou perder, nós vamos perder tudo, o engatinha dela, o falar dela porque vai ser tudo lá na escolinha, né? (...) Aí porque eu tenho, eu tô com dó, muito pequenininha, 4 meses na creche (CÓD 05).

Como pode se observar nesse estudo, as mães são as principais responsáveis pelos cuidados com as crianças, dedicando-se em tempo integral para atender as suas necessidades. Comumente, nas semanas que antecedem o parto e algum tempo depois deles, as mães entram em um estado particular, denominado de “preocupação materna primária”, por Winnicott (2000). Este estado é considerado pelo autor como natural e necessário, e caracteriza-se por uma sensibilidade aumentada, que possibilita às mães conectarem-se às necessidades de seu bebê, afastando-se temporariamente de seus demais interesses. O fenômeno é intenso e dura algumas semanas e tende a ir enfraquecendo com o passar do tempo, sendo que as mulheres não o percebem e nem se recordam dele. E quando, normalmente, já se encontram organizadas após a chegada do bebê, o retorno ao trabalho exige um novo esforço adaptativo das mulheres, podendo ter relação direta com o sofrimento e a ansiedade pela ruptura do vínculo observado acima nas participantes.

Outro ponto a ser analisado é a relação entre o desejo de continuar cuidando dos filhos e não os inserir na creche com as condições socioeconômicas das participantes. As participantes 01 e 05, por exemplo, que verbalizaram esse desejo, dispõem de uma renda familiar que seus respectivos salários não são a única fonte de renda e podem contar com o apoio de outros familiares. Em contrapartida, a participante 03 está inserida em um contexto que seu salário é a principal fonte de renda familiar (somado ao benefício de transferência de renda do *Programa Bolsa Família*), logo, deixar de trabalhar não é uma possibilidade, assim,

coloca como uma necessidade a inserção dos filhos na creche, pois encontra-se exausta em cuidar deles sozinha e vê “a creche” como suporte nos cuidados com eles.

Zanello (2018) aborda a questão das creches como uma relevante política pública, pois para a autora a construção de creches, em período integral, é um importante programa político específico para mulheres mães e fundamental em qualquer governo que se queira democrático. Zanello (op.cit.,p.166) acredita que não seria apenas uma proteção à saúde mental dessas mulheres, mas também uma forma de empoderamento e acesso das mulheres a chances mais igualitárias de educação, trabalho e remuneração social, por exemplo. Ainda segundo a autora, discutir a distribuição de cuidado é um tema político e social de extrema importância para auxiliar “na criação de outras possibilidades de vir a ser das mulheres e de seu processo de subjetivação” (op. cit.). Logo, pode vir a ser também uma forma de recuperar outras dimensões da vida cotidiana dessas mulheres.

Assim sendo, torna-se importante compreender as significativas mudanças ao longo da história do papel da mulher na sociedade brasileira. Fruto de uma sociedade absolutamente patriarcal, as mulheres eram (e continuam em sua grande maioria) as responsáveis pelo cuidado da família, da casa e da educação dos filhos. Com o passar do tempo foram inseridas no mercado de trabalho e com isso passaram a vivenciar os sofrimentos físicos e psíquicos trazidos pela exaustiva dupla jornada de trabalho. Ainda, elas enfrentam a participação no mercado de trabalho marcada por desigualdades em relação ao trabalho masculino, incluindo diversas formas de exploração e discriminação, como longas jornadas de trabalho, salários inferiores aos dos homens, maiores índices de desemprego e discriminação em relação à maternidade. Novamente, entende-se que esse núcleo de sentido trouxe também duas importantes questões relacionadas a gênero, a sobrecarga de trabalho e o papel feminino, bem como questões de âmbito social. Assim, e como bem enfatizou Zanello (2018), torna-se um tema político e social de suma importância.

e) Compreensão sobre ser mulher

Como pontuado em alguns momentos desse estudo, observa-se a partir dos dados empíricos, que a representação sobre o papel feminino teve a maternidade como seu destino, seu lugar e função na sociedade, o que leva a refletir sobre processos de naturalização e identificação com um papel social produto de um machismo estrutural e de profundas desigualdades sociais, que afetam diferentemente mulheres de baixa renda, que tem dificuldades em construir outras perspectivas de futuro que não a maternidade. Ao lado do determinante social-cultural, convive-se ainda hoje, com um conjunto de valores e símbolos socialmente valorizados que reproduzem esta imagem como horizonte de realização. O que

se pode observar no presente estudo, pois em todas as narrativas, as mulheres ao serem questionadas sobre o que é ser mulher para elas resumiram a serem mães.

O discurso da participante 01 afirma ainda que apesar de ser difícil esse papel ele é prazeroso pela capacidade que só as mulheres têm de gerar uma criança: “é difícil (risos), mas é gostoso porque só mulher pode ter esse bebezinho, né? Embora o homem contribua, mas o homem não pode, então, é um prazer que só nós temos. Então, assim, é muito gostoso (...) É ser mãe. É ser mãe” (**CÓD 01**).

Enquanto que a participante 03 acredita que o processo de se tornar mulher se dá com a maternidade, que com a chegada dos filhos os mesmos se tornam a prioridade e ela enquanto sujeito fica em segundo plano.

Ai não sei assim te falar. Ser mulher. Acho que depois que a gente tem filho a gente se torna, né? Mulher. Porque quando a gente não tem, a cabeça é outra. Acho que é isso, né? A cabeça é outra, vem as responsabilidades. Acho que é isso, né? (...) Porque assim quando a gente é solteira, a gente não tem responsabilidade. Tem assim de trabalhar, essas coisas, né? Mas depois não, depois é você, seu filho, outro pensamento. Porque tudo você pensa primeiro nele, depois em você. Então é isso (**CÓD 03**).

A participante 04 avalia os pontos positivos da maternidade, como ter orgulho por ter seus filhos e poder cuidar deles, e faz contrapontos ao focar os negativos, que são aqueles que a fazem sofrer.

Tipo uma coisa que eu não sei nem explicar. Tipo a gente ser mulher tem partes que é bom, mas tem momentos que, não é fácil. Tipo eu me sinto orgulho, eu tenho orgulho de ser mulher por conta de ter meus filhos, de cuidar das minhas coisas, de cuidar deles, né? Mas tem coisas que não é fácil não (**CÓD. 04**).

A participante acredita que a maternidade é o “ponto máximo de ser mulher” (sic). Ela se vê com uma aparência mais jovem do que a idade que têm e tem a percepção que as pessoas ficam admiradas com o fato de ela já ser mãe: “a maternidade é o ponto máximo de ser mulher. Mesmo que os outros ainda olhem para mim e pensem que eu tenho 15 anos com uma bebezinha dessa. Os outros ficam admirados (risos)” (**CÓD 06**).

Enquanto que a participante 07 entende que ser mulher é muito difícil e que depende muita energia, afinal, recai “tudo”, conciliar os cuidados com os filhos e o trabalho doméstico, para a mulher. Ainda aponta a gratificação em ser mãe e com esse novo papel a responsabilidade em cuidar de outras vidas que não a sua.

É difícil, né? É bem difícil. Tem que ter um ânimo. Uma força porque sobra tudo para mulher, né? Mesmo no caso quando eu e meu marido trabalhava porque eu também trabalhava fora antes de engravidar do A., né? A casa sobra sempre para mulher, então, não é fácil a rotina da gente já é estressante antes de ser mãe você já aguenta certas coisas, né? É, e depois que você é mãe fica um pouco mais difícil, né? É gostoso? É, é muito gostoso,



mas as coisas ficam mais complicadas porque daí você não tem só a sua vida (CÓD 07).

Entende-se que as falas descritas acima dizem de uma compreensão crítica da desigualdade de gênero. A participante 07, por exemplo, parece não aceitar o estereótipo de que a realização de uma mulher passa obrigatoriamente pela maternidade, no entanto, se vê submetida a ele.

Assim, evidencia-se que a sociedade, em sua maior parte, naturaliza padrões socioculturais, isto é, são as necessidades e valores dominantes em uma sociedade que determinam os diferentes papéis sociais. Na cultura ocidental, por exemplo, a mulher quase sempre foi e, em grande parte, continua a ser pensada a partir de sua natureza biológica, mais especificamente por sua capacidade de gerar e parir filhos, sendo ainda frequentes no discurso social, a despeito dos questionamentos que vêm sendo feitos por vários estudiosos desta questão, noções como a do *instinto materno* (BADINTER, 1985).

As narrativas nos convidam a refletir se as respostas dadas não remetem a uma resposta que elas podem considerar como certas ou esperadas pela sociedade no que tange ao seu papel social hoje ter de se resumir a ser mãe. Como destaca Badinter (1985) é certo que há algum tempo os conceitos de instinto e de natureza feminina perderam o prestígio social, mas embora a expressão instinto materno não esteja mais em circulação como antes, parecem permanecer as ilusões a ele associadas, como a ideia de que toda mulher deseja e é feita para ser mãe, e uma boa mãe.

Segundo Urpia (2009) decorrem desse tipo de idealização, dois problemas: o primeiro diz respeito à compreensão de uma mulher no singular, que só se realiza se for mãe, o que é bastante limitador e problemático para os diversos e complexos processos de construção subjetiva feminina; e o segundo, relaciona-se ao fato de que se “espera muito das mulheres quando tornam-se mães, desconsiderando, conseqüentemente, os sentimentos ambíguos envolvidos nesse processo de transição, colocando-as num estado de temporária confusão” (MILLER, 2005 apud URPIA, 2009, p.17 ), um estado que é resultante da distância que se estabelece entre suas experiências concretas diante da condição de mães e as narrativas socioculturais da maternidade.

Para Miller (2007 apud URPIA, 2009, p. 17) o que são criadas são redes de significação que associam mulheres à maternidade, desconsiderando que, se a capacidade de procriação é uma especificidade, ela não define a totalidade do ser mulher, que hoje compreende uma série de outras posições sociais. Logo, torna-se relevante criar outras possibilidades identitárias empoderadoras às mulheres. A pesquisadora entende, assim, a relevância de trazer neste estudo algumas reflexões sobre a caracterização das participantes relacionadas às observações obtidas através do *diário de campo*.

As participantes 03, 04, 07 e 08 são beneficiárias do programa de transferência de renda do Governo Federal, o *Programa Bolsa Família*, portanto, compõem famílias de baixa renda e, através do observado pela pesquisadora, vivem em moradias precárias, mas que dispõem de infraestrutura primária (como rede de esgoto, água encanada e coleta de lixo). Essas mulheres apresentam outras características em comum: tiveram seus filhos antes dos 21 anos de idade e não concluíram seus estudos. Assim, entende-se que há uma interseccionalidade da vivência materna com a classe social.

Martin (2006 apud ZANELLO, 2018, p. 168) aponta a seguinte encruzilhada identitária: na cultura ocidental, quanto mais chances uma mulher tem de produzir (ter acesso a uma boa escolaridade, bons empregos, mobilidade social), menos ela precisa reproduzir (passa a ser opção); já para aqueles cuja “produção” enfrenta barreiras marcadas por baixa escolaridade e poucas oportunidades reais de bons empregos, a reprodução (maternidade) permanece como uma forte âncora identitária, garantindo um papel e um lugar na comunidade.

A participante 01 pode ser um exemplo a ser usado para mostrar o outro lado: teve sua filha aos 37 anos de idade, concluiu seus estudos, vive em condições financeiras melhores que as demais, ingressou no mercado de trabalho e ter um filho foi uma opção (assim como a participante 06, com exceção das participantes 02 e 05, que a gravidez não foi planejada).

Em relação a participante 08, a pesquisadora entende a relevância da reflexão sobre as particularidades da maternidade nessa fase da vida. A maternidade na adolescência é uma questão de muitas faces, nesse estudo o convite é para a reflexão sobre o lugar da maternidade na adolescência para a sociedade contemporânea. Nunes (2013) diz que a valorização e a correlata concepção da maternidade como destino natural feminino ficam bastante relativizadas quando se aborda a questão da maternidade na adolescência.

Compreendida não mais como fato natural, mas, ao contrário, como uma transgressão que se dá em função de uma sexualidade juvenil excessiva a ser disciplinada. Considerada um problema social, a maternidade na adolescência é frequentemente apresentada num tom alarmista e como um mal a ser evitado. Os discursos sobre o tema, tanto no âmbito das políticas públicas, quanto da saúde ou da mídia, geralmente o trazem associado a problemas sociais complexos, tais como delinquência, aumento da criminalidade, violência, uso e tráfico de drogas. Uma associação que, de forma sutil, tinge a gravidez na adolescência com as cores da criminalização e da patologização (NUNES, 2013, p.02).

Segundo a autora, tornar a maternidade na adolescência um problema social a ser combatido é tratar a questão a partir de uma perspectiva universalizante e desconsidera os aspectos singulares que colaboram para um evento dessa ordem. No contexto da juventude brasileira nas camadas populares, por exemplo, entende-se que a probabilidade de se

destacar no campo produtivo ainda é bastante limitada já que o país é marcado por “gritantes” desigualdades sociais.

É com essa conjuntura que nossas adolescentes estão confrontadas e na qual vão ter que encontrar destinos para suas potencialidades, seu erotismo, angústias e inseguranças. Nesse contexto, a maternidade pode se tornar um projeto muito bem-vindo. Projeto que, com muita frequência, revela-se como o único ideal capaz de assegurar a essas jovens um lugar social valorizado por elas e por seus pares e, conseqüentemente, a possibilidade de satisfação pessoal e da necessidade de reconhecimento pelo outro (NUNES, 2013, p. 04).

Alguns estudos realizados no Brasil abordam o assunto de adolescentes pobres que engravidam. Segundo os autores, as adolescentes relatam se sentirem mais “mulheres” e a própria experiência da gravidez tem ajudado a muitas delas a reelaborarem seus projetos, inclusive planos profissionais (ANDRADE, RIBEIRO e OHARA, 2009; ARAÚJO e MANDÚ, 2015; FARIAS e MORÉ, 2012; PANTOJA, 2003; SANTOS, 2012 apud ZANELLO, 2018). Evidente na fala da participante:

Ai sei lá. Depois que se é mãe, sei lá, “cê” fica com cara mais de mulher, né? Porque eu vejo minhas fotos assim, as pessoas diz que não é, né? Mas eu acho que tô com mais cara de mulher, não tô mais com cara de menina novinha que nem antes (...). Ano que vem eu vou voltar porque eu vou completar dezoito anos eu vou fazer o EJA. Aí que quero voltar a estudar e trabalhar (...)É eu queria fazer curso para depois eu terminar meus estudos, arrumar serviço, fazer faculdade (CÓD 08).

Como aponta Costa (2006, p.129), a crescente feminização da pobreza estimula a falta de autoestima e pode estar influenciando a maternidade como consequência da impossibilidade de outros tipos de realizações, como na área profissional. Assim, a continuidade dos estudos e a chance da inserção em bons empregos no mercado de trabalho se veem diminuídas e a tendência pode ser trabalhar em empregos domésticos e mal remunerados, como a participante 03, ou veem como única possibilidade se manterem na posição de “donas de casa”, como as participantes 04 e 07, repetindo e mantendo o ciclo transgeracional de exclusão social. Por isso, ressalta-se a implantação de políticas públicas que aí intervenham.

## 5.4 CUIDADO DE SI

Quadro 05- Categoria 3- Cuidado de si

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DO FRAGMENTO	FRAGMENTOS-UNIDADES DE REGISTRO
CUIDADO DE SI	Cuidados direcionados a si.	<p>“Eu procuro sempre tomar um bom banho. Daqueles banhos que relaxam, que revigoram, né? Cuidar da pele, né? A gente sempre faz aquele cuidado básico de todo dia. Limpeza de pele você não pode fazer, tudo, mas assim que a doutora liberar já vou fazer. E uma alimentação mais saudável, né? Tirar o que faz mal para ela (filha) e que também acaba fazendo mal para você, né? Beber muita água e tentar dormir (risos) porque o sono também ajuda, né?”. (CÓD 01).</p> <p>“Não, assim, o cuidado a mais que eu faço, que eu não vou deixar de fazer, que nem assim, na segunda-feira eu tenho horário de sobrancelha. Eu vou continuar minha rotina de depilação, sobrancelha, fazer a unha, essas coisas” (CÓD 05).</p> <p>“Ah eu tento me cuidar (...)Antes de ter o A. (filho recém-nascido) eu me cuidava bem, eu tava mais magra, eu andava sempre maquiada, mas também eu tinha um serviço, eu tinha que tá mais apresentável, então, assim, né? Vai juntando as coisas. Agora eu só fico dentro de casa, eu vou me arrumar para quem? (risos). Eu vou fazer o quê da minha vida? ” (CÓD 07)</p> <p>“Sim, eu não estou. Porque você tem que pensar você vai trocar esse (filho), depois por o outro para tomar banho. Então se tem que olhar o outro tomar banho. Se tem que trocar o outro, se tem que arrumar roupa. Você tem lava roupa. Você acaba esquecendo de você. E eu tô esquecendo, que eu tô desleixada. Ô tamanho da minha sobrancelha. Eu olho no espelho e falo hoje eu vou tirar,</p>

		<p>mas não dá tempo. Você fazer uma unha, não dá (...) não, nenhum. Porque eu penso neles, antes, tipo, eles do que eu, né? ” (CÓD 03).</p> <p>“Não tô ligando para mim mais não” (CÓD 04).</p>
--	--	---

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

A categoria 3 diz sobre a reflexão das participantes sobre os cuidados que estão direcionando a si no período pós-parto. Um número expressivo das participantes respondeu que estão conseguindo tê-lo nesse período e relacionaram a cuidados voltados ao bem-estar físico e três participantes responderam que não estão conseguindo desempenhá-lo. Ressalta-se que a pesquisadora também observou, nos dois momentos em que esteve com as participantes, a relação destas com o autocuidado (banho; escovação dos dentes; cabelo, condição das roupas que vestem, entre outros).

A participante 01 traz como cuidados que realiza consigo: o banho, inclusive o aponta como um momento em que pode relaxar; os cuidados com a pele; a importância de uma alimentação adequada e a ingestão de água, e ressalta novamente a relevância de dormir.

Eu procuro sempre tomar um bom banho. Daqueles banhos que relaxam, que revigoram, né? Cuidar da pele, né? A gente sempre faz aquele cuidado básico de todo dia. Limpeza de pele você não pode fazer, tudo, mas assim que a doutora liberar já vou fazer. E uma alimentação mais saudável, né? Tirar o que faz mal para ela e que também acaba fazendo mal para você, né? Beber muita água e tentar dormir (risos) porque o sono também ajuda, né? (CÓD 01).

A participante 05 traz que mantém no seu dia a dia uma rotina de autocuidado, dando como exemplo a depilação, a sobrancelha e a manicure: “não, assim, o cuidado a mais que eu faço, que eu não vou deixar de fazer, que nem assim, na segunda-feira eu tenho horário de sobrancelha. Eu vou continuar minha rotina de depilação, sobrancelha, fazer a unha, essas coisas” (CÓD 05).

A participante 07 afirma que “tenta” (sic) manter o autocuidado e relembra que antes de ter o filho se cuidava mais, mantendo a rotina de cuidados assiduamente, com destaque para o fato que estava sempre maquiada, e estava com um peso inferior ao atual. Ainda evidencia que via sentido em se arrumar porque trabalhava, mas atualmente se questiona para quem se arrumaria se só fica em casa.

Ah eu tento me cuidar(...) Antes de ter o A. (filho recém-nascido) eu me cuidava bem, eu tava mais magra, eu andava sempre maquiada, mas também eu tinha um serviço, eu tinha que tá mais apresentável, então, assim,

né? Vai juntando as coisas. Agora eu só fico dentro de casa, eu vou me arrumar para quem? (risos). Eu vou fazer o quê da minha vida? (CÓD 07)

Em contrapartida, a participante 03 ao ser questionada sobre os cuidados que está direcionando a si disse não conseguir por falta de tempo, já que os filhos demandam os seus cuidados em tempo integral. Ainda afirma que está esquecendo de si e que não se prioriza em nenhum momento aparentando sofrimento com a situação.

Sim, eu não estou. Porque você tem que pensar você vai trocar esse, depois por o outro para tomar banho. Então se tem que olhar o outro tomar banho. Se tem que trocar o outro, se tem que arrumar roupa. Você tem lava roupa. Você acaba esquecendo de você. E eu tô esquecendo, que eu tô desleixada. Ô tamanho da minha sobrelha. Eu olho no espelho e falo hoje eu vou tirar, mas não dá tempo. Você fazer uma unha, não dá (...) não, nenhum. Porque eu penso neles, antes, tipo, eles do que eu, né? (CÓD 03).

Ao se auto referir como “desleixada” (sic), entende-se que ela volta para si como incompetência dela, culpabilizando pelo fato de não estar conseguindo desempenhar os cuidados de si. Compreende-se que o incomodo sentido é legítimo, mas os profissionais da rede poderiam, por exemplo, orientá-la que não se trata de um problema dela, ao qual ela é culpada. Aos profissionais cabe também o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la e orientá-la nas decisões referentes à vivência da maternidade no pós-parto.

A participante 04, por sua vez, despertou preocupação da pesquisadora, especialmente através dessa fala, ao afirmar que não está mais se vendo como prioridade e não têm nenhum olhar para si: “não tô ligando para mim mais não” (CÓD 04).

Em um primeiro momento a fala da participante remeteu à pesquisadora a possibilidade de a participante estar vivenciando uma depressão pós-parto. Assim, ao perceber a fragilidade que entrevistada se encontrava, a pesquisadora acionou a rede para que fosse avaliada e tivesse um cuidado direcionado à sua saúde mental.

No entanto, a leitura proporcionada por Zanello (2018) fez com que a pesquisadora refletisse se essa fala também não pode ser reflexo da sobrecarga no cumprimento das atividades relacionadas aos cuidados com os filhos, pois o olhar para os filhos exige tanto dessa mulher que a impossibilita do olhar para si. E mesmo quando as mães adoecem, pela depressão ou ansiedade, em decorrência desse contexto, tendem a se autculpabilizar e compreender seu estado de sofrimento em função de suas limitações e não provocadas pelo outro, ou seja, usam a psicopatologização, mensagem esta transmitida pela cultura contemporânea sobre a culpa materna, em suas mais diversas discussões sobre gênero.

Nos registros do *diário de campo*, constatou-se que todas as participantes aparentavam ter realizado sua higiene pessoal, no que diz ao banho e a escovação dos dentes, no entanto, apresentavam-se com dificuldades no que diz ao autocuidado (cabelos

sem pentear e aparentavam não ter demandado um tempo para a escolha das roupas, por exemplo), com exceção das participantes 02 e 05. O que nos sugere o quanto é desafiador manter essa rotina de autocuidado, mesmo entre aquelas que afirmaram que estão conseguindo.

Um outro dado que cabe destacar aqui é que a participante 02 retomou sua rotina de autocuidado quando sua genitora pontuou para a mesma que ela deveria voltar a “se cuidar” (sic). O olhar da genitora mostra a importância da rede de apoio no cuidado com essas mulheres bem como faz refletir que os profissionais também poderiam ter esse olhar intervindo, por exemplo, através da disponibilidade de espaços como oficinas que sensibilizem sobre a importância do autocuidado.

## 5.5 VÍNCULO E REDE DE APOIO

### Quadro 06- Categoria 4: Vínculo e Rede de apoio

<b>CATEGORIA</b>	<b>NÚCLEOS DE SENTIDO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO FRAGMENTO</b>	<b>FRAGMENTOS-UNIDADES DE REGISTRO</b>
<i>VÍNCULO E REDE DE APOIO</i>	Parceiro	Relevância da figura do companheiro	<p>“É e ter um parceiro, né? Porque para mim foi mais tranquilo. Eu não sei para quem não tenha a oportunidade de ter o pai junto, mas ele (companheiro) estar junto comigo também me ajudou bastante (...).Ele é muito companheiro. O que faz a diferença é você ter ele, o pai da criança para te ajudar” (CÓD 02).</p> <p>“Meu esposo é uma ótima pessoa. Como marido, é marido, é amigo, é tudo, sabe? Muitas vezes ele até lavava roupa, cuidava das coisas em casa para não me ver sofrer, porque eu sentia dor na perna, não podia fazer quase nada. Aí ele fazia as coisas, lavava a roupa, pnhava no varal. Cuidava de uma coisa e outra, essa parte não tem o que falar não (...).Ele fica com ele no colo para modo de eu fazer as coisas tudo” (CÓD 04).</p> <p>“Meu marido, as vezes ele faz comida. Tá fazendo quase todo dia, ele faz (...).Só não dá peito porque não pode (...) Ele é um ótimo marido. Eu sou</p>

		<p>Uma participante tornou relevante a ausência da figura do seu último companheiro.</p>	<p>abençoada de marido também” (CÓD 06).</p> <p>“O pai dele não quer saber. Se envolveu com droga, está morando na rua. Não quer registrar ele, sabe? E assim eu olho para cara dele é a cara do pai. Então isso assim mexe comigo, sabe? (...). Aí ele foi de noite na maternidade. E eu toquei ele de lá. Porque eu fiquei com medo dele. E ele queria ficar lá comigo, dormir lá comigo. E eu toquei ele de lá. E ele falou que ele não ia mais registrar então.(...)Mas eu não conseguia ficar perto dele. Não conseguia. Porque ele, a gente não sabe o que se passa na cabeça. E ele estava com uma bolsa também vai que tem alguma coisa, né? Eu falei até a gente gritar aqui a gente morreu, né?(...)Aí a mãe dele falou assim “vai lá e dá parte na Polícia”. Eu falei não, até chamar a polícia você já morreu. Você assiste televisão “cê” fica mais louca, né? (...) Eu tinha minha casa lá em São Carlos. Eu ganhei uma casinha popular. Só que eu saí de lá porque quando a gente brigou tudo, que eu falei para ele ir embora, ele falou que ia entrar lá dentro e tacar fogo eu com as crianças dentro (...)sim, porque a pessoa vai pressa, fica uns dias e saí. E quando não nem fica, e aí? ” (CÓD 03)</p>
Família	Ênfase para a importância da rede de apoio		<p>“Teve uma época aqui que eu não conseguia fazer nada em casa, sorte minha foi que a minha sogra veio aqui quem cuidava das minhas crianças para mim, quem fazia as coisas, porque eu não conseguia fazer não” (CÓD 04).</p> <p>“É que assim eu tenho a minha cunhada que me ajuda bastante” (CÓD 05).</p> <p>“Minha sogra tava aqui então, ela é de Minas, mas ela veio aqui pro nascimento dela, ficou uns dias aí e ajudou eu, graças a Deus(...)É, ela fazia tudo” (CÓD 06).</p> <p>“Não tem só ela (mãe), tem minha vó, que é mãe dela, que também faz as coisas quando precisa, né? ” (CÓD 07).</p> <p>“Aí eu fico meio pensando porque não sei dá conta dele aqui sozinha, eu queria tá morando perto da minha mãe, porque eu preciso de ajuda, né? Ela me ajuda a cuida dele, então, eu sozinha eu fico imaginando como é cuidar de</p>



		Uma participante afirma que na maior parte do tempo sente-se sozinha nos cuidados com os filhos.	bebê porque eu nunca cuidei de um bebezinho tão pequeno assim, né? ” (CÓD 08).  “Mas é eu sozinha com eles (...) “É só eu e Deus. E eles, né? ” (CÓD 03).
	Amigos	Atores fora do convívio familiar, amigos e vizinhos, como pertencentes a rede de apoio.	“E tipo às vezes eu não tenho ninguém para segurar eles. Que nem agora a vizinha ficou com ela (...) esses dias eu não estava conseguindo limpar a casa porque ele estava ressecado, ele só queria colo, colo e ele só chorava, chorava, chorava. Aí eu não consegui dormir à noite toda no outro dia também. Aí eu falei nossa minha casa está de ponta cabeça, não sei o que. Ela foi lá e arrumou para mim tudo a casa. Aí eu falei nossa você caiu do céu porque eu não tava” (CÓD 03).  “Então, eu contava para uma outra amiga e minha amiga falava assim “amiga não pode ser assim, vai dar tudo certo”, não sei o que” (CÓD 05).

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

Como pode se observar no Quadro 06 a presente categoria trata do campo das relações e da participação do parceiro, da família e dos amigos nas vivências cotidianas das participantes nesse período puerperal.

Um dado obtido através do *diário de campo* torna-se importante para essa categoria. A pesquisadora observou se as participantes estavam sozinhas no momento da entrevista ou acompanhadas de pessoas que as auxiliavam. As participantes 01, 02, 04, 05 e 06 encontravam-se sozinhas, mas informaram que seus familiares estavam trabalhando. A participante 03 não estava acompanhada e diz ser assim a maior parte do tempo. Enquanto que as participantes 07 e 08 estavam acompanhadas de suas respectivas genitoras.

a) Parceiro

Winnicott (2008) acreditava que o primeiro aspecto da função paterna, seria garantir que a mãe vivencie o período inicial da maternidade sem grandes perigos ou ameaças. Assim,

o pai entra como se fosse um coadjuvante na vida do bebê e ponto central na vida da mãe, uma sustentação do estado de *preocupação materna primária*:

Nesse ponto o pai pode ajudar. Pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule à vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter de ocupar-se das coisas externas que acontecem à sua volta, numa época em que ela tanto precisa concentrar-se, quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus próprios braços e no centro do qual está o bebê. (WINNICOTT, 2008, p. 27)

Segundo o Programa P (PROMUNDO, 2014, p.17), as mulheres que têm parceiros/as envolvidos/as se sentem mais apoiadas emocionalmente e menos estressadas do que as mulheres com parceiros/as ausentes e não envolvidos/as. As participantes parecem concordar ao darem ênfase à figura do companheiro como sinônimo de apoio e afeto em relação a elas e as crianças afirmando também que eles têm um bom relacionamento.

É e ter um parceiro, né? Porque para mim foi mais tranquilo. Eu não sei para quem não tenha a oportunidade de ter o pai junto, mas ele estar junto comigo também me ajudou bastante (...)Ele é muito companheiro. O que faz a diferença é você ter ele, o pai da criança para te ajudar (**CÓD 02**).

Meu esposo é uma ótima pessoa. Como marido, é marido, é amigo, é tudo, sabe? Muitas vezes ele até lavava roupa, cuidava das coisas em casa para não me ver sofrer, porque eu sentia dor na perna, não podia fazer quase nada. Aí ele fazia as coisas, lavava a roupa, punhava no varal. Cuidava de uma coisa e outra, essa parte não tem o que falar não (...)Ele fica com ele no colo para modo de eu fazer as coisas tudo (**CÓD 04**).

Meu marido, as vezes ele faz comida. Tá fazendo quase todo dia, ele faz (...)Só não dá peito porque não pode (...) Ele é um ótimo marido. Eu sou abençoada de marido também (**CÓD 06**).

As narrativas apresentadas acima, apesar de significarem para as mulheres a avaliação positiva da participação dos companheiros, permite pensar sobre a participação deles nas tarefas domésticas serem vistas, de modo geral, como uma ajuda. A palavra “ajuda”, pronunciada por várias delas em suas entrevistas, evidencia que o trabalho doméstico, ou seja, os cuidados com a casa e a família, e os cuidados com os filhos ainda são considerados como uma colaboração no que diz respeito aos homens e para as mulheres uma obrigação naturalizada.

A desigualdade de gênero está presente na vida das mulheres, e, da mesma forma, acontece com os homens que, presos em estereótipos, muitas vezes não conseguem envolver-se de forma mais ativa na paternidade e no cuidado, pois a eles caberia ser o provedor do lar, negar suas emoções e chefiar a família, não tendo espaço para experimentarem-se em outros papéis, como aqueles ligados ao cuidado com a casa e as/os filhas/os.

Muitas culturas (inclusive a nossa) promovem a ideia de que ser um “homem de verdade” significa ser provedor e protetor. Baseando-se nessas noções, os homens são estimulados desde novos a serem agressivos, competitivos e a acreditar que as mulheres devam ser submissas ao seu poder e responsáveis pelo cuidado com a casa e com os(as) filhos(as). Algumas mudanças já foram operadas na sociedade ao longo dos anos em relação aos papéis desempenhados por mulheres e homens, mas ainda é preciso muito trabalho para tensionar alguns valores (hegemônicos) ligados ao gênero que são propagados como se fossem naturalizados (BRASIL, 2011, p.15).

Essa naturalização fica evidente em um trecho da entrevista da participante 08 que demonstra revolta com a fala da sogra, que orientou ser tarefa da mulher cuidar dos filhos e do homem ser o provedor financeiro. A participante demonstra não duvidar de que a parentalidade deva ser assumida pelos dois.

Sabe o que a mãe dele falou pra mim? Ela disse assim, quem tem que cuidar do filho é você, porque o pai tem que tá trabalhando, o homem tem que trabalhar, a mulher tem que cuidar da casa, mas eu não fiz filho sozinha. Ele fez junto, na hora de fazer não foi bom? Agora cuidar, não quer cuidar? (**CÓD 08**).

Segundo Urpia (2009) a maternidade permanece sendo vista, não poucas vezes, como uma experiência de exclusividade na vida da mulher. E esquecem-se, constantemente, nesse discurso idealizador da maternidade, de incluir os homens, para os quais ainda se reserva a posição de “ajudantes” nesse processo de transição parental, em que deveriam estar implicados homens e mulheres igualmente.

A fala da participante 04 de que o marido “até lavava roupa” (sic) nos remete novamente a reflexões quanto ao trabalho doméstico estar “naturalizado” como atribuição exclusiva das mulheres bem como nos faz refletir que por ser natural supostamente não lhe custa esforço e que, por isso, esse trabalho não foi/ é valorizado e remunerado.

O discurso do natural encobre e desqualifica, portanto, esse trabalho, pois por “natureza” as mulheres seriam mais aptas a realizá-lo. A invisibilidade do trabalho doméstico, da mesma forma que o cuidado com os filhos, marido, familiares, doentes, etc, têm levado, assim, muitas mulheres a adoecerem (ZANELLO, 2018, p. 161).

Esse apontamento sobre a invisibilidade e desvalorização em relação ao trabalho doméstico foi identificado pela participante 07 como uma demanda, pois a mesma em sua fala, ao ser questionada sobre quais seriam suas necessidades nesse período, aponta o desejo pelo reconhecimento do companheiro sobre a energia que despende dentro de casa: “eu acho que eu preciso mais de palavras de incentivo, tipo assim, alguém reconhecer o que eu faço, entendeu? Dentro de casa. Ou pelo menos falar assim nossa, como ela é útil, né? Como ela faz isso bem” (**CÓD 07**).

Uma participante também demonstrou concordar com as demais, entretanto, tornou relevante a ausência da figura do seu último companheiro, pois o mesmo esteve ausente em todo período gestacional e puerperal. No seu relato, a participante 03, conta que ao olhar para o filho e ver a semelhança com o genitor percebe o quanto isso a afeta. Na oportunidade ainda diz sobre a atual situação do companheiro, drogadito e que possivelmente encontra-se em situação de rua, e sobre as ameaças que sofria, inclusive de morte. A participante diz sentir medo do antigo companheiro e ao mesmo tempo não saber definir o que sente por ele.

O pai dele não quer saber. Se envolveu com droga, está morando na rua. Não quer registrar ele, sabe? E assim eu olho para cara dele é a cara do pai. Então isso assim mexe comigo, sabe? (...). Aí ele foi de noite na maternidade. E eu toquei ele de lá. Porque eu fiquei com medo dele. E ele queria ficar lá comigo, dormir lá comigo. E eu toquei ele de lá. E ele falou que ele não ia mais registrar então (...). Mas eu não conseguia ficar perto dele. Não conseguia. Porque ele, a gente não sabe o que se passa na cabeça. E ele estava com uma bolsa também vai que tem alguma coisa, né? Eu falei até a gente gritar aqui a gente morreu, né? (...). Aí a mãe dele falou assim “vai lá e dá parte na Polícia”. Eu falei não, até chamar a polícia você já morreu. Você assiste televisão “cê” fica mais louca, né? (...). Eu tinha minha casa lá em São Carlos. Eu ganhei uma casinha popular. Só que eu saí de lá porque quando a gente brigou tudo, que eu falei para ele ir embora, ele falou que ia entrar lá dentro e tacar fogo eu com as crianças dentro (...)sim, porque a pessoa vai pressa, fica uns dias e saí. E quando não nem fica, e aí? (CÓD 03).

A narrativa da participante retratada acima permite compreender o quanto a vivência de um relacionamento abusivo, marcada pela violência verbal e psicológica, pode tornar ainda mais difícil essa nova adaptação. O sofrimento intenso vivenciado pela participante, somado a outros fatores que está mulher enfrenta como o cansaço por cuidar dos filhos sozinha, mostra a demanda por um cuidado integral direcionado a essa mulher e evidencia a importância da rede de apoio, que garanta os cuidados às mulheres nesse período, principalmente, na ausência do (a) companheiro (a).

A violência contra as mulheres é um dos tipos de violência bastante recorrente nos serviços de saúde e de assistência social. No entanto, estes serviços, em geral, têm desafios para direcionar a atenção a estas mulheres em situação de violência. Em alguns casos, a atuação prática dos serviços parecem não reconhecer essa problemática em sua amplitude, restringindo-se aos sintomas físicos ou lesões decorrentes. Dificuldades quanto aos procedimentos específicos também compõem parte do desafio. Os profissionais sentem-se despreparados para lidar com o problema e, ainda, há a dificuldade das mulheres em falar sobre a violência vivida e mesmo em identificar o que vivem como violência (BRASIL, 2016).

Uma última reflexão, diz sobre a importância da promoção do envolvimento dos homens na paternidade e no cuidado. O envolvimento do pai nas ações de cuidado é um dos recursos mais importantes e, no entanto, mais mal aproveitado na promoção da saúde e do

desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Os próprios serviços de saúde, “muitas vezes denominados materno-infantis, contribuem para afastá-los, reforçando a concepção de que as referidas ações – de cuidado – são de responsabilidade exclusiva das mães” (CASTELLO BRANCO et al, 2014, p. 03).

Especialmente em relação à paternidade, a questão do cuidado é central na desconstrução de masculinidades estereotipadas. Ao contribuir para a paternidade ativa, consciente, engajada e cuidadora por parte dos homens, promove-se uma série de benefícios para a sociedade como um todo:

Ajuda a prevenir a violência doméstica e familiar contra mulheres e crianças; Gera mais benefícios durante o pré-natal, tanto para a saúde materna quanto para a saúde infantil e promove autocuidado masculino; É importante para a qualidade de vida das famílias, incluindo a dos homens; Possibilita uma divisão mais igualitária nas tarefas domésticas; Contribui para uma maior inserção da mulher em atividades fora do ambiente doméstico, como estudar, trabalhar etc. e, conseqüentemente, para seu empoderamento; Contribui para a proteção dos direitos das crianças (PROMUNDO, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “os esforços para melhorar a saúde materna devem incluir medidas para reduzir o ciclo de violência contra as mulheres” (OMS, 2005). Como apontado no Programa P (PROMUNDO, 2014), é importante que os homens tenham oportunidades, estimuladas pelos serviços, como os de saúde e assistência social, de aprender e auxiliar nas tarefas cotidianas que envolvem cuidado. É importante que isto parta de uma perspectiva que entenda a paternidade e o cuidado como referência positiva, com reflexos diretos no bem-estar da mãe. Uma alternativa possível consiste em envolver os homens em oficinas e cursos, atividades em grupo, rodas de conversa, cine debates que ensinem como valorizar o cuidado de sua/seu companheira/o e dos/as filhos/as. E são exemplos também que podem contribuir para a troca de experiências e para o estímulo à participação dos homens nessas tarefas e na própria paternidade. Vale lembrar que o cuidado é uma habilidade que é aprendida, tanto por mulheres quanto por homens, inclusive a maternidade é uma função aprendida, logo, “ninguém nasce sabendo cuidar”.

Vale ressaltar que as mulheres que participaram deste estudo vivenciam relações heteroafetivas e por isso se usou como exemplo os homens, no entanto, torna-se fundamental atentar para as diferentes situações encontradas nos serviços durante o período da gestação, parto e pós parto: a mãe ou o pai da criança podem estar em relacionamentos homoafetivos, não estarem (como a participante 03) ou nunca terem estado em relacionamento íntimo, terem diferentes configurações familiares, etc. Por isso, “sugerimos o uso do termo figura paterna, parceiro ou parceira, a ser intercambiado com pai, conforme a situação apresentada” (PROMUNDO, 2014, p.47).

b) Família

As participantes deram ênfase para a importância da rede de apoio, destacando a figura de familiares, como a mãe, a sogra, a cunhada, a avó, entre outros, como sinônimo de apoio e auxílio nessa fase.

A participante 04 aponta a sogra como alguém que a apoiou no período gestacional, quando não estava conseguindo desempenhar nenhuma atividade e nem cuidar dos filhos: “teve uma época aqui que eu não conseguia fazer nada em casa, sorte minha foi que a minha sogra veio aqui quem cuidava das minhas crianças para mim, quem fazia as coisas, porque eu não conseguia fazer não” (**CÓD 04**).

A participante 05 inclui a cunhada na sua rede de apoio, afirmando que a mesma está a ajudando muito nesse período pós-parto: “É que assim eu tenho a minha cunhada que me ajuda bastante” (**CÓD 05**).

Já a participante 06 também aponta a importância que a sogra teve nos primeiros dias do período pós-parto, sendo a pessoa que a auxiliou nessa fase. E ressalta a insegurança que sentiu quando a sogra foi embora: “minha sogra tava aqui então, ela é de Minas, mas ela veio aqui pro nascimento dela, ficou uns dias aí e ajudou eu, graças a Deus(...)É, ela fazia tudo” (**CÓD 06**).

As participantes 07 e 08 trouxeram a relevância da figura materna como apoio nesse período.

Não tem só ela (mãe), tem minha vó, que é mãe dela, que também faz as coisas quando precisa, né? (**CÓD 07**).

Aí eu fico meio pensando porque não sei dá conta dele aqui sozinha, eu queria tá morando perto da minha mãe, porque eu preciso de ajuda, né? Ela me ajuda a cuida dele, então, eu sozinha eu fico imaginando como é cuidar de bebê porque eu nunca cuidei de um bebezinho tão pequeno assim, né? (**CÓD 08**).

A participante 08, inclusive, demonstrou a sua condição de dependência em relação à mãe em vários momentos da entrevista. A genitora, que estava na residência no momento da entrevista, disse que a visita com frequência e que custeava o transporte público para que a adolescente a visite. A pesquisadora pode presenciar a angústia que a participante estava nesse dia com a possibilidade de sua mãe ir para sua residência e deixá-la no local, pois não tinha dinheiro para a passagem do ônibus e temia ficar o “resto do dia sozinha” (sic). A feição da participante mudou, demonstrando alívio e alegria, quando a pesquisadora se disponibilizou a levá-las à residência da mãe.

A participante 03, a mesma que demonstrou sentir a falta da figura de um companheiro, afirma que na maior parte do tempo sente-se sozinha nos cuidados com os filhos, não

apontando nenhum membro da família que componha a sua rede de apoio: “Mas é eu sozinha com eles (...) “É só eu e Deus. E eles, né? (CÓD 03).

O que tornou possível refletir sobre a relevância da escuta profissional para entender as demandas dessa mulher se faz de extrema relevância quando essa não pode contar com familiares em sua rede de apoio. Nesse caso, a participante verbalizou para a pesquisadora o desejo de que a filha mais nova fosse inserida na creche, pois estava se sentindo sobrecarregada em cuidar da mesma em período integral também. A pesquisadora, que também é profissional da rede, então, acionou o setor da Educação e conseguiu articular a disponibilidade da vaga.

c) Amigos

As mulheres apontaram pessoas fora do convívio familiar, amigos e vizinhos, como pertencentes à rede de apoio.

A participante 03 demonstra novamente que sente a falta de alguém que a ajude nos cuidados com os filhos, mas apesar de não contar com o companheiro e a família, aponta a vizinha como uma figura de apoio nesse momento, assim, entende-se como pertencente à sua rede de apoio.

E tipo às vezes eu não tenho ninguém para segurar eles. Que nem agora a vizinha ficou com ela (...) esses dias eu não estava conseguindo limpar a casa porque ele estava ressecado, ele só queria colo, colo e ele só chorava, chorava, chorava. Aí eu não consegui dormir à noite toda no outro dia também. Aí eu falei nossa minha casa está de ponta cabeça, não sei o que. Ela foi lá e arrumou para mim tudo a casa. Aí eu falei nossa você caiu do céu porque eu não tava (CÓD 03).

Enquanto na próxima fala pode se observar a relevância que os amigos tiveram para a participante 05 no período gestacional: “então, eu contava para uma outra amiga e minha amiga falava assim “amiga não pode ser assim, vai dar tudo certo”, não sei o que” (CÓD 05).

Pode-se compreender através do que foi abordado nesse núcleo de sentido, a importância do apoio social, entendendo-o, como uma provisão do ambiente social e um importante aspecto de troca entre a pessoa e a sua referência de mundo. Segundo Rapoport e Piccinini (2006, p.86), o apoio social é um construto multidimensional envolvendo o conforto, a assistência e/ou informações que alguém recebe dos seus contatos, sejam eles formais ou informais, estando ainda relacionado com a percepção que a pessoa tem do seu mundo social, com as estratégias para estabelecer vínculos, os recursos que lhe são oferecidos, bem como à proteção frente às situações de risco.

Pensando ainda na relevância da rede de apoio, como elemento do *diário de campo*, vale destacar que o contato da pesquisadora com algumas participantes se deu em um

espaço que elas estavam buscando orientação sobre amamentação, o que, entende-se com isso que essas mulheres buscaram por si a rede de apoio.

## 5.6- CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

### Quadro 07- Categoria 5: Cuidado integral em saúde: desafios e possibilidades

CATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	DESCRIÇÃO DO FRAGMENTO	FRAGMENTOS-UNIDADES DE REGISTRO
<p><i>CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES</i></p>	<p>Amamentação</p>	<p>Necessidade de uma orientação sobre amamentação na maternidade.</p>	<p>“Acho que como eu sofri por ter dado o mamá e não ter dado certo. Eu acho que as enfermeiras poderiam perguntar “você já amamentou? ”, “você sabe amamentar? ” Lá no hospital, na primeira vez que vai dar o mamar para neném, né? Pelo menos assim, né, se evita um pouco isso porque é um momento muito dolorido para a mãe, né? ” (CÓD 01).</p> <p>“Orientação do tipo “é assim que faz, não (...) Eu achei uma grosseria a forma que elas (enfermeiras) seguravam. Elas encaixavam a mão assim (demostrou) na cabecinha dela e empurrava ela no meu peito (demostrou). Eu afastava para trás porque eu via que estava sufocando ela (filha). E elas falavam assim ‘vai mãe, enfia o peito na boca dela, você não vai engasgar ela com teu peito”. Mas de falar assim que entrou uma pessoa no quarto e falou “olha mãe, é</p>



			<p>assim, assim, assim que faz” (CÓD 02).</p> <p>“Eu pedi para moça me dar um pouquinho de leite porquê de madrugada a moça, a enfermeira levou o leite para mim, ela tava se negando a dar o leite para mim. Aí eu perguntei para ela (enfermeira) o porquê, mas eu não tenho nada no meu peito, tanto que aí ela começou a fazer massagem, tudo. Depois que eu questionei bastante (...) Eu acho assim que a gente não precisava ficar implorando as coisas (...) Porque eu acho assim, elas tinham que ter um olhar assim poxa a mãezinha teve cesária, elas sabem que a cesárea não é igual o parto normal que o leite já vem na hora. Elas poderiam falar mamãezinha vou te deixar aqui uma fórmula se precisar você pede” (CÓD 05).</p>
Humanização em Saúde	Críticas sobre o atendimento prestado no pré-natal, no parto e no pós-parto. As participantes também evidenciam necessidades de mudança no modelo de cuidado, apontando aspectos da clínica degradada e da clínica biomédica.		<p>“Que eles (médicos/enfermeiros) estão ali para isso, é normal, e não ligam muito para o sentimento da mãe, de ser um momento especial para a mãe. Que nem eu vi ela (filha), foi muito rápido. Ela nasceu, a M. (médica) falou “olha, olha aqui T., olha aqui rapidinho” mal olhei para o lado e já levaram ela (...) Então, eu acho que a única coisa que eu tenho do que reclamar, não foi tão humanizado. Eu queria mais para o lado humanizado e eu acho que foi mais para o lado, muito seco, eles não se</p>

			<p>importam muito, sabe? ” (CÓD 02).</p> <p>“Aí eu fui passar lá no postinho com o doutor M., ele foi sem educação comigo, ele deu soco na, na mesa, sabe? Aí eu fui falar para ele que eu estava passando mal, que eu não estava me sentindo bem, lá é muita escada, tem porão, a gente tem que descer, eu falei para ele, né? E eu sinto muita tontura, tudo. Aí ele falou “é normal, é coisa de mulher grávida, você sabia que era assim”. Ele foi estúpido mesmo comigo” (CÓD 03).</p> <p>“As vezes assim eu tinha uns problemas, assim, mas eu nem comentava com ela (médica) porque ela(...) Tipo assim, ela não queria nem saber, eu acho. Porque tipo às vezes a pessoa falava as coisas para ela (...) Às vezes eu comentava as coisas com ela, ela falava “nossa, você tem muito problema”. Só se eu tava falando para ela é porque eu tava sentindo, né?”. (...) Passava os exames assim e tipo para ela, ela achava que tudo era normal” (CÓD 04)</p> <p>“Sim, porque oh a partir do momento que ele (médico) vem trabalhar, ele tem que examinar, ele tem que medir uma barriga, se a pessoa tá com dor, ele vê da onde é a dor. Se ele precisar fazer um toque ele tem que fazer, entendeu? ” (CÓD 03).</p> <p>“Ela (médica) devia dar mais atenção, né? Porque assim, você já tá numa fase que não é</p>
--	--	--	---

			<p>fácil. E chega lá com problema e ela. Eu não contava muita coisa. Sentia muita coisa” (CÓD 04).</p> <p>“Lá no hospital eu acho que os enfermeiros deviam ter só pra cuidar dela, as enfermeiras lá cuidam de nenê e dos outros pacientes doentes. Isso, eu acho que devia ter enfermeira só pros nenês. Porque mexe com os doentes, depois vem pegar nos “nenezinhos” (CÓD 06).</p> <p>“Talvez na forma dele falar, entendeu? Poderia ser menos duro ou, né? Por ver o estado, você estar em um estado de gravidez, né? Dá, você é um pouco mais coração mole , entendeu? Ou tentar entender pelo menos, né? O que a pessoa está passando ou o que ela está vivendo, né? ” (CÓD 07).</p>
	Saúde Mental	Necessidade de cuidados com a saúde mental.	<p>“Ter alguém para conversar. Eu acho que isso é muito importante. (...). Então eu acho que uma pessoa que queira escutar o que a gente tem para falar, de como foi, como tá sendo (...)Eu acho que é o essencial. Você ter alguém para conversar e alguém para te entender, sabe? Eu acho que é a base de tudo” (CÓD 02).</p> <p>“Eu só tô que nem eu falo para você, tô meia, minha necessidade mesmo é só de saúde. Eu não tô bem, eu tô com a cabeça, sabe? Eu me sinto que eu não tô bem. Não tô bem preciso de ajuda, só isso, de resto(...). Eu tô</p>

			com a minha cabeça, uns pensamentos, uma coisa ruim. Sei lá. Esses dias não sei o que me deu na cabeça, comecei a chorar ali, vontade de arrancar os cabelos, uma coisa ruim. Ruim, ruim mesmo, não tô bem não(...)Aí me deu aquela vontade, sabe qual era meu pensamento? de meu esposo saí, eu fiquei só com ele dentro de casa, eu taca fogo dentro de casa e morrer nós tudo dentro de casa. Eu digo com eles porque morre nós tudo dentro de casa, nós quatro junto, nem sofre eu nem sofre eles. É assim” (CÓD 04).
--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

O conceito de Cuidado emerge em um cenário mais tardio da reforma sanitária brasileira como movimento “reconstrutivo instruído por um duplo interesse: de um lado, a demanda por uma atenção integral à saúde e, de outro, a necessidade de humanização das práticas que devem responder a tal demanda” (AYRES, 2009, p. 28). Esse estudo compartilha desse “duplo interesse” ao olhar para o que as participantes trouxeram como demandas de atenção integral à saúde e a urgência da humanização das práticas para atendê-las.

Como podemos observar no Quadro 07, a categoria 5 aborda as demandas de saúde trazidas pelas participantes e como elas estão sendo percebidas a partir da clínica da integralidade, com olhar aos aspectos voltados a amamentação, aos que evidenciam que o cuidado não está sendo realizado de forma integral e as possibilidades para que sejam feitos, bem como, questões voltadas à saúde mental.

#### a) Amamentação

Entende-se que a temática da amamentação se torna de extrema relevância a fim de constantes reflexões. O conhecimento científico comprova que os benefícios oferecidos pelo aleitamento materno são inúmeros, do ponto de vista biológico e social, e tem-se ciência que esta prática traz vantagens para a mulher, para a criança, para a sua família e para a sociedade. No entanto, há momentos que os profissionais elegem a criança como único e exclusivo foco das ações profissionais, “esquecendo-se de que os benefícios e/ou prejuízos

não ocorrem só para quem recebe o leite, mas também para quem o doa (ALMEIDA, 1999, p. 08).

Outro ponto a ser analisado é que é comum alguns profissionais, movidos pelos ideais de alcance à padrões nutricionais e a redução de doenças, entre outras metas, nem sempre compreendem a dimensão do cenário das emoções do qual a amamentação faz parte.

As ações e as reações são atravessadas por componentes emocionais que, mesmo não estando explícitos, fornecem sentidos que as sustentam. Assim, os fluxos lácteos não operam só no plano dos nutrientes, podendo alimentar as emoções tão necessárias para os vínculos que são apreendidos em uma relação específica e são, gradativamente, ampliados nas relações interpessoais mais amplas (ALMEIDA, 1999, p.08).

As narrativas das participantes, que estão vivenciando a maternidade pela primeira vez, situam-se nesse cenário ao identificarem a necessidade de uma orientação sobre amamentação na maternidade e concluem que as profissionais da enfermagem não estão preparadas para atendê-las.

A participante identifica, a seguir, no seu relato a necessidade de uma orientação sobre amamentação na maternidade acreditando que evitaria que tivesse feito a pega incorreta, que decorreu nos mamilos rachados, e a fez vivenciar uma dor muito intensa.

Acho que como eu sofri por ter dado o mamá e não ter dado certo. Eu acho que as enfermeiras poderiam perguntar “você já amamentou? ”, “você sabe amamentar? ”. Lá no hospital, na primeira vez que vai dar o mamar para neném, né? Pelo menos assim, né, se evita um pouco isso porque é um momento muito dolorido para a mãe, né? (CÓD 01).

A participante 02 relata que não teve orientação sobre amamentação e ressalta a importância desta. Mostra-se frustrada com a experiência vivenciada e ressalta novamente a ausência de um atendimento humanizado.

Orientação do tipo “é assim que faz”, não (...) Eu achei uma grosseria a forma que elas seguravam. Elas encaixavam a mão assim (demostrou) na cabecinha dela e empurrava ela no meu peito (demostrou). Eu afastava para trás porque eu via que estava sufocando ela. E elas falavam assim “vai mãe, enfia o peito na boca dela, você não vai engasgar ela com teu peito”. Mas de falar assim que entrou uma pessoa no quarto e falou “olha mãe, é assim, assim, assim que faz (CÓD 02).

Quando questionada sobre como poderia ser o cuidado direcionado a ela, a participante 05 aponta que as enfermeiras da Santa Casa deveriam ter a compreensão que uma mulher que vivenciou uma cesárea não está apta a amamentar nas primeiras horas pós-parto e que deveriam oferecer o alimento para sua filha sem que precisasse insistir para que o fizessem.

Eu pedi para moça me dar um pouquinho de leite porquê de madrugada a moça, a enfermeira levou o leite para mim, ela tava se negando a dar o leite para mim. Aí eu perguntei para ela o porquê, mas eu não tenho nada no meu peito, tanto que aí ela começou a fazer massagem, tudo. Depois que eu questionei bastante (...). Eu acho assim que a gente não precisava ficar implorando as coisas (...). Porque eu acho assim, elas tinham que ter um olhar assim poxa a mãezinha teve cesárea, elas sabem que a cesárea não é igual o parto normal que o leite já vem na hora. Elas poderiam falar mamãezinha vou te deixar aqui uma fórmula se precisar você pede (CÓD 05).

A fala da participante ilustrada acima convida a refletir sobre o fato de que após o parto, é socialmente esperado que as mães estejam prontas, acolhedoras e desejosas da amamentação. Entende-se que, muitas vezes, as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para desenvolver essa função, bem como, não são ouvidas sobre quais são as suas necessidades nesse período.

Nakano (2003) coloca que as sensações corporais e as práticas que se passam no corpo materno são determinadas por representações culturais de maternidade e imprimem maneiras socialmente reconhecidas de perceber e agir frente a situações que se apresentam na amamentação, podendo ser vivenciadas pelas mulheres em consonância ou em conflito com as determinações sociais, deixando emergir seus limites.

Monteiro, Gomes e Nakano (2006) concluem que cabe às mulheres, detentoras de corpos femininos, o direito de gestar, parir e amamentar. Aos profissionais de saúde cabe o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la nas decisões referentes ao processo de amamentação.

A conclusão feita acima dialoga com o conceito de Integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de saúde. Segundo Mattos (2009, p.56) eles têm em comum a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças. Logo, os profissionais de saúde, em suas práticas, podem orientá-las sobre amamentação, usando de suas técnicas, sem deixar de considerar a importância de acolhê-las compreendendo seu modo de vida e o respeito às suas opiniões.

#### *b) Humanização em Saúde*

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006). Nesse sentido, “a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde” (op.cit.). Com base nessa política valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de

transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Para esta categoria, as participantes foram convidadas a refletir sobre como acreditam que deveria ser o cuidado direcionado a elas e apontaram críticas sobre o atendimento prestado no pré-natal, no parto e no pós-parto trazendo novamente para discussão a ausência do olhar da equipe para suas necessidades, seus desejos e emoções.

A puérpera ao falar sobre o atendimento que recebeu na maternidade discorre sobre as idealizações que tinha sobre o parto e a amamentação, como o momento de conhecer a sua bebê, e traz como relevante a humanização no atendimento.

Que eles estão ali para isso, é normal, e não ligam muito para o sentimento da mãe, de ser um momento especial para a mãe. Que nem eu vi ela, foi muito rápido. Ela nasceu, a M. falou “olha, olha aqui T..., olha aqui rapidinho” mal olhei para o lado e já levaram ela (...) Então, eu acho que a única coisa que eu tenho do que reclamar, não foi tão humanizado. Eu queria mais para o lado humanizado e eu acho que foi mais para o lado, muito seco, eles não se importam muito, sabe? (CÓD 02).

Ao falar que não foi humanizado a pesquisadora entende que a participante esperava que os profissionais que a atenderam entendessem o quanto o momento do nascimento da sua filha era importante e não só a respeitassem, mas também se demonstrassem sensíveis a ela sendo mais afetuosos. Essa situação, em especial, sugere que não houve um dos objetivos da PNH que é a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo. Por vínculo entende que:

A aproximação entre usuário e trabalhador promove um encontro, este ficar em frente um do outro, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2006, p.55).

Enquanto que a entrevistada 03 ao pensar sobre o seu pré-natal aponta a figura do médico como central, definindo-o como um profissional que a tratou de forma desrespeitosa e não teve escuta para as suas demandas de saúde, inclusive, o que a mobilizou solicitar a mudança de profissional.

Aí eu fui passar lá no postinho com o doutor M., ele foi sem educação comigo, ele deu soco na, na mesa, sabe? Aí eu fui falar para ele que eu estava passando mal, que eu não estava me sentindo bem, lá é muita escada, tem porão, a gente tem que descer, eu falei para ele, né? E eu sinto muita tontura,

tudo. Aí ele falou “é normal, é coisa de mulher grávida, você sabia que era assim”. Ele foi estúpido mesmo comigo (**CÓD 03**).

A participante 04 ao falar sobre o atendimento que recebeu no pré-natal mudou de opinião no decorrer da entrevista. Em um primeiro momento definiu como ótimo, mas em seguida traz a figura da médica como central definindo-a como uma profissional que a tratou de forma desrespeitosa, “grosseira”, como a mesma define, e não teve escuta para as suas demandas de saúde, inclusive, deixou de relatar a médica o que vinha sentindo porque a médica aparentava não ter escuta para o que ela falava/sentia:

Às vezes assim eu tinha uns problemas, assim, mas eu nem comentava com ela porque ela(...) Tipo assim, ela não queria nem saber, eu acho. Porque tipo às vezes a pessoa falava as coisas para ela (...) Às vezes eu comentava as coisas com ela, ela falava “nossa, você tem muito problema”. Só se eu tava falando para ela é porque eu tava sentindo, né? ”. (...). Passava os exames assim e tipo para ela, ela achava que tudo era normal (**CÓD 04**).

A demanda trazida pelas participantes acima pode sinalizar que uma das diretrizes da PNH está ausente: o acolhimento. Acolher “é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações” (BRASIL, 2006). Os profissionais ao exercerem o cuidado em saúde poderiam realizá-lo, por exemplo, acolhendo essas mulheres através de uma *escuta qualificada* às suas necessidades, tornando possível com isso a garantia do acesso oportuno delas a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde e construindo relações de confiança, compromisso e vínculo entre os usuários e as equipes.

Segundo Mattos (2009) há profissionais que lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Os profissionais ao reificarem suas próprias percepções tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer sejam eles como pacientes, como usuários ou profissionais. De acordo com o autor, há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (subjetivas) como se fossem reais. O autor conclui que a integralidade nesse contexto talvez só se realiza quando:

Procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas, nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos (MATTOS, 2009, p.66).

Ao pensar esse núcleo de sentido sobre a perspectiva da integralidade, a pesquisadora entende que ele também remete a discussão trazida por Campos (1997) da *clínica degradada*, conceito este que “procura reconhecer que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta



teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída” (CAMPOS, 1997, p.03). Ainda segundo o autor, toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há uma degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde (CAMPOS, 1997, p.04).

As mulheres entrevistadas evidenciam, então, necessidades de mudança no modelo de cuidado, apontando aspectos da clínica degradada e da clínica biomédica.

A participante pontuou o que ela vê como necessário no acompanhamento do pré-natal. Novamente, queixa-se da conduta do médico que a atendeu, definindo-o como um profissional que não tem escuta para a demanda dos que atende: “sim, porque oh a partir do momento que ele (médico) vem trabalhar, ele tem que examinar, ele tem que medir uma barriga, se a pessoa tá com dor, ele vê da onde é a dor. Se ele precisar fazer um toque ele tem que fazer, entendeu?” (**CÓD 03**).

A participante ao ser questionada sobre como acredita que deveria ser o cuidado direcionado a ela sugere que a médica deveria dar “atenção” (sic), por entender que o período gestacional é uma fase difícil somado ao fato que ela já enfrentava diversos problemas de saúde: “ela devia dar mais atenção, né? Porque assim, você já tá numa fase que não é fácil. E chega lá com problema e ela. Eu não contava muita coisa. Sentia muita coisa” (**CÓD 04**).

A participante 07 compartilha do que foi trazido pelas participantes acima ao sugerir que o médico poderia ter conversado de forma mais respeitosa e compreensiva no seu pré-natal, colocando-se no lugar das gestantes, estando as mesmas mais vulneráveis por estarem nessa condição.

Talvez na forma dele falar, entendeu? Poderia ser menos duro ou, né? Por ver o estado, você estar em um estado de gravidez, né? Dá, você é um pouco mais coração mole, entendeu? Ou tentar entender pelo menos, né? O que a pessoa está passando ou o que ela está vivendo, né? (**CÓD 07**).

Destaca-se que as participantes trouxeram nas entrevistas a figura dos médicos como centrais nos atendimentos e só verbalizaram sobre os outros atores quando questionadas pela pesquisadora, o que se pode pensar como reflexo do “medicocentrismo” e o saber médico como superior as demais profissionais. Nesse sentido, torna-se inevitável trazer a questão da integralidade para discussão, pois a integralidade também consiste na prática eficiente, coesa e completa de promoção da saúde em uma rede interligada, onde as ações devem ser multidisciplinares, interdisciplinares e mesmo transdisciplinares.

Segundo Carvalho (2016, p.26) em uma equipe interdisciplinar há possibilidade de troca de conhecimentos, técnicas e metodologia entre os profissionais e por sua vez, a transdisciplinaridade diz respeito a uma compreensão que transcende o âmbito de cada disciplina e surge através da articulação que possibilita uma nova visão sobre o assunto. Com

isso, podemos pensar que a horizontalização nas relações de poder possibilite a conscientização dos usuários sobre a importância dos demais atores inseridos nesse cenário e se faz de extrema necessidade, pensando que a quebra da hierarquia pode resultar com que o trabalho em equipe seja realizado de forma eficiente e fluida.

Nesse sentido, Mattos (2009, p.55) afirma que a mesma preocupação prudente com o uso das técnicas de prevenção e com a identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde deve ser defendida para o conjunto de profissionais dos serviços de saúde. E que “o encontro entre médico e paciente é tão-somente um dos lugares nos quais tal preocupação pode se realizar” (Op.cit).

Quando questionada se teria alguma sugestão de melhoria no atendimento a participante 06 coloca que não tem nenhuma queixa, mas como sugestão aponta que deveriam ter enfermeiros que ficassem exclusivamente na maternidade:

Lá no hospital eu acho que os enfermeiros deviam ter só pra cuidar dela, as enfermeiras lá cuidam de nenê e dos outros pacientes doentes. Isso, eu acho que devia ter enfermeira só pros nenês. Porque mexe com os doentes, depois vem pegar nos “nenezinhos (CÓD 06).

As narrativas das participantes também sugerem possibilidades do que elas compreendem como cuidado ideal. Esse campo de discussão também permite a reflexão para o conceito de *clínica do sujeito*. Segundo Campos (2007) a clínica ampliada considera fundamental ampliar o "objeto de trabalho" da clínica. O autor afirma que o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional “se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas)” (CAMPOS, 2007, p.852). A ampliação mais importante, contudo, para o autor seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas, ou seja, a clínica do sujeito seria a principal ampliação sugerida.

Entende-se que essa categoria evidencia uma das diretrizes da PNH (BRASIL, 2006): a clínica ampliada. E com ela a implantação de suas propostas: o compromisso com o sujeito e não só com a doença; o reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; a afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem; busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) e a defesa dos direitos dos usuários.

Mediante o exposto, a clínica ampliada deve ser um compromisso, firmado pelos profissionais, onde devem direcionar o cuidado para o sujeito, a doença, a família e o contexto social, e assim produzir saúde, aumentando a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas.

c) Saúde mental

A maternidade é uma experiência única que envolve adaptações fisiológicas significativas a nível físico, psíquico, social e emocional, e que têm diferentes implicações no bem-estar materno (LISBOA, 2006). Vale lembrar que nas quatro semanas seguintes ao parto algumas mulheres enfrentam o “blue puerperal” e experimentam certa perturbação emocional, que pode durar alguns dias e que consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente, e que, habitualmente, desaparece espontaneamente.

Sendo este um período crítico para a saúde mental da mulher, torna-se importante que os profissionais estejam atentos para alguns sinais de alerta, entre eles: “tristeza invasiva; desespero; crises de choro e ideação suicida (LISBOA, 2006, p.14). Sintomas estes que podem sinalizar uma depressão na gravidez e/ou no pós-parto, mas que muitas vezes não são inicialmente identificados, devido à sobrecarga que os cuidados ao bebê constituem para a mãe, podendo determinar, num pós-parto normal, tal como numa situação de depressão pós-parto, alterações do sono e do apetite, fadiga e perda de energia.

É fundamental uma postura atenta, por parte dos profissionais, para detectar situações de risco, o mais precocemente possível, assim, fazer os encaminhamentos necessários para o devido diagnóstico e tratamento dos casos de depressão. Destaca-se como situações de risco:

**I - Situações de risco ligadas aos antecedentes pessoais e familiares dos pais, sobretudo da mãe:** 1 – *Contexto adverso na família de origem da mãe ou do pai:* - relação perturbada dos pais com os seus próprios pais; - famílias de origem dissociadas; - perda precoce de um dos pais ou substituto; - violência familiar; - colocação familiar ou institucional. 2 – *Antecedentes psiquiátricos de cada um dos pais, com especial destaque para a mãe:* - consumo de substâncias (álcool, drogas, sedativos, etc.); - depressão, tentativa de suicídio; - outras patologias psiquiátricas (perturbações de ansiedade, perturbações psicóticas, etc.). 3 – *Antecedentes obstétricos da mãe:* - abortos espontâneos ou interrupções voluntárias da gravidez; - partos prematuros; - morte in útero; - colocação familiar ou institucional de outros filhos; - malformações ou outras patologias de filhos anteriores; - eclâmpsia e outras situações obstétricas de risco anteriores; - gravidez anterior não acompanhada. **II - Fatores de risco ligados à situação atual da mãe/pais:** 4 – *Contexto sociofamiliar atual dos pais:* - meio sociocultural adverso; - situações de estresse laboral ou ambiental; - isolamento social, ausência de suporte familiar; - mãe/pai adolescentes; - perturbações da relação do casal parental (alta conflitualidade, violência, etc.). 5 – *Situações de risco ligadas à gravidez atual:* - gravidez não planeada, não desejada, não aceita; - ausência de projetos ou de preparação para o parto e acolhimento ao bebê; - expectativas negativas em relação ao parto e ao bebê; - patologia psiquiátrica: - sinais e sintomas de depressão (fadiga, irritabilidade,

alterações do sono e apetite, tristeza, desespero, crises de choro, ideação ou tentativas de suicídio); - abuso de substâncias, descompensação psicótica, etc. - gravidez de alto risco; - malformações do bebê detectadas durante a gravidez; - morte de um familiar próximo ou outra figura afetivamente significativa, durante a gravidez. **III - Situações de risco ocorridas nos períodos do parto e pós-parto:** 6 – *Problemas com o bebê:* a) No período perinatal - malformações; - prematuridade; - internamento nos cuidados intensivos neonatais. b) Após a alta da maternidade - perturbações alimentares e do sono; - perturbações regulatórias (hiper ou hiposensibilidade aos estímulos, o que dificulta o estabelecimento da relação); - bebê com um temperamento difícil (muito ativo, com ritmos irregulares, com dificuldade em adaptar-se a situações novas, com um baixo limiar aos estímulos, com reações muito intensas, etc.); - bebê com patologia somática crônica ou recorrente, com atraso de desenvolvimento ou com outras necessidades especiais 7 – *Problemas com a mãe:* a) patologia obstétrica b) patologia psiquiátrica - depressão; - abuso de substâncias; - psicose; - perturbação de ansiedade. c) ausência de apoio familiar **Fatores de risco ligados a alterações da relação mãe-bebê, nos primeiros tempos de vida:** Ao longo dos primeiros meses de vida, é importante monitorar e detectar eventuais alterações na relação mãe-criança, como, por exemplo, uma acentuada descontinuidade nos cuidados ou um pedido de colocação alternativo para a criança (LISBOA, 2006, p.15).

O cenário do presente estudo evidenciou demandas por cuidados com a saúde mental, em especial, nas participantes 02 e 04, que trouxeram em suas narrativas:

Ter alguém para conversar. Eu acho que isso é muito importante. (...). Então eu acho que uma pessoa que queira escutar o que a gente tem para falar, de como foi, como tá sendo (...)Eu acho que é o essencial. Você ter alguém para conversar e alguém para te entender, sabe? Eu acho que é a base de tudo (CÓD 02).

Eu só tô que nem eu falo para você, tô meia, minha necessidade mesmo é só de saúde. Eu não tô bem, eu tô com a cabeça, sabe? Eu me sinto que eu não tô bem. Não tô bem preciso de ajuda, só isso, de resto(...). Eu tô com a minha cabeça, uns pensamentos, uma coisa ruim. Sei lá. Esses dias não sei o que me deu na cabeça, comecei a chorar ali, vontade de arrancar os cabelos, uma coisa ruim. Ruim, ruim mesmo, não tô bem não(...)Aí me deu aquela vontade, sabe qual era meu pensamento? de meu esposo saí, eu fiquei só com ele dentro de casa, eu taca fogo dentro de casa e morrer nós tudo dentro de casa. Eu digo com eles porque morre nós tudo dentro de casa, nós quatro junto, nem sofre eu nem sofre eles. É assim (CÓD 04).

O discurso trazido pela participante 02 evidencia novamente a importância de espaços de escuta para que as mulheres possam falar sobre seus sentimentos e desejos, em especial, aqueles que elas entendem que pouco podem falar: ódio, rejeição, de não estar feliz com o filho que se tem, de que ao ser mãe identificou que não era “feita para ser mãe”, ou mesmo o desejo de realizar atividades distante do “ambiente doméstico”, o que pode evitar o sofrimento e a culpabilização por se sentirem assim.

Enquanto que a preocupante narrativa trazida pela participante 04, marcada por pensamentos sobre morte e ideação suicida, evidencia a importância dos cuidados à saúde mental de mulheres nesse período através da promoção da saúde mental. Promover a Saúde Mental “é potencializar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e

adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros” (LISBOA, 2006, p.04).

Quando se fala em promoção de saúde, essa pode ser realizada através de espaços de escuta, como o proporcionado por esse estudo por meio da entrevista, bem como, pela visita domiciliar à essas mulheres, e que podem significar a garantia do acesso aos serviços por se tratar de mulheres que, sobrecarregadas pelos cuidados com os filhos e fragilizadas pelas questões inerentes ao puerpério, não costumam procurar o serviço de saúde. Exemplo foi o vivenciado pela participante 04, que através do espaço da entrevista, a pesquisadora, que também é profissional da rede, encaminhou-a para ser cuidada. A visita domiciliar responde, então, a perspectiva da atenção integral e pode ser uma importante estratégia de prevenção, sinônimo de promoção de saúde e redução de danos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências das mulheres no pós-parto abrigam certa diversidade, atrelada às condições sociais, familiares e trajetórias de cada uma delas. Uma importante reflexão trazida por esse estudo é que entre todas as participantes, se expressa como primordial à necessidade de promoção de bem-estar do filho, pelo que elas se veem responsáveis de forma intransferível e naturalizada.

Pensando que um dos objetivos deste estudo foi levantar as necessidades de saúde das mulheres conclui-se que as mulheres vivenciam várias, articuladas e importantes necessidades que afetam a sua saúde no pós-parto. No entanto, as necessidades se manifestaram como constituintes das condições pessoais, familiares e sociais que partilham. Desse todo, os papéis sociais atribuídos às mulheres (cuidado dos filhos, da família e da casa) influem sobremaneira em como vivem a experiência e a significam. Deste modo é que, privilegiam as necessidades de promover o bem-estar e a segurança do filho e de cumprir com as várias tarefas pelas quais se veem responsáveis e são cobradas por elas.

Questões como essas conduziram a pesquisadora a pensar o estudo sobre a vertente da discussão de gênero e de sua transversalidade, refletindo sobre o quanto se faz relevante à redução das desigualdades de gênero em nossa sociedade e que discutir gênero é importante para se pensar política pública, em especial, aquelas direcionadas à mulher.

O estudo também evidenciou a interseccionalidade da vivência materna com a classe social, corroborando a hipótese que ser mãe não é uma situação absoluta e que dependendo quem a mulher é, sua história de vida e como ela vive será um “tipo de mãe”. O que evidencia que o acesso a uma boa escolaridade, bons empregos e mobilidade social podem proporcionar outros planos de vida às mulheres de baixa renda para além do tornar-se mãe e quebrar o ciclo transgeracional da exclusão social. Logo, entende-se que os cuidados as mulheres nessa etapa do ciclo de vida ultrapassam o campo da saúde abrangendo outras políticas públicas, como aquelas que envolvem o campo da educação, assistência social, cultura, direitos humanos, entre outros.

Assim, um espaço potente, no que tange a criação de políticas públicas voltadas às mulheres, diz da participação dos poderes Legislativo e Executivo nessas discussões e participem mais diretamente da construção desse modelo de cuidado à mulher no pós-parto pois esses podem influenciar diretamente na promoção de políticas públicas.

Ainda sobre as ações voltadas a puericultura, em âmbito local e nacional, constatou-se neste estudo que direcionam o cuidado à criança e no que dizem dos cuidados às mulheres que se encontram no puerpério voltam-se ao planejamento familiar, sendo que os fatores emocionais destas não são considerados.

Para superar essa prática, e visando contribuir com rearranjos mais ampliados e integrais na oferta de cuidado às mulheres no período puerperal, lançou-se reflexões ao longo do estudo e propostas sobre modelos de cuidado, com destaque para relevância da visita domiciliar e de espaços de escuta, entendendo-os como possibilidades de cuidados integrais a serem realizados com base na clínica ampliada.

Outrossim, compreende-se a relevância da visita domiciliar como potente instrumento de aproximação dos serviços com as realidades dos atendidos, favorecendo o reconhecimento mais preciso das características, potencialidades e necessidades de cada contexto, resultando em propostas de intervenção singulares, pertinentes a cada realidade.

Deste modo, somada a relevância da visita domiciliar, entende-se que a mesma deva ocorrer no puerpério imediato e que se torna preocupante que não aconteça por falta de profissionais ou sobrecarga dos mesmos como vêm acontecendo em alguns municípios, entre eles, onde realizou-se o estudo.

Refletindo sobre políticas de saúde em âmbito nacional, sugere-se também que a consulta puerperal, prevista para ser realizada entre 30<sup>a</sup> e 42<sup>a</sup> semanas pós-parto, ocorra até o 10<sup>o</sup> dia pós-parto, pois nesse período o medo, a insegurança, as dúvidas, as angústias, as dores, sejam pelo peito ou pelos “pontos” decorrentes de uma cesárea, estão presentes de forma mais exacerbada. Sugere-se também que essa consulta não se limite a avaliar a cicatrização dos pontos, as condições das mamas e do útero e /ou receber orientações sobre planejamento familiar, ou seja, que não se restrinja a olhar à mulher somente aos aspectos físicos, mas que os profissionais as compreenda também sob seus aspectos emocionais e suas condições de vida, uma vez que a postura acolhedora desses e suas intervenções podem contribuir diretamente na saúde dessas mulheres, inclusive, no que diz respeito à sua saúde mental. Uma diretriz importante que pode ser considerada é o modelo de cuidado PTS – projeto terapêutico singular-, que considera concomitantemente demandas do sujeito coletivo (gênero, classe social, etnia) e singularidades da experiência de maternidade vivida por cada mulher.

Outra proposta sugerida pelo estudo, em esfera local e nacional, sugere a criação de espaços de escuta como possibilidades identitárias empoderadoras às mulheres, a serem realizados através do trabalho em grupo (visando o fortalecimento desse coletivo) ou individualmente (contemplando as subjetividades e especificidades de cada mulher).

Pensando no pouco tempo que essas mulheres dispõem, e com ele a dificuldade em ir à procura do serviço de saúde, assistência social ou outros, sugere-se também a oferta do “atendimento on-line”, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, com destaque para as *redes sociais*, como criação de um grupo no *Facebook* e/ou atendimento individualizado no *Whatsapp*, pois são de fácil acesso e ao alcance da maioria.

Por meio desses espaços, acredita-se que há um fortalecimento da rede de apoio, e que o cuidado possa ser direcionado às mulheres através da disponibilização de espaços de escuta em que possam refletir sobre seus medos e preocupações, os desafios em manter a rotina do autocuidado, construção de novas corporeidades a partir da desconstrução do corpo belo e magro; reflexões de que o amor materno não é inato e pode ser construído, entre outros, bem como, um local para sanar dúvidas e buscar orientações.

O estudo também permitiu a reflexão da pesquisadora sobre sua prática profissional. Inserida no trabalho voltado a políticas públicas no campo da assistência social, vê como possibilidade a criação do espaço de cuidado citado acima, destinado às mães das crianças acompanhadas através do *Programa Criança Feliz* no município. Acreditando na quebra do paradigma de um programa que também volta os cuidados somente às crianças. E que essa proposta possa evidenciar o trabalho intersetorial, propondo um diálogo entre as políticas do SUS e SUAS, ao convidar outros profissionais da rede para construírem juntos esse “espaço”.

Entende-se que os assuntos levantados nesse estudo são complexos, principalmente, por envolverem valores (hegemônicos), ligados ao gênero e que são propagados como se fossem naturalizados, sendo preciso muito trabalho, de todos, mas, especialmente, dos profissionais, para tencioná-los. Logo, torna-se relevante também um olhar para esses profissionais que se veem muitas vezes impotentes diante as demandas levantadas, a ausência ou ineficácia de políticas públicas, sem amparo ou respaldo de seus superiores, e mesmo, sem um espaço de escuta onde possam falar, serem ouvidos e acolhidos. As reuniões de equipe e/ou de rede são, assim, potentes espaços de acolhida para esses profissionais e devem ser sempre estimuladas e incentivadas.

Considerando a dimensão da qualificação da formação em serviço e de sustentar práticas integrais e um trabalho em saúde desenvolvido de forma reflexiva, criativa e eficaz, compreende-se que a estratégia de educação permanente conhecida como Reflexão da Prática (RP) pode representar um ganho importante para a política de saúde local e regional.

Para finalizar, compreende-se a importância de os resultados desta pesquisa serem divulgados, assim, serão sistematizados em um documento a ser socializado com os atores participantes da pesquisa, a saber: profissionais da saúde e assistência social, gestores locais e as mulheres colaboradoras. Prevê-se também convidá-los para um encontro de devolutiva e discussão dos resultados na direção de melhorar e apoiar o cuidado integral no puerpério. Vários caminhos foram sugeridos e várias ferramentas foram ofertadas neste estudo. Compete, então, aos envolvidos, lançar mão da caixa de ferramentas e todos tecerem os fios dessa “rede” de cuidado.



## 7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. (Orgs). *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ- CEPESC, 2011.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. **Área técnica de Saúde da Mulher, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 163 p.

\_\_\_\_\_. Ambiente virtual de aprendizagem do SUS (AVASUS). **Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado**. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:< <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=77>>. Acesso em 29 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Guia para Visita Domiciliar**. Grupo Técnico Intersetorial do Programa Criança Feliz. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: prevenção das DST, HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:< [http://www.unfp.org.br/Arquivos/guia\\_generos.pdf](http://www.unfp.org.br/Arquivos/guia_generos.pdf)>. Acesso em 16 de maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério : atenção qualificada e humanizada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/descalvado/panorama>> . Acesso em: 16 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRIGAGÃO, J. **Gênero e as Políticas de Saúde**. In: ABREU, M. A. (org.). *Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero*. Brasília: Ipea, 2011.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1260-1268, Ago. 2005 . Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X20050000029&lng=nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X20050000029&lng=nrm=iso) . Acesso em 18 Set. 2018.

CAMPOS, G. W. de S. ; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 849-859, Ago. 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf> >. Acesso em 20 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Disponível em:< <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>> São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Acesso em 20 nov.2019.

CARNEIRO, U. S. S. et al. **Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave**. Revista de Psicologia; v.5, n.1, 2014 (janeiro-junho). Disponível em:< <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1003>>. Acesso em 10 jul. 2018.

CARVALHO, T. O SUS na prática. **Revista CONASEMS**, nº 66, p. 24-29, 2016. Disponível em:<[https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2017/02/Revista\\_conasems\\_edicao\\_6\\_6\\_web-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2017/02/Revista_conasems_edicao_6_6_web-1.pdf)>. Acesso em 07. Mar. 2020.

CASTELLO BRANCO, et al. **Unidade de Saúde Parceira do Pai**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2016/04/unidade-de-sac3bade-parceira-do-pai.pdf>>. Acesso em 29 maio 2020.

CORRÊA, M. S. M.; FELICIANO, K. V. DE O; PEDROSA, E. N.; SOUZA, A. I. DE. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 3, p. 1–12, 2017.

COSTA, S.S.S.. **A gravidez desejada em adolescentes de classes populares**. In: Werneck, J.; Mendonça, M. & W, E. (Orgs). *Nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/ Criola, 2006, p. 127-129.

DESCALVADO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes Clínicas de Atendimento na rede básica do pré-natal**. Descalvado: Secretaria Municipal de Saúde, 2011, 23 p.

FALCI, M. K. Mulheres do sertão nordestino. *In*: DEL PRIORE, M. (org.); BASSANEZI, C. (coord. de textos). **História das Mulheres no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

FIUZ, A. R.; BARROS, N.F.. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2345-2346, Apr. 2011 . Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000400034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400034)> .Acesso em 11 jul. 2018.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, p. 532-536, Ago. 2006 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672006000400011&ln=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400011&ln=en&nrm=iso)> . Acesso em 19 out. 2018.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FRIEDMANN, A. et al. **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

HELLER, A. **Cotidiano e história**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1989

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Orgs.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

LISBOA. Ministério da Saúde. Direção de serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. **Promoção da Saúde mental na gravidez e Primeira Infância**. Lisboa: DGS, 2006. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>>. Acesso em 17 de maio 2020.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1977, 118p.

MARTINEZ, A. L. M. BARBIERI, V. **A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina**. Estudos de Psicologia. 28 (2): 175-185, 2011. Campinas. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3953/395335656005.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2018.

MARTINS C.A, SIQUEIRA K.M., BARBOSA, M.A, CARVALHO S.M. S, SANTOS L.V. **Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério**. Rev. Eletr. Enf.. 2008;10(4):1015-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.ht>. Acesso em 21 nov. 2019.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R.A (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC • IMS/UERJ • ABRASCO. Rio de Janeiro, 2009, 184p.

MEYER, D. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v.6, n.1, p.81-104. 2º. SEM. 2005.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_ (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MONTEIRO, J. C. dos S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 146-150, Mar. 2006 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100018&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 10 nov. 2019.

NAKANO A.M.S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”**. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800017)>. Acesso em 10 nov. 2019.

NUNES, S. A. Maternidade na adolescência e biopoder. **Rev. Epos**. Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, jun. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178700X2013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178700X2013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Organization. Addressing violence against women and achieving the Millenium Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em 16 maio 2020.

ORLANDI, O. V. **Teoria e Prática do Amor à Criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1985.

PINHEIRO, R. **Integralidade**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: < <http://www.sites.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 19 set. 2018.

PROMUNDO. **Programa P: manual para o exercício da paternidade e do cuidado**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<[http://promundo.org.br/wpcontent/uploads/sites/2/2015/02/promundo\\_manualp\\_06a\\_baixa.pdf](http://promundo.org.br/wpcontent/uploads/sites/2/2015/02/promundo_manualp_06a_baixa.pdf)>. Acesso em 16 de maio de 2020.

KEHL, M. R. **Deslocamento do feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822006000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000100009)>. Acesso em 20 nov. 2019.

SALIM N.R.; ARAÚJO N.M.; GUALDA D.M.R. **Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul-ago 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf). Acesso em 18 set. 2018.

SCAVONE, L. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero**. Interface \_ Comunic, Saúde, Educ, v.5, n.8, p.47-60, 2001. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2018.

SELL, M. **“Minha mãe ficou amarga”: expectativas de performances de maternidade negociadas na fala-em-interação**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 153-172, maio 2012. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100009>>. Acesso em 30 jun. 2018.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 2, p. 271-286, Set. 2004 .Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S19817746200400020004&lng=e\\_nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19817746200400020004&lng=e_nrm=iso) . Acesso em 18 set. 2018.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. N.31 v. 3, p521-528, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a16>>. Acesso em 18 nov. 2019.

SWAIN, T. **Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade**. In C. Steves (Org.), **Maternidade e Feminismo: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: Editora Mulheres; Santa Cruz: Edunisc, p. 203-247, 2007.

URPIA, A. M. de O. **Tornar-se Mãe no Contexto Acadêmico: narrativas de um self participante**. Salvador, 2009. 200 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Editora Appris, 2018.

ZAVASCHI, M.L.S. **Aspectos psicológicos do aleitamento materno**. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 1991; 13(2):77-82.

WINNICOTT, D. W. **A Criança e o seu Mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

\_\_\_\_\_. **A preocupação materna primária.** In: Winnicott, D. W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago, 2000.

**APÊNDICE A- Roteiro de observação de campo**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**Projeto: Um olhar para a mulher e suas necessidades de saúde no período puerperal a partir da integralidade do cuidado**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

INICIAIS: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAS PÓS-PARTO: \_\_\_\_\_ dias

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO**

Observar e anotar as seguintes dimensões da visita domiciliar com a equipe multiprofissional às puérperas:

**1- Condições físicas e emocionais**

- Observar como está a relação de auto-cuidado (banho; escovação dos dentes; cabelo, condição das roupas que veste, entre outros);
- Observar a aparência considerando cansaços, condição de sono e humor;
- Observar dimensão emocional-afetiva.

**2- Espaço físico**

- Como se encontra o espaço físico que esta mulher reside? (vive em condições insalubres? Quais as condições do local em relação à limpeza e organização? Infraestrutura para a família)

**3- Rede de apoio**

- Encontra-se sozinha no momento da entrevista ou está acompanhada de pessoas que a estão auxiliando?
- Observar se há relatos de rede/pessoas de apoio para a fase puerperal.

**APÊNDICE B- Roteiro para entrevista**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**Projeto: Um olhar para a mulher e suas necessidades de saúde no período puerperal a partir da integralidade do cuidado**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais: \_\_\_\_\_ código: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cor auto referida: \_\_\_\_\_  
 Dias pós-parto: \_\_\_\_\_ dias  
 Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesárea ( ) fórceps  
 Gestação: ( ) 1<sup>a</sup> ( ) 2<sup>a</sup> ( ) 3<sup>a</sup> ou mais  
 Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental Incompleto  
                   ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Médio Incompleto  
                   ( ) Ensino Superior Completo ( ) Ensino Superior Incompleto  
                   ( ) não alfabetizado  
 Profissão/trabalho/ocupação: \_\_\_\_\_  
 Renda: ( ) até três salários mínimos ( ) de três a cinco salários mínimos ( ) mais de cinco salários mínimos ( ) prefere não informar  
 Estado civil/ afetivo: \_\_\_\_\_  
 Mora com quem: \_\_\_\_\_

- 1- Eu gostaria que você me contasse um dia típico teu agora no pós-parto, desde a hora que você levanta até ir dormir.
- 2- Como você se sente agora como mãe? (Caso não tenha sido o nascimento do primeiro filho, como se sente sendo mãe da criança que acaba de parir?).
- 3- Fale-me sobre o atendimento que você recebeu no seu último pré-natal, no parto e no período pós-parto.
- 4- Como você se sentiu cuidada neste período, pelos profissionais de saúde/assistência?
- 5- Como você acha que deveria ter sido esse cuidado?
- 6- Quais são as suas necessidades nesse período pós-parto?
- 7- O que você acha que os profissionais/ familiares poderiam fazer para atender as suas necessidades?
- 8- Quais os cuidados que você tem tido consigo nessa fase pós-parto?
- 9- Qual (s) sentimento(s) está mais presente durante o seu dia? E como se sente em relação ao seu corpo?
- 10- Como está o relacionamento com seu parceiro? (Caso não possua, e se teve outros partos, como foi essa parceria amorosa?).
- 11- Como é ser mulher para você?

**ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres humanos da UFSCar**





## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Um olhar para a mulher e suas necessidades de saúde no período puerperal a partir da integralidade do cuidado.

**Pesquisador:** DRIELI ALINE TEIXEIRA ROSALINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03878418.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.077.814

#### **Apresentação do Projeto:**

Estudo qualitativo que intenciona enquanto participantes mulheres que se encontram no período puerperal e que são atendidas pelas Unidades de Saúde da Família e Centro de Saúde do município de Descalvado-SP. Como estratégia de coleta de dados adotará a entrevista.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Investigar as necessidades de saúde das mulheres no período puerperal considerando a integralidade do cuidado. Específicos: a) Identificar a percepção das participantes sobre o cuidado puerperal direcionado a elas;b) Identificar as demandas de saúde das puérperas;c) Investigar a experiência das participantes em relação ao cuidado de si e da dimensão afetiva-sexual.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos, prevem riscos subjetivos, ou seja, desconforto, evocação de sentimentos ou lembranças desagradáveis diante da narrativa provida com a entrevista, além de cansaço em função das perguntas da mesma. Garantem o direito de suspensão imediata da entrevista, e, pelo fato da pesquisadora ser psicóloga, um acolhimento buscando minimizar seu desconforto.

Em relação aos benefícios são os indiretos, relacionado com a produção de conhecimentos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-----

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.077.814

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

Todos os termos apresentados em consonância com as recomendações deste Comitê. Atento apenas para a linha logo abaixo do cabeçalho no documento resgistrado sob o nome de "termodeautorizacao.jpg", relativo a anuência do parceiro do estudo.

**Recomendações:**

-----

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

O material atende às recomendações deste Comitê para pesquisa com seres humanos, ressalto a observação em relação ao documento "termodeautorizacao.jpg".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante dos documentos apresentados e das observações postas no parecer, recomendo aprovação.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260071.pdf	26/11/2018 23:24:43		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/11/2018 16:44:48	DRIELI ALINE TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2018 16:44:28	DRIELI ALINE TEIXEIRA ROSALINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	26/11/2018 16:41:06	DRIELI ALINE TEIXEIRA ROSALINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodopesquisador.jpeg	22/11/2018 15:02:29	DRIELI ALINE TEIXEIRA	Aceito
Outros	termodeautorizacao.jpg	22/11/2018 14:51:30	DRIELI ALINE TEIXEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/11/2018 09:15:45	DRIELI ALINE TEIXEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.077.814

SAO CARLOS, 12 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br