

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Denise Antunes de Azambuja Zocche

**PRODUZINDO IDENTIDADES E NECESSIDADES EM EXPERIÊNCIAS DE
PUERPÉRIO**

**Porto Alegre
2014**

Denise Antunes de Azambuja Zocche

**PRODUZINDO IDENTIDADES E NECESSIDADES EM EXPERIÊNCIAS DE
PUERPÉRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Dora Lúcia Leidens
Correa de Oliveira

Linha de pesquisa: Promoção, Educação e
Vigilância em Saúde e Enfermagem

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Zocche, Denise Antunes de Azambuja

Produzindo identidades e necessidades em experiências de puerpério / Denise Antunes de Azambuja Zocche. -- 2014.

124 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Saúde da mulher. 2. Período pós-parto. 3. Atenção à saúde. 4. Políticas públicas de saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Correa de, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE

A Produção de Identidades e Necessidades Maternas em Experiências de Puerpério.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 11 de agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA

Dora Lúcia L. C. de Oliveira

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Presidente – PPGENF/UFRGS

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Stela Nazareth Meneghel

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Membro – PPGENF/UFRGS

Déborá Fernandes Coelho

Profa. Dra. Déborá Fernandes Coelho

Membro – UFCSPA

Olga Rosária Eidt

Profa. Dra. Olga Rosária Eidt

Membro – PUCRS

Dedico esta tese aos meus filhos Giovanni e Sofia que me mostram o quanto vale a pena lutar por nossos sonhos, e às mulheres em puerpério por me oportunizarem conhecer mais sobre os seus desejos e necessidades de saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por iluminar meus caminhos, por colocar pessoas especiais em minha trajetória e por me dar coragem e forças durante esta caminhada do doutorado.

Ao meu esposo, amigo e parceiro Giovani, pela cumplicidade, amor e compreensão e por estar, sempre, ao meu lado incentivando-me a lutar por tudo a que me proponho fazer em minha vida, muito obrigada!

Aos meus pais Maria Glaci e Archimedes, pela vida oportunizada, pela educação oferecida, pela paciência incondicional, carinho e amor.

A minha querida irmã-amiga, Raquel, que sempre esteve ao meu lado com suas doces palavras de incentivo e reconhecimento pelo trabalho realizado.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira, pelo compromisso com a orientação deste trabalho, por seus saberes compartilhados, por direcionar esta pesquisa com muita competência, paciência e sabedoria, por colaborar com o meu crescimento pessoal e profissional e pelo exemplo de defesa do direito, à saúde, das mulheres em qualquer tempo de suas vidas.

Às minhas amigas Simone Machado e Gardênia Castro, que foram presenças marcantes e estimuladoras desde o início desta trajetória, meu eterno carinho.

Às colegas do PPGEnf, pela ajuda e conhecimentos compartilhados, pelas conversas, mas, principalmente, pelo convívio prazeroso destes quatro anos de convívio, em especial à colega Maíra Rosseto pelo companheirismo e incentivo.

Às professoras, aos colegas e companheiros de trabalho que endossaram, e “alimentaram” meus sonhos, minhas idéias e vontades ao longo desta trajetória: Ana Bonilha, Maria Henriqueta, Lilian Espirito Santo, Mariene Jaeger, Monalisa Pinheiro, Marcio Belloc, Sandra Marin, Jucimar Frigo, e Edlamar Kátia e Carine Vendruscullo. .

Aos membros da banca, por aceitarem o convite e participarem da qualificação e especialmente da defesa, e por suas importantes contribuições referentes a este trabalho.

Às mulheres em puerpério que fizeram parte deste trabalho, por aceitarem participar da pesquisa, por permitirem minha entrada em seus domicílios, e por contribuírem com seus relatos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio, ensinamentos e saberes compartilhados.

*Pesquisar é ver o que outros viram, e pensar
o que nenhum outro pensou.*
(Albert Szent-Gyorgyi)

RESUMO

ZOCHE, D. A. A. **Produzindo identidades e necessidades em experiências de puerpério.** Porto Alegre, 2014. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo desenvolvido na perspectiva metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (TFD), que teve por objetivo analisar a relação entre necessidades de saúde de mulheres em puerpério, a atenção ofertada pelo SUS e o potencial dessa oferta para a produção da integralidade em saúde. O campo de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. Os sujeitos de pesquisa foram mulheres em puerpério e profissionais da saúde (enfermeiros, médico e agente comunitário de saúde). A investigação ocorreu em duas etapas: entrevistas e análise documental de documentos oficiais do Ministério da Saúde, no período de 2004 a 2013. Na primeira etapa, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas com seis profissionais de saúde e 16 mulheres em puerpério, que fizeram parte de dois grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto de 10 mulheres em período de 10 a 45 dias de pós-parto e o segundo, de seis mulheres entre 46 dias e seis meses de pós-parto. Os conceitos de posicionalidade de Linda Alcoff, de identidade de Stuart Hall, e de necessidades de saúde da Agnes Heller fundamentaram a análise de dados. A análise compreendeu três etapas de codificação: inicial, focalizada e seletiva, resultando na categoria central do estudo: Produzindo identidades e necessidades de mulheres em experiências de puerpério; que foi definida pelas duas categorias: (Re) Inventando necessidades e Identidades de mulheres em puerpério e, Demarcando posições e reforçando identidades. A primeira categoria aborda as posições assumidas pelas mulheres na experiência do puerpério que resulta na produção de identidades múltiplas (mãe dedicada, mãe adaptada e mãe possível) e as necessidades referidas pelas mulheres em puerpério. A segunda categoria aborda as necessidades ofertadas pelo serviço e estão relacionadas às práticas de cuidado de si para manutenção da saúde dos filhos, evidenciando o investimento por parte do serviço em garantir que as mulheres cuidem do desenvolvimento e crescimentos de seus filhos. Com relação à análise documental, observaram-se discrepâncias entre alguns marcos e diretrizes preconizados pela política de saúde e o vivenciado pelas mulheres em puerpério no serviço de saúde, pois suas necessidades em saúde acabam sendo atendidas de maneira fragmentada e, ainda, muito voltadas ao atendimento das necessidades biológicas e fisiológicas. Concluiu-se que as mulheres assumem posições que resultam na produção de identidades maternas. Este processo de construção identitária repercute na vida das mulheres em puerpério, criando necessidades de saúde ou reforçando necessidades vivenciadas anteriormente. As ações, ofertadas na atenção à saúde de mulheres em puerpério, atendem, em parte, as suas necessidades/desejos, visto que o enfoque maior ainda é na manutenção da saúde dos bebês. Os profissionais reconhecem as limitações do modelo de atenção à saúde, ofertado às mulheres em puerpério, e o quanto estas interferem na construção de uma identidade materna.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Período pós-parto. Atenção à saúde. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

ZOCHE, D. A. A.. **Producing identities and needs within puerperian experiences.** 2014. 124 f. Thesis (PhD in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

It is a study of qualitative approach and exploratory and descriptive type carried out from the methodological perspective of the Data Grounded Theory with the objective of analyzing the relationship between health needs of women in puerperium, the care offered by the SUS – Unique Health System, and the potential of this offer for the production of health integrality. The study field was a Primary Health Care Center of Porto Alegre. The subjects of the research were women in puerperium and health professionals (nurses, physician and community health agent). The survey took place in two stages: interviews and documental analysis of official documents from the Health Ministry dated from 2004 to 2013. Upon the first stage, semi-structured interviews were made with six health professionals and 16 women in puerperium who took part in the two sampling groups. The first group was composed of 10 women in the postpartum period from 10 to 45 days while the second one comprised six women in the postpartum period from 46 days to six months. The concepts of positionality by Linda Alcoff, of identity by Stuart Hall and of health needs by Agnes Heller grounded the data analysis. The analysis comprised three coding stages: initial, focused and selective ones, by resulting in the study central category: *Producing identities and needs of women in puerperal experiences* that was defined by two categories: *(Re) Inventing needs and identities of women in puerperium* and, *Demarcating positions and reinforcing identities*. The first category approaches the positions undertaken by women in the puerperal experience which results in the production of multiple identities (dedicated mother, adapted mother and possible mother) and the needs referred by the women in puerperium. The second category approached the needs offered by the care service and are related to the care practices of oneself for the maintenance of the children's health that evidences the investment by the service in order to assure that the women take care of the development and growth of their children. Regarding the documental analysis, a few discrepancies have been observed between some frameworks and guidelines proposed by the health policy and the experience of puerperal women in the health service because their health needs are then met in a fragmented way and, yet, much addressed to meet biological and physiological needs. The conclusion drawn is that women undertake positions that result in the production of maternal identities. This process of identity construction has effects in the life of puerperal women, by creating health needs or by reinforcing needs that have been experienced previously. The actions offered in the health care service to puerperal women meet their needs and wishes partially because the main focus still is in the maintenance of the babies' health. Professionals recognize the limitations of the health care model offered to the puerperal women and how much they interfere in the construction of the maternal identity.

Keywords: Women's health. Postpartum period. Health needs. Health care (Public Health). Health public policies.

RESUMEN

ZOCHE.D.A.A. **Produciendo identidades y necesidades en experiencias de puerperio**. 2014. 124 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo desarrollado desde la perspectiva metodológica de La Teoría Fundamentada em Datos (TFD), que tuvo el objetivo de analizar la relación entre necesidades de salud de mujeres em puerperio, La atención ofertada por el SUS - Sistema Único de Salud, y el potencial de esa oferta para La producción de la integralidad e nsalud. El campo de estudio fue una Unidad Básica de Salud de Porto Alegre. Los sujetos de pesquisa fueron mujeres em puerperio y profesionales de La salud (enfermeros, médico y agente comunitario de salud). La investigación ocurrió en dos etapas: entrevistas y análisis documental de documentos oficiales Del Ministerio de la Salud, en el período de 2004 a 2013. Em La primera etapa, las entrevistas semi estructuradas fueron realizadas con seis profesionales de salud y 16 mujeres em puerperio, participantes de dos grupos de muestreo. Compus o el primer grupo 10 mujeres en período de 10 a 45 días de posparto y el segundo, seis mujeres entre 46 días y seis meses de pos parto. Los conceptos de posicionalidad de Linda Alcoff, de identidad de Stuart Hall, y de necesidades de salud de Agnes Heller, fundamentaron El análisis de datos. El análisis comprendió tres etapas de codificación: inicial, focalizada y selectiva, resultando em La categoría central Del estudio: Produciendo identidades y necesidades de mujeres em experiencias de puerperio; que fue definida por las dos categorías: (Re) Inventando necesidades e Identidades de mujeres em puerperio y, Demarcando posiciones y reforzando identidades. La primera categoría aborda las posiciones asumidas por las mujeres em La experiencia Del puerperio que resulta em La producción de identidades múltiples (madre dedicada, madre adaptada y madre posible) y las necesidades referidas por las mujeres em puerperio. La segunda categoría aborda las necesidades ofertadas por el servicio y se relacionan a las prácticas de cuidado de si para manutención de La salud de los hijos, evidenciando La inversión de parte Del servicio em garantizar que las mujeres cuiden Del desenvolvimiento y crecimiento de sus hijos. Em relación al análisis documental, se observaron discrepancias entre algunos marcos y directrices preconizados por la política de salud y lo experimentado por las mujeres em puerperio em El servicio de salud, pues sus necesidades em salud acaban atendidas de manera fragmentada y todavía muy vueltas al atendimento de las necesidades biológicas y fisiológicas. Se concluye que las mujeres asumen posiciones que resulta em La producción de identidades maternas. Este proceso de construcción identitaria repercute en la vida de las mujeres em puerperio, creando necesidades de salud o reforzando necesidades vividas anteriormente. Las acciones ofertadas em La atención a la salud de mujeres em puerperio atienden, en parte, a sus necesidades y deseos, visto que el enfoque mayor todavía es em La manutención de La salud de los bebés. Los profesionales reconocen las limitaciones del modelo de atención a la salud ofertado a las mujeres em puerperio y lo cuanto ellas interfieren em La construcción de una identidad materna.

Palabras clave: Salud de la mujer. Período de postparto. Atención a la salud. Las Políticas publicas de salud.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Dados de identificação das mulheres em puerpério..... | 71 |
| Quadro 2 - Dados sociais de identificação das mulheres em puerpério..... | 73 |
| Quadro 3 - Exemplos da etapa de codificação inicial..... | 77 |
| Diagrama 1 - Codificação Inicial..... | 76 |
| Diagrama 2 - Codificação Focalizada..... | 79 |
| Diagrama 3 - Codificação Axial | 80 |
| Diagrama 4 - Categorias e Subcategorias | 82 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AB | Atenção Básica |
| BCG | Bacilo Calmette Guérin |
| CF | Constituição Federal |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| IMESF | Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família |
| INCA | Instituto Nacional de Combate ao Câncer |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PMI | Programa Materno-Infantil |
| PNAISM | Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher |
| PNAO | Política Nacional de Atenção Oncológica |
| PNDS | Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde |
| PNHP | Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento |
| RN | Recém Nascido |
| SPM | Secretaria Especial de Políticas para mulheres |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TFD | Teoria Fundamentada em Dados |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | OBJETIVOS E QUESTÕES ORIENTADORAS DA PESQUISA | 24 |
| 2.1 | <u>Objetivo geral</u> | 24 |
| 2.2 | <u>Questões norteadoras</u> | 24 |
| 3 | (RE)VISITANDO A LITERATURA | 25 |
| 3.1 | <u>Em busca da integralidade da atenção: a política de saúde da mulher no Brasil</u> | 25 |
| 3.2 | <u>Articulando integralidade com necessidades de saúde: um ponto de partida para a análise da atenção à saúde das mulheres</u> | 33 |
| 3.3 | <u>Identities, feminismo e posicionalidade</u> | 44 |
| 3.3.1 | Identidade e feminismo | 44 |
| 3.3.2 | Identidade e Gênero: interfaces com o conceito de posicionalidade | 52 |
| 4 | CAMINHO METODOLÓGICO | 62 |
| 4.1 | <u>Tipo de estudo e procedimentos de pesquisa</u> | 62 |
| 4.2 | <u>Campo de estudo, participantes de pesquisa e amostragem teórica</u> | 64 |
| 4.2.1 | Campo de estudo | 64 |
| 4.2.2 | Participantes da pesquisa | 65 |
| 4.2.3 | Descobrimos marcadores de pesquisa | 66 |
| 4.3 | <u>Coletando os dados</u> | 68 |
| 4.4 | <u>Conhecendo as participantes da pesquisa</u> | 71 |
| 4.5 | <u>Considerações bioéticas</u> | 74 |
| 5 | ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADO | 75 |
| 6 | PRODUZINDO IDENTIDADES E NECESSIDADES MATERNAS EM EXPERIÊNCIAS DE PUERPÉRIO | 82 |
| 6.1 | <u>(Re) inventando identidades de mulheres em puerpério</u> | 82 |
| 6.1.1 | Assumindo-se como mãe | 85 |
| 6.1.2 | Reconhecendo-se como sujeito com necessidades de saúde | 89 |
| 6.2 | <u>Demarcando posições e reforçando as identidades</u> | 94 |

| | |
|---|------------|
| 6.2.1 Ofertando identidades maternas de boa mãe..... | 94 |
| 6.2.2 Revendo posições e projetando novos caminhos..... | 99 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 103 |
| REFERÊNCIAS..... | 106 |
| APÊNDICE A - Roteiro de entrevista..... | 118 |
| APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecimento | 120 |
| APÊNDICE C - Roteiro de entrevista dos profissionais | 121 |
| APÊNDICE D - Roteiro de análise documental | 122 |
| ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre | 123 |
| ANEXO B - Parecer de Aprovação do projeto de pesquisa na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS | 124 |

1 INTRODUÇÃO

Até o período da ditadura militar, a saúde pública no Brasil caracterizou-se pela ênfase em ações higienistas e de controle da natalidade. No que diz respeito à saúde das mulheres¹, as ações eram voltadas aos cuidados com a gravidez e a amamentação. A preocupação maior era atender a mulheres e crianças de forma a garantir sua saúde, o que deveria resultar numa população saudável. A reprodução era vista como uma questão social; as ações de saúde, como defesa e conservação da vida; e o combate da mortalidade infantil, como garantia de uma nação forte e sadia. Ao longo dos séculos XIX e XX, os discursos voltados ao feminino e à maternidade vieram se multiplicando, voltando-se para a delimitação de formas específicas de cuidar do corpo feminino para o bem das crianças (mãe saudável, crianças saudias), democratizando-se o modelo da mãe que “cuida e se cuida” (KLEIN, 2005; MEYER, 2003).

Com a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, as ações destinadas à saúde materno-infantil passam a ser coordenadas na forma de programas, permanecendo centradas em ações de puericultura, o que refletia o ideal político da época, que era o de garantir “braços fortes para construir a nação” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O período entre os anos 1960 e o início dos anos 1970 caracterizou-se por um aumento de endemias e por um modelo de atenção centrado no atendimento médico. Esse cenário, aliado às más condições socioeconômicas da população, culminou num

¹ A expressão “saúde das mulheres” é utilizada neste estudo como afirmação do pressuposto de que cada mulher tem suas singularidades e que estas influenciam de modo muito particular, suas condições de vida e de saúde, devendo, portanto, serem consideradas nas políticas e programas que tenham como objetivo a promoção da sua saúde. A ideia é utilizar a expressão como um posicionamento político em defesa da necessidade de ampliação das ações em saúde baseadas na especificidade biológica de pessoas do sexo feminino, geralmente especificadas como “mulher”, as quais reduzem toda uma diversidade de experiências, subjetividades e identidades a uma universal e essencializada representação. Singularidades resultam em diferentes condições e posições femininas no âmbito social; *condições*, no sentido mais material - salário, estado nutricional, acesso aos serviços de saúde e educação e *posições*, no sentido do status social e econômico de determinadas mulheres em relação a determinados homens. Assim, apesar de semelhanças biológicas, as circunstâncias de vida das mulheres são distintas e esta diversidade vai resultarem diferentes níveis de saúde e não-saúde para cada mulher.

crescente aumento da mortalidade infantil. Isso serviu de justificativa para a institucionalização do parto: os corpos das mulheres passam a ser um território do saber médico, o que acaba orientando a proposição de um Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI). O programa, desenvolvido ao longo da década de 1970, constituía-se de ações que buscavam a regulação e a educação dos corpos das mulheres para gestação, parto e puerpério saudáveis.

Ao mesmo tempo, ocorria, no Brasil, um avanço na industrialização e na economia, criando, assim, demandas de trabalho para as mulheres. Além disso, há um aumento da participação feminina na política, na educação e na saúde. O crescimento do país e da participação das mulheres reflete-se nas ações programáticas do Estado, que passa a inserir, em seus programas, ações para além da amamentação e dos cuidados com a criança. Surgem, então, ações que se propõem a ampliar a noção de saúde da mulher para além do período gestacional, incluindo o cuidado com as parturientes e as puérperas. No entanto, apesar do aparente alargamento do foco dos programas de saúde das mulheres, suas diretrizes seguem direcionadas à sua função reprodutora, o que fica evidenciado na centralidade das ações de promoção da saúde do bebê.

Nos anos 1980, o movimento da Reforma Sanitária teve ampla participação feminina na luta pela garantia da saúde como um direito social. Até 1983, as ações de saúde, direcionadas às mulheres, focavam o bem-estar da criança, havendo preocupação do Estado em prepará-las para serem boas mães e, assim, garantir uma nação saudável. A mesma época representa um marco na história das políticas para a saúde das mulheres, a qual passa a ser pensada não apenas isoladamente, numa perspectiva reprodutora, mas sim, de forma mais ampla. Nesse cenário, as propostas pretendem passar a considerar aspectos estruturais e subjetivos dos problemas relativos à saúde das mulheres, evidenciando, por exemplo, a necessidade de focar não só a questão específica da anticoncepção, mas incluí-la em ações de planejamento familiar (MATTOS, 2001). Essa ênfase na valorização de ações programáticas, desenvolvidas para além da reprodução, vem ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, em especial ao princípio da integralidade.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi uma iniciativa do Estado, influenciada pelas demandas dos movimentos de mulheres e das novas propostas, passando a vigorar a partir de 1984. Contudo, apesar da proposta de ampliação do espectro das ações, o PAISM segue focado nas questões relacionadas à reprodução, convivendo com uma densa crítica à forma reducionista e de desvalorização do contexto cultural com que os problemas de saúde das mulheres eram tratados.

As diretrizes do novo programa incluíam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher no período reprodutivo desde o pré-natal até o puerpério e incluindo algumas voltadas aos períodos de climatério, planejamento familiar, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e dos cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984).

O PAISM preconizava que o conceito de integralidade da assistência estivesse contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Tal conceito pressupunha que ações educativas permeassem todas as ações desenvolvidas, o que deveria assegurar que as mulheres dispunham dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua condição física.

A concepção de atenção integral à mulher que orientava o PAISM incluía a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, que foi ampliada e consolidada, no Cairo, em 1994 e, em Beijing, em 1995. Nesse sentido, o PAISM representou o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e partindo das proposições do novo sistema – caracterizado por processos de municipalização e reorganização da Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família –, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001a), elencando dispositivos de planejamento e gestão que deviam garantir a implementação de suas diretrizes.

Na área da saúde das mulheres, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e

prevenção do câncer de colo uterino. A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino e de mama levou a direção do Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA), atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido ao público com idade entre 35 e 49 anos. Em 1998, o projeto culminou no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e no de Combate ao Câncer de Mama. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005). Muitas das ações, desenvolvidas ao longo dos anos 1990, culminaram na construção de uma política de saúde para as mulheres.

Em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) passa a contemplar a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que, apesar de afetar sua saúde, não vinham sendo contemplados pelo PAISM. As ações, que, até então, eram oferecidas na forma de programas, passam a compor uma política pública de saúde. Esta última vem responder a outras demandas, que não somente aquelas relacionadas ao pré-natal e ao parto, introduzindo temas permanentes, como, por exemplo, o planejamento familiar, em vez de trabalhar somente ações programáticas ou campanhas que teriam tempo determinado para serem executadas. As práticas de saúde, ora programáticas a partir do PNAISM, são incorporadas nas diretrizes orientadoras de implementação da política de saúde. A análise das estratégias, ali contidas, permite identificar a inclusão de novos segmentos e áreas relativos às mulheres e seus processos de saúde e adoecimento. As novas propostas de práticas de saúde contemplam temas como a violência, a saúde mental, o trabalho no campo e na cidade, a inclusão das necessidades de saúde das mulheres em situação prisional, das indígenas, daquelas já na terceira idade e das negras.

Embora tais propostas tenham sido desenvolvidas em resposta à demanda, para que extrapolassem aquelas relacionadas aos aspectos reprodutivos, grande parte delas permanece dirigida a ações e metas que visam qualificar a atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004). Incluem-se, aí, atividades voltadas ao pré-natal e ao parto,

intervenções preventivas no campo das DSTs e AIDS e de redução da morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama. Isto posto, o que surge de novo na política é o foco na atenção neonatal e nas repercussões dos primeiros anos de vida na saúde da criança. No ano de 2005, foi criada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, e, em 2006, surge a Política Nacional de Planejamento Familiar e a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS.

Em 2006, surge, no Brasil, uma nova estratégia de gestão e fortalecimento das políticas de saúde: o Pacto pela Vida. No que diz respeito à saúde das mulheres, o Pacto segue investindo no controle do câncer de colo de útero e de mama e na redução da mortalidade infantil e materna. Nesse cenário, o programa trabalha centrado no alcance de metas relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, específicos à saúde reprodutiva.

O Censo de 2010 demonstra que, embora a mortalidade feminina causada por câncer de mama e colo permaneça alta, há uma mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população. Comparando esse com o Censo de 2000, verifica-se que a população brasileira cresceu 12,3% em uma década, o equivalente a 20,9 milhões de pessoas. Nos resultados da pesquisa de 2010, estão incluídos indicadores relacionados ao acelerado processo de envelhecimento da população, resultante do efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Outro dado apontado é que há, no Brasil, uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, acentuando-se, assim, a tendência histórica de predominância feminina na população brasileira. A influência desse contexto de transição demográfica e epidemiológica na saúde das mulheres segue tendo relevância não só para a formulação de novos programas e políticas de saúde, como também para a revisão dos já existentes. Entretanto, mesmo com todo aparato político, jurídico e legal de normas reguladoras (BRASIL, 2004; 2006a; 2007b; 2011b), a atenção à saúde das mulheres ainda necessita ser redimensionada.

Entre as diretrizes contidas nos manuais e nos guias orientadores da implementação da PNAISM/MS (BRASIL, 2004; 2011b; 2005a; 2006a), a necessidade de acesso e de ampliação e qualificação da atenção integral à saúde das mulheres

aparece como justificativa para o estabelecimento de normas e rotinas. Tais estratégias são apresentadas como dispositivos para a ampliação da oferta de serviços de saúde de base municipal, como é o caso do programa Saúde da Família, que pretende expandir a cobertura da Atenção Básica (AB) a toda a população brasileira (COSTA, 2009). Considerando o exposto, a área da saúde materno-infantil vem recebendo uma série de ações e recursos governamentais, mas que pouco tem impactado na melhoria dos indicadores de saúde materno e infantil. Frente a este cenário, em 2011, o MS lançou a *Rede Cegonha* (RC), normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida e erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país. (BRASIL, 2011a). Esta rede prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto (BRASIL, 2011a).

Suas ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a). Carneiro (2013) destaca que apesar da proposta da RC fundamentar-se nos direitos fundamentais consignados na Constituição Federal de 1988, na defesa da cidadania e na segurança do *parto cidadão*; por outro lado, traz à tona a possibilidade da despersonalização das parturientes no sistema de atenção, alertando para os riscos de uma política que se pretende nacional, mas que na realidade oferta pouca atenção às diferenças e ao desejo de singularidade.

Neste contexto, a análise do histórico dos programas e políticas de saúde para as mulheres no Brasil permite constatar que houve mudanças na compreensão dos elementos que constituem e têm implicação com a saúde das mulheres. Além disso, houve avanços na ampliação dos serviços e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, apesar do alargamento do escopo das ações programáticas, ainda existem especificidades sem a devida atenção. É o caso das necessidades de

saúde das mulheres que se encontram no puerpério, este ainda contemplado apenas na medida da sua importância para a saúde do recém-nascido e para o controle da natalidade. Este cenário me fez refletir sob a minha atuação e inserção profissional na atenção ofertada à saúde das mulheres no Brasil e me instigou a desenvolver esta tese.

Ao longo dos vinte anos de minha experiência profissional na enfermagem, tenho atuado na assistência e na docência, em serviços de saúde, mais especificamente na atenção hospitalar. Minhas experiências na docência também passam pelo ensino da saúde da mulher na educação profissional, no ensino superior e de pós-graduação. Ou seja, vivenciei, ao longo deste período de atuação profissional, as mudanças e os avanços das políticas de saúde ofertadas às mulheres, como profissional da saúde que acredita no SUS e, também, como mulher que busca o reconhecimento da sua singularidade e do seu direito à saúde.

Ao escolher o tema a ser estudado, deparei-me com memórias, lembranças e experiências de cuidados, vividas com mulheres em puerpério. Pude constatar, que pouco havia se modificado ao longo destes vinte anos e que as mulheres, neste período do puerpério, estavam muito desassistidas pelos serviços, no que diz respeito à atenção integral à saúde das mulheres em puerpério. Esta reflexão foi decisiva para iniciar o delineamento do projeto de pesquisa. O primeiro questionamento, que me surgiu, foi: como as mulheres vivem o puerpério frente às demandas cada vez mais intensas do mundo contemporâneo? Como os serviços têm percebido as necessidades das mulheres a partir do princípio da integralidade da atenção? Seriam as mulheres em puerpério reconhecidas nas suas singularidades?

Aliada a estes questionamentos, dei início à revisão de literatura, que corroborou o que eu vinha observando ao longo das minhas experiências. Pouco se tem produzido sobre necessidades de saúde das mulheres em puerpério, considerando as mulheres a partir de seus desejos e singularidades. Mas ainda permanece forte a lógica biologicista e de controle sobre o corpo das mulheres, principalmente no período reprodutivo.

Nesta perspectiva, propus um estudo que pudesse ampliar o olhar sobre as mulheres neste período, para além do enfoque biológico e normativo, que permeia a atenção ofertada às mulheres neste período e que pudesse ser revelador do cenário que constitui a experiência do puerpério, ou seja, o que desejam estas mulheres, de

que necessitam para enfrentar as demandas da maternidade.

Para dar conta da complexidade do tema escolhido: necessidades de saúde de mulheres em puerpério e o potencial da oferta das ações para a produção da integralidade da atenção busquei referenciais que auxiliassem a compreender a complexidade do que é ser mãe. Nesta perspectiva, encontrei, nas teorias feministas, mais especificamente nos estudos de Linda Alcoff e de Stuart Hall, fundamentos para embasar o processo de coleta e análise dos dados. Além disso, busquei analisar, nos documentos oficiais, ações ofertadas para a produção de integralidade da atenção, colocando, em debate, a contribuição das políticas públicas de saúde, na construção das identidades das mulheres em puerpério no exercício da maternidade.

Sob o ponto de vista fisiológico, o puerpério é um período marcado por transformações que têm por finalidade restabelecer o organismo da mulher à situação pré-gravídica, iniciando-se logo após o parto, mas sem término previsto, pois as modificações e transformações não ocorrem somente nos âmbitos fisiológico, endócrino e genital, mas em toda a pessoa (BRASIL, 2001b).

No pós-parto, a puérpera vive um período de transição e mudanças, estando exposta a situações de potencial sofrimento, que têm origem, dentre outras causas, na imperiosa necessidade de assumir responsabilidades relacionadas ao filho, à família e à casa (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Apesar de compartilharem situações semelhantes, cada mulher vivencia o puerpério de modo próprio, dependendo do seu contexto social e cultural. Tais especificidades são reconhecidas na literatura (MENDES, 2003), recomendando-se que os profissionais envolvidos com o cuidado à saúde de puérperas estejam sempre atentos e disponíveis para perceber as necessidades de cada uma. Um dos aspectos importantes a considerar para a compreensão das singularidades das mulheres puérperas e, em consequência, para o reconhecimento das suas necessidades particulares de saúde, é a produção de identidades que resulta do exercício da maternidade. A construção da identidade durante o puerpério é um processo dinâmico e como diz Hall (1997) os processos identitários não são processos lineares, considerando que a produção de identidade se dá de forma descontínua, variável e provisória.

Neste sentido, é relevante destacar que as necessidades das mulheres, sejam ou não da ordem da saúde, não são decorrências naturais, mas sim produto de um processo complexo e dinâmico que limita e/ou direciona as possíveis posições a serem por elas ocupadas. No cenário da maternidade, estas posições são ocupadas de modo a dar conta dos sentidos atribuídos à “boa mãe”. Embora tais posições tivessem, usualmente, um caráter normativo – “ser boa mãe é...” – elas não eliminam a possibilidade de coexistirem com outras identidades, anteriormente assumidas ou produzidas neste espaço.

Entre estas outras identidades e posições, podem ser citadas a de esposa/companheira, filha, trabalhadora, reprodutora, cuidadora da família, provedora, e muitas outras. A cada posição ocupada, agregam-se outras necessidades igualmente influentes no bem estar das mulheres em puerpério, além daquelas “previstas” pelas políticas e programas focados na maternidade. Toda esta complexidade traz a marca de singularidade da vida de cada puérpera e as possíveis intersecções entre os elementos que a compõem são, ao mesmo tempo, produtos e produtoras de um processo de singularização que extrapola o período do puerpério.

O interesse em analisar o potencial das políticas de atenção à saúde das mulheres em puerpério para produzir integralidade e o pressuposto de que as experiências destas mulheres são singulares e produzem necessidades particulares de saúde, orientou a busca por referenciais que pudessem dar conta desta análise. Neste sentido, foi incorporado durante o processo de análise, o conceito de necessidades de saúde de Heller (1986), que define necessidades de saúde como desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto. Sob esta perspectiva, as necessidades de saúde das mulheres em puerpério são singulares, vividas no seu cotidiano, sendo representativas dos desejos que surgem a partir das posições ocupadas no exercício da maternidade. A aproximação entre estes pressupostos e as teorias feministas direcionou esta busca para a produção de estudiosas/teóricas, incluídas nesta perspectiva.

A noção de posicionalidade de Linda Alcoff emergiu desta busca como um suporte teórico relevante. Para a autora, a posição que a mulher ocupa na sociedade pode ser ativamente utilizada (em vez de transcendida) como um local de construção

de significado, o lugar do qual o significado é construído em vez de um lugar onde o significado é simplesmente descoberto (o significado da feminilidade) (ALCOFF, 1988, p.434). No caso específico das mulheres em puerpério, há um intenso investimento das ações programáticas no posicionamento destas como “boas mães”, um lugar ocupado por aquelas que conseguirem seguir as prescrições referentes à manutenção da saúde do bebê, mesmo que isto implique em colocar as suas necessidades de saúde de lado.

O significado de mulher-mãe, que aí se constrói, vai repercutir, de modo importante na produção de necessidades de saúde nem sempre reconhecidas, valorizadas e/ou atendidas pelos serviços. Neste sentido, faz sentido pensar nas mulheres em puerpério e em suas necessidades de saúde a partir das posições que ocupam ou são conduzidas a ocupar a partir das ações programáticas e dos imperativos orientados por essas ações.

Assim como outras feministas, a autora rejeita a ideia de que a mulher possui características inatas e destaca que constituir-se "mulher" depende de uma construção que é feita em relação a ela, “a situação externa determina a pessoa” (ALCOFF, 1997, p.349). A análise, desenvolvida nesta tese, vai argumentar que, no contexto da atenção em saúde, uma vez grávida, a mulher passa a ser significada apenas como uma “boa mãe” em potencial, ignorando-se sua singularidade enquanto mulher. Neste sentido, a situação externa, que determina esta redução vai se constituindo e se reforçando num processo que tem seu ápice no puerpério. Apesar de não constituírem um grupo homogêneo e tampouco possuírem uma identidade enquanto sujeito que reside meramente na semelhança cromossômica ou nas suas potencialidades reprodutivas, as mulheres em puerpério são posicionadas pela PNAISM como se tivessem uma identidade fixa.

A presente tese pretende resgatar as singularidades das mulheres em puerpério, invisibilizadas no contexto da atenção em saúde, promovendo o debate em torno da importância de se ampliar o olhar das equipes de saúde e das instituições formadoras de profissionais da saúde para além das ações programáticas ofertadas de modo a subsidiar uma reorientação dos serviços no sentido da integralidade.

Neste contexto, fragmenta-se o ser mulher, colocando-se, em evidência, apenas a porção do seu corpo diretamente implicada com a reprodução.

Tendo em conta o cenário descrito até aqui, parece de extrema relevância ampliar o olhar investigativo das pesquisas em saúde, não só, sobre a atenção em saúde no puerpério, mas, principalmente, sobre a experiência vivida pelas mulheres que se encontram neste período e sobre suas necessidades e desejos.

A tese aqui apresentada pretende ampliar essas abordagens, explorando as experiências cotidianas de puérperas e buscando, neste exercício, identificar suas necessidades de saúde nos diferentes períodos do puerpério. Além disso, intenta analisar o potencial das ações ofertadas para a produção de integralidade da atenção, colocando, em debate, a contribuição das políticas públicas de saúde, na construção das identidades das mulheres em puerpério e no exercício da maternidade.

2 OBJETIVOS E QUESTÕES ORIENTADORAS DA PESQUISA

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre necessidades de saúde de mulheres em puerpério, a atenção ofertada pelo SUS e o potencial dessa oferta para a produção da integralidade em saúde.

2.2 Questões norteadoras

- Conhecer, na percepção das mulheres em puerpério, quais são suas necessidades de saúde.
- Identificar e analisar quais os cenários e ações em saúde ofertadas pelo SUS são por elas acessados para atender essas necessidades.
- Conhecer e analisar os cenários e dispositivos de cuidado de saúde são acessados pelas mulheres em puerpério para atender suas necessidades de saúde.
- Analisar em que medida o conjunto de ações em saúde, ofertadas às puérperas pelo SUS, se aproxima e/ou se distancia do princípio da integralidade da atenção?

3 (RE)VISITANDO A LITERATURA

3.1 Em busca da integralidade da atenção: a política de saúde da mulher no Brasil

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi implantada no Brasil em 2004, e reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde do contingente feminino da população, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

O surgimento desta política é fruto dos debates em torno dos direitos das mulheres. A ideia é de que as ações programáticas atendam a mulher em todos os aspectos e não apenas no reprodutivo, além de considerar a desigualdade de gênero como fator de grande impacto sobre suas condições de saúde. A política indica um movimento importante no sentido da ampliação do conceito de saúde da mulher, incorporando itens antes ausentes nos programas governamentais, como, por exemplo, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, o qual, à época, redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. A PNAISM incluiu outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes; a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério; a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros (BRASIL, 2004).

Entre as ações, que fortaleceram os direitos das mulheres brasileiras e influenciaram no surgimento da PNAISM, está a criação, em 2003, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM),

responsável por formular, regular e articular as políticas de promoção da igualdade entre homens e mulheres (BRASIL, 2007a).

Esta Secretaria promoveu, no ano de 2004, a I Conferência de Políticas para as Mulheres, que teve por objetivo reafirmar o compromisso do Governo com a construção da igualdade entre os gêneros. Na ocasião, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram amplamente discutidos e reconhecidos como fundamentais na conquista do direito à saúde, enfatizando-se a necessidade de estes serem respeitados em seus dispositivos éticos, políticos e jurídicos para combater a violência sexual e a doméstica e assegurar, às mulheres, o direito à concepção e à anticoncepção (BRASIL, 2004).

Além de destacar a saúde da mulher como prioridade, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher “propõe a articulação e ações com outras áreas técnicas do MS para atender as necessidades das mulheres da área rural, com deficiência, indígenas, presidiárias e lésbicas”.(BRASIL, 2004, p.19).

A ampliação do foco das propostas do MS para a saúde das mulheres, a partir de 2004, reflete a preocupação em atender ao princípio da integralidade da atenção à saúde, pois ao propor-se a respeitar as especificidades do ciclo de vida das mulheres e atender necessidades mais amplas de saúde, valoriza, assim, o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam:

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. (BRASIL, 2004, p.63-64).

Contudo, mesmo incorporando como princípio a integralidade e a promoção da saúde, e destacando o enfoque de gênero em suas diretrizes, permanece a ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Embora tenha havido avanços pontuais, nas últimas décadas, na busca por implementar políticas públicas de saúde orientadas pelo princípio da integralidade da atenção, estas ainda não se apresentam de forma a dar conta das necessidades de

saúde das mulheres em toda as suas dimensões. O atendimento integral não se incorpora às práticas dos serviços apenas pela regulamentação de uma nova política, mas pela produção de subjetividades e por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Neste contexto, as ações programáticas dirigidas à saúde das mulheres, ainda opera a partir da visão de um corpo marcado e reconhecido como um corpo que reproduz.

Historicamente, a atenção à saúde feminina tem sido direcionada para a função reprodutiva da mulher. Ao longo dos séculos XIX e XX, os discursos voltados ao feminino e à maternidade vêm se multiplicando, voltando-se e para a delimitação de formas específicas de cuidar do corpo feminino para o bem das crianças (mãe saudável, crianças saudáveis), democratizando-se o modelo da mãe que “cuida e se cuida” (KLEIN, 2005; MEYER, 2005).

Até a década de 1970, as ações de saúde, voltadas às mulheres, retratavam uma política de Estado que pretendia proteger o binômio mãe-filho e que se caracterizava pela ênfase em ações higienistas e de controle da natalidade e intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1994).

No que diz respeito à saúde das mulheres, as ações eram voltadas aos cuidados com a gravidez e à amamentação, sendo que a preocupação maior era o crescimento de uma população saudável e a atenção a mulheres e crianças de forma a garantir sua saúde. A reprodução era vista como uma questão social; as ações de saúde, como defesa e conservação da vida; e o combate da mortalidade infantil, como garantia de uma nação forte e sadia (COSTA, 2009).

Nesse cenário, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar, às políticas de saúde da mulher, outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, participando ativamente no processo de redemocratização do país, incluindo, na agenda nacional de saúde, a saúde como direito (SOUTO, 2007).

Nos anos 1980, a regulamentação legal dos direitos à saúde emerge não apenas baseada no interesse unilateral do país, mas impulsionada por forte pressão dos movimentos sociais, dentre os quais os movimentos feministas, culminando na aprovação de leis e políticas públicas que culminaram na Reforma Sanitária de 1986 e na criação do SUS.

Em 1983, o governo brasileiro lançava o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que adotava políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero.

O PAISM reorientou a atenção à saúde da mulher, a partir do reconhecimento da legitimidade da luta do movimento feminista pela ampliação da atenção aos cuidados com saúde, propondo a integralidade da atenção das mulheres de todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde (SILVER,1999).

Apesar das dificuldades enfrentadas para concretizar a ampliação proposta da atenção à saúde das mulheres, a criação do PAISM tem sido considerada, na literatura, um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres, pois, até então, as ações eram voltadas exclusivamente ao período do pré-natal e ao parto (OSIS, 1994; OLIVEIRA, 1999; GIFFIN, 2002; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Como referem Costa e Aquino (2000), a partir do PAISM, “ampliou-se a visão de integralidade presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção da mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva” (COSTA, 2001, p.185).

Durante a década de 1990, várias ações previstas no PAISM foram sendo implementadas, com destaque para aquelas relacionadas à atenção obstétrica. A partir do ano 2000, foi instituído, pelo MS, um conjunto de portarias, dentre elas, a que regulamenta o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Tais portarias enfatizam a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos

da mulher como princípios. O PHPN foi lançado com base nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. A proposta era garantir a toda gestante o direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002). Em 2003, o MS realizou uma pesquisa em todos os municípios a fim de avaliar o processo de implantação e implementação do PHPN. Os resultados desta pesquisa apontaram entre outros, a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez, e a escassa realização da consulta de puerpério. Além das fragilidades apontadas, uma das recomendações foi a contextualização da consulta do puerpério, com flexibilização do intervalo de tempo definido entre o parto e o momento de contato da puérpera com o serviço (BRASIL, 2008).

Outra estratégia lançada pelo MS, na mesma época do PHPN, foi a edição do manual de “Assistência Pré-Natal: Manual Técnico” (BRASIL, 2000), e, no ano seguinte, o manual, Parto, Aborto e Puerpério: assistência Humanizada à Mulher” (BRASIL, 2001b). Estes materiais tinham por objetivo divulgar as orientações e diretrizes aos serviços de saúde, com vistas a qualificar o atendimento durante a gestação, parto e puerpério.

A implantação do PAISM e do PHPN foi influenciada, em grande parte, pelo processo de municipalização, o qual foi viabilizado a partir das ações propostas pelo Programa Saúde da Família (PSF). Dentre as dificuldades apresentadas para a concretização deste processo, destaca-se a necessidade de formulação de uma gestão municipal para o programa (BRASIL, 2004). Para enfrentar tais dificuldades, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001a, p.2).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece, para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por

meio da delimitação de regiões de saúde (GIOVANELLA, 2012).

Especificamente com relação à Atenção Básica, os investimentos governamentais foram direcionados, a partir desta época, para atender aos objetivos do PHPN e compreendem, desde então, o cumprimento de metas relacionadas à atenção pré-natal, como, por exemplo, o acolhimento, a garantia de um número mínimo de consultas, as atividades de educação em saúde com grupos de gestantes, as visitas domiciliares e o acompanhamento do mesmo profissional durante todo o período do pré-natal (BRASIL, 2001a; 2006b).

Como destacado no documento “O Progresso das Mulheres no Brasil”, publicado pela OMS em 2011 (ONU, 2011) e, conforme apresentado sinteticamente até aqui, no período compreendido entre 2003-2010, os avanços no campo da saúde feminina buscaram dar efetividade a leis e políticas públicas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, consolidando programas e ações como, por exemplo, o “Programa Saúde na Família”, “Programa de Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento”, “Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS para as Mulheres” e a assistência ao aborto permitido por lei em serviços do SUS. Neste sentido, pode-se argumentar que, desde o lançamento da PNAISM, em 2004, e na sua reedição em 2011, muito pouco do que foi proposto acabou concretizado, principalmente com relação à integralidade da atenção à saúde da mulher. Destaca-se, também, que o documento, que reedita o PNAISM em 2011, repete as mesmas propostas de 2004, sem agregar novos dispositivos jurídicos, institucionais ou normativos que pudessem assegurar tal integralidade. Fora do período reprodutivo e obstétrico, pouco ou nada foi implementado, apesar da explícita intenção de ampliação que aparece na definição da política (BRASIL, 2006c; 2011b).

Na área do planejamento e da gestão, o MS implantou, em 2006, pactos interfederativos que unificaram os processos de pactuação de indicadores e metas. Os pactos envolveram compromissos entre os gestores do SUS das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). O chamado Pacto pela Saúde, que congregou todos estes acordos, apresenta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006c).

Entre as seis prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde, três são relacionadas diretamente à saúde das mulheres: o controle dos cânceres de colo uterino, de mama e a redução da mortalidade materno-infantil, com ênfase nas mortes por pneumonias e diarreias (BRASIL, 2006c). Considerando dados epidemiológicos, é possível argumentar que o Pacto negligencia muitas outras demandas importantes de saúde das mulheres, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares e as mortes decorrentes da violência, que estão entre as principais causas de mortalidade na população feminina (PAIM;ALMEIDA; MACINKO, 2011, 2011). Assim, fica fragilizada a possibilidade de atender integralmente as necessidades de saúde do público em questão, uma meta proposta pelo PNAISM. Logo após a regulamentação do Pacto pela Saúde, foi publicada a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a Estratégia de Saúde da Família com prioritária na organização da atenção. Estabeleceu-se, aí, que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção do bem-estar, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006d).

Se, por um lado, as políticas públicas vêm construindo caminhos em busca de atender ao princípio da integralidade da atenção, por outro, a sociedade, em geral, vem apresentando mudanças nas suas necessidades de saúde, influenciadas pelo ritmo da vida nas grandes cidades, sendo necessárias constantes revisões na atenção em saúde ofertada (BRASIL, 2002).

O MS preconiza que a atenção básica seja a porta de entrada prioritária para os usuários do SUS, segundo proposto, pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006:

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

Tendo em conta o cenário descrito até aqui, pode-se argumentar que o modelo de atenção integral à saúde das mulheres vem sofrendo significativas mudanças,

especialmente representadas por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesáreas e à humanização do parto. Apesar do discurso integralizador, as políticas públicas voltadas à saúde da mulher vêm mantendo foco na saúde reprodutiva, esta prioritariamente voltada ao gênero mulher (MOURA; SILVA, 2004). Ainda assim, porém, são avanços relacionados a uma parcela específica do conjunto de necessidades de saúde das mulheres, (direitos sexuais e reprodutivos), permanecendo lacunas importantes que precisariam ser atendidas num cenário de integralidade da atenção (BRASIL, 2001b; 2002; 2004; 2007a).

3.2 Articulando integralidade com necessidades de saúde: um ponto de partida para a análise da atenção à saúde das mulheres

A Constituição Federal (CF) de 1988 afirmou que as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes, a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990).

O princípio da integralidade da assistência é compreendido do ponto de vista jurídico institucional como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” (BRASIL, 1990, p.4).

A integralidade é um eixo orientador para consolidar o SUS e um princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde, estando associada às necessidades das pessoas e suas condições de vida e às relações intersubjetivas que se apresentam (MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2002). Como um princípio doutrinário, a integralidade estabelece um campo de estruturação de práticas que repercute em vários níveis das políticas públicas de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O tema da concretização da integralidade da atenção em saúde vem sendo intensamente debatido no campo da saúde coletiva, discutindo-se questões que remetem à micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. As discussões vão além do foco no simples consumo e acesso a determinados serviços, enfatizando-se a necessidade de repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento (MERHY, 1998; 2005; CECILIO, 2001). Neste sentido, a proposta é que a integralidade não deva ser transformada em um conceito, mas um ideal regulador, um devir, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar (CAMARGO, 2003).

Ao tratarem destas questões, alguns autores sugerem que a integralidade da atenção pode e deve ser representada nas ações de saúde, ou seja, mais que um princípio ou uma imagem-objetivo (MATTOS, 2001), a integralidade configura-se no reconhecimento e atendimento das necessidades de saúde dos usuários, o que

significa afirmar sua relação com a micropolítica do trabalho em saúde (FRANCO, 2012).

Os processos de trabalho em saúde operam em relações intercessoras entre trabalhadores e desses com os usuários e, na medida em que ambos formam um encontro, este produz o cuidado (AYRES et al., 2005). Os serviços de saúde não se movimentam apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Estes dispositivos institucionais e jurídicos deslocam-se e entram em atividade com os próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado (FRANCO, 2003).

O cuidado em saúde tem sido destacado pelo campo da saúde coletiva no debate sobre a integralidade da atenção à saúde. Neste debate, emerge, com destaque, a relação entre integralidade e necessidades singulares de saúde. A transformação, que se pretende produzir no modelo de atenção à saúde, depende de transformações nos modos como se dão os encontros entre os profissionais e usuários, ou seja, nos contextos de intersubjetividades em que se realizam as práticas de saúde (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Em sua dimensão filosófica, o cuidado é uma categoria que permite compreender as ações de saúde, pela análise da interação entre ser cuidado e o profissional que cuida, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sendo sempre mediada por saberes e tecnologias (AYRES, 2005).

Merhy (1998) desenvolve a noção de tecnologias de saúde, para analisar o processo de trabalho em saúde, e sua relação com o cuidado produzido neste encontro entre usuário e profissional. Para o autor, “tecnologias de saúde” não correspondem apenas ao uso de equipamentos, mas a um saber tecnológico:

(...) um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é duro na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. (MERHY, 1998,p.307).

O autor tipifica as tecnologias de trabalho em saúde como: “tecnologias duras”, representadas pelos equipamentos, máquinas, instrumentos, e normatizações; “tecnologias leve-duras”, que são aquelas relacionadas ao conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada, e ao mesmo tempo, é produzida pelo trabalhador de

saúde no encontro do cuidado, e as “tecnologias leves”, que dizem respeito às relações (MERHY, 1998).

Como princípio, a integralidade consiste em disponibilizar e integrar as diferentes ações de saúde, de forma a responder as necessidades de saúde da população. Mas isto não quer dizer que a integralidade deva

(...) dar conta de *tudo*, como se houvesse um conjunto fechado de necessidades a serem respondidas e dos respectivos meios para isso. Não, para as diversas pessoas em seus contextos e relações, constantemente em modificação, define-se, a cada momento certo elenco de necessidades, articuladas segundo arranjos singulares de demandas, com significações e implicações que exigirão uma escuta atenta e sensível dos profissionais e gestores, ativistas e formuladores de políticas, assim como um construir compartilhado e multifacetado de respostas em diferentes espaços e alcances de intervenção. (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p.14).

As ações de saúde pautadas, a partir do uso das tecnologias leves, e orientadas pelas necessidades dos indivíduos e das coletividades podem contribuir na reorganização dos serviços, e constituir, então, um dispositivo de ruptura para o modelo de atenção orientado por condutas impostas via programas de saúde (BONFADA et al., 2012).

O trabalho de Cecílio e Matsumoto (2001; 2006) trouxe importantes contribuições para pensar a reestruturação das práticas dos serviços. Partindo do caminho percorrido por Stotz (1991), os autores propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde, com o objetivo de ser operacional, sem perder de vista as questões individuais e sociais. Cecílio e Matsumoto (2006) propõem quatro grandes conjuntos de necessidades: de boas condições de vida, de acesso ao consumo de tecnologias, de atenção à saúde, de criar vínculos afetivos com um profissional de saúde ou com uma equipe (sujeitos em relação) e, por último, de graus crescentes de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida”. Para os autores, atender às necessidades de saúde é satisfazer as de conservação da vida e, ao mesmo tempo, ultrapassá-la sem direção à superação do cotidiano.

Mandu e Almeida (1999) também enfocaram as necessidades de saúde e suas implicações para o trabalho em saúde, em especial para a enfermagem, reforçando o papel que o setor saúde tem para a satisfação individual e coletiva destas

necessidades. Em suma, nessa perspectiva, atender necessidades de saúde significa tomar, como objeto do processo de trabalho, as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS, 2003).

O estudo realizado por Campos e Bataiero (2007) sobre a produção científica brasileira acerca das respostas dos serviços às necessidades de saúde da população, constatou que a maioria abordava a oferta e/ou demanda de ações, definindo necessidades comuns sem levar em conta as características individuais e revelando um recorte fragmentado e funcionalista da atenção à saúde. A mesma pesquisa ainda demonstrou que os estudos são bastante centrados no âmbito hospitalar da assistência, escassos no que diz respeito à atenção básica é quase inexistentes quando considerada a perspectiva da saúde coletiva.

De acordo com Campos (2003), os estudos científicos, que têm como foco as necessidades de saúde, podem ser classificados em duas esferas: no *âmbito abstrato do conceito* e no *âmbito concreto operacional*, ou seja, aquele que se configura como objeto dos processos de trabalho, sendo amplamente utilizado na área do planejamento em saúde.

Stotz (1991), ao contribuir para a delimitação conceitual das necessidades de saúde em sua tese de doutoramento, recuperou os subsídios das ciências sociais para propor um conceito operacional às necessidades de saúde:

A operacionalidade do conceito se revela na sua característica de ser um "conceito de junção" de objeto de distintos saberes que correspondam às mediações fundamentais da prática social (ação e estrutura, processo e objetivação) direcionadas com intencionalidade e apropriadas cognitivas e vivencialmente pelos sujeitos e agentes. (STOTZ, 1991, p.267).

Ainda nesta direção, Stotz (1991) ressalta que as necessidades de saúde, vistas, de modo amplo, como expressões de sujeitos individuais e coletivos, são mais do que a falta de algo para que se tenha saúde, pelo contrário, são potencialidades.

Mandu e Almeida (1999) abordaram o conceito de necessidades, apontando a importância de sua utilização como base teórica na reconstrução das práticas de saúde que tenham como perspectiva a superação da qualidade, sendo que a sua satisfação

compreende tanto aquelas voltadas à preservação da vida como aquelas relativas à autocriação e ao aprimoramento humano.

Paim (2007) destaca que as necessidades são social e historicamente determinadas e situam-se entre natureza e cultura, não dizendo respeito apenas à conservação da vida, mas, também, às vulnerabilidades que representam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para ter saúde e gozar a vida. Neste sentido, a dimensão da história dos sujeitos é valorizada por Pinheiro et al. (2007), ao sugerirem que, ao identificar as necessidades de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade, o profissional da área está estabelecendo vínculo, garantindo, através da escuta, o respeito à diversidade humana, cultural e social. Nesta direção, o campo da saúde coletiva vem tratando do tema “necessidades de saúde” e da sua relação com os serviços e com as políticas da área, evidenciando uma tendência dos serviços em utilizar o conceito de necessidades como objeto da atenção à saúde (SCHARAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; MATSUMOTO, 1999; CAMPOS, 2003).

Os estudos identificados até aqui, utilizando as demandas de saúde no âmbito operacional do conceito, corroboram o argumento de que as necessidades são social e historicamente construídas. Assim, as necessidades de saúde, sob a perspectiva da saúde coletiva, devem estar articuladas às necessidades sociais, que se originam da reprodução da vida em sociedade. Mesmo sendo determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual (STOTZ, 1991; MORAES; BERTOLOZI; HINO, 2011).

Por esta razão, o modo de organizar, socialmente, as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas resposta a necessidades, mas imediatamente, contexto instaurador de necessidades (SCHARAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p.30).

Em um trabalho com foco na saúde das mulheres, Mandu e Almeida (1999) concluiu que os programas de saúde, a elas direcionados, são planejados a partir da identificação de “alvos prioritários” de controle, que representam uma população identificada como de grande relevância epidemiológica, em torno dos quais há uma exigência social, como por exemplo, as ações previstas para a prevenção, controle e tratamento dos cânceres de colo e de mama.

Em outro estudo, Souto et al. (2007) abordaram as tendências da pesquisa de enfermagem relacionado à saúde das mulheres e demonstraram que as temáticas mais abordadas são aquelas ligadas à atenção obstétrica, aos cânceres de mama e de útero e às doenças sexualmente transmissíveis.

Para além do foco das questões relacionadas à saúde reprodutiva e à amamentação, outra questão, frequentemente abordada nas pesquisas da área da saúde é a depressão pós-parto.

Os modos, como as mulheres cuidam de si, da sua vida sexual e reprodutiva, e a maneira como se tornam mães, refletem sobre como pensam e vivem a realidade. Além disto, são também influenciadas pelas ações do Estado: campanhas educativas, programas e até mesmo as propagandas do MS. Neste sentido, os discursos políticos centrados na maternidade convocam as mulheres a se corresponsabilizarem pela solução de problemas sociais, em especial por aqueles implicados em saúde (MEYER, 2005).

Para Oliveira et al. (2004), mesmo as ações de saúde mais consistentes não terão impacto se não se comprometerem em modificar as condições que limitam a saúde e criam vulnerabilidade. Neste sentido, as políticas públicas são ambivalentes, pois se configuram como políticas “integrais e cuidadoras”, mas que, na realidade, acabam por controlar e assujeitar as mulheres, posicionando-as na sociedade de forma a desempenharem um papel pré-determinado: o de boa mãe.

A construção de políticas de saúde está cada vez mais embasada em evidências científicas, o que justifica a sua segmentação (mulher, criança, adolescente, idoso, homem). No que diz respeito às políticas dirigidas às mulheres, estas são permeadas pelos conceitos de família, de maternidade e de boa mãe que acabam por reduzir as ações ofertadas às mulheres em puerpério, em diretrizes de “ajuste” às necessidades de manutenção da saúde dos filhos e de responsabilização pela saúde reprodutiva (MEYER, 2005; CECCIM; STEDILLE, 2007). Embora tenha havido avanços pontuais nas últimas décadas, as políticas públicas brasileiras para as mulheres não se apresentam de forma a abarcar as necessidades das mães, não tendo conseguido mobilizar o sistema público na direção de uma melhora efetiva na qualidade da atenção às mulheres para além dos aspectos reprodutivos e de manutenção nutricional

impostos pela amamentação (ALMEIDA, 2008).

Pouca atenção tem sido dada, pelas políticas de saúde, às suas singularidades. As mulheres têm sido valorizadas menos por suas demandas singulares e mais particularmente por sua representação na saúde pública, geralmente associada à saúde materno-infantil (CECCIM; STEDILLE, 2007).

Seguindo nesta lógica de investimento no período reprodutivo e, em especial, na atenção obstétrica, em 2011, foi lançada a estratégia “Rede Cegonha”, que é composta por um conjunto de medidas para garantir atenção à saúde integral, humanizada e segura a todas as mulheres desde a confirmação da gravidez pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011a). Estas medidas foram criadas em resposta aos problemas relacionados à saúde materno-infantil no país, em especial, aos altos índices de mortalidade materna e tem, como objetivo, garantir a atenção à saúde da mulher a partir de uma:

Art.1[...] rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011a, p.2).

A proposta enfoca o trabalho em rede como fio condutor no processo de gestação e nascimento, destacando-se a redução da mortalidade materno-infantil, principalmente na Amazônia e na região nordeste. Assim, as ações em rede reduziriam ou minimizariam toda e qualquer complicação, bem como o risco de morte materna ou, ainda, problemas de saúde da criança. Além das ações específicas do setor saúde, a Rede Cegonha prevê a participação de outros segmentos, como laboratórios, serviços de urgência e emergência e de transporte, além de incentivo financeiro aos estados e municípios para a sua implantação (BRASIL, 2011a). Embora, com estas inclusões, a proposta da Rede Cegonha possa ser analisada, à primeira vista, como um conjunto de ações que ampliam a atenção à saúde da mulher, tem havido críticas a esta proposta.

Na visão de Carneiro (2013), a Rede Cegonha representa o entendimento do governo de que *anatomia volta a ser o destino*, ou seja, de que as mulheres nasceram para serem mães, retomando assim a noção maternidade-mandato, algo já tão debatido pelas feministas no mundo todo, entre as décadas de 1960 e 1980.

Em contraponto, Ceccim e Cavalcanti (2011) reconhecem o valor do programa para o país, uma vez que a maternidade deixa de ser reconhecida pelos seus indicadores bioestatísticos para tornar-se direito e reconhecimento de cidadania.

Para Carneiro (2013), se por um lado, a Rede Cegonha vem instituída como um direito fundamental, o de nascer com segurança, também pode representar um risco de que, como política que se pretende nacional, venha a produzir, como consequências, a pouca atenção às diferenças e ao desejo de singularidade, bem como a despersonalização das parturientes.

A análise da portaria que institui a Rede Cegonha reitera a lógica criticada na literatura de que o corpo da mulher necessita de intervenções para que volte à sua função normal de mulher saudável, reprodutora, boa esposa e mãe, ocupando assim os papéis e funções que lhe foram sendo incorporados ao longo dos tempos (ROHDEN, 2001; MEYER, 2005; CECCIM; STEDILLE, 2007).

Isto fica evidenciado nas diretrizes do componente da Rede Cegonha que se refere ao Puerpério e a Atenção Integral à Saúde da Criança, destacando-se as seguintes ações:

a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; a busca ativa de crianças vulneráveis; a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; orientação e oferta de métodos contraceptivos. (BRASIL, 2011a, p.2).

A revisão de literatura, realizada até aqui, permite concluir que, apesar de se ter a integralidade como orientador da atenção à saúde da mulher, apenas alguns aspectos implicados nas situações de saúde e não saúde da população feminina são visibilizados nos estudos e abordagens científicas na área.

No entanto, para produzir cuidados de saúde para as mulheres em puerpério, na expressão de suas necessidades e problemas, é necessário reconhecer que a saúde das mulheres não se reduz à saúde reprodutiva ou materna e que o período da reprodução não traz um fim em si mesmo, mas uma parte da vida da mulher (CECCIM; STEDILLE, 2007; CABRAL; OLIVEIRA; CECCIM, 2007).

Com o foco centrado no reconhecimento das necessidades das mulheres, os próximos parágrafos seguem abordando o tema das necessidades de saúde, porém, com o enfoque mais específico no campo das mulheres mães, em puerpério.

Ao realizar a revisão de literatura em periódicos científicos sobre necessidades de saúde e puerpério, foi possível perceber que são poucos os que tratam do assunto. Mesmo estando o puerpério na agenda dos estudiosos, o que foi encontrado na revisão de literatura com relação aos últimos dez anos, foram apenas cinco estudos (COSTA, 2001; STEFANELLO, 2005; PENNA et al., 2006; ALMEIDA; SILVA, 2008; SOUZA et al., 2008).

Com relação ao tipo de estudo, dois eram oriundos de dissertações (COSTA, 2001; STEFANELLO, 2005), três eram artigos originais (PENNA et al., 2006; ALMEIDA; SILVA, 2008; SOUZA et al., 2008). Quanto ao objeto de análise, apenas um abordava, diretamente, as necessidades de saúde de mulheres em puerpério (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Os demais tratavam das experiências e vivências ou estratégias utilizadas para o cuidado no atendimento das necessidades de puérperas, relacionados, na maior parte, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido, cuidados com o corpo no pós-parto (COSTA, 2001; STEFANELLO, 2005; PENNA et al., 2006; SOUZA et al., 2008).

Sobre o âmbito da atenção em saúde, dois estudos relacionavam-se ao contexto da consulta puerperal na atenção básica (SOUZA et al., 2008). Outro referia-se à atenção hospitalar (ALMEIDA; SILVA, 2008) e os demais tratavam do puerpério no contexto familiar (STEFANELLO, 2005). Cabe, ainda, salientar que, mesmo estando o tema incluído na agenda dos estudiosos, constata-se que muito pouco foi produzido sobre necessidades de saúde e puerpério, e vale ressaltar que apenas um dos trabalhos traz o referencial da saúde coletiva (SOUZA et al., 2008).

As necessidades de saúde das mulheres em puerpério são, apenas em parte, identificadas pelos serviços, pois na medida em que o enfoque das ações é direcionado somente para o aleitamento materno e para a contracepção, outros aspectos e dimensões ficam sem ser reconhecidas pelos serviços e profissionais da saúde. A assistência, no período puerperal, não pode deixar de contemplar as mulheres com suas histórias, seus meios afetivos, sociais e econômicos, bem como a incorporação de

suas próprias experiências como parte integrante deste processo (STEFANELLO, 2005).

O puerpério corresponde ao período em que as modificações locais e sistêmicas, oriundas da gravidez e provocadas pelo momento do parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001b).

Quanto à sua duração, existem algumas divergências entre os autores. Para Souza et al. (2008) e o MS (BRASIL, 2001b), o pós-parto tem início na primeira hora após a saída da placenta e não tem término previsto, pois a puérpera, enquanto amamentar, sofrerá modificações em seu corpo.

Já para Edwards (2002), sua duração é de aproximadamente seis semanas. No entanto, para Emídio e Hashimoto (2008), o puerpério tem uma duração aproximada de três meses, nos quais a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e emocionais. É também nesse período que a mulher se depara com o confronto entre as expectativas construídas durante a gestação e a realidade trazida pela chegada do bebê, pois, além de sofrer as alterações anatômicas, fisiológicas, de humor, vive sentimentos contraditórios e de insegurança (BRASIL, 2001b; EDWARDS, 2002).

Dessa forma, percebe-se que o período puerperal é cercado por diversas transformações, em que a mudança para a maternidade é familiar, visto que causa impacto em seus membros, além de exigir formas de adaptação. Neste sentido, contar com uma rede de suporte social é essencial para as mães, uma vez que as tarefas, responsabilidades e cuidados se multiplicam (MARQUES, 2010). A mulher em puerpério enfrenta desafios ao cuidar de si, do bebê, do domicílio e também da família, de forma que o apoio de familiares, amigos e profissionais de saúde capacitados é fundamental para auxiliá-la no enfrentamento dessa condição (RAVELLT, 2008). De acordo com Stefanello, Nakano e Gomes (2008), o cuidado no pós-parto tem se construído essencialmente no âmbito familiar, no qual uma complexa rede de relações estabelece-se em torno da puérpera e do recém-nascido (RN) e cria ações de ajuda no cuidado ao binômio mãe-bebê. Além disso, as puérperas, muitas vezes, realizam os cuidados no pós-parto, embasadas nas experiências de pessoas de seu meio relacional, principalmente do interior da família (STEFANELLO, 2005).

A maternidade provoca mudanças profundas na vida das mulheres em puerpério.

Assim, é importante entender a vivência de ser mãe, especialmente mãe primípara, ou seja, mãe pela primeira vez. Isto, porque as mães primíparas podem necessitar de maior acompanhamento nas habilidades da maternidade, pois essa primeira experiência pode estar carregada de insegurança, conflitos e inexperiência com relação aos cuidados consigo e, principalmente, com o bebê. (EDWARDS, 2002).

Mesmo assim, apesar da literatura, vir apresentando estudos que confirmam ser o puerpério um período marcado por complexidades e vulnerabilidades, a mulher atua em diferentes espaços da sociedade, cumprindo diversos papéis, o que acaba por influenciar nos seus processos de saúde e adoecimento.

A seguir, abordarei, então, o conceito de posicionalidade, que enfocará de que forma as mulheres vão sendo posicionadas pelos serviços de saúde bem como as posições que ocupam na sociedade, em especial, após se tornarem mães.

3.3 Identidades, feminismo e posicionalidade

3.3.1 Identidade e feminismo

A identidade é um tema presente na história do pensamento e uma preocupação constante acerca de como nos tornamos aquilo que somos. Estas reflexões, sobre quem somos, o que nos define, o que nos distingue dos outros e o que nos aproxima, estão presentes nos discursos das mais diversas áreas sociais como uma questão central para a indagação sobre uma possível essência do ser humano (HALL, 2011).

Entre as teorias, que inicialmente se debruçaram sobre a identidade, está o pensamento cartesiano que difundiu a ideia de que cada um é como nasce e que sempre será assim, revelando uma concepção de identidade como algo estático. Esta concepção, ao longo do século XX, vai sendo confrontada devido a novas visões de mundo que agregam outros aspectos ao conceito de identidade. No campo do feminismo, esta ideia da existência de algo de essencial na identidade de mulheres e de homens, da presença de elementos característicos naturais e imutáveis na configuração do feminino e do masculino, foi ponto de partida para a produção de um intenso e produtivo debate que resultou na formulação de teorias na perspectiva de gênero (BERGANO, 2012),

Considerar a identidade, nas suas múltiplas dimensões, significa compreendê-la de modo dinâmico como algo que resulta da interação entre meio e sujeito, mas, também, do sujeito com ele próprio (HALL, 2003). Neste sentido, como destaca (BERGANO, 2012), pode-se argumentar que a identidade está associada à representação que os indivíduos fazem de si mesmos. Ainda, conforme o mesmo autor, a identidade está fora do corpo do sujeito (como representação), mas nunca deixa de ser por este acompanhada. Assim constituída, a identidade tem a ver com as expectativas dos outros que estão ao redor deste corpo, ou seja, transcende o corpo e representa a própria comunidade que persiste para além do espaço, do tempo e do corpo individual.

Nesta direção, a literatura traz argumentos para defender que a identidade é algo instável e flexível. Para Hall (1997), não devemos tomar a identidade como algo que se

refere apenas a grupos fechados ou a determinados grupos étnicos. Da mesma forma, Beck (2003) e Bauman (2001) propõem que, tendo em conta as inconstâncias da sociedade contemporânea, referida por Beck (2003) como “sociedade de risco” (p.118) e por Bauman (2001), como “modernidade líquida” (p.12), tem-se um cenário social onde as identidades tornam-se híbridas e deslocadas de um vínculo local, portanto instáveis. Na ausência deste vínculo, a produção de identidades é transformada em uma tarefa individual, em um processo de construção incessante, e não mais de atribuição coletiva, como era no passado, quando isto implicava apenas certa conformação às normas sociais (HALL, 1997; 2003).

Segundo Hall, “as velhas identidades, que, por tanto tempo, estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno, até aqui visto como sujeito unificado” (HALL, 1997, p.7). Para o autor, as mudanças estruturais, que tiveram início nas sociedades modernas no fim do século XX, estão transformando, com elas, as ideias, que temos de sujeito, e nossas formas de “exercer” uma identidade.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, Giddens (1997) argumenta que, com o advento da modernidade e a globalização, as sociedades modernas foram convocadas a refletir sobre si e retrospectivamente, caracterizando, assim, a chamada modernização reflexiva ou a modernidade tardia. Nesse sentido, o autor mostra-nos caminhos para entender as influências e interferências que a modernidade intensifica, de maneira direta, com a vida individual. Para Giddens (1997), a modernidade deve ser entendida em nível institucional, capaz de causar interconexões entre os dois “extremos” da extensão e da intencionalidade: influências globalizantes de um lado e disposições pessoais de outro, alterando, radicalmente, a natureza da vida social cotidiana e afetando os aspectos mais pessoais de nossa existência (GIDDENS, 2002). Uma característica importante da modernidade reflexiva, segundo Giddens (1990), é o seu dinamismo, que deriva de três aspectos: a separação entre tempo e espaço, o desenvolvimento de mecanismos de desencaixe e a apropriação reflexiva do conhecimento.

Conforme Giddens (2002, p.22), “cada cultura tem alguma espécie de marcador espacial padronizado que designa uma consciência especial de lugar”. No entanto, na

modernidade tardia, há uma ruptura das estruturas tradicionais, que transformam as relações sociais, uma vez que “(...) a modernidade rompe o referencial protetor da pequena comunidade e da tradição, substituindo-as por organizações muito maiores e impessoais” (GIDDENS, 1990, p.80). Na tradição, os valores estão orientados pelo passado, de tal forma que a compreensão do mundo está fundamentada nos costumes, nos ritos e na superstição, podendo-se argumentar, então, que a tradição envolve, de alguma forma, o controle do tempo (GIDDENS, 1990).

Ainda, conforme Giddens (1989; 1990), na pré-modernidade, o tempo estava vinculado ao espaço e seus marcadores baseavam-se em eventos da natureza. Com a invenção do relógio, veio a uniformidade na mensuração do tempo, independentemente do lugar. Além disto, a distribuição dessa tecnologia propiciou o desenvolvimento de uma organização social que não se baseava mais nas fronteiras impostas pelas distâncias. O autor argumenta que, neste contexto, a separação tempo-espaço proporcionou as condições necessárias para o desenvolvimento de *mecanismos de desencaixe*. Para o autor, este mecanismo compreende o deslocamento das relações sociais dos seus contextos locais, reorganizando-as através de grandes distâncias no tempo e espaço. Sendo assim, o “lugar” passa a sofrer influências de outros lugares sem estar necessariamente vinculado com o tempo (GIDDENS, 1989). Outro fator, que contribuiu para o desencaixe tempo-espaço, foi a evolução dos meios de comunicação, como o telefone, a televisão, o rádio, e, também, a supressão das distâncias através da evolução dos meios de transportes cada vez mais rápidos (GIDDENS, 1989; 1990).

Neste sentido, o mecanismo de desencaixe afeta a vida em sociedade e influencia as práticas sociais na medida em que coloca, em dúvida, valores e práticas sociais pré-estabelecidas, que, agora, não se fundamentam somente na tradição e, sim, nos mais diversos saberes e informações proporcionados pela mídia e pelo processo de globalização (GIDDENS, 2002).

Para Giddens (2002), estas mudanças sociais acabam por gerar insegurança e a busca por outras fontes de segurança; já que as tradições não conseguem assegurar e gerar tanta confiança entre a comunidade como antigamente. A fim de atender o desejo de segurança e de reorganização social, os indivíduos buscam desenvolver uma análise racional das consequências de fatos passados, das condições atuais e a

probabilidade de perigos futuros, procurando, assim, minimizar os riscos que esse futuro representa no seu presente. Na medida em que estas práticas sociais modificam-se, em decorrência dos efeitos da globalização, ondas de transformação social ou de “desalojamento social” provocam a reestruturação das relações sociais a níveis locais, provocando a ruptura com as tradições existentes (GIDDENS, 1990).

Ainda, sobre estas rupturas das estruturas tradicionais, o autor destaca que, devido a essa alteração incontrolável do meio social cotidiano, os aspectos individuais sofrem alterações e as identidades, antes estáveis, são transformadas, agora, pelas instituições modernas, confirmando, assim, a ideia de que, quando se alteram aspectos individuais, fragmentam-se as identidades (GIDDENS, 2002).

Se, na pré-modernidade, a tradição, o parentesco e a localidade limitavam a identidade social dos indivíduos, na sociedade tardo-moderna, a identidade caracteriza-se por romper com práticas e preceitos preestabelecidos, enfatizando o cultivo das potencialidades individuais e possibilitando, ao indivíduo, uma identidade móvel, mutável (GIDDENS, 2002).

Assim como Giddens, Hall (2003) destaca que o processo de produção de múltiplas identidades, que acontece na contemporaneidade, e o deslocamento, daí resultante, de um sujeito unificado para outro que pode assumir identidades diversas, foram influenciados por uma série de rupturas nos discursos do conhecimento moderno.

Hall (2003) destaca que houve avanços da teoria social e das ciências humanas que tiveram um grande impacto no descentramento do sujeito. Segundo o autor, entre estes avanços estão os estudos do linguista Saussure, o conceito de biopoder do filósofo Foucault e o movimento feminista. O autor argumenta que nós não somos os autores das afirmações que fazemos ou dos significados que são expressos na língua e destaca que, na visão de Saussure, tudo o que dizemos tem um *antes* e um *depois* – uma *margem* - na qual outras pessoas podem inscrever sentidos, o que torna o significado das afirmações, que fazemos algo instável, pois ele é constantemente perturbado pela diferença (HALL, 2003). Além das contribuições citadas, Hall (2003) ressalta a contribuição do feminismo no pensamento contemporâneo, tanto como movimento social quanto crítica teórica, considerada uma das mais relevantes para o descentramento do sujeito. Para Hall (2011), como movimento, juntamente a tantos

outros (estudantis, revolucionários, direitos civis), o movimento feminista chamava atenção para a sua identidade social (mulheres, política sexual aos gays, lésbicas, lutas raciais aos negros, etc.), questionando a clássica distinção entre o público e o privado, trazendo, à tona, questões tais quais: família, sexualidade, trabalho doméstico e o cuidado com as crianças (HALL, 2011). Hall enfatiza que, neste contexto, o feminismo representa:

um movimento dirigido à contestação da posição social das mulheres, expandindo-se para incluir a formação de identidades de gênero, questionando como homens e mulheres poderiam ser parte da mesma identidade, a humanidade, substituindo-a pela questão da diferença sexual. (HALL, 2011, p.46).

Ainda, sobre a noção de identidade, o autor reforça que, como processo, “a identidade é sempre vista da perspectiva do outro”. Assim, mesmo que a noção de identidade esteja relacionada a “pessoas que se parecem” e “sentem a mesma coisa”, estes referenciais são insuficientes e não satisfazem aos pressupostos necessários à compreensão adequada do fenômeno da identidade (HALL, 1997, p. 45).

Considerando os interesses do presente trabalho, passarei, de agora em diante, a orientar a revisão da literatura para o debate que vem sendo desenvolvido em torno da noção de identidade da mulher a partir do pensamento e do movimento feminista.

O Feminismo surge e organiza-se como movimento estruturado em paralelo ao fenômeno da modernidade, acompanhando o percurso de sua evolução desde o século XVIII e tomando corpo no século XIX, principalmente na Europa e nos Estados Unidos (COSTA, 1998). Para fins de estudo, o movimento feminista pode ser compreendido como constituído de três fases ou “ondas”, conforme referido na literatura. O pensamento feminista da primeira fase surge com os questionamentos sobre a contradição da modernidade, que se estabeleceu entre o universalismo dos direitos políticos e individuais e o universalismo da diferença sexual, legitimada pela justificativa ideológica de que essa diferença era uma ocorrência da natureza (COSTA, 1998; ABBAGNANO, 2007).

O período compreendido entre 1920 e 1960 caracteriza-se por uma crise do movimento feminista, principalmente entre aqueles que instauraram regimes totalitários.

Na Inglaterra, e depois na França, o feminismo da segunda metade do século XX é retomado por mulheres de classe média, educadas, principalmente, nas áreas das Humanidades, da Crítica Literária e da Psicanálise (PINTO, 2003; SARTI, 2004). Neste contexto, pode-se conhecer o movimento feminista a partir de duas vertentes: da história do feminismo, ou seja, da ação do movimento feminista e da produção teórica feminista nas áreas da História, Ciências Sociais, Crítica Literária e Psicanálise, através dos ensaios, que tratam de temas como as conquistas das mulheres, a temática da igualdade de direitos e da “diferença” (PINTO, 2010). A segunda onda do Feminismo é representada pelo *feminismo radical*, que enfatizou as lutas contra todas as formas de opressão feminina. O período foi marcado por intensas pesquisas acadêmicas sobre a origem das desigualdades sexuais, onde a família, a sexualidade, a violência sexual e os direitos sobre o corpo eram os principais focos de análise. Tal corrente feminista sustenta que a raiz da desigualdade social está fundamentada no patriarcado, na dominação do homem sobre a mulher, o qual necessita da diferenciação sexual para manter-se como um sistema de poder (COSTA, 1998; SAFFIOTI, 2007).

Partindo desta concepção, as feministas priorizaram uma pauta de lutas e reivindicações por direitos sociais, como, por exemplo: a defesa da legalização do divórcio e da aceitação dos chamados filhos “ilegítimos”; a reivindicação de creches para os filhos das mulheres trabalhadoras; a defesa de que as mulheres tivessem controle sobre seu próprio corpo (descriminalização do aborto); a defesa da criminalização da violência contra as mulheres (SARDENBERG, 2002), entre outras.

No Brasil, o feminismo teve seu início com o movimento de luta pelo direito ao voto das mulheres. Este movimento foi liderado por Bertha Lutz em 1927, mas só acabou tendo êxito em 1932, quando foi promulgado o Novo Código Eleitoral brasileiro (PINTO, 2010). O movimento feminista, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos e no Brasil, perdeu força a partir da década de 1930 e só reaparecerá novamente, com importância, na década de 1960. No decorrer deste período, um livro marcará as mulheres e será fundamental para a nova onda do feminismo: *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir.

Conforme Pinto (2010), este livro foi relevante para os debates sobre o feminismo, ao refletir sobre as teses liberais, marxistas e psicanalíticas relativas á

condição e à natureza das mulheres, e sua condição de subordinação aos homens. Ainda, segundo Pinto (2003), na crítica realizada por Beauvoir, com a qual dialogam análises posteriores, o corpo e a identidade da mulher são, ao mesmo tempo, apreendidos como dados de sua condição (fisiológica e social) e como objetos forjados pelo olhar masculino.

Enquanto o resto do mundo caminhava para movimentos libertários que lutavam por causas identitárias, entre eles, o reconhecimento dos direitos das mulheres, o Brasil dos anos 1960 enfrentava um regime de governo ditatorial.

Mesmo diante deste cenário marcado pela ditadura do regime militar, retomaram-se, no início dos anos 1970, as manifestações feministas com a presença das mulheres na luta armada, “o que significava não apenas resistir à ordem política vigente, mas representava uma transgressão ao que era designado, à época, como próprio às mulheres” (PINTO, 2010, p.31). Partindo de uma luta política contra as condições de opressão social, o feminismo, no Brasil, contribuiu para os debates e reflexões em torno das relações interpessoais e da subjetividade (PINTO, 2010).

No decorrer dos anos 1980, houve mudanças significativas, no enfoque teórico-metodológico do pensamento feminista, no contexto brasileiro, pois a preocupação em delinear as causas da opressão feminina sofre um deslocamento para pensar as mulheres enquanto objeto empírico, para além dos debates em torno do conceito de gênero, o que acaba, mais tarde, sendo reconhecido como o objeto dos estudos feministas (SARTI, 2001; PINTO, 2003).

Entre os fatores, que contribuíram para estas mudanças do pensamento feminista, estão a redemocratização, o processo de modernização, os novos comportamentos afetivos e sexuais e o acesso a métodos anticoncepcionais, que acabam por confrontar os padrões tradicionais de valores, centrados no autoritarismo e no patriarcado (SARTI, 2001, 2004; PINTO, 2010).

Neste contexto, a elaboração do conceito de gênero, como construção social das identidades sexuais e como objeto dos estudos feministas, influenciou as discussões, de uma nova problemática no campo feminista: o deslocamento da ênfase da mulher universal para as mulheres plurais (SARDENBERG, 2002).

Ao final dos anos 1980 e no decorrer dos anos 1990, o feminismo no Brasil entra em uma fase de grande movimento, representado na luta pelos direitos das mulheres, que acaba por ocorrer em todas as regiões do país, mobilizando as mulheres para o debate de temas como a violência, a sexualidade, o direito, entre outros (PINTO, 2010).

Todos estes movimentos de lutas, vividos nos anos 1990, desencadearam um amadurecimento teórico, representado pela ampliação do foco de debates e estudo das “mulheres” para os estudos feministas e de gênero (COSTA, 1998;). Neste contexto, podemos identificar algumas tendências no movimento feminista, que influenciaram os estudos feministas e de gênero no Brasil: feminismo liberal, cultural, socialista e radical. Estas diferentes abordagens estavam no mesmo plano epistemológico, mas todas buscavam respostas a partir dos aspectos sociais e culturais envolvidos na temática ‘feminismo e gênero’ (COSTA; SARDENBERG, 1994; SAFFIOTI, 2007).

Segundo Sardenberg (2002), foi, também, neste período que as feministas radicais deram-se conta do problema de deslocar a ênfase de uma mulher universal para a afirmação da existência de uma pluralidade entre mulheres, o que acabava criando um dilema teórico-metodológico e diferenças de pensamento entre as feministas. Por um lado, o movimento feminista afirmava a existência de diferenças entre as mulheres, negando o princípio do essencialismo, o qual indicava que todas as mulheres, independente das suas origens culturais, faixas etárias, raça, etnia, classe social, etc., compartilhavam uma mesma natureza e que esta podia explicar sua condição de subordinação. Por outro lado, aceitar o caráter plural das mulheres e rejeitar a ideia de que essas experimentavam processos similares de subordinação poderiam enfraquecer a luta feminista contra a opressão do homem sobre a mulher (SARDENBERG, 2002).

O movimento feminista pode ser compreendido através de suas etapas históricas, mas, apesar de estabelecermos a relação temporal com períodos e lutas distintos, essas fases não são fixas, pois dependem da situação social, econômica, cultural e política de cada sociedade. Estas fases são comumente reconhecidas como: a fase humanista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis, políticos e sociais; a fase essencialista, das lutas pela afirmação das diferenças e da identidade; e uma terceira fase, a pós-moderna, derivada do desconstrucionismo, que deu apoio às

teorias dos sujeitos múltiplos e/ou nômades (SCAVONE, 2008). A terceira fase, influenciada pelo pensamento Derrideano de desconstrução, apresentou uma variedade de métodos desconstrucionistas que acompanhavam os variados “olhares”, oriundos dos diferentes lugares teóricos e políticos, superando os impasses sobre “estudos de mulheres” que acabavam por ser tornar descritivos e reiterativos da situação de opressão e invisibilidade das mulheres (LOURO, 1997).

Neste contexto, Scott (1995) destaca que são necessárias teorias que permitam articular outros pensamentos sobre gênero e que não busquem simplesmente reverter ou confirmar velhas hierarquias. Para a autora, portanto, a teoria, que melhor se aplica a esta proposta, é a do pós-estruturalismo por ter instrumental mais adequado e satisfatório para a análise das construções de significados e relações de poder, como também a que questiona as categorias unitárias e universais, tornando históricos conceitos que normalmente são tratados como naturais ou absolutos. Dessa forma, o pós-estruturalismo e o feminismo compartilham certa relação crítica diante das tradições políticas e filosóficas estabelecidas, e explorar essa relação é relevante (SCOTT, 1995).

A contribuição, para os estudos de gênero e identidade desta terceira fase do pensamento feminista, será abordada a seguir, tendo em vista os interesses da presente tese. Serão trazidos autores e literatura que enfocam os atravessamentos de gênero na produção de identidades. O conceito de “posicionalidade” de Linda Alcoff (2001) e sua relação com identidades femininas, cunhado em meio ao debate sobre o pensamento pós-estruturalista no campo do feminismo, ganhará especial destaque.

3.3.2 Identidade e Gênero: interfaces com o conceito de posicionalidade

Entre as pensadoras, que contribuíram muito para o desenvolvimento do pensamento feminista, está a historiadora Joan Scott, que ganha destaque, no final dos anos 1980, ao propor gênero como uma categoria de análise histórica, por meio do ensaio *Gender: a Useful Category of Historical Analysis*. Para Scott, esta proposta ampliaria o debate feminista em torno das questões relativas ao gênero, implicando numa revisão dos estudos e formulações teóricas sobre o tema, até então,

desenvolvidos (SCOTT, 1995).

A autora sugere, com base na crítica a diversas perspectivas teóricas, fundamentadas nas origens do patriarcado, de tradição marxista e nas diferentes escolas da psicanálise, a sua definição de gênero como categoria analítica, tendo como sustentação duas proposições. A primeira refere que “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, e a segunda argumenta que “o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p.86).

Scott (1995) não nega a existência de diferenças entre os corpos masculinos e femininos, mas chama a atenção para as formas como se constroem significados culturais para essas diferenças, dando sentido para essas e, conseqüentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas (SCOTT, 1995). Ao introduzir e dar visibilidade ao caráter relacional do gênero, Scott (1995, p.14) destaca que gênero seria “o discurso da diferença entre os sexos, que se refere não apenas às ideias, mas, também, às instituições, às estruturas, às práticas cotidianas, como, também, aos rituais e a tudo que constitui as relações sociais”.

Ainda, segundo Scott (1995), o uso do termo gênero, além de propor a análise das relações sociais entre os sexos, rejeita as explicações biológicas e possibilita fundamentar o pensamento acerca das identidades subjetivas de homens e de mulheres. Nesta linha, a autora destaca que é necessário compreender como se dão as mudanças dos papéis masculinos e femininos, ocorridas no campo social e político, identificando a natureza das inter-relações entre os indivíduos de forma ampliada, expressas pelos códigos, símbolos e regras construídos culturalmente (SCOTT, 1995).

Sob a influência do pensamento de Scott (1995), muitos estudos passaram a tratar dos problemas sociais relacionados ao trabalho, à saúde, à política, à educação, à família, à religião, à violência, à cultura, à identidade, ao corpo, às tecnologias produtivas e reprodutivas, e à sexualidade sob o ‘olhar de gênero’. Segundo Scavone (2008), tal enfoque deu visibilidade às relações de dominação e poder que dividem o mundo social em gêneros, uma vez que a noção de gênero, proposta por Scott (1995), articula a noção de construção social com a noção de poder, ou seja, gênero seria uma das formas de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995).

Machado (1998) destaca que, a partir das análises de gênero, criou-se a necessidade de desenvolver um paradigma metodológico que desse conta da ruptura com o sexo biológico e com as categorias naturalizadas de homens e mulheres:

Entendo que podemos falar da construção de um novo paradigma metodológico pelas análises de gênero. Em primeiro lugar, porque se está diante da afirmação compartilhada da ruptura radical entre a noção biológica de sexo e a noção social de gênero. Em segundo lugar, porque se está diante da afirmação do privilegiamento metodológico das *relações de gênero*, sobre qualquer substancialidade das categorias de mulher e homem ou de feminino e masculino. E em terceiro lugar, porque se está também diante da afirmação da *transversalidade de gênero*, isto é, do entendimento de que a construção social de gênero perpassa as mais diferentes áreas do social. Estes me parecem os três pilares que permitem diferenciar a proposta paradigmática dos estudos de gênero frente à proposta metodológica dos estudos sobre mulheres. (MACHADO, 2008, p.108) [grifos da autora].

O pós-estruturalismo é uma das correntes de pensamento que contribuiu, de modo significativo, para o desenvolvimento de uma proposta metodológica que levasse em conta o pressuposto da construção social do gênero. O pensamento pós-estruturalista defende o argumento de que a linguagem é produtora da realidade, assim como dos próprios sujeitos, enfraquecendo a noção de identidade fixa, e divergindo do caráter essencialista que definia a mulher como uma categoria universal (LOURO, 1995). Neste sentido, Meyer (2004, p.2) afirma que:

O feminismo pós-estruturalista, aproximando-se de teorizações como as desenvolvidas por Michel Foucault e Derrida, assume que gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e linguística implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade. (MEYER, 2004, p.2).

Entre as representantes do feminismo pós-estruturalista, destacam-se as pensadoras feministas americanas e também as anglo-saxônicas as quais sustentam que é necessário superar a lógica binária, segundo a qual se explicavam as identidades masculinas e femininas, e partir para o debate sobre identidades múltiplas e múltiplos posicionamentos (LAURETIS, 1994; NICHOLSON, 2000).

Seguindo este pensamento, Louro (1995) argumenta que estes dois movimentos, o feminista e o pós-estruturalista, propõem críticas semelhantes, principalmente aquelas

direcionadas às teorias universalistas, que pretendiam abarcar e entender a sociedade como um todo. Louro (2002) destaca que a emergência da categoria gênero representou uma virada epistemológica, uma vez que, a partir dela, a análise da construção social e cultural do feminino e do masculino ganha relevância nos estudos sobre as formas pelas quais os sujeitos constituem-se e são constituídos. Nesta perspectiva, têm sido desenvolvidas teorizações no âmbito dos estudos de gênero que enfocam a produção de identidades e sua relação com o meio social. Estas teorizações têm sido articuladas com alguns dos pressupostos que embasam o campo dos estudos culturais.

Para Hall (2001), um dos teóricos dos estudos culturais, o conceito de identidade é descentrado, despojado de uma fixidez permanente, onde o “sujeito pós-moderno” possui uma identidade móvel, que é construída no percurso de múltiplas interações com o meio social. Em consonância com este pensamento, Lauretis, concebe a identidade como:

um lugar de posições múltiplas e variáveis dentro do campo social, ao mesmo tempo em que entende a experiência como o 'resultado de um conjunto complexo de determinações e lutas, um processo de renegociações contínuas das pressões externas e resistências internas. (LAURETIS, 1994, p.106).

Reforçando o caráter dinâmico da identidade e sua íntima relação com gênero, Louro (1997) destaca que:

(...) as identidades são sempre construídas, elas não são dadas ou acabadas num determinado momento - seja esse, nascimento, adolescência, ou maturidade - que possa ser tomado como aquele em que a identidade sexual e/ou a identidade de gênero seja assentada ou estabelecida. As identidades estão sempre se construindo, elas são instáveis e, portanto, passíveis de transformação. (LOURO, 1997, p.26-27).

Pesquisas sobre identidade e seus atravessamentos de gênero têm contribuído para o desenvolvimento do conhecimento sobre uma variedade de aspectos da vida social das mulheres, em especial com relação à produção e resignificação dos seus modos de viver. Sexualidade, papéis sociais, representações culturais, maternidade, saúde e políticas públicas são temas recorrentes.

Sob o enfoque de gênero, estudos sobre representações culturais de

maternidade têm abordado os diferentes significados atribuídos à experiência de ser mãe, identificando discursos circulantes que produzem identidades sociais, entre elas, a identidade materna (MEYER, 2000; 2003; NAKANO, 2003; SCAVONE, 2004; KLEIN, 2005; SCHWENGBER; MEYER, 2011).

O estudo, realizado por Klein (2005) sobre os textos do Programa Bolsa escola, tomando por base os conceitos de discurso, representação, identidade, gênero e poder, destaca que, no Brasil, as políticas sociais, como o Bolsa-Família, conferem, à maternidade, valor social e colocam, para as mulheres, a posição de melhores "cuidadoras" das crianças, investindo na reformulação de representações de mulheres que devem agir como fiscalizadoras e gerenciadoras do desempenho escolar das crianças a fim de melhorar os destinos econômicos e sociais do país.

Nesta linha dos estudos pós-estruturalistas, com enfoque nas questões de gênero e identidades, o estudo de Meyer (2000) destaca que o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), (re) produz representações de maternidade, partindo de princípios biológicos e de características e sentimentos historicamente atribuídos às mulheres. Nesse contexto, os gestores públicos, ligados à saúde e à educação, conferem, às mulheres, uma missão social, posicionando-as como as maiores responsáveis pelo cuidado e manutenção da vida dos filhos. Para a autora, as políticas públicas (re) produzem, nos corpos, identidades sociais e culturais construídas a partir de características anatômicas, ter ou não ter mamas e útero, ser capaz de engravidar ou amamentar, tudo isto vinculado a comportamentos de devoção ilimitados – inscritos nos corpos femininos (MEYER, 2003).

Em outro estudo, Oliveira et al. (2004) analisam discursos institucionais e programáticos expressos nas campanhas, elaboradas pelo MS, sobre prevenção do HIV/aids, enfocando formas de construção social, cultural e linguística implicadas na produção de identidades femininas e masculinas. Entre os resultados, os autores apontam que os discursos de promoção e prevenção à saúde reiteram a centralidade da mulher no cuidado da família. Além disto, destacam que as dimensões sociais, políticas e culturais precisam ser consideradas na concepção e implementação de práticas de prevenção que visam dar conta de temas tão complexos como sexualidade, gênero e poder (OLIVEIRA et al., 2004). Ainda, nesta linha de pensamento, que busca

compreender o conceito de gênero no campo dos estudos feministas, Meyer (2004) apresenta alguns resultados de investigações que problematizam posições de sujeito mulher e, em especial, de sujeito mãe, em discursos que atravessam políticas e programas de educação e saúde. A autora destaca que o discurso, que atravessa e institui os programas e ações em saúde, dirigidos às mulheres, posicionam-nas de tal forma a torná-las responsáveis pela promoção da saúde das crianças, reafirmando a centralidade da “díade *mulher-mãe*, sintetizada agora como família” (MEYER, 2004, p.17).

Outro estudo, conduzido por Schwengber e Meyer (2011), destaca que a produção, de novas identidades maternas, está associada ao “bom pré-natal”, revelando as diferentes posições de sujeito, dentre elas, a da boa mãe, aquela que cuida e se cuida. Para as autoras, este processo educativo contemporâneo pode ser reconhecido como “politização do feminino e da maternidade” (SCHWENGBER; MEYER, 2011).

Em outro estudo, Nakano (2003) analisa representações culturais e significados da amamentação sobre a maternidade e sugere que as mulheres mantenham o discurso tradicional materno como modelo idealizado de referência, onde “ser uma boa mãe” é “dar o melhor para o filho”. Além destes resultados, destaca que, mesmo mantendo um ideal de maternidade, as mulheres, que amamentam, reivindicam a sua individualidade e o sentido de limites para o seu corpo (NAKANO, 2003, p.S363).

Lucia Scavone (2004), no livro *Dar a vida e cuidar da vida*, apresenta uma coletânea de artigos, oriundos de suas pesquisas, na área das ciências sociais, no campo da saúde que buscaram refletir e problematizar sexualidade, maternidade, saúde reprodutiva e gênero. Três artigos do livro abordam o tema da maternidade, sua relação com a saúde e contemporaneidade, a partir do pensamento feminista e suas interlocuções com a política e com a sociologia. No capítulo *Dar a Vida e cuidar da vida*, a autora aborda o sentido de ser mãe, tomando, como pano de fundo, o caráter relacional da maternidade como construção sociológica e antropológica. O artigo destaca, ainda, os múltiplos aspectos que envolvem o ser mãe em uma sociedade na qual não se pode ignorar a “responsabilidade feminina pelos corpos gerados seja na gravidez, no parto, na amamentação...” (SCAVONE, 2004, p.143).

Outro capítulo, que aborda a noção de gênero e maternidade, foi Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. Neste capítulo, a autora reitera que as teorias feministas contribuíram para a tomada de consciência das mulheres a respeito das implicações sociais e políticas da maternidade. Além disso, destaca que a maternidade vem se transformando, ora por influência das mudanças sociais, ora pelas políticas de saúde-natalistas ou controlistas – ou pelas diferentes pressões feministas e além destes, pelos desejos de cada mulher (SCAVONE, 2004). Outro destaque, feito pela autora, é que a "maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da cultura e identidade femininas pela sua ligação com o corpo e com a natureza" (SCAVONE, 2004, p.184).

A revisão de literatura, feita até aqui, é reveladora da influência da articulação entre identidade e gênero na perspectiva pós-estruturalista para a emergência do que vem sendo denominado como política de identidade - uma identidade para o movimento de mulheres (HALL, 2011). Na visão de Hall (2011), esta contribuição pode ser sintetizada no argumento de que o feminismo politizou a subjetividade, a identidade e o processo de identificação (homens/mulheres, pais/mães, filhos/filhas). Scott (1995) reforça o argumento de Hall (2011) ao afirmar que homens e mulheres fazem parte de uma mesma identidade, enquanto integrantes da humanidade, substituindo-o pelo foco na questão da diferença sexual e no modo como somos formados e produzidos como sujeitos generificados (SCOTT, 1995).

Neste cenário, destacam-se as feministas americanas e anglo-saxônicas que, ao promoveram o debate sobre identidade feminina, no âmbito acadêmico, inauguraram novas abordagens sobre gênero (MACHADO, 1998). Alcoff (2001) também reconhece que o feminismo trouxe muitas contribuições para o debate sobre identidade, gênero e suas interfaces nas teorizações sobre a categoria mulher. Contudo, a autora contrasta o feminismo cultural com o feminismo pós-estruturalista, resumindo as tendências e destacando as vantagens e desvantagens de cada um, concluindo, ao final, que ambos são limitantes e nem se trata de uma solução real para pensar as mulheres enquanto categoria. Linda Alcoff (2006) sustenta que o feminismo enfrenta uma crise de identidade: a categoria das mulheres é o ponto de partida do feminismo, mas várias críticas sobre gênero fragmentaram a categoria, e não é clara a forma como as

feministas devem entender o que é ser uma mulher. Neste sentido, o conceito de mulher é emblemático, pois, ao tentar defini-la, as teóricas feministas inicialmente acabam por reduzi-la apenas pela sua condição de oprimida ou ainda sempre como um objeto a ser definido por homens, já que, no fim das contas, ela se apoiava em uma concepção humanista do sujeito feminino, centrada, unificada e autêntica, amarrada a sua identidade essencial como mulher (ALCOFF, 1996).

Neste sentido, a autora considera equivocada a tentativa de fundamentar a política feminista na "mulher" já que, no fim das contas, ela se fundamentava numa concepção humanista do sujeito feminino, centrada, unificada e autêntica, amarrada a sua identidade essencial como mulher (ALCOFF, 1988). Em resposta, a autora desenvolve um conceito de gênero como posicionalidade em que "sexo é, entre outras coisas, uma posição ocupada e de onde se pode agir politicamente" (ALCOFF, 2006, p.148). Ainda, neste texto, a autora propõe uma terceira alternativa que evita esse impasse, o conceito de posicionalidade. Essa nova alternativa compartilha a visão pós-estruturalista que a categoria "mulher" precisa ser teorizada através de uma exploração da experiência da subjetividade, em oposição a uma descrição dos atributos. Para resolver esse problema de definição do que seria mulher, a autora propõe combinar a identidade construída sócio-culturalmente, com a posição particular dos sujeitos no sistema social, evitando-se, assim, o risco do problema de pensar políticas que exijam identidades fixas (ALCOFF, 2001).

A posição, que a mulher ocupa, pode ser utilizada como um local de construção de significado, o lugar do qual o significado é construído em vez de um lugar onde é simplesmente descoberto (o significado da feminilidade) (ALCOFF, 2001). Em particular, ela toma a posição social para promover o desenvolvimento de identidades especificamente de gênero (ou autoconceitos), isto é, "a própria subjetividade (ou experiência subjetiva de ser uma mulher) e da própria identidade das mulheres são constituídos por posição das mulheres" (ALCOFF, 2006, p.148). A autora não aceita a ideia de que a mulher apresente características inatas, ou seja, constituir o ser "mulher" depende de uma construção que é feita em relação a ela, "a situação externa determina a pessoa", assim como a posição de um peão em um tabuleiro de xadrez é considerado seguro ou perigoso, poderoso ou fraco, de acordo com a sua relação com as outras

peças de xadrez (ALCOFF, 1997, p.349). Deste ponto de vista, ser uma "mulher" é assumir uma posição dentro de um contexto histórico em movimento e ser capaz de escolher o que fazer da posição e como alterar este contexto, sendo assim:

Se é possível identificar as mulheres por sua posição dentro dessa rede de relações, logo, torna-se possível fundamentar um argumento feminista que não seja sobre uma reivindicação de que suas capacidades são inatas, mas pela posição que ocupa dentro da rede e que, portanto, necessita de poder e mobilidade (...). A posição da mulher é relativa e não inata. (ALCOFF, 1997, p.349).

Para a autora, posição refere-se a: “uma identidade politicamente assumida, que está invariavelmente ligada à localização da pessoa do sujeito (seja ela social, cultural, geográfica, econômica, sexual) a partir da qual interpretamos o mundo e na qual nos fundamentamos” (ALCOFF, 2001, p.103).

Nesta perspectiva, o conceito de posicionalidade, proposta por Alcoff (2001), contribui como uma alternativa ao dilema feminista, de não essencializar a categoria mulher, e, sim, conceber as mulheres como sujeitos emergentes a partir de um contexto histórico. Para esta autora, criar identidades fixas, para as mulheres, limita a criação de políticas para as mulheres, uma vez que tais modelos não condizem com a realidade que é múltipla e fraturada (ALCOFF, 2001, p.348). Neste sentido, a autora propõe a criação de políticas que tomem como ponto de partida, a necessidade de igualdade de gênero sem a necessidade de essencializar categorias, ou seja, articular a identidade construída sócio-culturalmente com a posição dos sujeitos no sistema social. Desta forma, pode-se evitar produzir políticas voltadas para identidades fixas e permitir a formação de novos significados para o ser mulher e, ainda, para a inserção de múltiplas identidades femininas no espaço político. (ALCOFF, 2001, p.348).

No Brasil, contamos com políticas e programas de saúde voltados para a mulher, com princípios e diretrizes que levam em consideração as relações de gênero (BRASIL, 2002; 2004; 2005). Além disto, existem estudos que reconhecem a relevância do pensamento feminista, das relações de gênero e do caráter mutante e dinâmico da identidade (MEYER, 2003; 2004; 2005; SCAVONE, 2004; SCHWENGBER; MEYER, 2011). Entretanto, estudos que problematizam as necessidades das mulheres em puerpério, a partir das posições que ocupam neste período, são inexistentes.

Nesta perspectiva faz sentido pensar nas mulheres em puerpério e suas necessidades a partir de sua posição, ou melhor, das posições que ocupam e pelas quais constroem suas identidades, ampliando, assim, o escopo da produção de conhecimento sobre necessidades das mulheres em puerpério.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O que descobrimos ao fazer pesquisa é exatamente o quanto o mundo é complexo.
(STRAUSS; CORBIN, 2008, p.63).

Nesta seção, são descritos os procedimentos adotados no desenvolvimento desta pesquisa no que diz respeito ao tipo, ao cenário e aos participantes do estudo, bem como à forma pela qual as informações foram obtidas e analisadas além dos aspectos éticos que orientaram o estudo.

4.1 Tipo de estudo e procedimentos de pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. A opção pela abordagem qualitativa está baseada na intenção de, a partir das experiências das mulheres em puerpério, ampliar o entendimento usual sobre quais são as suas necessidades de saúde e como elas são constituídas, e, também, de analisar o modo como os serviços de saúde vêm buscando atender as necessidades que reconhecem como específicas das mulheres em puerpério, tendo em conta aspectos objetivos e subjetivos presentes neste cenário.

Esta escolha foi acompanhada da busca por uma metodologia que permitisse estudar o fenômeno das necessidades de saúde das mulheres em puerpério no próprio cenário onde as puérperas estão inseridas, o que poderia facilitar a compreensão do significado e das possíveis associações constituídas em torno do fenômeno pesquisado (STRAUS; CORBIN, 2008).

Optou-se, então, pela Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory), uma metodologia de pesquisa que tem, como principal característica, o envolvimento simultâneo na coleta e análise dos dados permitindo que a construção das categorias dê-se a partir de dados e não de hipóteses preconcebidas, avançando, assim, no desenvolvimento da teoria a cada passo da coleta e da análise dos dados (CHARMAZ, 2009).

As origens da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) estão na Escola de Chicago de Sociologia e interacionismo simbólico, que compreende um referencial teórico cujo principal entendimento é de que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que elas têm para eles, ou seja, como os indivíduos definem um fenômeno ou evento por meio da interação social (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

O desenvolvimento do método partiu de pressupostos, tais como: a necessidade de ir ao campo para identificar os acontecimentos; a relevância da teoria baseada em dados em uma ação social; a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; e a percepção de que as pessoas agem com base em significados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Internacionalmente, muitos pesquisadores têm aplicado a metodologia e os procedimentos para estudar fenômenos cotidianos relevantes para a enfermagem, como a experiência da dor em idosos, pacientes com câncer internados em cuidados paliativos, a experiência de cuidar de uma pessoa com doença mental, ou a experiência de ser mãe de um bebê prematuro (DUGGLEBY, 2000; WYNADEN, 2007; CHANG-LEE; LONG; BOORE, 2009). Esta metodologia colabora para a compreensão dos significados e das experiências do ser humano nas diversas fases da vida, consolidando-se, assim, como um método para a realização de pesquisas em saúde (DANTAS et al., 2009).

Além do mais, grupos e pesquisadores em saúde de países latino-americanos têm contribuído de forma considerável e, ainda, para a implementação e divulgação de estudos qualitativos em geral, e, particularmente, pela metodologia da TFD (TULIA; JARAMILO, 2000; ALCHOFF, 2001; ALVAREZ, 2001; FALCÓN, 2008; NICO et al. 2007; SARDUY-DOMINGUES, 2007; NASCIMENTO et al., 2008; VALADARES, 2009; PAIVA; VALADARES; PONTES, 2012).

4.2 Campo de estudo, participantes da pesquisa e amostragem teórica

4.2.1 Campo de estudo

O campo de estudo escolhido foi a Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UBS/HCPA), que funciona, desde 2004, por meio de um convênio de parceria assinado entre o HCPA e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A UBS/HCPA faz parte da rede municipal de saúde de Porto Alegre e tem a Gerência Distrital Centro como referência na rede de saúde, sendo que sua administração é feita pelo HCPA.

A UBS atua sobre as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) com uma população delimitada, numa área adstrita, atendendo a população por demanda espontânea. As equipes de trabalho são quatro, sendo cada uma delas constituída por uma enfermeira, um médico de família, duas técnicas de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A contratação dos ACS ocorre por meio do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e os demais profissionais são contratados pelo HCPA. Além das equipes de saúde, há cinco auxiliares administrativos, dois funcionários da higienização, um farmacêutico e um assistente de farmácia.

A UBS funciona das 08 h às 18 h, de segunda à sexta, onde os profissionais da equipe de saúde dividem-se em dois turnos (manhã/tarde), proporcionalmente em número, nas diferentes equipes (médica, enfermagem e ACS). Em alguns finais de semana, a UBS dedica-se à realização de feiras da saúde e a campanhas de vacina, seguindo a proposta da Gerência Distrital.

O espaço físico atual da UBS compreende 15 consultórios; uma sala para acolhimento; uma sala de curativos; uma sala de vacinas e teste do pezinho; uma sala de procedimentos de enfermagem (administração de medicamentos; medida de pressão arterial e glicemia capilar; além do processo de renovação de receitas); uma sala de procedimentos médicos (drenagem de abscessos, cantoplastia); um expurgo; duas salas de higienização; uma sala para reuniões e grupos; uma sala para ACS; uma sala para a equipe de enfermagem; uma sala para a nutrição; dois vestiários (masculino

e feminino); farmácia; sala de lanches; arquivo de prontuários de família; uma sala para almoxarifado; uma sala de chefia médica; uma sala de chefia de enfermagem; e, recepção.

As coordenações das equipes médicas e de enfermagem são realizadas por professores da UFRGS, sendo a médica realizada por um professor da Medicina Social (Chefe de Serviço Médico). Já a coordenação de enfermagem é exercida por uma professora da enfermagem (Chefe de Serviço da Enfermagem) e por uma enfermeira do HCPA (Chefe de Unidade). As decisões administrativas da UBS são tomadas sob a forma de um colegiado, constituído por profissionais da área médica, da enfermagem e representante da área administrativa.

É importante destacar que a UBS-HCPA é, sobretudo, uma Unidade de Ensino. Desta forma, boa parte dos atendimentos é realizada por alunos dos vários cursos de saúde da UFRGS (medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia) sob a supervisão direta de professores e contratados das instituições participantes. A UBS realiza os programas propostos pela rede municipal de saúde (Prá-Nenê, Bolsa Família, SisPre-Natal, Saúde do Escolar, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, tuberculose) além de ofertar as ações preconizadas pelas políticas de saúde nacionais. Conta, ainda, com o apoio de profissionais nas áreas de saúde mental, psicologia e serviço social, sob a forma de matriciamento, estratégia proposta pela Secretaria Municipal de Saúde. A escolha desta unidade se deu em função da aproximação com a equipe e por tratar-se de um serviço que é referência na atenção materno infantil no município de Porto Alegre.

4.2.2 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 16 mulheres em puerpério, residentes em Porto Alegre, com idades entre 18 e 40 anos, que tiveram um pré-natal de baixo risco. Entendem-se, por gestação de baixo risco, os casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral (BRASIL, 2012b). Além das mulheres em puerpério, também participaram todos os profissionais da saúde

que no período da coleta realizavam consulta mãe-bebê ou visita domiciliar na Unidade de Saúde frequentada pelas usuárias entrevistadas. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão para as mulheres: ser menor de 18 anos, mulheres que tiveram um pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012a); e negar-se a assinar o TCLE. Para os profissionais os critérios de exclusão foram: estar em período probatório, não realizar consulta mãe bebê ou de revisão puerperal, e se negar a assinar o TCLE.

Ao longo do período de coleta, as mulheres em puerpério eram abordadas e convidadas a participar do estudo, antes do início das consultas mãe-bebê, na sala de espera para vacinar seu filho e nas visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora juntamente com os agentes de saúde. Foi abordado um total de 22 mulheres em puerpério, no período de abril a julho de 2013. Destas, 05 mulheres não aceitaram participar do estudo alegando falta de tempo para responder as perguntas, e uma foi excluída por ser menor de idade, pois mesmo sendo identificada no prontuário e na agenda de consulta com a idade de 18 anos, quando convidada a participar do estudo, a mesma informou ter 17 e não, 18 anos.

Os profissionais convidados a participar da pesquisa, foram todos aqueles que tinham agendas de consulta mãe-bebê ou que realizavam visita domiciliar, no período da coleta.

4.2.3 Descobrimo marcadores de pesquisa

Na TFD, utiliza-se o procedimento chamado de amostragem teórica para a seleção dos participantes, a qual auxilia o pesquisador a definir quais informações são necessárias e onde encontrá-las. A amostragem teórica também é útil no direcionamento dos questionamentos realizados durante a coleta de dados, com o intuito de aumentar as oportunidades de descobrir variações entre conceitos, tornar as categorias mais densas e, assim, melhor compreender alguns aspectos relacionados ao fenômeno (ERDMANN et al., 2007; NICO et al., 2007).

A amostragem teórica objetivou buscar e coletar dados pertinentes para o desenvolvimento de uma teoria, tendo, como principal propósito, elaborar, refinar e desenvolver as propriedades das categorias criadas. Com isto em mente, foram utilizados, como marcadores, para eleger os grupos amostrais, os dados da realidade

encontrada, no que diz respeito ao agendamento das consultas ofertadas às mulheres em puerpério.

Inicialmente, a opção era realizar a pesquisa com puérperas durante as três fases do período pós-parto, destacadas pelo MS (BRASIL, 2005b) como momentos importantes e prioritários do ponto de vista do cuidado em saúde. O pressuposto era de que necessidades específicas são sentidas pelas puérperas em cada uma destas fases, com relação a si mesmas, ao seu bebê, a sua família e no âmbito das suas relações sociais. Mas, no primeiro contato com o campo de pesquisa, feito a partir da identificação da agenda de consultas mãe bebê e dos prontuários das mulheres que respondiam aos critérios de inclusão, já foram identificados agendamentos para atendimento de puérperas em momentos distintos daqueles preconizados pelo MS.

Realizada esta identificação das possíveis participantes do estudo, deparei-me com a primeira contradição contida nos documentos oficiais que ditam as diretrizes da atenção integral à saúde da mulher: as datas de agenda das consultas para as mulheres em puerpério, que, na maioria das vezes, não correspondiam aos marcadores temporais escolhidos previamente no projeto inicial, 10/12º, 42º dia pós-parto; e seis meses pós-parto (BRASIL, 2004, 2005b). Esta constatação deu-se ao serem comparadas as datas das consultas com o período pós-parto em que as mulheres se encontravam. Para ilustrar a realidade encontrada, pode ser citada a marcação da primeira consulta da puérpera em concomitância com a primeira consulta do recém-nascido, ou seja, 7 dias após o parto e não entre o 10º e o 12º dia, conforme definido pelo MS. Nesta consulta, é priorizado o atendimento ao RN, com a aplicação da vacina BCG (bacilo calmette guérin) e o Teste do Pezinho. A realização de consultas das puérperas, em momentos diversos do preconizado, dificultou a definição dos grupos amostrais que deveriam ser constituídos de acordo com os marcadores definidos pelo MS. Frente a esta realidade encontrada, reorientei os marcadores, direcionando a escolha para o contexto real de oferta produzido pelo serviço, e não mais pelos documentos oficiais, ou seja, classificamos os marcadores em dois grupos a partir da oferta das ações de saúde dirigidas às mulheres em puerpério. Por fim, ao invés dos três grupos inicialmente propostos, foi possível definir apenas dois: 1) mulheres em puerpério no período de 10 a 45 dias pós-parto e, 2) mulheres em puerpério no período a partir de 46 dias até o

sexto mês pós-parto. A captação e escolha das participantes da pesquisa deram-se, inicialmente, por meio da agenda de consulta mãe-bebê da UBS, para identificar as mulheres com até 10 dias pós-parto e, na agenda das consultas de puericultura, das crianças de até seis meses, para identificar mulheres com 42 dias e seis meses pós-parto. O cenário até aqui descrito permite argumentar, desde já, sobre a relevância da realização da amostragem teórica como ferramenta metodológica. Por meio da amostragem teórica, foi possível identificar discrepâncias entre o que é recomendado pelo MS e o que é realizado no serviço estudado, confirmando, assim, a premissa da metodologia da TFD de que “a amostragem teórica depende de métodos comparativos para descobrir [...] lacunas e encontrar maneiras de preenchê-las” (CHARMAZ, 2009, p.150).

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados compreendeu duas etapas com a realização de entrevistas e de análise documental no período de abril a agosto de 2013. Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado a toda equipe de profissionais da UBS, com o objetivo de informá-los sobre a proposta do estudo, a metodologia e a agenda de coleta. Após este momento inicial de apresentação, iniciou-se a escolha das prováveis participantes pelas agendas de consulta, de visita domiciliar, e por meio das abordagens realizadas na sala de espera da UBS. O início da coleta de dados na unidade coincidiu com a campanha de vacinação contra a Gripe A. Neste período de campanha muitas consultas foram reagendadas devido a maior parte dos profissionais estarem envolvidos na campanha de vacinação e no cumprimento das metas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Em alguns momentos, durante este período, de vacinação, pude observar algumas situações de descontentamento, por parte das mulheres em puerpério com o serviço. Muitas mulheres que chegavam à UBS para consultar com seus filhos (consultas de puericultura) e também queriam ser vacinadas. Mas, não estavam no grupo considerado vulnerável, o que as impedia de receber a vacina contra a gripe. Esta normativa causava um grande desconforto entre os profissionais e nas mulheres, pois em outro momento, enquanto gestante, a mulher era considerada parte do grupo

que deveria receber vacina, meses após, agora como puérpera, já não mais era considerada como vulnerável, portanto era excluída de uma das ações ofertadas pelo serviço de saúde, do qual ela era usuária. Frente a esta situação, optei em ampliar a busca de participantes para além das agendas de consulta, e busquei na agenda das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, identificar mulheres em puerpério. A partir desta análise, acompanhei apenas uma ACS, por ser a única que apresentava na sua agenda, de visitas domiciliares, mulheres em puerpério que correspondiam aos critérios de inclusão no estudo.

As entrevistas foram, na maior parte das vezes, realizadas dentro da própria UBS e, em outros momentos, na residência das puérperas por agenda prévia e, ainda, em algumas ocasiões, durante a visita domiciliar realizada juntamente com a agente comunitária, para acompanhamento do esquema vacinal, do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Em todas as entrevistas, os filhos estavam presentes e, em algumas situações, outros membros da família também, como avós ou companheiros. As perguntas foram orientadas por um roteiro prévio que explorava aspectos da experiência do puerpério. As entrevistas pretendiam reconstituir a trajetória das participantes da pesquisa no período puerperal, demarcando situações vividas no passado ou no presente que fizeram ou fazem sentido do ponto de vista da saúde, na busca pelo atendimento das suas necessidades de saúde (APÊNDICE A). Quando as entrevistas ocorreram na UBS, foram realizadas nos consultórios, e tiveram a duração média de 20 minutos. Já nas residências, os encontros foram pré-agendados por telefone ou durante as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde da UBS.

Para fins de identificação das participantes, e a fim de manter o anonimato das mesmas foram utilizado letras que representassem as mulheres em puerpério (MPL, MPK...), e (G) para os grupos amostrais com números (1) representado por mulheres em período de 10 a 45 dias de pós-parto, e (2) para o grupo amostral de mulheres entre 46 dias e 6 meses de pós-parto. As entrevistas, realizadas com os profissionais de saúde, ocorreram, na UBS, em período pré-agendado com os profissionais. Foram entrevistados quatro enfermeiras, uma agente comunitária de saúde e um médico (APÊNDICE C). Para fins de identificação dos profissionais participantes da pesquisa, utilizei as letras P, seguidas de números arábicos sequenciais, (P1, P2...). Ao final,

foram entrevistadas 16 mulheres em puerpério e seis profissionais de saúde, totalizando 22 entrevistas. Todos os participantes assinaram o TCLE e tiveram o sigilo e confidencialidade garantidos. Também foi assegurado o livre acesso a todos os dados e o direito de desistir, a qualquer momento, assim que o desejassem (APENDICE C).

Após a realização das entrevistas, eram registradas, nos memorandos, as impressões sobre os relatos das mulheres no momento das entrevistas, que compreende uma etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação da análise da pesquisa.

Concomitantemente à realização das entrevistas, foi realizada busca documental nos documentos oficiais do MS, tendo como fonte os materiais encontrados na página oficial do MS, no link, saúde da mulher. Foram escolhidos, para serem analisados, todos os documentos (publicações e legislações, leis, decretos e portarias que regulamentam a saúde da mulher e que abordassem, direta ou indiretamente, necessidades de saúde e o puerpério, a partir de 2004). Este período foi escolhido porque, em maio de 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construídas a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde. Neste sentido, julgou-se pertinente analisar o quanto os documentos, produzidos a partir deste ano, estavam traduzindo as proposições e ações indicadas na política, bem como o quanto eles refletiam as diretrizes do documento oficial, principalmente a integralidade da atenção à saúde das mulheres em puerpério. Para esta etapa, foi utilizado um roteiro de análise (APÊNDICE D).

A análise documental auxiliou na análise da convergência entre as ações em saúde, dirigidas às mulheres em puerpério, recomendadas pelo MS (BRASIL, 2005b, 2011a; 2011b), e as necessidades percebidas pelas mulheres em puerpério. Os textos, contidos nos documentos do MS, foram utilizados como fonte suplementar de dados. Os textos baseiam-se em discursos específicos e fornecem relatos que registram, exploram, explicam, justificam ou prenunciam as ações (CHARMAZ, 2009, p.58). Além disto, a análise documental serviu para identificar como as mulheres em puerpério são posicionadas nos documentos oficiais.

4.4 Conhecendo as participantes da pesquisa

Os dados referentes à identificação das mulheres em puerpério entrevistadas são expostos em quadros, e destacando - se o grupo amostral a que pertencem à idade, a escolaridade, o tipo de parto, o período pós-parto e o motivo de acesso das mulheres ao serviço de saúde.

| | Cód. Ident. | Idade | Escolaridade | Tipo de Parto | Período Pós-parto | Motivo de acesso à UBS / ação ofertada pelo serviço |
|---|-------------|-------|-------------------------------|--|-------------------|--|
| G R U P O A M O S T R A L | L | 28 | Ensino Fundamental Completo | Parto Normal sem Episiotomia | 7 dias | Consulta mãe – bebê |
| | K | 21 | Ensino Médio Completo | Parto Normal com Episiotomia com analgesia | 15 dias | Visita Domiciliar pelo ACS |
| | R | 24 | Ensino Fundamental Incompleto | Parto Normal | 15 dias | Consulta puericultura - retorno para revisão |
| | A | 18 | Ensino médio Incompleto | Parto Normal com Episiotomia | 13 dias | Visita Domiciliar pelo ACS |
| | D | 18 | Ensino médio incompleto | Parto Normal com Episiotomia | 15 dias | Visita Domiciliar pelo ACS |
| | Z | 20 | Ensino médio incompleto | Parto Cesárea | 12 dias | Visita Domiciliar pelo ACS |
| | M | 21 | Ensino médio completo | Parto Normal | 15 dias | Visita ACS - busca ativa – Rn ainda sem realizar teste pezinho nem última consulta pré-natal |
| | B | 33 | Ensino superior completo | Parto Cesárea | 31 dias | Consulta puericultura – acompanhar Rn |
| | F | 19 | Ensino Fundamental Incompleto | Parto Normal com Episiotomia | 25 dias | Visita Domiciliar – acompanhar Rn |

| | | | | | | |
|---|---|----|----------------------------|---|---------|-----------------------|
| 2º G R U P O A M O S T R A L | C | 21 | Ensino médio completo | <i>Parto Normal com episiotomia e analgesia</i> | 90 dias | Consulta puericultura |
| | S | 40 | Ensino médio completo | Parto Normal com episiotomia e analgesia | 6 M | Vacinação da criança |
| | J | 26 | Ensino Superior Completo | Parto Cesárea | 3M | Consulta criança |
| | I | 24 | Ensino médio completo | Parto Normal com episiotomia e analgesia | 6M | Consulta puericultura |
| | N | 31 | Ensino médio completo | Parto Normal com episiotomia e analgesia | 5M | Vacinação |
| | P | 27 | Ensino médio completo | Parto Cesárea | 4M | Vacinação |
| | T | 30 | Ensino superior incompleto | Parto Cesárea | 6M | Consulta puericultura |

Quadros 1 - Dados de identificação das mulheres em puerpério

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Observa-se que a idade das mulheres em puerpério variou entre 18 e 40 anos. As mulheres do grupo amostral 1, correspondem aquelas que estavam no puerpério imediato e tardio, ou seja, do 7º ao 45º dia pós-parto e, as do segundo grupo abrangem as mulheres no puerpério remoto, isto é, do 46º dia ao sexto mês pós-parto. Quanto à escolaridade a maior parte cursou ou estava cursando o ensino médio, algumas apresentaram ensino fundamental incompleto e apenas uma apresentou ter concluído o ensino superior. Com relação ao tipo de parto a maioria das mulheres tiveram parto normal com intervenção (episiotomia) e analgesia, apenas quatro mulheres fizeram cesariana. O motivo de acesso das mulheres ao serviço, e a oferta de ações foram, em

grande parte, relacionados à saúde do RN, ou da criança. Tal acesso acabou se concretizando por meio de consultas de puericultura e visitas domiciliares de acompanhamento do RN.

No quadro abaixo são apresentados dados referentes à situação conjugal, presença de familiares ou companheiro residindo com as mulheres, e profissão.

| Identificação das mulheres em puerpério | Estado Civil | Familiar/companheiro residente no domicílio com a mulher | Profissão |
|---|---------------|--|------------------------|
| L | Casada | Companheiro e bebê | Desempregada |
| K | Casada | Companheiro, pai, irmão, vó paterna e bebê. | Do lar |
| R | União estável | Companheiro | Auxiliar de cozinha |
| A | Solteira | Companheiro e bebê | Desempregada |
| D | Solteira | Mãe, pai e bebê | Desempregada |
| Z | Casada | Companheiro e bebê | Do lar |
| M | Solteira | Mãe, pai e namorado | Desempregada |
| E | Solteira | Companheiro, irmã e bebê | Estudante |
| F | Solteira | Mãe, pai e bebê | Estudante |
| C | Solteira | Companheiro | Zeladora |
| S | Casada | Companheiro, filho e bebê | Assistente Financeiro |
| J | União estável | Esposo e irmão | Auxiliar contabilidade |
| I | Casada | Companheiro | Do lar |
| N | União estável | Companheiro, filho e bebê | Do lar |
| P | Solteira | Mãe, pai e namorado | Estudante |
| T | União estável | Companheiro, filhos e bebê | Do lar |

Quadro 2 - Dados sociais de identificação das mulheres em puerpério

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Com relação ao estado civil, a maior parte das mulheres estava casada ou em união estável, e residiam com o companheiro. As solteiras, todas ainda residiam com os pais e os namorados, que após o nascimento do bebê, passaram a residir no mesmo domicílio. Sobre a profissão, destaca-se que as mulheres mais jovens não tinham profissão, pois a maioria estudava ou ainda não tinha concluído o ensino médio, ao serem questionadas sobre seus planos sobre trabalho e estudo, todas referem ter o desejo de voltar a estudar (concluir o ensino médio) ou fazer um curso profissionalizante que as capacitasse para o trabalho ou ainda tentar fazer o pré-vestibular para preparar-se para ingressar numa faculdade.

4.5 Considerações bioéticas

As prerrogativas éticas, para pesquisas com seres humanos, foram atendidas de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c). O projeto nº. 215.668 teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição (HCPA) (ANEXO A) e da Comissão de Pesquisa de Enfermagem (ANEXO B). Além disso, antes de dar início às entrevistas, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo CEP, informando, aos sujeitos, a justificativa do estudo, os objetivos e a maneira como se daria a sua participação; todas as entrevistadas assinaram o (APÊNDICE B).

Também foi esclarecido o caráter voluntário da participação salientando que poderia haver desistência em qualquer uma das etapas propostas, sem que houvesse dano ou prejuízo de qualquer natureza. As gravações das discussões, oriundas das entrevistas, ficarão armazenadas com a pesquisadora por um período mínimo de cinco anos e, após, serão inutilizadas de acordo com a Lei dos Direitos Autorais (BRASIL,1998).As entrevistas foram gravadas por dispositivo MP4 e Tablet com autorização e ciência dos sujeitos de pesquisa.

5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise foi orientada pela metodologia da teoria fundamentada em dados (TFD) que, como referem Strauss e Corbin (2008), consiste numa abordagem de pesquisa qualitativa que tem o objetivo de gerar construtos teóricos para explicar ações no contexto social sob estudo.

Para desenvolver a análise os dados foram processados em três etapas de codificação: inicial (aberta), focalizada e por fim, seletiva. Esta codificação visou à redução dos dados que, inicialmente, constituíram códigos preliminares, passando a códigos conceituais e, posteriormente, a categorias que convergiram em um fenômeno central, como recomenda a metodologia da TFD (CHARMAZ, 2009).

Cada entrevista era transcrita e seu conteúdo codificado num processo analítico que acabava gerando acréscimos ou modificações no roteiro das futuras entrevistas e atualização da literatura a revisar. Esta etapa inicial, na TFD denominada *codificação aberta*, foi caracterizada pela transcrição, análise exaustiva e identificação de padrões e contrastes nos dados (CHARMAZ, 2009) e sua decomposição em unidades de análise expressas com uma palavra ou sentença de acordo com o significado nelas contido (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As primeiras transcrições indicaram a necessidade de agregar novos conceitos à pesquisa e questões não previstas no planejamento inicial do trabalho de campo, como por exemplo, a noção de identidade. O caráter processual desta metodologia permitiu incluir, também, *insights* gerados nos 22 encontros realizados entre a pesquisadora e as mulheres em puerpério, e entre a pesquisadora e os profissionais da saúde que atuam no campo do estudo. Em alguns momentos, foi necessário retornar ao campo para complementar alguma informação que necessitava maiores explicações para a análise. Tais procedimentos eram descritos em *memorandos*, que são detalhados registros analíticos sobre a coleta e o processo de pesquisa (CHARMAZ, 2009). Os memorandos foram acessados sempre que necessário, a fim de confrontar *insights* passados e presentes. Este exercício de “ir e vir” contribuiu significativamente para tomadas de decisão sobre os aspectos do problema de pesquisa a serem abordados/aprofundados no transcorrer da organização dos dados e no desenvolvimento da análise. Para

auxiliar a organização desta codificação inicial utilizou-se o software Nvivo 10, o qual facilitou o agrupamento de trechos relevantes das entrevistas em unidades de análise.

Nessa primeira organização dos dados, as unidades de análise constituíram quatro códigos iniciais provisórios:

- a) “Ofertando ações em saúde conforme a PNAISM”;
- b) “Acessando o serviço de saúde durante o puerpério”;
- c) “Buscando atender as necessidades de saúde das mulheres em puerpério”;
- d) “Reconhecendo as necessidades expressas pelas mulheres em puerpério”.

Na TFD, esta etapa consiste na *codificação aberta*, e permite ao pesquisador identificar padrões e contrastes expressos pelos participantes da pesquisa (CHARMAZ, 2009). Para esta etapa, utilizou-se a codificação *in vivo* para conservar os significados dos participantes, que constituíam as falas, opiniões e percepções dos participantes na própria codificação (CHARMAZ, 2009). Os códigos *in vivo* foram extraídos de expressões gerais, termos ou palavras expressas pelos participantes da pesquisa, e foram agrupados nos códigos provisórios acima referidos. A utilização dos verbos no gerúndio para representar os códigos, uma orientação da metodologia da TFD, tem o objetivo de representar uma ideia de ação e dinamicidade do fenômeno que resulta do estudo, além de preservar o sentido inicial dos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). A seguir apresento o diagrama da etapa de codificação inicial:

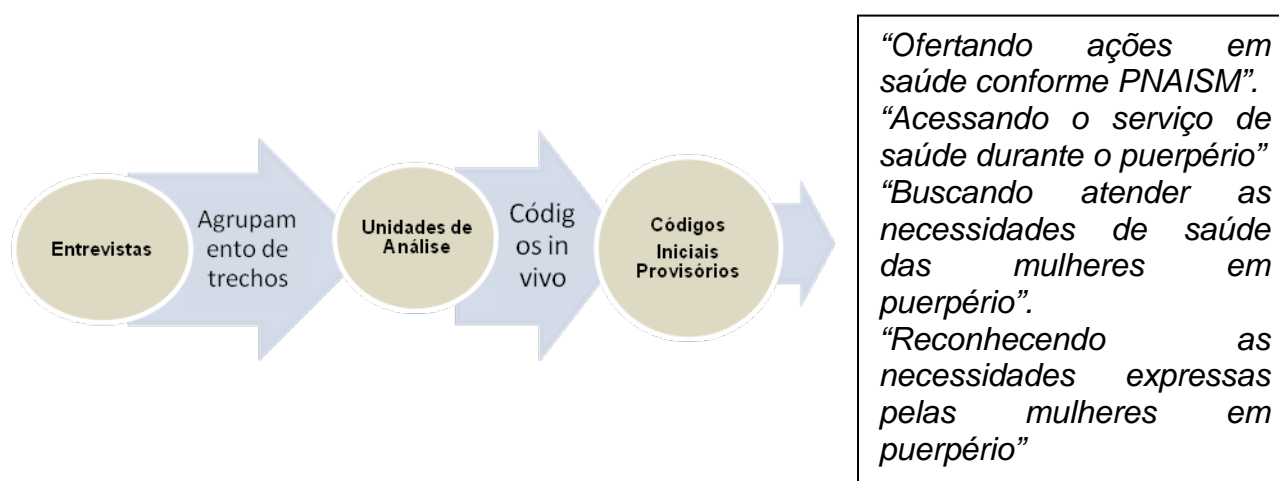


Diagrama 1 - Codificação Inicial

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Para exemplificar, esta etapa de codificação inicial, apresenta no quadro abaixo as unidades de análise com os respectivos códigos iniciais.

| UNIDADES DE ANÁLISE | CÓDIGOS IN VIVO | CÓDIGOS INICIAIS |
|--|--|--|
| “A gente tem a primeira consulta, que é realizada preferencialmente na primeira semana após o parto onde a gente faz toda a revisão, algum procedimento se precisar, como curativo, que também é realizada pelos técnicos, retirada de pontos das puerperas em caso de cesárea.” | Recebendo orientação Realizando consulta mãe bebê | Ofertando ações em saúde; alinhamentos e distanciamentos com a PNAISM. |
| “Fui no posto pra levar ele pra fazer o teste do pezinho e a minha revisão, foi depois”. I | Indo ao serviço para fazer revisão | Acessando o serviço de saúde durante o puerpério |
| “Eu queria apoio psicológico, sabe eu acho que tinha que ser obrigatório no serviço por que tem dias que tu tá em frangalhos, tu tá se achando um lixo, tu tá murcha, depois da exuberância da gestação, o bebê tá ali assim lindo, mas e tu, tu tá murcha”. | Querendo apoio Se achando “murcha” | Buscando atender necessidades de saúde |
| “Às vezes não querem dar o peito, pois elas veem como uma forma de estar um pouco mais disponível para fazer outras coisas, a criança envolve muito, mama muito no início, normalmente são mais demandantes. E pra mulher que trabalha fora, enfim as vezes isto é um pouco assustador”. | Querendo fazer outras coisas além de amamentar Sentido - se assustada | Reconhecendo as necessidades expressas pelas mulheres em puerpério. |

Quadro 3 – Exemplos da etapa de codificação inicial

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O primeiro conjunto de análise permitiu identificar os alinhamentos e distanciamentos das ações que eram ofertadas pelo serviço para as mulheres em puerpério, das diretrizes contidas nos documentos oficiais do MS, sendo eles a PNAISM

(BRASIL, 2004, 2011b), o Manual de Pré Natal, Parto e Puerpério (BRASIL, 2005b) e a Portaria que institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a). O segundo conjunto de análise permitiu observar que as diferentes formas de acesso e de oferta de ações do serviço às mulheres em puerpério tinham relação com o modo de organizar a atenção em saúde, representando um modelo de saúde ainda muito centrado na oferta de ações programáticas, em detrimento das necessidades de saúde das mulheres em puerpério.

Estes dois conjuntos analisadores possibilitaram conhecer o contexto de atenção em saúde em que estão inseridas as mulheres em puerpério e o modo como elas são aí posicionadas, tanto em nível macro – no âmbito das políticas e programas oficiais de atenção em saúde, quanto em nível micro – nas formas como as diretrizes oficiais são traduzidas nas ofertas do serviço. Ficou destacada nesta etapa a forma de acesso das mulheres em puerpério ao serviço de saúde, a qual se dá por meio da consulta mãe bebê uma prioridade na agenda ofertada às mulheres neste período do puerpério.

A análise destes dois conjuntos encaminhou o terceiro e o quarto conjunto analisador, correspondentes às necessidades de saúde expressas pelas mulheres e àquelas reconhecidas pelo serviço, situações nem sempre concomitantes.

Seguindo o processo de codificação, deu-se início à *codificação focalizada*, que consistiu na definição de códigos mais direcionados, seletivos e conceituais. A codificação focalizada permitiu a alternância entre a análise das entrevistas e das observações, podendo-se, então, comparar as informações sobre as experiências e as ações dos sujeitos da pesquisa. No decorrer desta etapa, comparou-se dados com dados, dados e códigos e códigos entre si, a fim de que se pudesse identificar os conteúdos mais representativos e condensá-los em *códigos focais*. Para desenvolver esta etapa, inicialmente foram comparadas as falas de participantes da pesquisa pertencentes ao mesmo período de pós-parto. Em seguida, foram realizadas comparações destas informações com falas de mulheres de períodos distintos de pós-parto e, assim, foram configurando-se os códigos, até se chegar àqueles mais significativos. Cabe destacar que este processo foi permeado de dúvidas, pois as idas e vindas aos *memorandos* e aos códigos iniciais, muitas vezes, acabavam gerando outros códigos que, ao serem incorporados aos resultados prévios da análise, acabavam por sugerir a necessidade de novas idas ao campo ou a inserção de novos atores. Por

exemplo, a inclusão dos profissionais que atuavam no serviço prestando assistência às mulheres, como sujeitos de pesquisa, foi consequência deste processo de ir e vir. Os códigos focais emergidos desta etapa foram: “Produzindo identidades maternas”; “Posicionando a mulher em puerpério”; “Reverendo posições e reconhecendo a oferta de necessidades de saúde”, como representa o diagrama abaixo:

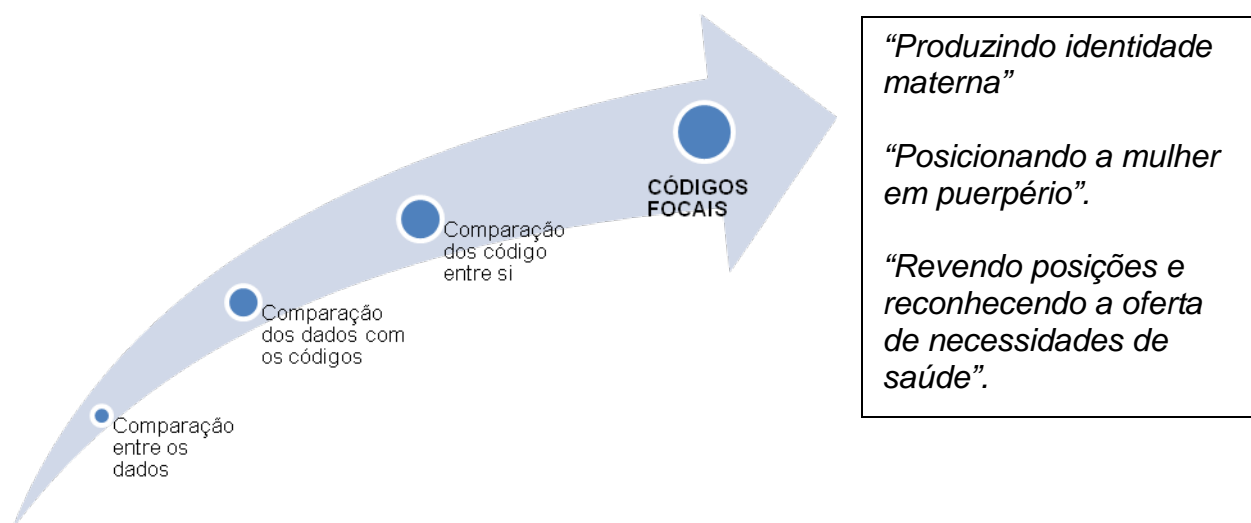


Diagrama 2 - Codificação Focalizada

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Realizada a codificação teórica, procedeu-se à *codificação axial*, na qual foi feita a integração entre os códigos iniciais apontados na codificação inicial e aqueles identificados na codificação focalizada. O objetivo era reunir os dados elaborando conexões entre os códigos, enquanto buscava-se descobrir uma maneira de explicar o fenômeno estudado. Neste sentido, para compreender o que emergia da análise nesta etapa, foram buscados na literatura referenciais e conceitos que pudessem dar sentido aos dados, o que acabou agregando novos olhares ao processo de pesquisa. Identidade e gênero foram conceitos importantes, incorporados ao referencial teórico nesta fase.

A inclusão de novos aportes teóricos à análise gerou a necessidade de várias interpretações cruzadas entre conjuntos de fragmentos e códigos com o referencial teórico. A etapa foi consolidando-se a partir das leituras e incorporação de referenciais

teóricos da sociologia e filosofia, (STOTZ, 1991; HELLER, 1996; ALCOFF 2001; 2002; HALL, 2003; BAUMAN, 2005; GIDDENS, 1989; 1990; 1993; 2002), além de ter sofrido grande influência das teorias feministas (SCOTT, 1995; ALCOFF, 1996; 2001). Este corpo teórico embasou a construção do produto final, que era a abstração da teoria sobre o fenômeno estudado, configurada na definição de uma categoria central. Todos estes procedimentos que compõem a metodologia da TFD – codificação e classificação dos dados e amostragem teórica – foram utilizados para orientar a lógica que organizou a análise e o caminho para a criação e o refinamento de categorias (CHARMAZ, 2009).

Nesta etapa os códigos agora ressignificados, e agrupados pelas conexões que apresentavam entre si, passaram a ser identificados como *categorias*, expressas por conceitos com a finalidade de explicar o que estava ocorrendo na vida das mulheres em puerpério que participaram da pesquisa, com destaque para a compreensão das suas necessidades e da relação entre as ações do serviço de saúde e o acolhimento e atendimento destas necessidades de saúde, ilustrado no diagrama a seguir:

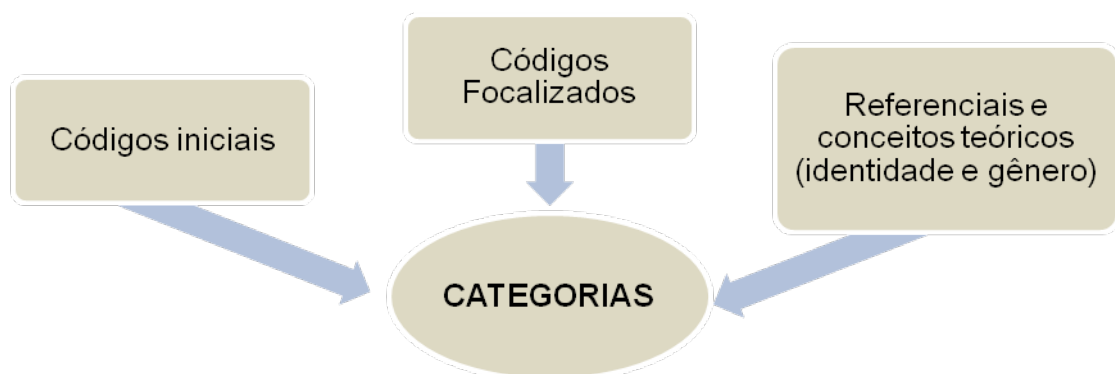


Diagrama 3 - Codificação Axial

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Como referem Strauss e Corbin (2008), este processo de codificação axial organiza as circunstâncias ou situações que determinam o fenômeno estudado. Assim, todo o processo analítico desenvolvido passou a ser construído com o sentido de produzir uma teoria com o rigor metodológico necessário, auxiliando na detecção de vieses, bem como no desenvolvimento do fundamento, da densidade e da integração

necessária para produzir uma teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Tal processo resultou na redução dos códigos focalizados em duas categorias:

1. “(Re) Inventando Identidades de mulheres em puerpério”;
2. “Demarcando posições e reforçando identidades.

A integração entre estas duas categorias definiu o fenômeno central do estudo ***“Produzindo identidades e necessidades de mulheres em experiências de puerpério”***.

No próximo capítulo apresento a análise deste fenômeno, destacando o conteúdo das suas categorias e subcategorias.

6 PRODUZINDO IDENTIDADES E NECESSIDADES MATERNAS EM EXPERIÊNCIAS DE PUERPÉRIO

O processo de categorização dos dados resultou no fenômeno central *Produzindo identidades e necessidades maternas em experiências de puerpério*, cujo conteúdo foi expresso em duas categorias: (Re) Inventando Identidades de mulheres em puerpério e Demarcando posições e reforçando identidades. Para facilitar a visualização da organização final dos dados, é apresentada a seguir uma representação gráfica das categorias e respectivas subcategorias.

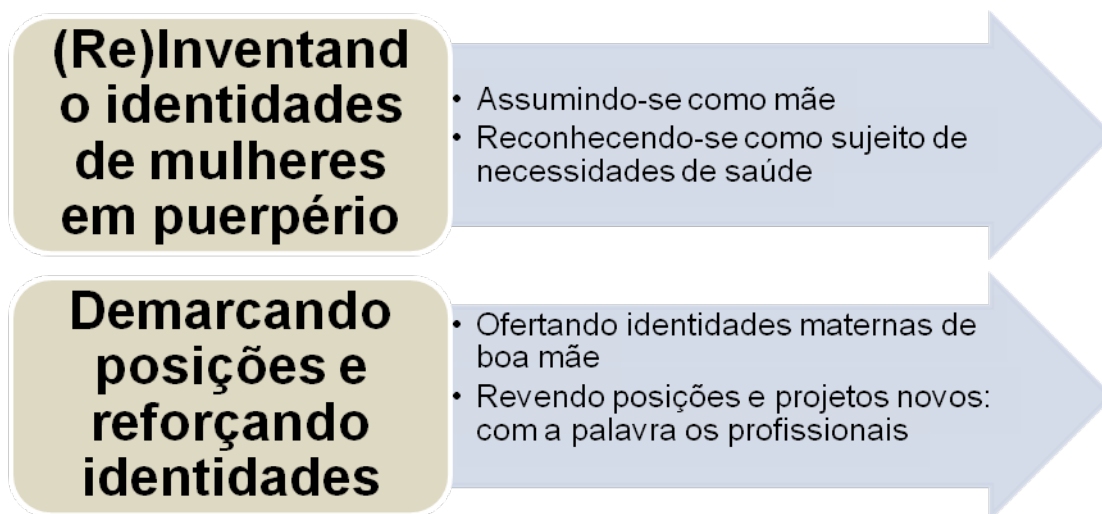


Diagrama 4 - Categorias 1 e 2 e suas Subcategorias
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

6.1 (Re) inventando identidades de mulheres em puerpério

A análise do conteúdo da presente categoria sugere que as mulheres em puerpério vivem a experiência da maternidade num contexto social permeado de interações que vão lhes conduzindo a assumir posições que resultam na produção de identidades de 'mãe'. Estas identidades são compartilhadas com identidades pré-existentes ou com outras definidas na própria experiência presente de maternidade. A dinamicidade deste processo de assumir posições e identidades múltiplas repercute na

vida das mulheres em puerpério criando necessidades de saúde ou reforçando necessidades vivenciadas anteriormente.

As mudanças sociais ocorridas em decorrência da modernidade levaram as mulheres a participar do espaço público de forma mais intensa. Apesar de estar ocupando uma diversidade de funções e posições sociais, a principal fonte de identificação das mulheres continua sendo a maternidade (ROCHA E COUTINHO, 2000).

A crença de que gerar a vida é algo que faz parte da natureza da mulher acabou associando a maternidade à identidade feminina e contribuindo para que, historicamente, a maternidade tenha sido considerada uma decorrência natural e inevitável à condição feminina (SOUZA e FERREIRA, 2005). Para Giddens (1993), esta associação entre maternidade e identidade feminina é parte de um conjunto de influências que afetaram as mulheres, a partir do processo de industrialização das sociedades ocidentais que caracterizaram o final do séc. XVIII, num processo que ele denomina de “invenção da maternidade”. Conforme Badinter (1998), esta transição de um modelo tradicional para um modelo moderno de maternidade foi marcado por desigualdades sociais e sexuais, mudando os padrões de maternidade. A autora acrescenta que, neste cenário, a escolha por ser mãe passou a ser, muitas vezes, uma decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal.

Ainda segundo Giddens (2002), nas culturas que precederam a era moderna, a tradição era valorizada porque perpetuava a experiência de gerações. Com o processo de modernização, as tradições passaram a ser acompanhadas de uma racionalidade reflexiva, com repercussões tanto na vida pessoal como na vida pública de cada sujeito.

Giddens afirma que “a reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformuladas à luz de informação renovada sobre essas próprias práticas, alterando assim seu caráter” (2002, p.45). O argumento do autor sobre a reflexividade pode ajudar a compreender o processo de produção da identidade materna que ocorre na experiência das mulheres em puerpério, e das posições por elas ocupadas neste processo. O caráter reflexivo da vida moderna torna as pessoas mais conscientes sobre o presente e atentas ao futuro,

o que possibilita uma constante reinvenção do que “se é” e do que se “pretende ser,” com implicação na produção de identidades.

Para Hall (1997), os processos identitários não são processos lineares, considerando que a produção de identidade se dá de forma descontínua, variável e provisória. Esta ideia é também reforçada pela pensadora feminista Linda Alcoff (2008), no desenvolvimento do argumento de que os indivíduos vivem e experenciam ambiguidades e contradições, em função da fragmentação das influências culturais que vivenciam o que resulta numa capacidade de autodeterminação identitária. Para a autora, esta autodeterminação propõe um processo identitário, que parte do direito à construção de um *self* comprometido com suas escolhas.

Tendo em conta os dados analisados, pode-se sugerir que, no caso específico das mulheres em puerpério, este *self* é constituído na interação entre os inúmeros elementos que compõem o contexto e a experiência da maternidade, revistos em processos reflexivos. Diálogos com profissionais da saúde, acesso a informações veiculadas na mídia e redes sociais, e lembranças de experiências prévias e pessoais de maternidade, são alguns destes elementos. Ocupar ou não as “posições de mãe” disponíveis no contexto do puerpério, neste caso específico, resistindo a uma pré-determinação, vai depender em grande parte, da capacidade reflexiva e de autodeterminação da mulher para assumir esta ou aquela identidade de mãe. Se, por um lado, estas posições podem resultar das expectativas sociais e técnicas em relação ao que significa “ser mãe”, por outro, posicionar-se pode ser resultado da busca racional de posições alternativas àquelas já conhecidas e reiteradas pelos serviços.

Pode-se argumentar, com base nos dados, que no caso das posições ofertadas pelos serviços, orientadas de modo muito significativo pelo que disciplinas como a biomedicina e a psicologia definem como um modelo “normal” de mãe, nem sempre as identidades maternas, que correspondem a estas posições são compatíveis com os desejos e necessidades das mulheres.

Na subcategoria seguinte se dará continuidade à apresentação dos resultados destacando a produção das múltiplas identidades e as posições ocupadas pelas mulheres na experiência do puerpério.

6.1.1 Assumindo-se como mãe

Como apresenta Alcoff (2001), a posição das mulheres não é nata, mas relativa, fluída, onde ela mesma contribui ativamente para o contexto em que sua posição vai sendo delineada. Nesta perspectiva Alcoff (1997, p.81.) argumenta que constituir-se "mulher" depende de uma construção que é feita em relação a ela, "a situação externa determina a pessoa". No caso do puerpério, esta situação externa é produzida na associação entre uma série de elementos que podem variar de acordo com suas condições de vida e de acesso aos serviços.

O puerpério se constitui como experiência, na medida em que as posições ofertadas pelos serviços, pelos discursos da mídia, pela ciência, pelas tradições familiares, entre outros, são ocupadas pelas mulheres. Tal posicionalidade tem um caráter singular e confere sentido ao puerpério vivenciado. Nesta perspectiva, puerpério e puerperal são constituintes de um processo que se retroalimenta, um constitui o outro. "Quem é" a puerperal vai depender de "qual é" o puerpério e vice-versa.

Na medida em que a mulher ingressa no puerpério as posições que ela poderá ocupar neste contexto vão definir suas possíveis identidades no cenário da maternidade. Na análise dos dados foram identificadas as identidades de "mãe dedicada", "mãe possível" e "mãe adaptada" pelas quais as participantes da pesquisa se apresentaram.

Embora, para fins de análise, se tenha delimitado deste modo o conjunto de elementos identitários revelados nas falas das participantes, é necessário referir que cada uma destas identidades assume sentidos diversos, conforme os elementos que a constituem. Assim, a identidade de "mãe dedicada", por exemplo, pode significar abnegação, sacrifício, e abrir mão do cuidado de si priorizando as necessidades do filho, como sugere as falas abaixo:

"Bem, como eu falo isso, assim, eu mudei tudo pra ele, minha vida agora é 24h para ele, eu tenho de fazer tudo, só me dedico a ele, por que é assim mesmo, né/ eu é que tenho de fazer isso.(MPJ- Grupo 1).

"Bom, como vou dizer, eu vivo em função dele, eu não durmo mais, não mais como antes, mas eu como, não pulo as refeições [...]."(MPJ Grupo 2).

“Maravilhoso, bem corrido, mas vale a pena, (risos), tudo em função dele, tudo por ele. (MPK-Grupo 1).

Outra identidade, a de “mãe adaptada” foi apresentada pelas mulheres como aquela que enfrenta os desafios de mudar a rotina pessoal em função das demandas da maternidade, adaptando-se às responsabilidades do ser mãe. As falas abaixo ilustram esta identidade de “mãe adaptada”:

“Olha, é claro que é bom, ser mãe, mas não é a mesma coisa de antes, eu tenho que mudar tudo, assim, por exemplo, eu sei que não vai ter mais como ir à balada, acordar tarde, sei lá sair sozinha”. Agora eu não posso mais fazer isto né? Mas aos poucos a gente vai se achando, muda, mas daqui a pouco eu acho um jeito de ir fazendo as coisas. (MPM-Grupo1).

“Agora, é uma adaptação, é bem assim, uma mudança, mas olha não chega a ser complicado, mas eu estou sempre em volta dele, tento me organizar, pra dar conta das mamadas e do resto.” (MPF-Grupo 1).

“[] a minha mãe tá vindo do interior me ajudar, e aos poucos eu vou me encontrando de novo[]. (MPC Grupo 2).

Esta identidade de “mãe adaptada” representa a mulher em puerpério que incorpora os cuidados maternos às suas rotinas pessoais e familiares, buscando uma posição que, na medida do possível contemple todas as demandas que surgem no seu cotidiano. Cabe destacar que neste processo, os cuidados com os filhos ainda são tomados como prioridades, assim como na identidade de “mãe dedicada”.

A identidade de “mãe possível”, destacada nas falas, é configurada na transição entre necessidades de adaptação às novas demandas que acompanham o puerpério e a realidade.

“Para mim, este momento, assim de ser mãe é um estresse constante, muda, mudou muito a vida da gente, eu faço o que posso, é aquela pressão, eu só faço as coisas quando ela dorme ou para um pouco.” (MPS- Grupo 2).

“Eu acordo dou de mamar, aí tomo meu café, começo a arrumar a casa e aí passa uma hora e um pouquinho e ele começa a chorar, e então eu dou de mama de novo, depois continuo os afazeres da casa, e assim eu vou indo, faço um pouco aqui, um pouco ali (risos).” (MPC- Grupo 1).

Como referido na literatura, a posição de mãe vai sendo delimitada a medida em que a mulher puérpera assume suas funções no cuidado da família, aí incluídas as demandas adicionais relativas ao bebê. A maternidade vai, assim, ocupando um espaço importante na vida das mulheres, constituindo a família como um lugar natural para a mulher ocupar (EMIDIO; HASHIMOTO, 2008).

As falas apresentadas anteriormente ilustram também o argumento de que, ao ocupar múltiplas posições no contexto do puerpério, abre-se a possibilidade de assumir mais de uma identidade. A referência de que ser mãe “*muda a vida*” pode ser interpretada como uma autoapresentação de “mãe adaptada”, assim como a expressão “*estou sempre em volta dele, à disposição dele 24h por dia*” pode ser percebida como uma autoapresentação de “mãe dedicada”.

O papel da mulher e da mãe, por muito tempo, esteve ligado a categorias secundárias e ao pertencimento de lugares, onde sua posição a colocava num lugar de submissão ao marido e de manutenção dos filhos. Aries (1981) diz que a partir do século XVII inicia-se o processo de fundação da família moderna, na qual o amor materno e a igualdade de papéis conjugais se deram pelas mudanças na concepção da infância, de maternidade e vínculos que se instalaram em relação à mãe. Neste sentido, pode-se pensar que a maternidade vem se constituindo como uma função social, demandando às mulheres vários papéis, a fim de que possam atender às expectativas do ser mãe. Badinter (1985) destaca que, a partir desta época, passamos ver a imagem da mãe ser modificada, onde o sacrifício para dar atenção e cuidado ao filho torna-se o maior objetivo de vida da mulher.

As recomendações e diretrizes fornecidas pelo MS aos serviços para assistência às mulheres no período pós-parto indicam quais posições devem ser por elas ocupadas neste contexto. Ser a cuidadora principal do bebê, estabelecer com ele vínculos já na primeira semana de vida, alimentar o bebê com amamentação exclusiva e planejar futuras gestações, são as principais recomendações (BRASIL, 2011b). Seguir estas diretrizes significa atender as expectativas e assumir uma identidade de “boa mãe”, culturalmente definida como aquela que coloca as demandas da maternidade em primeiro lugar na sua vida.

Considerando o ônus que representa ter que assumir todas estas responsabilidades, sem deixar de cumprir outras funções previamente existentes, é possível argumentar, juntamente com outros estudos (KLEIN, 2010, MEYER, 2003), que, para dar conta das demandas que caracterizam a representação “oficial” de “boa mãe”, dada pelos técnicos do MS e pelos profissionais de saúde, as necessidades pessoais precisam ser negligenciadas em favor das necessidades do bebê e da família.

“Eu tenho de fazer as coisas rápidas, por que quando não tá mamando, ou chorando tem que dar atenção. Isto com certeza afeta a minha saúde, mas eu não posso ficar o tempo todo, tenho de trabalhar, cuidar da casa e do outro filho, do marido. []”.(MPS- Grupo 2).

“Eu tenho que fazer tudo a três, eu meu marido e ele. Primeiro é pra ele para o bebê”. (MPM-Grupo1).

A análise revela que a identidade materna vai sendo construída pelas mulheres na busca de uma posição na qual elas possam assumir-se como “boas mães”, mas esta posicionalidade apresenta nuances, que mesclam múltiplas identidades incorporadas numa única categoria de “boa mãe”. Em outro estudo que abordou as adaptações das mulheres com relação ao corpo no puerpério, os autores concluíram que as mudanças biopsicossociais atribuídas aos novos significados da maternidade podem interferir na adaptação das mulheres, devido a uma expectativa social de que ela assuma o papel de mãe de imediato sem dificuldades (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

As identidades de “mãe dedicada”, “mãe adaptada” e “mãe possível”, que são expressas nas falas das participantes da pesquisa podem ser interpretadas como expressões da intenção de assumir uma identidade de boa mãe e atender as expectativas externas que permeiam a experiência do puerpério. Fragmentos das falas anteriormente apresentadas se mostram coerentes com estas expectativas. “Estou sempre em volta dele”, “eu tenho de fazer as coisas rápidas”, “não faço mais nada pra mim”. “quando não tá mamando, ou chorando tem que dar atenção”, “tenho de trabalhar, cuidar da casa e do outro filho, do marido”, são expressões dos imperativos que configuram a posição e identidade de “boa mãe”.

A análise feita até aqui sugere que as posições ocupadas pelas mulheres no puerpério inauguram um conjunto novo de necessidades que, se não atendidas, podem repercutir de modo negativo nas suas condições de saúde. A seguir serão apresentadas

as necessidades referidas pelas mulheres em puerpério deste estudo.

6.1.2 Reconhecendo-se como sujeito de necessidades de saúde

Neste estudo adota-se o conceito de necessidade de saúde de Agnes Heller (1986). Para a autora, necessidade é definida como um desejo consciente, uma aspiração ou uma intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal, sendo esta um produto social. Heller (1986) classifica necessidades de saúde como: necessidades naturais, fundamentais e sociais ou socialmente determinadas. A escolha da perspectiva de Heller sobre “necessidade” tem a ver com a ênfase dada pela autora à importância do contexto na produção e determinação do que as pessoas percebem como necessário, o que, mostra coerência com a noção de posicionalidade e seu caráter relacional.

A busca por informações sobre as necessidades de saúde das mulheres em puerpério foi desenvolvida a partir de duas questões que compunham as entrevistas. São elas: O que você precisa para ter saúde neste período do puerpério? Você acha que estas necessidades são atendidas pelo serviço de saúde?

Ao responder ao primeiro questionamento as mulheres expressam ter consciência de suas necessidades e da importância da experiência do puerpério como processo de busca pelo atendimento dos seus desejos, indicando as necessidades de que são sujeitos:

“Eu não tenho feito tudo que eu tenho vontade, às vezes me sinto com dor de cabeça, se eu saio fazendo tudo como antes. Mas eu vou me experimentando, vou me adaptando.” (MPC-Grupo 2).

“E às 7h da manhã ela já tá acordada, é corrido, assim eu não tenho tempo pra nada, pra fazer uma unha, cortar meu cabelo nem pra uma ginástica nem pra nada.” (MPS Grupo2).

As falas das mulheres sugerem que a experiência do puerpério é permeada, por um lado, pelo desejo de adaptação às demandas da maternidade e, por outro, pela preocupação por não conseguir tempo para cuidar de si, em função destas demandas. A “mãe adaptada” que emerge como identidade neste cenário de transição é constituída em função das necessidades que acompanham este desejo.

“Confesso que a minha vida não é mais a mesma, Ah! eu to mais sensível, estou chorona! Sentindo-me mais flexível, fico pensando bastante antes de fazer as coisas, minha rotina mudou, estou mais pensativa, mais chorona, é esse meu sentimento.” (MPB- Grupo 1).

“Não faço mais nada pra mim, não saio só me dedico a ele mesmo, por enquanto.” (MPC-Grupo 2).

“Olha eu sinto falta de liberdade, de fazer as coisas sem prever tudo. Sozinha é uma coisa, mas com o bebê tem de prever tudo, pensar em tudo antes. Se tá chovendo, no tempo pra fazer as coisas, se sai de carro onde vai parar e os assaltos [..]. Ai meu deus tem de pensar em tudo.” (MPS- Grupo 1).

“Agora eu estou fazendo prevenção, me cuidando, eu deixei de comer chocolate, por causa do bebê, e tomar muito refri também, e, além disto, eu tenho de cuidar da alimentação, pois tenho vários diabéticos na família. Tem de pensar nisso também né?.” (MPE- Grupo 1).

A necessidade de adaptação e reorganização da vida requer da mulher em puerpério capacidade reflexiva e a definição de escolhas, a partir das reflexões realizadas. As falas “fico pensando bastante antes de fazer as coisas”, “tem de pensar em tudo antes”, e “tem de prever tudo”, são reveladoras do uso da racionalidade como estratégia de enfrentamento das necessidades vividas no puerpério. Neste contexto, a reflexividade apresenta-se como uma estratégia das mulheres para realizarem as escolhas que devem ser feitas e as posições de mãe que precisam ocupar a fim de suprir suas necessidades de reorganização e adaptação para atender às expectativas de ser uma “boa mãe”.

Meyer (2003), ao analisar as representações de maternidade, considera que o contexto das sociedades neoliberais globalizadas, reforça as “múltiplas identidades”, e que as mulheres assumem cada vez mais responsabilidades junto aos filhos e à família, tornando assim o exercício da maternidade uma tarefa difícil e abrangente. Como destaca Giddens (2002), neste contexto das sociedades globalizadas, a vida social moderna é caracterizada por profundos processos de reorganização do tempo e do espaço, influenciando na transformação do conteúdo e da natureza da vida social cotidiana. Neste sentido, para enfrentar as demandas do puerpério, atender seus desejos e se constituir como mãe, as mulheres em puerpério investem numa reinvenção de si, buscando corresponder às expectativas sociais e do serviço de saúde.

No caso específico do serviço a expectativa é de que as mulheres em puerpério necessitam acessar as diversas ofertas assistenciais, principalmente aquelas focadas na saúde do bebê.

As necessidades/desejos referidos pelas mulheres que participaram da pesquisa estão relacionadas à adaptação às mudanças ocorridas nos hábitos de vida (sono, lazer), ao apoio para enfrentar o estresse de ter de “saber cuidar” do bebê e de garantir sua saúde.

As falas a seguir ilustram as necessidades/desejos de adaptação:

“[] é bem assim, não chega a ser complicado, mas eu estou sempre em volta dele, à disposição dele, 24h por dia, até pra comer, tomar banho é complicado, eu tenho medo de deixar ele sozinho.” (MPF-Grupo 1).

“[] e passo o dia assim, aí de tarde tipo eu durmo um pouquinho com ele por que de noite ele acorda várias vezes para mamar, ai eu tenho que, humm (risos) como eu vou te falar (silêncio), humm, eu tenho que dormir né? (risos)”. (MPB- Grupo 1).

As falas revelam que entre as adaptações que as mulheres precisam vivenciar na sua rotina pós-parto, aquelas relacionadas ao sono e repouso são as que mais marcam e preocupam. Esta reflexão vem acompanhada de um sentimento de resignação e conformismo, coerentes com a identidade de “mãe dedicada” que prioriza o cuidado dos filhos deixando o cuidado de si em segundo plano.

Estes achados corroboram os resultados de outros estudos. Na pesquisa realizada por Silva, Souza e Santos Rodrigues (2013); sobre as mudanças de hábitos ocorridas no período do puerpério, os autores concluíram que, metade das participantes necessitava de readequação da rotina para as tarefas mais simples do dia-a-dia, além de apresentarem dificuldade em conciliar as horas de sono com a nova rotina. Em outro estudo, Ribeiro et al. (2014) destacam que as necessidades de sono e repouso são maiores no puerpério. Os autores chamam atenção para o fato de que é necessário reconhecer a sobrecarga de responsabilidade assumida pelas mulheres em puerpério, considerando neste reconhecimento o contexto de vida destas mulheres.

A análise revelou, também, que entre as necessidades/desejos de que são sujeitos as participantes da pesquisa, a de apoio para minimizar o estresse decorrente das dúvidas sobre como cuidar bem do bebê tem grande importância. Dado o

investimento racional em se produzir como “boa mãe”, “cuidar bem” se constitui numa necessidade prioritária e imperativa. :

“Eu precisaria de mais apoio psicológico, sabe isto deveria ser obrigatório no serviço, para todas as mães, alguém que te escute e diga, sim é assim mesmo, alguém que fizesse tu te sentir mais mãe mesmo”. (MPS- Grupo 2).

“Quando o bebê tá chorando sem parar, o que tu faz e também não tem como espairer, é 24h, o tempo todo, [...] e assim se tivesse algum lugar pra ligar, pra dizer o que fazer, assim um disk-mãe,(risos) só pra perguntar e agora o que eu faço?.” (MPS Grupo2).

“Canseira, canseira, agora nestes últimos dias ela não tem dormido direito por que ela com três meses ela começou a dormir oito horas por noite, agora não dorme mais, não sei o que fazer”.(MPD-Grupo2).

“Tudo está sendo diferente, assim, tem que aprender tudo, a trocar, a dar banho, dar de mamar.” (MPA Grupo 1).

“Ah! Eu pergunto tudo aqui pra eles, os médicos, para as enfermeiras, assim sobre as vacinas, do peso, se tá tudo certo, eu até ligo pra eles se eu não sei fazer alguma coisa.” (MPF-Grupo 1).

A análise sugere que as mulheres em puerpério, podem viver de forma “solitária” a experiência do puerpério e que isto gera muita insegurança e ansiedade. As falas remetem ao desejo de compartilhar experiências com outras pessoas como uma forma de dar sentido ao vivido no cuidado do filho e de aprender a cuidar ou reforçar conhecimentos e práticas cuidadoras aprendidas previamente. O sentimento de insegurança sugerido nos depoimentos pode ser interpretado utilizando as ideias de Giddens (2002) sobre a modernidade e os processos identitários que nela são desenvolvidos. Como argumenta o autor, a modernidade rompeu com o referencial da pequena comunidade e da tradição substituindo-os por instituições maiores e impessoais. Nesta perspectiva, o “indivíduo se sente privado e só, num mundo em que lhe falta o apoio psicológico e o sentido de segurança oferecido em ambientes mais tradicionais” (GIDDENS, 2002, pg.38).

As falas sugerem preocupação em realizar os cuidados básicos de alimentação, higiene e conforto do bebê, e a valorização dos saberes profissionais como suporte para a realização de tais cuidados. As expressões “tem que aprender tudo”, “eu até ligo para eles se, não sei fazer alguma coisa”, revelam a busca pela informação, acerca dos

cuidados maternos.

Nesta perspectiva, os dados indicam que as mulheres em puerpério valorizam os saberes científicos disponíveis, correspondendo aos propósitos da “medicalização e educação” dos corpos das mulheres, para que estas possam assumir as responsabilidades sobre a saúde dos seus filhos (MEYER, 2003).

A análise sugere que a busca por informações sobre como cuidar bem do bebê é coerente com o pressuposto que orienta as ações programáticas previstas pelo MS no contexto da atenção materna e infantil de que as mulheres precisam aprender a cuidar do bebê (OLIVEIRA et. al, 2014). Desconsideram-se, neste cenário, os saberes prévios das mulheres, não necessariamente aprendidos nos espaços educativos “oficiais” informados pelo conhecimento científico. Concomitante às orientações prescritas às mulheres e aos serviços que as atendem, as políticas e programas de saúde ofertam, também, uma gama de necessidades que devem ser atendidas para que se garanta a saúde do bebê e da mãe. Esta oferta é baseada em estudos científicos e cálculos epidemiológicos que tem um caráter generalizador, contrariando a lógica do SUS que enfatiza a singularização das análises em saúde e do cuidado.

Diversos autores têm se debruçado sobre o tema do controle do Estado sobre os corpos, principalmente no que diz respeito à reprodução, à natalidade, ao corpo saudável, e em especial ao controle do corpo feminino (MARTIN, 2006; MEYER, 2005). Além do enfoque no corpo da mulher, outros autores como Badinter (1998), chamam a atenção para as práticas de cuidado dedicadas à criança e sua intensidade, durante a maternidade. Segundo a autora, a ênfase em tais práticas está relacionada à invenção do discurso do amor materno e ao ensino de cuidados em saúde para a manutenção da criança saudável, futuro cidadão produtivo da sociedade em desenvolvimento.

Nesta direção, a insegurança e a busca das mulheres puérperas por informações sobre como cuidar dos seus filhos indica uma falta de autonomia e a percepção de que é necessária intervenção de *experts*, não só, para ensinar a cuidar, mas, também para validar saberes prévios (MEYER, 2003).

A seguir será apresentada a segunda categoria, que abrange as necessidades ofertadas pelo serviço às mulheres em puerpério, focando na percepção dos profissionais da saúde, e o potencial destas para a produção de identidades maternas.

6.2 Demarcando posições e reforçando identidades

A análise desenvolvida até aqui sobre as necessidades referidas indicou que as mulheres em puerpério apresentam necessidades de saúde relacionadas às múltiplas identidades de ser “mãe dedicada”, “mãe adaptada” e “mãe possível”. Além das necessidades referidas de saúde relacionadas aos processos de adaptação que a experiência do puerpério produz, o serviço oferta as necessidades de saúde relacionadas às praticas de cuidado de si para manutenção da saúde dos filhos, evidenciando o investimento por parte do serviço em garantindo que as mulheres cuidem do desenvolvimento e crescimentos de seus filhos.

Durante o puerpério ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas, caracterizadas pelo estabelecimento da lactação e pela adaptação psicológica a mudanças no seu cotidiano (CABRAL; OLIVEIRA; CECCIM, 2007).

Neste sentido, destaca-se que este processo de experiência do puerpério e de produção de identidade materna, mesmo sendo permeado de processos reflexivos sobre todas estas mudanças e adaptações também está sujeito a influências decorrentes da interação com o serviço, por meio da oferta de suas ações em saúde, nos espaços de consulta mãe-bebê e nas visitas domiciliares.

A seguir serão apresentados os dados analisados sobre as necessidades de saúde ofertadas pelo serviço de saúde.

6.2.1 Ofertando identidades maternas de “a boa mãe”

Durante o puerpério ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas, caracterizadas pelo estabelecimento da lactação e pela adaptação psicológica a mudanças no seu cotidiano (CABRAL; OLIVEIRA; CECCIM, 2007).

Os serviços de saúde abordam as necessidades de saúde de forma territorializada ou programática, estimulados por diretrizes das políticas de saúde, ofertando ações de promoção e prevenção à saúde, realizadas em grande parte nos

encontros individualizados entre profissionais e usuários (PAIM, 2007). Neste sentido, destaca-se que, grande parte das necessidades referidas pelas mulheres em puerpério são produzidas sob influências decorrentes da interação com o serviço, por meio do discurso científico que prioriza o cuidado dos corpos das mulheres para mantê-los saudáveis para cuidarem dos filhos. Neste contexto, as posições que vão sendo ocupadas pelas mulheres ao exercerem a maternidade, são, em muitos momentos, influenciadas pelas orientações e recomendações realizadas nas consultas de revisão ou de puericultura ou nas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde. A análise deste cenário das consultas sugere que, a produção de identidades maternas, também, é influenciada pelas relações estabelecidas com o serviço de saúde, por meio da oferta de consultas e procedimentos.

Os dados analisados revelam que as necessidades ofertadas às mulheres pelo serviço, estão relacionadas à amamentação, planejamento familiar e práticas de cuidado com o bebê. Ainda se faz presente, no discurso de alguns profissionais, as orientações com relação às relações sociais, conjugais e o apoio no processo de construção desta identidade.

O estudo realizado sobre as vivências de cuidado de mulheres em puerpério, realizado por Ribeiro et al. (2014), concluiu que os profissionais da saúde, com destaque para os enfermeiros, tem papel fundamental na identificação de dúvidas e dificuldades das mulheres com relação às novas demandas da maternidade. Como já foi dito anteriormente, as mulheres entrevistadas indicaram a necessidade de apoio durante o puerpério, para enfrentar situações estressantes geradas pelas novas demandas surgidas na experiência do puerpério.

Esta necessidade de apoio referida por elas é reconhecida pelos profissionais, e ofertada por eles, principalmente nos primeiros dias do pós-parto, como ilustram as falas abaixo:

“[...] muitas delas vêm na primeira consulta e dizem: eu tenho crises de choro, ou, eu não sabia mais quem eu era, dizem ter dúvidas se seriam uma boa mãe, e aí a gente acolhe, escuta, mas nem tudo a gente pode dar conta. [...]”.P2.

“No início, nos primeiros dias elas não sabem determinar o seu espaço e o das outras pessoas dentro da vida delas, e isto a gente tem de enfatizar, já lá no

pré-natal, de ver com quem ela mora com quem ela pode contar ajudar ela ver que lugar ela ocupa na família.” P1.

“Muitas vezes ela não sabe conduzir isto, muitas vezes elas aqui no acolhimento com uma duvida. O acolhimento é uma forma de ela procurar, é a porta de entrada.” P3

No pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a qualquer tipo de problema e sentindo-se ansiosa ao ter que assumir mais responsabilidades relacionadas ao filho e a casa (ALMEIDA e SILVA, 2000). Neste sentido, as falas indicam que há uma busca neste período, por respostas que façam sentido e confirme esta nova identidade de mãe. Os relatos sugerem que as mulheres buscam pela confirmação do que é considerado “normal” para o puerpério em suas diferentes fases, como por exemplo, no puerpério imediato, as mulheres reconhecem que o cuidar do recém-nascido em tempo integral, a partir do nascimento é algo natural e que lhes diz respeito, ou seja, é de sua responsabilidade:

“Maravilhoso, Bem corrido, mas vale a pena, (risos), tudo em função dele, tudo por ele, não faço mais nada pra mim, não saio só me dedico a ele mesmo, por enquanto.” (MPC-Grupo 2).

A amamentação é uma ação priorizada pelas políticas de saúde da mulher, e tem recebido grande atenção por parte dos profissionais no sentido de garantir adesão das mulheres ao aleitamento materno. Há um esforço mundial patrocinado pela OMS e pela UNICEF, para promover, proteger e apoiar as práticas de amamentação (MEYER, 2003).

Confirmando esta realidade, as orientações relacionadas á amamentação, seguem sendo uma prioridade para os profissionais, em todos os períodos do puerpério:

“Bom nesse inicio assim, pensando nos dez dias depois do parto, elas tem muita dúvida, sobre o novo papel, como fazer as coisas com o bebê, elas tem algumas dificuldades com amamentação (fissura), ingurgitamento mamário.” P3.

“Bom primeiro é a consulta que a gente faz na revisão puerperal, aquela consulta feita mãe bebê atendido os dois juntos na consulta, toda abordagem que a gente faz de amamentação, de avaliação da amamentação, de como ela esta se sentindo.” P3.

“Elas já saem com a prescrição de leite artificial, do hospital, caso precise, mas dai na primeira dificuldade de amamentar ela já introduz o leite artificial, e já volta

aqui na primeira consulta com o leite introduzido, e fazer a volta desse processo não é fácil, aí a gente tem de resgatar essa mãe.” P2.

“A gente fala na última consulta pré-natal que elas já têm de ir pensando que quando o bebê nascer, quais são as atividades delas como mãe, que elas tem de se preocupar em amamentar, com quem pode dividir as coisas da casa, se é com a sogra se é com a mãe, o que pode fazer para não dar conflito, tudo isto a gente tem abordado e retomado na primeira consulta também.” P4.

A análise sugere que as mulheres em puerpério vão sendo posicionadas, via consultas mãe bebê e de revisão puerperal, de modo a assumirem posições que garantam práticas cuidadoras, como por exemplo, a prática do aleitamento materno exclusivo, que pode ser representativa de uma identidade de “mãe dedicada”.

O estudo de Campos (2004), em sua tese sobre as necessidades de saúde de moradores de uma determinada área de abrangência de uma UBS, revelou que os processos de trabalho têm sido instaurados de maneira a atender as políticas públicas de saúde e pouco reconhecimento das necessidades dos grupos sociais. Os dados analisados neste estudo corroboram o estudo citado, pois as recomendações e orientações realizadas pelo serviço reforçam as diretrizes programáticas das políticas de saúde para as mulheres, que é pautada em dados epidemiológicos de saúde materno infantil, considerando pouco as singularidades das mulheres em puerpério.

Entre as ações prioritárias contidas nas diretrizes do MS, para atenção à saúde da mulher no puerpério, está a consulta para a mãe e o bebê. Esta consulta constitui um espaço de ação em saúde ofertado às mulheres até o décimo dia de pós-parto. Neste encontro, entre profissionais e mulheres puérperas, são recomendados e enfatizados a realização de cuidados relacionados à prática da amamentação e ao planejamento familiar:

“Um aspecto que eu considero importante na consulta, é o controle da natalidade, a anticoncepção, a questão da alimentação é claro, a amamentação.” P4.

“Com certeza as questões relacionadas à amamentação, os cuidados com a alimentação, eu friso muito as complicações e os problemas da mastite, também com relação ao sangramento, como está a higiene dela.”. P5.

“Bem no início, as dúvidas que a gente esclarece é da amamentação, depois de uns 40 dias a coisa tá mais estruturada. E aí a gente começa a trabalhar a anticoncepção, pra ver se ela tá de acordo com o método que foi orientado lá na alta hospitalar.” P3.

“Olha, se elas vêm pra consulta de revisão ou até na puericultura, eu pergunto se já tá se cuidando se usa algum método, e se esta amamentando.” P4.

Como já foi destacado, o puerpério é complexo devido a seu caráter dinâmico, e por produzir novas posições e adaptações à vida das mulheres. Além disso, estas novas posições ocupadas no processo de construção da identidade materna limita em alguns momentos as escolhas das mulheres, tornando-as vulneráveis. Neste sentido, além das necessidades ofertadas via consulta mãe bebê outras necessidades também são reconhecidas pelos profissionais como relevantes para esse período pós-parto.

A análise sugere que os profissionais reconhecem que existem demandas relacionadas ao contexto social e às singularidades das mulheres, que precisam ser abordadas e levadas em consideração no espaço da consulta:

“Quando as mulheres querem voltar a trabalhar, por que muitas têm de voltar a trabalhar, elas vêm com muita ansiedade, a dificuldade de achar um lugar ou quem fique com a criança, tem também as questões financeiras, A mãe tem mania de abraçar tudo, só ela faz bem, ai a gente a ajuda a ver que ela tem de delegar, de pedir ajuda para a família.” P1.

[...] muitas vem aqui pra consulta sobrecarregada, as vezes chegam no limite, muitas mulheres tem companheiros envolvidos com coisas ilícitas, a droga é uma realidade, ta aí, e a gente tem que ver isto, as vezes os companheiros estão presos[].” P2.

“Bem no início assim, pensando nos primeiros dez dias, elas estão de adaptando e é um período crítico para amamentação, pode aparecer fissuras, elas não sabem se conduzir.” P3.

Nesse sentido, o estudo realizado por Stefanello, Nakano e Gomes (2008) sobre a vivência do cuidado no puerpério reforça que os profissionais de saúde precisam:

[...] Incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram e suas vivências se torna imprescindível para que nosso papel como agentes nas práticas de cuidado passe a ser uma realidade concreta, visto que só assim conseguiremos encontrar um "meio-termo" entre nosso saber dito científico e o saber das mulheres. (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008, p. 108).

A análise realizada até aqui sugere que as necessidades de saúde ofertadas vêm ao encontro, em parte, das expectativas das mulheres em período pós-parto. O discurso dos profissionais reforça a manutenção de um modelo de atenção á saúde

pautada em diretrizes programáticas, focado na garantia da adesão das mulheres às práticas recomendadas.

Até o momento da análise, foi possível destacar a dinamicidade do processo de construção identitária vivido pelas mulheres em puerpério. Na última parte desta análise, serão apresentados os dados referentes às reflexões dos profissionais sobre a atenção á saúde ofertada às mulheres no puerpério.

6.2.2 Revendo posições e projetando novos caminhos

Os dados analisados indicam que os profissionais de saúde que atendem as mulheres em puerpério priorizam neste atendimento os cuidados com o bebê e orientações para o planejamento familiar. Apesar disto, também é reconhecida a importância de dar espaço para outras demandas, como por exemplo, para as dificuldades de adaptação às novas rotinas da maternidade, ou ainda para as questões socioeconômicas que podem influenciar nas condições da mulher para desempenhar seu papel de “boa mãe”. Os profissionais ainda incluem como ações de saúde a realização de rodas de conversa e grupos de apoio, sugerindo uma ampliação do escopo de necessidades que podem ser atendidas no âmbito do serviço.

A análise das falas dos profissionais é reveladora do reconhecimento das tecnologias assistenciais dirigidas às mulheres em puerpério. A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho pode ser compreendida como um conjunto de instrumentos materiais do trabalho (GONÇALVES, 1994). A tecnologia pode ser analisada, tanto como, saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva as práticas assistenciais às mulheres em puerpério incluem diversas tecnologias, que são as ações e os serviços de saúde ofertados para atender às necessidades de saúde. MERHY (1998) desenvolve a noção de tecnologias de saúde, com o objetivo de analisar o trabalho em saúde, e sua relação com o cuidado produzido neste encontro entre usuário e profissional. Para o autor, as tecnologias podem ser classificadas como leves, duras, e leve-duras. Tecnologias leves são representadas pelas relações, as duras pelos recursos materiais e as leve-duras pelos

saberes e teorias. A utilização destas tecnologias na atenção à saúde da população podem interferir na produção do cuidado, constituindo um desafio para os profissionais da saúde, no sentido de produzir relações que satisfaçam as necessidades dos indivíduos e os valorize como sujeitos capazes de intervirem na sua realidade (MERHY, 2005).

Neste estudo, a análise sugere que o uso das tecnologias leves, é reconhecida de forma distinta entre os profissionais e apresentam-se como estratégia a ser incorporadas nas relações que estabelecem com as mulheres em puerpério.

As falas referidas abaixo indicam que há o desejo por parte dos profissionais de programarem tais estratégias:

“[.] as rodas de conversa, seriam como uma troca de experiências, por que nesta hora amamentar pode ser doloroso, remete a coisas da infância, chamar pro grupo falar disso, ter temas pra falar, sem impor, vejo como uma forma de atender as necessidades de cada mulher, é prevenção[].” P1.

“Já tentamos fazer uma roda de conversa aqui na unidade, mas ainda não deu muito certo, acho que teve umas duas. Eu acho que fazer rodas seria uma coisa boa, por que as mulheres se sentem mais a vontade e assim a gente trabalha várias coisas que tem de trabalhar, como a amamentação, como tá indo em casa com o bebê, essas coisas.” P6.

A análise dos dados acima revela que, os profissionais reconhecem outras tecnologias de cuidado, como a roda de conversa. Na percepção dos profissionais a roda de conversa poderia auxiliar as mulheres a expressarem suas dúvidas, angustias bem como fortalecer seus saberes prévios sobre a maternidade.

Neste sentido, a utilização das tecnologias leves, podem auxiliar as mulheres a ocuparem posições na experiência do puerpério, e aos profissionais a compreender suas necessidades e singularidades.

Outra tecnologia de cuidado, revelada na análise foi o trabalho com grupos de mulheres. Os profissionais sugerem que fomentar grupo de mulheres na comunidade ou no próprio serviço, seria uma forma de lidar com outras demandas que não aquelas previstas ou surgidas nos espaços das consultas de revisão ou de puericultura, como revelam os trechos abaixo:

“Eu sugeriria grupos, encontros mais coletivos, por que o individual a gente tem garantido na consulta, no grupo poderia se trabalhar estas coisas mais delas

mesmo, trabalhar mais o emocional, a volta pro trabalho. Elas estão no mesmo barco, vivem as mesmas sensações, a gente tenta ajudar, mas ouvir outras mulheres seria uma forma de se apoiar entre si.” P3.

“Nós estamos pensando aqui na equipe em fazer um trabalho em grupo, talvez na comunidade, por que como eu já disse, tem demandas que na consulta a gente não dá conta. São problemas da vida pessoal delas, que na consulta não temos como resolver. Eu acredito muito no trabalho de grupo, um lugar onde elas poderiam se apoiar, era isso, eu sugiro um trabalho de grupo, para prepará-las para comunidade.” P5.

A análise sugere que os profissionais reconhecem que é necessário, um olhar diferenciado, uma escuta sensível, a fim de que se possa perceber a dinamicidade e pluralidade das necessidades de saúde das mulheres em puerpério e o quanto as mesmas interferem na construção de uma identidade materna.

O atendimento às necessidades expressas pelas mulheres em puerpério vai além daquelas ações programadas pelas políticas de saúde, como mostra a reflexão do profissional, no trecho abaixo:

“Eu sinto que do jeito que as políticas estão estruturadas, na verdade é para a mulher gestante, na verdade a mulher é muito bem vista na gestação, o bebê é o foco da ação. Se o bebê tá bem, a gente nem vai atrás das demandas da mulher. Às vezes esquece, se elas pedem, por algo, a gente fala, escuta, senão [].” P3.

A análise revela que o profissional entrevistado reconhece o enfoque na dimensão biologicista, e o quanto as políticas de saúde reforçam este aspecto da atenção clínica individual, curativa, incorporando pouco às singularidades das mulheres que vivem o puerpério. A incorporação de tecnologias leves pelos serviços de saúde que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo, permite, aos profissionais de saúde, a ampliação da capacidade de atendimento. Ouvir as necessidades dos usuários, os problemas e desejos, que são trazidos para o encontro entre profissionais e usuários potencializam as intervenções e se traduz em maior resolubilidade da assistência prestada (MERHY, 1998). A incorporação das tecnologias leves não basta para produzir mudanças na atenção á saúde das mulheres no período pós-parto, é necessário ampliar o olhar sobre a complexidade do puerpério, e sobre os processos identitários pelo qual passam as mulheres neste período, reconhecendo como as posições ocupadas interferem neste processo de tornar-se mãe.

Desse modo, seria importante incorporar ao processo de trabalho em saúde ofertado às mulheres, conceitos como clínica ampliada e projetos singulares terapêuticos. A clínica ampliada apresenta-se como “ferramenta” para que os processos de trabalho em saúde se voltem para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo (CAMPOS, 2003). Para o autor, são ampliados o objeto de atenção, os meios e as finalidades, visando além da cura, o alívio do sofrimento e o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com seus problemas e condições concretas de vida. A análise do conteúdo desta subcategoria revelou que, os profissionais reconhecem a importância das tecnologias de cuidado, e dos espaços de escuta e compartilhamento, como ações de saúde que dariam conta das demandas que não são priorizadas pelas políticas de atenção à saúde das mulheres em puerpério. Outro destaque é a tendência em repensar as práticas, experimentando outras formas de ofertar ações em saúde no puerpério, como a realização de grupos na comunidade, sinalizando assim o desejo de avançar e ressignificar as práticas vigentes ampliando assim o foco das recomendações de publicações oficiais que reforça a ideia que a mulher deve ser posicionada prioritariamente como nutriz, e principal responsável e cuidadora dos filhos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a atenção à saúde da mulher vem sofrendo modificações decorrentes das mudanças no modelo de atenção à saúde, produzindo avanços na ampliação dos serviços e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, apesar da ampliação da oferta das ações programáticas dirigidas às mulheres, é possível identificar especificidades que têm pouco investimento por parte das políticas de saúde, como é o caso das mulheres em puerpério e suas necessidades de saúde.

Assim, este estudo desenvolveu-se com o objetivo de *“Analisar a relação entre necessidades de saúde de mulheres em puerpério, a atenção ofertada pelo SUS e o potencial dessa oferta à produção da integralidade em saúde”*. Para desenvolver esta pesquisa, encontrei na TFD uma proposta metodológica coerente com o objeto de estudo - necessidades de saúde de mulheres em puerpério, pois, pude descobrir os dados e apropriar-me dos referenciais teóricos à medida que vivenciava a coleta de dados.

Os resultados deste estudo revelaram que o puerpério constitui-se numa experiência complexa, dinâmica, singular e que, é um processo que contribui na produção de identidades maternas. Ao longo deste processo, as mulheres assumem posições que vão resultar na produção de identidades múltiplas. Na análise foram identificadas as identidades de mãe dedicada, mãe adaptada e mãe possível. Tais identidades maternas podem ser compartilhadas com identidades pré-existentes ou com outras (re) inventadas na própria experiência do puerpério.

Neste sentido, ao assumirem identidades múltiplas, as mulheres vivem experiências singulares e diversas que na maioria das vezes se caracterizam pela busca em resolver dúvidas relativas aos cuidados maternos e a superação da insegurança gerada pela nova experiência, de ser mãe. Assim, as identidades, vão constituindo-se de diversos elementos, que vão produzindo diferentes significados, ao longo do puerpério, e que vão posicionando e levando as mulheres a ocuparem posições, atendendo de certa forma as expectativas sociais da maternidade, ou seja, a representação de “boa mãe”. Mesmo conscientes e resignadas com todo o processo de mudança que a maternidade impõe às suas vidas, as mulheres relatam que, por vezes,

sentem dificuldades quanto à adaptação com relação à organização do tempo para cuidar de si e cuidar dos filhos, e que devido às mudanças de hábitos apresentam dificuldade de atender aos seus desejos e às suas necessidades de saúde. Tais dificuldades são naturalizadas, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais de saúde, reforçadas nos discursos de ambos, como eventos biológicos “normais” do puerpério, onde a dedicação, abnegação e capacidade de adaptar-se são elementos constituintes da identidade materna, mesmo que isto signifique priorizar as necessidades de saúde dos filhos em detrimento das suas próprias.

Estas experiências vividas durante o puerpério demandam necessidades e desejos nas mulheres, (necessidade de adaptação e reorganização da vida, de apoio e de compartilhar as experiências), mas necessidades de saúde também são produzidas neste processo, já que, as escolhas das mulheres em puerpério sobre as posições que vão sendo ocupadas por elas, são em grande parte influenciadas pelas orientações e recomendações realizadas nos espaços de consulta ou de visita domiciliar.

A análise deste conjunto de necessidades referidas pelas mulheres em puerpério e ainda considerando as necessidades de saúde previstas pelos serviços de saúde, chamadas neste estudo de necessidades ofertadas, indicaram que, tanto para as mulheres quanto para os profissionais, as ações ofertadas no serviço são importantes e atendem, em parte, as necessidades de saúde no puerpério. Contudo, além das ações de saúde relacionadas à amamentação, planejamento familiar, e promoção da saúde do bebê, e das necessidades de saúde ofertadas, há outras necessidades/desejos que deveriam ser levados em consideração a contar deste momento da vida materna.

Nesta perspectiva o estudo corrobora que a maternidade ainda é vista como um elemento constituinte da identidade feminina, e que apesar de todos os investimentos das políticas de saúde em ofertar ações integrais de saúde que buscam levar em consideração o gênero, e as singularidades das mulheres, persiste no serviço de saúde o enfoque na saúde materno infantil.

Sob este aspecto, o estudo sugere a necessidade de uma (re) visão sobre o significado da saúde das mulheres neste período, assim como uma (re) invenção das ações de saúde, que possam incluir as singularidades das mulheres e que possam dar conta da dinamicidade do processo de construção identitária durante o puerpério.

Para que a atenção a saúde das mulheres em puerpério possa ser ressignificada, se faz necessário também, um movimento de reinvenção das práticas formadoras além de uma reformulação nas políticas de educação no ensino da saúde.

A formação dos profissionais da saúde mesmo sendo dirigida ao desenvolvimento de competências e habilidades para atender às necessidades de saúde da população, ainda está pautada no ensino de práticas que priorizam as mulheres como sujeitos reprodutivos e ações de saúde dirigidas á todas as mulheres como se os problemas, necessidades e desejos das pessoas fossem iguais.

Neste sentido, está posto um desafio tanto para as instituições formadoras como para os serviços de saúde: quebrar um ciclo vicioso de reproduzir praticas de saúde focada somente num aspecto da vida das mulheres, o biológico. É necessária uma revisão da estrutura dos currículos dos cursos de graduação do ensino da saúde e das políticas de saúde, no sentido de ampliar o olhar e reconhecer a importância e relevância de outras áreas do conhecimento para a produção da saúde das mulheres.

Entre elas, destaco a psicologia, a sociologia e a antropologia como áreas do conhecimento relevantes para o desenvolvimento de saberes que subsidiam a formulação de políticas de educação e saúde. Outro ponto que se constitui como desafio, sugerido neste estudo, é o desenvolvimento de ações que possam superar o espaço individual da consulta, e que incorporem os saberes produzidos pelas mulheres em puerpério, mas não como algo a complementar as orientações e procedimentos produzidos nos encontros entre profissionais de saúde e as mulheres em puerpério, e sim como uma tecnologia de cuidado, quer seja numa roda de conversa ou num grupo terapêutico.

Neste sentido, espero que este estudo possa contribuir para os serviços de saúde e no desenvolvimento de ações de saúde que fortaleçam as mulheres no enfrentamento das demandas da maternidade, levando em consideração seus desejos e singularidades, tornando a maternidade uma experiência de vida mais prazerosa e significativa para as mulheres.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALCOFF, L. Cultural feminism versus post-structuralism: the identity crisis in feminist theory. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, London, v. 13, no. 3, p. 405-436, 1988.

_____. Feminismo cultural versus posestructuralismo: la crisis de identidad en la teoria feminista. In: *Nuevas direcciones*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

_____. Feminist theory and social science. In: *BodySpace: destabilizing geographies of gender and sexuality*. London: Routledge, 1996.

_____. The politics of postmodern feminism, revisited. *Cultural Critique*, Minneapolis, no. 36, p. 5-27, 1997.

_____. *Visible identities: race, gender and the self*. Oxford: OUP, 2006.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-354, jun. 2008.

ALVAREZ, A. M. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2001.

ARIES. P. *História social da família e da criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

_____. *O conflito: a mulher e a mãe*. São Paulo: Record, 1998.

BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, U. *Liberdade ou capitalismo*. São Paulo: Ed. UNESP, 2003.

BERGANO, S. M. A. *Ser e tornar-se mulher: geração, educação e identidade(s) feminina(s)*. 2012. 587 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação)-Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra, 2012.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in) visibilidade da violência doméstica. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.14, p. 1-15, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 13 out. 2011.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS - SUS 01/2001. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília, 2000.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000*. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação para o período 2004-2007*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2005a.

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

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel temático: saúde da mulher*. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Regulamento dos pactos pela vida e de gestão*. Brasília, 2006c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui a Rede Cegonha no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BUCHALLA, C. M. (Coord.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde.* Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22.

CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C; CECCIM, R. B. O puerpério e a saúde da mulher: vulnerabilidade e atenção básica à saúde. In: CECCIM, R. B.; STEDILLE, N. L. R. (org.). *Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados de integração da educação superior com a rede assistencial.* Caxias do Sul: Educs, 2007, p. 136-157.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS; Abrasco, 2003.

CAMPOS, C. M. S. *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores e do Estado (os trabalhadores de saúde).* Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação,* Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec, 2003.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface Comunicação, Saúde e Educação,* Botucatu v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. *Blog Saúde com Dilma,* 09 maio 2011. Disponível em: <blogsaudedobrasil.com.br>. Acesso em: 02 jul. 2014.

CECCIM, R. B.; STEDILLE, N. L. R. Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas de aprendizado à integração com rede de cuidados. In: CECCIM, R. B.; STEDILLE, N. L. R. (Org.). *Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados de integração da educação superior com a rede assistencial.* Caxias do Sul: Educs, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p.113-126.

_____; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ; Caxias do Sul: Educs, 2006.

CHANG-LEE, S.; LONG, A.; BOORE, J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 46, no. 3, p. 326-336, 2009.

CHARMAZ, K. *A construção da teoria fundamentada*: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, A. A. A. Trajetória e perspectivismo do feminismo para o próximo milênio. In: PASSOS, E.; ALVES, I.; MACÊDO, M. (org). *Metamorfoses*: gênero na perspectiva interdisciplinar. Salvador: UFBa/NEIM, 1998, p. 25-35.

_____; SARDENBERG, C. Teoria e práxis feministas na academia: os núcleos de estudos sobre a mulher nas universidades brasileiras. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. esp., p. 387-400, 1994.

COSTA, A. A. A; AQUINO, E.L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHAN- HAMAN E.; TAJEK, D. (Org). *Saúde equidade e gênero*: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Ed UnB, 2000.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago. 2009.

COSTA, M. C. G. *Puerpério*: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

DANTAS, C. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

DUGGLEBY, W. Enduring suffering: a grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, Pittsburgh, v. 27, no. 5, p. 825-831, 2000.

EDWARDS, L. D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 18, p. 457-495.

EMIDIO, S. T.; HASHIMOTO, F. Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. *Colloquium Humanarum*, Presidente Prudente, v. 5, n. 2, p. 27-36, dez. 2008.

ERDMANN, A. L. et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 180-185, 2007.

FALCÓN, G. C. S.; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Significados do cuidar na promoção da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 419-424, 2008.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. *A transformação da intimidade*. São Paulo: UNESP, 1993.

_____. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1990.

_____. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. Risco, confiança e reflexividade. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva*. São Paulo: UNESP, 1997.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, supl., p. S103-S112, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. In: *POLÍTICAS e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, G. C. *Compartilhando o cuidado à criança: refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar*. 2005. 334 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GONÇALVES, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

GUTMAN, L. *A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos*. São Paulo: BestSeller, 2010.

HALL, S. *Identidades culturais na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

_____. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

_____. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

HELLER, A. *Teoria das necessidades em Marx*. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1986.

KLEIN, C. A produção da maternidade no programa bolsa-escola. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.13, n.1, p.31-52, 2005.

KLEIN, C. *Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidade para uma infância melhor*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B.H. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LOURO, G. L. Epistemologia feminista e teorização social: desafios, subversões e alianças. In: *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR, 2002.

_____. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 46, p. 201-218, 2007.

MACHADO, L. Z. Gênero, um novo paradigma? *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p.107-125, 1998.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 52, n. 1, p. 54-66, 1999.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARQUES, E. S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1391-400, 2010.

MATTOS, R. A. de Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, abr. 2009.

MENDES, M. F. Puerpério na atenção básica. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2003.

MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MEYER, D. E. E. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações com o cuidado em saúde. *Enfermagem em Foco*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 18-22, 2011.

_____. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

_____. Gênero: re-construir modos de pensar, ensinar e fazer em saúde e enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado. *Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser: livro-temas*. Gramado: ABEn, 2005. [6 f.]

_____. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 117-133, 2000.

_____. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, jul./dez. 2005.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço. *Revista da Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.1023-1032, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A. Institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

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”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S355-S363, 2003.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-42, 2000.

NICO, L. S.; BOCCHI, S. C. M.; RUIZ, T.; MOREIRA, R. S. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, 2007.

OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 105-122, fev. 1999.

OLIVEIRA, D. L. L. C. et al. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, 2004.

OLIVEIRA, D. L. L.; SANTO, L. C. E.; BONILHA, A. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Atenção materna e infantil e marcadores sócio culturais. *Caderno HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ONU Mulheres. O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010. Rio de Janeiro: CEPia; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p.

OSIS, M. J. D. *Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção*. 1994. 186 f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2007.

_____. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: _____. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Cooptec/ISC, 2002. p. 367-381.

PAIM, J. T. C.; ALMEIDA, C. B. L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, London, v. 377, no. 9779, p. 1778-97, 2011.

PAIVA, R. S.; VALADARES, G. V.; PONTES, J. S. A necessidade de tornar-se cuidador familiar: teoria fundamentada em dados. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 11, p.1-3, 2012.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

PENNA, L. H. G. et al. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre esta vivência. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 448-455, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ/Abrasco, 2007, p.15-28.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

_____. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

RAVELLT, A. P. X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 54-59, 2008.

RIBEIRO, D. H. F. et al. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. *Journal of Nursing UFPE*, Recife, v. 8. nº. 4, p. 820-826, 2014.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Dos contos de fadas aos super-heróis: mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2000.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, [8 telas], 2010.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

SARDENBERG, C. M. B. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? In: COSTA, A. A.; SARDENBERG, C. M. B. (Orgs.). *Feminismo, ciência e tecnologia*. Salvador: NEIM/UFBA/REDOR, 2002, p.89-120.

_____; COSTA, A. A. A. Feminismos no Brasil: enunciando e canalizando demandas das mulheres em sua diversidade. *Labrys: estudos feministas*, Brasília, v. 20, p. 1-22, 2011.

SARDUY DOMINGUEZ, Yanetsys. El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*, Havana, v. 33, n. 3, set. 2007.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

_____. O jovem na família: o outro necessário. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (org.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.

_____. Estudos de gênero: uma sociologia feminista. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 173-186, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHWENGBER, M. S. V.; MEYER, D. E. E. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 36, p. 283-314, jun, 2011.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, B. M.; SOUZA, S. F.; SANTOS RODRIGUES, R. T. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Revista da SBPH*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 166-184, jun. 2013.

SILVER, L. D. Direitos à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 299-317.

SOUTO, C. M. R. M. et al. Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, n. 4, p. 719-726, 2007.

SOUZA, D. B. L.; FERREIRA, M. C. Autoestima pessoal e coletiva em mães e não-mães. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-25, jan./abr. 2005.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

STEFANELLO, J. A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. 1991. 765 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

STRAUSS, A; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TULIA URIBE, J.; JARAMILLO VÉLEZ, D. E. Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index de Enfermería*, Granada, v. 9, n.30, p.12-16, 2000.

VALADARES, G. V.; VIANA, L. O. Vivendo o choque da realidade: a inserção do enfermeiro na especialidade. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, p.81-85, 2009.

WYNADEN, D. The experience of caring for a person with a mental illness: a grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*. Carlton, v. 16, no. 6, p. 381-389, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Idade: _____

Estado civil: _____

Nome (fictício): _____

Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Raça (autorreferida): _____

Você mora com alguém? () Sim. Quem? Qual parentesco? _____

() Não

Grupo Amostral 1

- 1) Fale como você tem sido estes dias, após o nascimento do seu filho(a). Como tem sido o seu dia a dia?
- 2) Você observa alguma mudança significativa com relação ao seu corpo, sua rotina, seus sentimentos ou suas emoções?
- 3) Você utilizou algum serviço de saúde neste período? Por quê? E como foi esse atendimento por parte dos profissionais de saúde?
- 5) Como você acha que está a sua saúde após o nascimento do seu filho(a)?
- 6) Você considera que suas necessidades de saúde têm sido atendida pelos serviços de saúde?

Grupo Amostral 2

Seis meses após o nascimento

- 1) Fale-me como passou estes seis primeiros meses de vida após o nascimento do seu filho (a). Como tem sido o seu dia a dia?
- 2) Vocês observaram alguma mudança significativa no seu cotidiano? Em que aspecto suas vidas sofreu mais modificações?
- 3) Você utilizou algum serviço de saúde neste período? Por quê? E como foi esse atendimento por parte dos profissionais de saúde?
- 4) Como vocês acham que está a sua saúde após o nascimento do seu filho(a)?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Necessidades de saúde das mulheres em puerpério”. Trata-se da tese de doutorado da aluna Denise de Antunes de Azambuja Zocche, que tem como orientadora/pesquisadora responsável a Prof^a. Dra. Dora Lúcia de Oliveira. Se você precisar esclarecer dúvidas sobre sua participação neste estudo, poderá contatar as pesquisadoras através dos telefones: 51-9865-7650 (pesquisadora responsável), 51-8421-8485 (aluna pesquisadora). Você também pode contatar o Comitê de Ética HCPA/UFRGS pelo telefone: 51 3359-7640. Os dados serão coletados através de entrevista que abordará ações em saúde ofertadas pelo SUS às mulheres em puerpério e suas necessidades de saúde. As entrevistas terão duração aproximada de 40 minutos, e serão realizadas em uma sala da UBS Santa Cecília, que garanta privacidade. As falas serão gravadas em áudio, armazenadas e guardadas pela pesquisadora e, após cinco anos, descartadas. Sua entrevista será identificada por um código, ou seja, em nenhum momento seu nome verdadeiro irá aparecer na tese ou nos artigos produzidos a partir dos resultados da pesquisa. Os resultados do estudo poderão auxiliar os profissionais a melhor acolherem as demandas de saúde de puérperas atendidas nos serviços de saúde. Sua participação é voluntária e se você desejar poderá desistir de participar a qualquer momento, não havendo prejuízo assistencial ou de qualquer tipo caso você desista de participar da pesquisa. A pesquisa tem como risco a possibilidade de você ficar constrangida em responder a alguma pergunta. Caso isso aconteça, você tem o direito de se negar a respondê-la, bem como ter atendimento de um profissional da saúde, caso seja necessário, na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília HCPA/Santa Cecília. Uma via deste consentimento ficará com você e outro com a pesquisadora.

Eu, _____, informo que fui esclarecida, de forma ampla e detalhada e aceito participar da pesquisa.

_____ Ass. da Pesquisadora Responsável

_____ Assinatura da participante.

Data.....

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista dos Profissionais

- 1) Quais as ações de saúde são ofertadas às mulheres em puerpério aqui no serviço?
- 2) Na sua percepção quais as necessidades de saúde das mulheres em puerpério entre o décimo dia e 45º dia pós-parto e do 46º ao sexto mês pós-parto?
- 3) Qual o motivo que levam as mulheres a buscarem o serviço de saúde?
- 4) Quais as sugestões você daria para o serviço, com relação às ações de saúde ofertadas às mulheres em puerpério?

APÊNDICE D - Roteiro de Análise Documental

| DOCUMENTO/ Fonte | ANO/ORIGEM | AUTOR(E)S | OBJETIVO | CONTEÚDO RELACIONADO AO PUERPÉRIO | TIPO DE INFORMAÇÃO (Recomendação ou Orientação, Diretriz, Norma, Portaria, Lei) |
|-----------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--|--|
| | | | | | |

ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades de Saúde de Mulheres em Puerpério.

Pesquisador: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11745913.2.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 215.668

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado do PPGENF, trata-se de pesquisa qualitativa que visa analisar as necessidades de saúde de mulheres em puerpério, deverão subsidiar o desenvolvimento de argumentos sobre as aproximações e os distanciamentos da atenção ao princípio da integralidade em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação entre a necessidades de saúde das mulheres em puerperio, a atenção ofertada pelo SUS e o potencial dessa oferta para a produção da integralidade em saúde.

Objetivos secundários 1. Conhecer, na percepção das mulheres em puerperio, quais são suas necessidades de saúde. 2. Identificar e analisar quais os cenários e ações em saúde ofertadas pelo SUS são por elas acessados para atender essas necessidades. 3. Conhecer e analisar os cenários ou dispositivos de cuidado de saúde são acessados pelas mulheres em puerperio para atender suas necessidades de saúde. 4. Analisar em que medida o conjunto de ações em saúde ofertadas as puerperas pelo SUS se aproxima e/ou se distancia do princípio da integralidade da atenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Mobilizar sentimentos e emoções relacionados a gestação e ao parto e puerperio. Caso haja necessidade haverá encaminhamento para a UBSHCPA/Santa Cecília, da qual as participantes da pesquisa são usuárias.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Benefícios: Produção de conhecimento sobre as necessidades de saúde de mulheres em puerpério. Contribuição para o planejamento de políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil. Deve ficar explícito que não há benefício pessoal direto para a participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores adicionaram carta resposta aos questionamentos referentes ao parecer anterior e esclareceram todas as pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contempla os requisitos necessários.

No entanto, lembramos que há a necessidade de campo para nome e campo para assinatura (em separado) para a pesquisadora. Não se especifica se é a responsável ou não pelo estudo, pois quem coloca o nome e assina é a pesquisadora que aplicar o documento, não sendo necessariamente a responsável.

Recomendações:

Sugerimos que os campos de assinatura da pesquisadora sejam revistos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram satisfatoriamente esclarecidas pelos pesquisadores.

Projeto em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 01/03/2013 e TCLE versão 01/03/2013) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica.

Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

jetos

[https://www1.ufrgs.br/portal/civildoi/pesquisa/comissao/graduacao/...](https://www1.ufrgs.br/portal/civildoi/pesquisa/comissao/graduacao/)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Dora Lucia Leidens Correa De Oliveira

Projeto Nº: 24137

Título: NECESSIDADES DE SAUDE DE MULHERES EM PUERPERIO

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto cadastrado. Foi aprovado pelo PPGENF conforme ata da sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFRGS, ocorrida em 08 de agosto de 2012.