

UNIVERSIDADE ESADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LEDA MARIA BELENTANI

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E SEXUAIS NO PUERPÉRIO DE MULHERES
COM BEBÊS INCLUÍDOS EM PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM-
NASCIDO DE RISCO

MARINGÁ

2009

LEDA MARIA BELENTANI

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E SEXUAIS NO PUERPÉRIO DE MULHERES
COM BEBÊS INCLUÍDOS EM PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM-
NASCIDO DE RISCO

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual
de Maringá, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso

MARINGÁ

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B411 Belentani, Leda Maria
Alterações emocionais e sexuais no puerpério de
mulheres com bebês incluídos em Programa de
Vigilância ao recém-nascido de risco / Leda Maria
Belentani. -- Maringá: [s.n.], 2009.
99 f.

Orientador : Prof^a Dr^a Sandra Marisa Pelloso.
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de
Maringá.

1. Período pós-parto. 2. Saúde da mulher. 3.
Sexualidade. I. TÍTULO

CDD 21. ed. 618.7

LEDA MARIA BELENTANI

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E SEXUAIS NO PUERPÉRIO DE MULHERES
COM BEBÊS INCLUÍDOS EM PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM-
NASCIDO DE RISCO

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual
de Maringá, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso- Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Janine Schirmer- Universidade Federal de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Silva Marcon- Universidade Estadual de Maringá

Esta pesquisa é dedicada:

Dedicatórias:

À minha mãe, amiga, companheira, que incentivou e ajudou a organizar a minha vida nesse período, auxiliando nos cuidados com a minha pequena... AMO VOCÊ!

“Um dia gatinha manhosa eu prendo você, no meu coração. Quero ver você, fazer manha então, presa no meu coração...”

Ao meu pai, que sempre batalhou para formar os três filhos, com humildade e dignidade!

“Pai, eu cresci e não houve outro jeito, quero só recostar no teu peito, pra pedir pra você ir lá em casa, e brincar de vovô com meu filho...”

Meu amado companheiro, que me incentivou e teve paciência na maioria do tempo em que precisei ficar em cima dos cadernos, livros e computador. Você é muito especial pra mim!

“Eu quero estar amanhã do seu lado quando você acordar. Eu quero estar amanhã sossegada e continuar a te amar. Eu quero um sonho realizado, uma criança com seu olhar. Eu quero estar sempre ao seu lado, você me traz paz!”

À minha princesa Lívia, criança amada, esperta e que em muitos momentos pedia para eu largar o computador e pegá-la no colo. A você dedico todas as minhas realizações.

“E não há nada, pra comparar, para poder lhe explicar, como é grande o meu amor por você...!”

“Quero sua risada mais gostosa, esse seu jeito de achar que a vida pode ser maravilhosa..!”

Ao pequeno Luiz que cresce em meu ventre! Você já é tão amado!

“Vem, oh meu bem, não chore não, vou cantar pra você... Um anjo do céu, que me escolheu, serei o seu porto, guardião da pureza... que é pra eu cuidar, que é pra eu amar...”

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, pelas inúmeras vezes que solicitei-os, pedindo sabedoria e forças e agradecendo por essa oportunidade.

À Professora Doutora Sandra Marisa Pelloso, pela confiança, sabedoria transmitida, amizade e carinho. Que Deus abençoe você!

A todas as Professoras do Programa, em especial àquelas que me auxiliaram em preparos de artigos, incentivaram e orientaram nas disciplinas.

À companheira de todas as horas, amiga que ganhei nesse período, que aprendeu, sofreu, se divertiu e viveu emoções comigo. Cátia, sem você tudo teria sido mais difícil... e espero que nossa parcerias nas pesquisas continue.

À Maria do Rosário, minha Coordenadora na Faculdade Ingá, que me apoio nos momentos em que precisei de alterações no horário de aula, incentivou-ME e confiou em mim.

À Marlene, minha Secretária do lar, que teve paciência comigo e auxiliou na minha organização pessoal.

A todos os amigos que me apoiaram, deram força e incentivo!

A todos os participantes do projeto do bebê de risco, que direta ou indiretamente auxiliaram a conclusão dessa pesquisa.

A todas as famílias pesquisadas, especialmente as puérperas que nos receberam em seus lares, nos confiaram suas angústias e incertezas e se tornaram parte de nossa história.

RESUMO

BELENTANI, L. M. Alterações emocionais e sexuais no puerpério de mulheres com bebês incluídos em programa de vigilância ao recém-nascido de risco. 2009. f. 99 Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2009.

O ciclo gravídico puerperal é um período de mudanças para as mulheres, e o puerpério é um momento de transição, onde ocorrem alterações no corpo, no emocional, na sexualidade, nas relações familiares e sociais. Embasado por essas alterações, no período puerperal os profissionais da saúde devem prestar o apoio necessário no seu processo de reorganização físico-psíquica, principalmente quando se tratar de um puerpério com recém-nascido (RN) de risco. O objetivo deste estudo consiste em analisar o comportamento de puérperas com recém nascidos considerados de risco e as implicações associadas à vida sexual, emocional, no atendimento pré-natal e puerperal. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo coorte, com mães de RN que foram incluídos no Programa de Vigilância do Bebê de Risco existente na cidade de Maringá-PR, que residiam nessa cidade e aceitaram participar da pesquisa. A amostra foi recrutada nas fichas existentes na Secretaria de Saúde de Maringá. Esse estudo é um subprojeto do Projeto denominado: “Condições de Vida e Saúde de Bebês de Risco e suas Mães em Maringá-PR, ao longo do primeiro ano de vida”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Para a coleta de dados dessa pesquisa, foram realizadas três visitas domiciliares com um instrumento pré-elaborado, onde foram aplicadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questões objetivas e abertas. Para a análise dos dados foi utilizado o teste Qui-quadrado de Independência (ou de associação para verificar se houve associação estatisticamente significativa). A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sendo liberada com o Parecer N° 451/2008. A população estudada constituiu-se de 193 puérperas com bebês de risco, com a média de idade de 24,4 anos, 64,6% (124) brancas, 85,5 % casadas, 36,3% (70) com ensino médio completo, 57,5% (111) tinham ocupação/trabalho fora de casa e a renda familiar

média foi de R\$1.770,00. Os dados obstétricos dessa gestação foram 51,7% (96) dos RN nasceram com 36 semanas ou menos de gestação, 71,5% das mulheres tiveram parto cesárea, 60,6% tiveram atendimento pelo SUS, apenas 43,0% planejaram a gravidez, 64,3% eram primíparas, 83,3% realizaram seis consultas ou mais no pré-natal, o método contraceptivo mais utilizado no puerpério foi a pílula, 63,0% realizaram a consulta puerperal e 48,4% das puérperas receberam visita do Programa Saúde da Família até os 45 dias pós-parto. As variáveis tipo de atendimento de saúde e tipo de parto tiveram associação estatística com o número de consultas pré-natais. Os fatores associados com a realização da consulta puerperal foram escolaridade, estado civil, renda familiar, tipo de atendimento e tipo de parto. Deram respostas emocionais positivas, aos 45 dias, três e seis meses 79,0%, 84,0% e 82,5%, respectivamente. O único fator associado com o estado emocional aos seis meses foi a realização da consulta puerperal. A sexualidade apresentou-se alterada no pós-parto, com 45,8% pior que antes no terceiro e 26,3% no sexto mês. Retornaram à atividade sexual após os 42 dias de puerpério 65,6% das mulheres. O convívio com o companheiro teve associação significativa com a sexualidade aos seis meses. Percebe-se a importância do atendimento à saúde pré e pós natal para que o puerpério seja vivido da melhor forma possível. É necessária uma atenção voltada não somente à contracepção e aspecto físico, mas também ao emocional e à sexualidade da puérpera.

Palavras-chave: Período pós-parto. Saúde da mulher. Sexualidade.

ABSTRACT

BELENTANI, L. M. Emotional and sexual alterations in puerperium of women with babies included in program of surveillance to the newly born of risk. 2009. f.99 Master's Dissertation in Nursing – Postgraduate Course in Nursing, State University of Maringá, Maringá PR Brazil, 2009.

Whereas the puerperal pregnancy cycle is a period of great change in the female, the puerperium is a transition period in which alterations in the body, emotions, sexuality, family and social relationships occur. Owing to these changes during the puerperium, health professionals should give special assistance to females in their process of physical and psychic reorganization, especially when their newly born child is at risk. Current analysis deals with the behavior of puerperal females with health-risk newly born children and the implications associated to their sexual and emotional life during prenatal and puerperal attendance. Current quantitative cohort-type study with mothers of health-risk newly born children is integrated in the Newly-born Children at Risk Program in Maringá PR Brazil. The mother lived in Maringá and accepted a proposal to participate in the current. Sample was recruited from dossiers in the Health Secretariat of Maringá and current investigation consists of a section of the project "Life and health conditions of risk children and their mothers in Maringá throughout the children's first year," of the Nursing Department of the State University of Maringá. Three home visits were undertaken to collect data with a pre-elaborated form containing open and objective questions. A Free Consent Term was signed previous to data collection. Chi-square Test analyzed data to verify statistically significant association. Research was approved by the Ethics Committee in Research on Humans of the State University of Maringá (reg. number 451/2008). Population comprised 193 puerperal females with risk babies, mean age 24.4 years, 64.6% (124) white and 85.5 % married, 36.3% (70) with complete upper high schooling, 57.5% (111) worked outside their homes, with average family earnings R\$1,770.00. Obstetrics data showed that 51.7% (96) of recent-born children were born after a 36-week pregnancy or less; 71.5% had caesarian birth; 60.6% were attended by the government health system; only 43.0% planned their pregnancy; 64.3% were mothers

for the first time; 83.3% had made six or more visits to the doctor during the prenatal period; the pill was the commonest contraceptive method during puerperium; 63.0% made a puerperal visit to the doctor and 48.4% of puerperal mothers were attended by the Family Health Program up till 45 days after giving birth. Variable types of health attendance and type of birth were statistically associated with the number of prenatal visits to the doctor. Factors associated with puerperal visits to the doctor were schooling, civil state, family earnings, type of attendance and birth. Further, 79.0%, 84.0% and 82.5% gave positive emotional answers after 45 days, 3 months and 6 months respectively. Puerperal visit to the doctor was the single factor associated with the emotional state after 6 months. Sexuality underwent changes in the afterbirth period with 45.8% worse prior to the third month and 26.3% on the sixth one. It should be noted that 65.6% of the females engaged once more in sexual activity after 42 days during the puerperal period. Conviviality with the partner was significantly associated with sexuality after six months. Results show the importance of prenatal and postnatal health attendance so that the puerperium period could be experienced in the best way possible. Contraception methods, physical appearance, emotional stance and sexuality of the puerperal female are of paramount importance.

Keywords: Postpartum period. Women's Health. Sexuality.

RESUMEN

BELENTANI, L. M. Alteraciones emocionales y sexuales en el puerperio de mujeres con bebés incluidos en programa de vigilancia al recién-nacido de riesgo. 2009. f.99 Disertación (Maestría) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Estadual de Maringá, 2009.

El ciclo del embarazo puerperal es un período de cambios para las mujeres, y el puerperio es un momento de transición, en que ocurren alteraciones en el cuerpo, en el emocional, en la sexualidad, en las relaciones familiares y sociales. Embasado por esas alteraciones, en el período puerperal los profesionales de la salud deben conceder el apoyo necesario en su proceso de reorganización físico-psíquica, principalmente cuando se tratar de un puerperio con recién-nacido (RN) de riesgo. El objetivo de este estudio consiste en analizar el comportamiento de puérperas con recién-nacidos considerados de riesgo y las implicaciones asociadas a la vida sexual, emocional, en la atención prenatal y puerperal. Se trata de un estudio cuantitativo, del tipo coorte, con madres de RN incluidas en el Programa de Vigilancia del Bebé de Riesgo existente en la ciudad de Maringá-PR, que vivían en esa ciudad y aceptaron participar de la investigación. El muestreo se reclutó en las fichas existentes en la Secretaria de Salud de Maringá. Ese estudio es un sub-proyecto del Proyecto denominado: “Condiciones de Vida y Salud de Bebés de Riesgo y sus Madres en Maringá-PR, a lo largo del primer año de vida”, del Departamento de Enfermería de la Universidad Estadual de Maringá. Para la colecta de datos de esa investigación, se realizaron tres visitas domiciliarias con un instrumento anteriormente elaborado, donde se aplicó, tras firmar del Término de Consentimiento Libre y Aclarado, cuestiones objetivas y abiertas. Para el análisis de los datos se utilizó el teste Qui-Quadrado de Independencia (o de asociación para verificar si hubo asociación estadísticamente significativa). Se sometió la investigación a la apreciación de Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de la Universidad Estadual de Maringá, y fue liberada con el Parecer N° 451/2008. La población estudiada se constituyó de 193 puérperas con bebés de riesgo, con un promedio de edad de 24,4 años, el 64,6% (124) blancas, el 85,5 % casadas, el 36,3% (70) con enseñanza intermedia completa, el

57,5% (111) tenían ocupación/trabajo fuera de casa y la renta familiar media fue de R\$ 1.770,00. Los datos obstétricos de esa gestación fueron el 51,7% (96) de los RN nacieron con 36 semanas o menos de gestación, el 71,5% de las mujeres tuvieron parto cesárea, el 60,6% tuvieron atención por el SUS, sólo el 43,0% planificaron el embarazo, el 64,3% eran primíparas, el 83,3% realizaron seis consultas o más en el prenatal, el método contraceptivo más utilizado en el puerperio fue la píldora, el 63,0% realizaron la consulta puerperal y el 48,4% de las puérperas recibieron visita del Programa Salud da Família hasta los 45 días pos-parto. Las variables tipo de atención de salud y tipo de parto tuvieron asociación estadística con el número de consultas prenatales. Los factores asociados con la realización de la consulta puerperal fueron escolaridad, estado civil, renta familiar, tipo de atención y tipo de parto. Dieron respuestas emocionales positivas, a los 45 días, tres y seis meses el 79,0%, el 84,0% y el 82,5%, respectivamente. El único factor asociado con el estado emocional a los seis meses fue la realización de la consulta puerperal. La sexualidad se presentó alterada en el posparto, con el 45,8% peor que antes en el tercero y el 26,3% en el sexto mes. Volvieron a la actividad sexual tras los 42 días de puerperio el 65,6% de las mujeres. El convivido con la pareja tuvo asociación significativa con la sexualidad a los seis meses. Se percibe la importancia de la atención a la salud antes y tras natal para que el puerperio sea vivido de la mejor forma posible. Es necesaria una atención volcada no solamente a la contracepción y aspecto físico, pero también al emocional y a la sexualidad de la puérpera.

Palabras-clave: Periodo de posparto. Salud de la mujer. Sexualidad.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das puérperas segundo características sócio-demográficas. Maringá-PR, 2009.....	38
Tabela 2	Distribuição das puérperas segundo ocupação e renda. Maringá-PR, 2009.....	42
Tabela 3	Distribuição das puérperas com recém-nascidos considerados de risco segundo existência de doença prévia. Maringá-PR, 2009.....	43
Tabela 4	Distribuição das puérperas segundo número de filhos, o tipo de convênio, tipo de parto realizado, fator classificatório de risco relacionado ao bebê e se o bebê ficou na UTI. Maringá-PR, 2009.....	44
Tabela 5	Distribuição das puérperas quanto à gravidez planejada e presença de intercorrência durante a gestação. Maringá-PR, 2009.....	46
Tabela 6	Relação entre o motivo do RN ser de risco e se houve intercorrência gestacional. Maringá- PR, 2009.....	47
Tabela 7	Distribuição das puérperas segundo peso aos seis meses pós-parto, considerando se a puérpera recuperou peso ganho na gestação. Maringá-PR, 2009.....	48
Tabela 8	Distribuição das puérperas segundo amamentação e contracepção ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.....	50
Tabela 9	Distribuição das puérperas segundo número de consultas no pré-natal, realização da consulta puerperal e visita do Programa Saúde da Família. Maringá-PR, 2009.....	52
Tabela 10	Relação entre números de consultas realizadas no pré-natal pelas puérperas com o tipo de convênio de saúde e parto. Maringá-PR, 2009.....	55
Tabela 11	Relação entre consulta puerperal realizada pelas puérperas e escolaridade, estado conjugal, renda familiar, tipo de parto e convênio de saúde. Maringá-PR, 2009.....	57

Tabela 12	Distribuição das puérperas segundo auto-percepção sobre estado emocional ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.....	60
Tabela 13	Distribuição das puérperas segundo percepção sobre a qualidade do relacionamento com diferentes atores de seu convívio social. Maringá-PR, 2009.....	64
Tabela 14	Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e convívio com o companheiro. Maringá-PR, 2009.....	65
Tabela 15	Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e intercorrências na gestação. Maringá-PR, 2009.....	66
Tabela 16	Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e consulta puerperal. Maringá-PR, 2009.....	67
Tabela 17	Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e se o RN ficou na UTI. Maringá-PR, 2009.....	68
Tabela 18	Distribuição das puérperas segundo percepção da sexualidade e incômodo no corpo. Maringá-PR, 2009.....	70
Tabela 19	Relação entre a sexualidade das puérperas ao longo do puerpério e incômodo no corpo. Maringá-PR, 2009.....	71
Tabela 20	Relação entre a sexualidade das puérperas ao longo do puerpério e convívio com o companheiro. Maringá-PR, 2009.....	72
Tabela 21	Relação entre a sexualidade das puérperas e amamentação ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.....	74

LISTA DE SIGLAS

CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEN	Departamento de Enfermagem
DHEG	Doença hipertensiva específica da gravidez
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DIEESE	Departamento intersindical de estatística e estudos socioeconômicos
EPDS	Escala de distúrbios psiquiátricos no pós-parto
ESF	Equipe Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de massa corpórea
ITU	Infecção do trato urinário
NV	Nascido(s) Vivo(s)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de assistência integral à saúde da mulher
PHPN	Programa de humanização no pré-natal e nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de informação de nascidos vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO		
1	INTRODUÇÃO	17
2	ESTADO DA ARTE	20
2.1	CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E SUAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES.....	20
2.1.1	Principais complicações puerperais	23
2.2	PUERPÉRIO COM BEBÊ DE RISCO.....	26
3	OBJETIVOS	29
3.1	OBJETIVO GERAL.....	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4	SUJEITOS E MÉTODOS	30
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
4.3.1	Critérios de inclusão	31
4.3.2	Critérios de exclusão	31
4.3.3	Critérios de descontinuação	31
4.3.4	Amo stra do estudo	32
4.4	COLETA DE DADOS.....	32
4.5	ESTUDO PILOTO.....	33
4.6	VARIÁVEIS E CONCEITOS.....	33
4.6.1	Variáveis socio-econômicas e demográficas	33
4.6.2	Variáveis reprodutivas/obstétricas e puerperais	34
4.6.3	Variáveis do bebê	36
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM BEBÊ DE RISCO.....	38

5.2	HISTÓRIA OBSTÉTRICA, PUERPERAL E NEONATAL.....	44
5.3	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPERAL.....	52
5.3.1	Consultas pré-natais e fatores associados.....	55
5.3.2	Consulta puerperal e fatores associados.....	56
5.4	FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO COM BEBÊ DE RISCO.....	59
5.5	FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES NA SEXUALIDADE DE PUÉRPERAS COM BEBÊS DE RISCO.....	69
5.5.1	Sexualidade e retorno às atividades sexuais no puerpério.....	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE.....	91

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico puerperal é um período de mudanças para a mulher e o puerpério é entendido como um momento de transição psicossocial da gestação e parto para uma nova condição, que inclui um processo subjetivo de re-significação de si, do próprio corpo, das relações familiares e sociais e ainda uma nova inserção sociocultural mediada pelo complexo fenômeno da maternidade (BARBOSA, 2006).

Nesse aspecto, é preciso abordar o processo puerperal e de maternidade de maneira ampla, visualizando a puérpera como mulher com suas necessidades, somadas às necessidades do bebê e da família (BARBOSA, 2006).

Durante esse período ocorrem muitas alterações fisiológicas normais, como: alteração dos sinais vitais, lactação, involução uterina, contração uterina e lóquios e às vezes complicações, entre elas infecção ginecológica, hemorragia e intercorrências mamárias (REZENDE, 2000). As puérperas também estão mais vulneráveis para doenças psiquiátricas, as quais influenciam negativamente no vínculo e na interação entre mãe e bebê (HORNSTEIN et al., 2006) e é responsável por diminuir a qualidade de vida do binômio mãe/filho (ROJAS et al., 2006; TYCHEY et al., 2007).

Outra possível mudança é o padrão de sexualidade, que pode alterar-se, necessitando de reorganização e redirecionamento do desejo sexual (BRASIL, 2006).

Embasado por essas alterações, no período puerperal os profissionais da saúde devem prestar o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização física e psíquica, quanto ao vínculo com o recém-nascido (RN), nas mudanças corporais e emocionais, além da retomada do planejamento familiar (BRASIL, 2006), porém, cumpre lembrar que entre as fases do ciclo gravídico puerperal, o puerpério é o período em que a mulher fica mais desassistida pela equipe de saúde e as atenções são essencialmente voltadas ao RN (STEFANELO; NAKANO; GOMES, 2008).

Durante o internamento, no puerpério imediato, há maior acompanhamento por profissionais da saúde do que no puerpério tardio, quando a mulher já está inserida no contexto familiar. Porém, o tempo de permanência da mulher na maternidade é curto (24-48h). Assim, as mulheres estão recebendo alta precoce, tendo que se adequar sozinhas às necessidades da criança sem adquirirem estabilidade

emocional suficiente, necessitando dessa forma de orientações e acompanhamento sobre os cuidados com a criança e para o seu auto-cuidado (ALMEIDA, 2005). Rodrigues et al (2006), concluíram que algumas puérperas se sentem abandonadas e desamparadas durante a hospitalização, necessitando de maior interação interpessoal entre profissional e cliente.

Vê-se a importância do cuidado de enfermagem no puerpério, pelo suporte de enfrentamento e de adaptação à maternidade realizado não apenas durante a internação e retorno para consulta médica ou de enfermagem, mas também através das visitas domiciliares e inclusão dos membros da família (ZAGONEL et al, 2003; STEFANELO; NAKANO; GOMES, 2008).

Para atender a mulher com enfoque à sua saúde, são necessárias capacitações, para focar suas necessidades em todos os processos da vida. Com relação à enfermagem obstétrica, há um crescimento no conhecimento técnico-científico por meio de uma crescente qualificação das enfermeiras obstétricas. Vale salientar que nem sempre o preparo técnico supre as necessidades de comunicação e atenção, de forma acessível, às mulheres (RODRIGUES et al., 2006). O avanço do conhecimento nos fenômenos físicos tem proporcionado grande destreza e habilidades necessárias à prática do atendimento, porém não são suficientes para suprir as necessidades psicológicas que permeiam esse período (BRASIL, 2006).

Além dos profissionais da saúde, os membros familiares necessitam de preparo (orientado por profissional de saúde) para auxiliar e cuidar da puérpera, pois dentre as fases do ciclo gravídico puerperal, o puerpério é o período em que o cuidado com a saúde da mulher é realizado principalmente no interior da família, a qual possui uma importância e influência cultural única (STEFANELO; NAKANO; GOMES, 2008).

Esse cuidado à mãe deve ser reforçado quando o RN for considerado de risco, pois este pode exigir maiores cuidados e desgaste físico e psicoemocional por parte da mãe. De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), a média anual de nascidos vivos (NV) no Brasil é de 3.021.199 bebês/ano. Desses nascimentos, 7,8% nascem com menos de 2.500g, 5,8% são prematuros (menos de 37 semanas de gestação), 3,9% apresentam apgar ≤ 7 no 5º. min. de vida e 0,57% nascem

com alguma anomalia congênita, ou seja, são considerados de risco (DATASUS, 2009).

Por todos esses aspectos relevantes de mudanças na vida da mulher e da importância de um acompanhamento puerperal de qualidade, pela necessidade de atenção pela enfermagem às puérperas durante todo o ciclo puerperal justifica-se levantar as principais implicações na vida e na saúde materna, experienciadas por mulheres que tiveram RN de riscos no sentido de contribuir na melhora da qualidade da assistência prestada durante o puerpério.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E SUAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, tendo como foco principal a atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Na década de 70 o movimento feminista brasileiro contribuiu para ampliar a atenção à mulher por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004; ALMEIDA; SILVA, 2008), introduzindo na agenda da política nacional algumas questões que atinjam as mulheres em todos os ciclos da vida, levando em consideração as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (BRASIL, 2004).

No ciclo gravídico-puerperal, a atenção à mulher deve iniciar-se no pré-natal e fortalecer-se no pós-parto. O Ministério da Saúde (2006) recomenda o número mínimo de seis consultas pré-natais, em que uma deva acontecer no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre, além da coleta de vários exames laboratoriais e a imunização contra tétano ou o seu reforço em mulheres já imunizadas (BRASIL, 2006).

O pré-natal é de suma importância para uma gestação saudável, e é por meio dele que as gestantes devem receber ajuda e orientações quanto às mudanças corporais e emocionais, alimentação adequada, parto, amamentação, cuidados com o bebê, além da prevenção e controle de intercorrências e doenças (BRASIL, 2000).

Durante o pré-natal, o enfermeiro necessita obter informações sobre as necessidades físicas, psicológicas e educacionais da mulher (RODRIGUES et al., 2006) e atentar-se para fatores de risco levando em consideração idade menor que 15 e maior que 35 anos, mulheres que fazem esforço físico em demasia, trabalha com carga horária extensa, possua situação familiar e conjugal insegura, não planejou a gravidez, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dependente química, de muito baixa estatura, com história reprodutiva anterior não benéfica, portadoras de doenças crônicas e/ou doenças obstétricas na gravidez atual (BRASIL, 2006).

A saúde da mulher e a detecção de fatores de risco durante a gravidez é grande influenciadora no estado físico e psíquico no puerpério e nas condições de saúde do bebê. Dourado (2005), expõe que a gravidez de alto risco compromete a mãe e o feto, sendo responsável por morbidade ou mortalidade, tanto materna como neonatal.

O puerpério é definido como o intervalo entre o parto e a volta do corpo da mulher ao estado anterior da gestação. Neste período se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto (REZENDE, 2000).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), definem como o intervalo de seis semanas entre o nascimento do bebê e o retorno dos órgãos do sistema reprodutor ao seu estado normal.

Nessa mesma linha de pensamento, o Ministério da Saúde (2001) determina que o puerpério inicia-se de 01 a 02 h após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, dependendo do tempo de amamentação em que a lactância evita que haja retorno do ciclo menstrual (BRASIL, 2001). É dividido em três fases, puerpério imediato que se inicia no 1º dia pós parto e vai até o 10º dia, quando ocorrem as maiores mudanças fisiológicas no organismo da mulher, buscando atingir o estado anterior da gestação, o tardio que vai do 10º ao 42º dia, período denominado de transição, quando as funções começam a ser influenciadas pela lactação e o pós-parto remoto, que vai do 42º dia em diante, período de duração indefinida, sendo mais breve nas mulheres que não amamentam, podendo chegar até um ano pós-parto em mães que amamentam (REZENDE, 2000; BRASIL, 2006).

O puerpério, por ser influenciado por vários fatores, desencadeia modificações físicas e emocionais na mulher e torna-se um momento carregado de sentimentos e sensações. Essas mudanças refletem a necessidade de adaptações em seu cotidiano domiciliar e profissional, pela presença de um novo membro familiar (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Durante o período puerperal ocorrem importantes modificações gerais no organismo materno, os quais podem gerar problemas emocionais, de auto-estima, secundários ou não às alterações físicas. No puerpério imediato, as alterações físicas são maiores e o organismo involui rapidamente. Os sinais vitais se tornam alterados durante o parto e o puerpério imediato, nas primeiras 24 h é comum a temperatura

elevar-se, em consequência da desidratação causada pelo trabalho de parto e nascimento. Se a febre permanecer por dois dias consecutivos é necessário investigar febre patológica. A frequência cardíaca costuma diminuir nos primeiros dias do puerpério, atingindo o valor mínimo de 50 batimentos por minuto, conseqüente à redução da vascularização. No entanto a frequência respiratória raramente se altera e a pressão arterial fica com valor similar ao da paciente em condições normais, sendo sua queda ou aumento resultado de complicações (BRANDEN, 2000).

Nos primeiros dias, a vulva está edemaciada e os pequenos lábios ficam “desaparecidos”. Quando o pós-parto é por via vaginal, a vagina encontra-se congestionada pela isquemia sofrida pela apresentação fetal no local. Pode haver sangramento ou incômodo no local da episiotomia ou laceração. Para ocorrer a involução da genitália, eventos como a lactação, tipo de parto e fatores individuais da mulher são determinantes. O útero é o órgão mais envolvido e comprometido na involução puerperal, seu fundo desce logo nas primeiras horas pós-parto, ficando mais próximo da reborda pubiana e com consistência firme pela contração. O miométrio por sua vez, retrai e contrai-se, gerando hemostasia da ferida placentária. O colo uterino mantém-se fortemente hiperemiado (REZENDE, 2000).

Branden (2000) expõe que após a expulsão da placenta, o útero inicia a involução, por meio de contrações musculares e autólise, até o miométrio atingir o seu tamanho normal.

A involução uterina é mais acelerada entre o 3º e 10º dia pós-parto e, na lactante, é ainda mais rápida por exacerbar a contração e retração uterina a cada amamentação (REZENDE, 2000).

As alterações endócrinas estão relacionadas com as alterações do sistema reprodutor. Após a dequitação da placenta, os níveis de hormônios placentários caem bruscamente, durante os sete primeiros dias. A ovulação não acontece em parte das mulheres que amamentam, pelo nível baixo de estrogênio circulante (BRANDEN, 2000).

Apesar de serem naturais e previsíveis as alterações físicas nas puérperas, muitas mulheres podem adoecer e morrer no puerpério. Em um estudo feito em Recife-PE, das 933 mulheres internadas numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

obstétrica, 86,6% estavam no período pós-parto, enquanto 88,9% foram internadas por síndromes hipertensivas da gravidez (AMORIN et al, 2006).

Laurenti; Jorge; Gotlieb (2004) observaram em 2002 que, dos 239 óbitos maternos nas capitais brasileiras, 22,6% ocorreram durante a gravidez, 28,9% nas primeiras 48 horas após o parto e 32,6 % entre 48 h e 42 dias tendo, portanto número considerável de mortes no puerpério.

As principais medidas para redução da mortalidade e morbidade materna podem ser uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério, dependendo, assim, principalmente dos profissionais de saúde.

Apesar de a mortalidade materna não aparecer entre as dez causas de óbito entre as mulheres em idade fértil (10-49 anos), o problema é grave, pois a gravidez é um momento relacionado à vivência da sexualidade e não é doença, sendo, portanto, em quase a totalidade dos casos mortes evitáveis (BRASIL, 2004) e poderiam ser reduzidas se houvesse melhor disponibilidade de uso dos serviços de saúde (PELLOSO, 1999).

2.1.1 Principais complicações puerperais

Vivenciar o período pós-parto não quer dizer estar doente. Contudo, é uma condição especial na vida dessas mulheres, e algumas intercorrências clínicas, ou até mesmo as chances de morte fazem com que o puerpério seja considerado um período de risco para a saúde das mulheres (CABRAL, 2007).

Dentre as principais complicações do puerpério, a infecção puerperal tem uma posição importante, por ser totalmente prevenível. É definida como infecção no aparelho genital, que pode se originar de traumas cirúrgicos, manipulação vaginal excessiva, amniorrexe ou trabalho de parto prolongado, debilidade imunológica, retenção de restos ovulares, entre outros (BRASIL, 2000).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), descrevem que a infecção puerperal ocorre nos primeiros 28 dias pós-parto ou aborto. Entre elas estão a endometrite, infecções do trato urinário, do trato respiratório e a mastite.

Em 1847 o médico húngaro Inácio Felipe Semmelweis descobriu a infecção hospitalar por contaminação cruzada, ao observar que as infecções puerperais surgiam

quando estudantes de medicina e professores cuidavam das parturientes e puérperas após manipularem cadáveres (REZENDE, 2000).

Os distúrbios da lactação apresentam-se como umas das mais comuns complicações puerperais. A mastite é a mais grave delas, caracterizando-se por inflamação e infecção da mama e que poderia ser evitada com orientação sobre a técnica adequada da amamentação e prevenção de fissuras. O principal microrganismo causador é o *Staphylococcus aureus* (REZENDE, 2000).

Geralmente, a mastite é unilateral e inicia-se com uma fissura infectada no mamilo que atinge os ductos. São mais comuns entre a segunda e quarta semana pós-parto e o tratamento é baseado em administração de antibióticos e esvaziamento das mamas frequente, pela amamentação ou ordenha manual, tendo a enfermagem importância crucial nesse momento (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Entre as síndromes hipertensivas na gestação e puerpério, a eclampsia é a mais grave, e uma das principais causas de morte materna. Ocorre quando a mulher, além de hipertensão arterial, apresenta crises convulsivas generalizadas e/ou coma. (BRASIL, 2000). Geralmente ocorre na gestação, mas pode surgir ou piorar no pós-parto.

A hemorragia pós-parto é uma complicação que pode ocorrer pela hipotonia uterina, lacerações do trajeto do parto normal e incisão da episiotomia. A atonia é a principal causa, sendo consequência de alguns desses fatores: trabalho de parto e/ou parto prolongado, gemelaridade, polidramnio e choque hipovolêmico, podendo ser evitada pela compressão bimanual do útero por um profissional da enfermagem, uso de ocitócitos e supervisão rigorosa para possível correção cirúrgica (REZENDE, 2000).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), enfatizam que a hemorragia precoce no puerpério é um evento detectável apenas quando a mãe apresenta sintomas e diagnosticada com a perda de sangue acima de 500 mL nas primeiras 24 h após o parto vaginal. Quando a hemorragia ocorre após as primeiras 24 h e antes das seis primeiras semanas pós-parto é denominada hemorragia tardia, e se não for detectada ou controlada a tempo, a paciente pode evoluir para um choque hipovolêmico.

No pós-parto ocorrem também problemas emocionais pela vulnerabilidade das puérperas para doenças psiquiátricas (HORNSTEIN et al., 2006).

A maior atenção da família e de profissionais da saúde a puérperas é importantíssimo para evitar problemas emocionais, como por exemplo: tristeza, baby blues (estado depressivo mais brando), distúrbios do humor, depressão pós-parto, alteração da sexualidade etc. Destas alterações, a depressão pós-natal é a mais frequente depois do nascimento, com uma prevalência de 10 a 15% (MALLIKARJUM; OYEBODE, 2005).

Os fatores de risco para desenvolver depressão pós-parto incluem fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais, como: depressão ou ansiedade durante a gravidez, eventos estressantes da vida durante gestação ou puerpério precoce, enfraquecimento das atividades da vida diária, baixo suporte social, história pregressa de depressão, separação do binômio na volta do trabalho, baixa auto-estima pelo não retorno do corpo original e desajuste entre o casal (pai e mãe) (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; MALLIKARJUM; OYEBODE, 2005; ROJAS et al. 2006; TYCHEY et al. 2007).

De acordo com a pesquisa realizada por Robertson et al. (2004), todas as mulheres estão susceptíveis para desenvolver depressão pós-parto e os fatores de risco podem ser classificados como brandos, moderados e elevados:

- 1) fatores elevados: depressão ou ansiedade durante a gestação; história pregressa de doença psiquiátrica; eventos estressantes da vida como: morte de um ente querido, briga ou divórcio entre o casal; desemprego e mudança de residência; suporte social relacionado com informações, matérias disponíveis e emoções (apoio de amigos, parentes, parceiro);
- 2) fatores moderados: personalidade materna relacionada com nervosismo, problemas no relacionamento do casal;
- 3) fatores brandos: fatores obstétricos como complicações na gestação (pré-eclampsia, hiperêmese, trabalho de parto prematuro); parto complicado; cesárea de emergência e parto prematuro, além de status socioeconômico desfavorável.

O aparecimento de transtornos psiquiátricos no puerpério e as alterações hormonais podem ser responsáveis pela depressão pós-parto, os níveis de estrógeno e progesterona ficam alterados (CAMACHO et al., 2006). Quando a puérpera já teve

um episódio de depressão puerperal, a recidiva ocorre entre 30 a 50% dos casos (BRANDEN, 2000).

Além dos fatores de risco, a tão desejada chegada do bebê desperta muita ansiedade nos pais e o bebê deixa de ser um sonho para ser real. Nesse momento, as necessidades próprias da mulher são postergadas pelas necessidades do recém-nascido, gerando aí alterações emocionais e vivenciais (BRASIL, 2006).

Os padrões de sexualidade podem estar alterados no puerpério gerando muitas vezes desarmonia no relacionamento. As pesquisas geralmente focam intercorrências vaginais, ignorando outros fatores causais como horas não-dormidas, problemas emocionais, exigências com o bebê, baixa auto-estima, mudanças físicas próprias do pós-parto, a espera pela consulta pós-parto (em torno da 6ª semana pós-parto) e o ato de amamentar (BRASIL, 2006; WILLIAMSON; McVEIGH; BAAFI, 2008).

No âmbito da saúde pública, a sexualidade é uma das prioridades, porém é limitada ao diagnóstico e tratamento de problemas de saúde ginecológica, em que a mulher é atendida individualmente (sem a presença do companheiro) (TRINDADE; FERREIRA, 2008), talvez pela falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre a importância que a sexualidade tem na vida das pessoas, encaixando-se como uma necessidade básica.

A assistência holística ao ser humano é um assunto que pauta na atualidade, e a sexualidade de extrema importância. Nesse sentido, Lazar (2002) considera a sexualidade como fundamental na vida humana, contribuindo para o bem estar individual e inserção social. É uma dimensão inseparável da pessoa em todos os momentos, manifestando-se pelas emoções, fantasias, sentimentos e desejos.

2.2 PUERPÉRIO COM BEBÊ DE RISCO

Durante o período pré-natal a expectativa da mãe e dos familiares está relacionada à chegada do bebê, e sentimentos como amor, medo, ansiedade, preocupação e insegurança atuam concomitantemente, além da adequação socioeconômica. Entretanto, a chegada de um RN de risco, faz com que estes sentimentos se potencializem alterando o processo de adaptação familiar (NAVAJAS; CANIATO, 2003), causando grande impacto às mães e a toda a família. Quando o

filho permanece internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, e a mãe recebe alta hospitalar, sentimentos ruins surgem, pela insegurança e distanciamento do bebê (ZAGONEL et al., 2003).

O Ministério da Saúde define como RN de risco: RN residente em área de risco, baixo peso ao nascer (< 2.500g), prematuros (< 37 sem. de gestação); asfixia grave (APGAR < 7 no 5º. min de vida); crianças internadas ou com intercorrências na unidade de assistência ao RN; RN de mãe adolescente; RN de mãe com baixa instrução (< de oito anos de estudo); história pregressa de morte de criança menor de cinco anos na família (BRASIL, 2004).

Além da adaptação dos pais ao filho que nasceu, o aspecto físico do RN que comumente diferem do idealizado pelos pais, leva a maior dificuldade na aceitação imediata da maternidade/paternidade (ZAGONEL et al., 2003), podendo acentuar-se quando o RN for pequeno, tiver deformidades, anomalias e cromossomopatias existentes em alguns bebês considerados de risco.

Quando o bebê é prematuro, a insegurança da mãe e do pai é grande, pois o recém nascido pré-termo geralmente é mantido no hospital para observação, para recomendações aos familiares ou para o tratamento em si. Desde o trabalho de parto e parto prematuro, os pais enfrentam um trauma e problemas emocionais, por ser um parto urgente e inesperado e, após a alta hospitalar pode surgir concomitante com o sentimento de vitória, o de insegurança, pois em casa necessitarão cuidar do RN, ainda fragilizado, sozinhos (NAVAJAS; CANIATO, 2003; SOUZA et al., 2007).

A prematuridade e o baixo peso constituem importantes causas básicas ou associadas da mortalidade perinatal, neonatal e infantil; o bebê precisa de maior cuidado, pois o risco de morbimortalidade é tanto maior quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, havendo riscos na adaptação à vida extra-uterina pela imaturidade dos órgãos e sistemas (SCOCHI et al., 2003). Essa possibilidade de doença ou morte pode levar os pais ao estresse e desarmonia familiar.

O bebê com anomalia congênita também necessita de maiores cuidados, tanto por parte da família, quanto por parte dos profissionais da saúde, os quais têm dificuldade para enfrentar essa situação, em razão da sua complexidade (GUILLER; DUPAS; PETTENGILL, 2007).

Guiller, Dupas e Pettengill (2007) em sua pesquisa mostram que, apesar dos pais sentirem-se angustiados e culpados quando descobrem que seu bebê possui alguma anomalia congênita, estes apresentam menos estresse, ansiedade, depressão e mais atitudes positivas em relação à doença da criança quando há acompanhamento e orientações por profissionais da enfermagem, expressando assim seus anseios e dificuldades.

Outro fator importante associado à predisposição de recém nascido de risco é a gravidez na adolescência.

Mesmo quando um RN nasce com peso e idade gestacional normal, sem anomalias ou necessidades especiais, a maternidade na adolescência é responsável por considerar o RN de risco. Uma mãe adolescente precisa de uma atenção minuciosa pela equipe de saúde e pela rede familiar, pois, segundo Motta (2001), a adolescência implica em um período de conflitos e crises, onde há mudanças físicas e emocionais, adaptação a transformações corporais, alteração no ciclo existencial da pessoa pela tomada de posição social, familiar, sexual e entre os membros do grupo.

Bergamaschi (2007), acrescenta que as adolescentes, ao se sentirem seguras e apoiadas para prestar cuidados aos seus filhos fortalecem o vínculo com o bebê e demonstram maior amadurecimento e responsabilidade.

Para Luz (1999), a adolescente vivencia com um filho recém nascido, seus próprios processos de amadurecimento, envolvendo e integrando não só o seu desenvolvimento físico, como psicoemocional, intelectual, familiar; expõe ainda que a adolescente não consegue avaliar com clareza que está vivendo uma situação ambígua: é adolescente, mas com responsabilidade de adulta.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

O objetivo deste trabalho consiste em analisar o comportamento de puérperas com recém nascidos considerados de risco e as implicações associadas à vida sexual, emocional, no atendimento pré-natal e puerperal.

3.2 ESPECÍFICOS:

- a) caracterizar a população segundo variáveis socio-demográficas;
- b) descrever a história obstétrica e reprodutiva das mulheres;
- c) levantar as intercorrências gestacionais;
- d) identificar as intercorrências psicoemocionais experienciadas até o sexto mês do puerpério;
- e) verificar as alterações na vida sexual e o convívio familiar e social.

4 SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa é um estudo quantitativo, do tipo coorte. Faz parte do projeto “Condições de Vida e Saúde de Bebês de Risco e suas Mães em Maringá-PR, ao longo do primeiro ano de vida”, desenvolvido por meio de seis subprojetos, vinculados ao Departamento de Enfermagem. Este projeto recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 485489/2007-4. O estudo com as puérperas integra o subprojeto: “Saúde materna e reprodutiva no primeiro ano após o parto”, sendo utilizados dados coletados em três das seis visitas domiciliares, realizadas aos 45 dias, três meses e seis meses pós-parto.

As puérperas participantes do estudo foram localizadas a partir das fichas do Programa de Vigilância do Bebê de Risco. Este Programa foi criado no município no ano de 2000, e tem como objetivo acompanhar todos os bebês considerados de risco durante o primeiro ano de vida. Os fatores de risco adotados no município são: baixo peso ao nascer (<2500g), idade gestacional inferior a 36 semanas (pré-termo), pontuação do Apgar ≤ 7 no 5º. min de vida, idade materna ≤ 17 anos, presença de anomalias congênitas no RN e fatores sociais que incluem entre outros, mães usuárias de drogas, portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças transmissíveis. Todas as semanas, a equipe designada visita os hospitais e preenche as fichas de todos os RN e suas mães que se enquadrem como de risco. Essa ficha é arquivada na Secretaria de Saúde do município, e uma cópia é encaminhada à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, de acordo com o endereço de residência para que as crianças sejam acompanhadas ao longo do primeiro ano de vida.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa ocorreu na cidade de Maringá, localizada ao Noroeste do Estado do Paraná, com população estimada de 324.397 mil habitantes, 488 km² de superfície e densidade demográfica de 643,87 habitantes por km² (IBGE, 2009).

Esta cidade está inserida e é sede da 15ª Regional de Saúde, sendo referência para outros municípios na assistência em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por meio de rede de serviços conveniada e contratualizada.

No ano de 2008 o município possuía 26 UBS, e 25 delas tinham equipe de saúde da família (ESF) e uma de referência para urgências.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com as puérperas que tiveram filhos no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2008 incluídos no Programa de Vigilância do Bebê de Risco do Município de Maringá-PR.

4.3.1 Critérios de inclusão

- ser mãe de bebê incluído no Programa do Bebê de risco do município de Maringá-PR entre 1º de maio e 31 de outubro de 2008;
- morar na cidade de Maringá e/ou distrito de Iguatemi.

4.3.2 Critérios de exclusão

- recusa da mãe em participar da pesquisa;
- mulheres não encontradas por terem dado endereço inexistentes;
- mães cujo bebê faleceu antes de completar 45 dias;

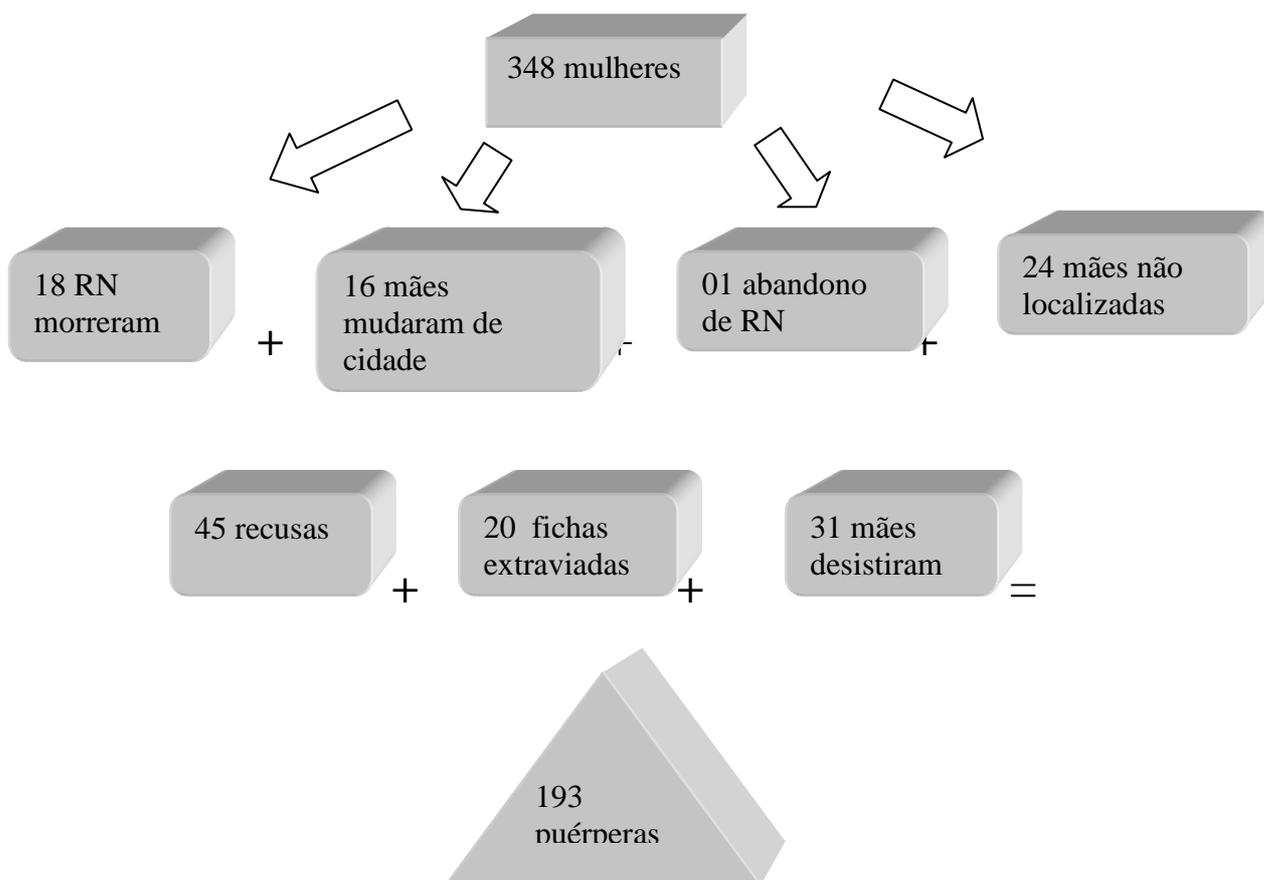
4.3.3 Critérios de descontinuação

- desistência da mãe em continuar no projeto;
- falecimento do bebê durante o decorrer do projeto;
- mães que mudaram de cidade no decorrer do tempo;
- mães que mudaram de residência e não deixaram o novo endereço para contato;

- mães que abandonaram seu filho.

4.3.4 Amostra do estudo

O total de mães residentes em Maringá-PR com RN de risco no período de 1º de maio até 31 de outubro de 2008 foi de 348 mulheres. Após algumas perdas (55,5%), restaram 193 mulheres.



4.4 COLETA DE DADOS

Após a identificação das mães, a partir das fichas de RN de risco triados pelo Programa de Vigilância, as visitas domiciliares foram agendadas previamente por telefone.

No projeto, os bebês foram acompanhados até um ano de vida, por meio de seis visitas domiciliares. Para a presente pesquisa com as mães, foram utilizados

dados coletados por ocasião da segunda visita realizada no 45º dia pós-parto, terceira visita aos três meses e quarta visita aos seis meses, com questões sobre o puerpério.

Foi utilizado um instrumento de pesquisa semi-estruturado com questões objetivas e subjetivas (Apêndice 1), com caracterização da mulher, condições psicoemocionais da mãe, condições sociais (relacionamento com família, amigos, pessoas de apoio etc.), atendimento pré-natal, atividades sociais, planejamento familiar, acompanhamento puerperal domiciliar e institucional, entre outros. As questões abertas foram gravadas.

4.5 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto com dez puérperas internadas no Hospital Universitário de Maringá e, a partir deste, foram realizadas alterações no instrumento de coleta de dados.

4.6 VARIÁVEIS E CONCEITOS

As variáveis utilizadas nesse estudo foram:

4.6.1 Variáveis sócio-econômicas e demográficas

- Idade: a idade da puérpera no dia da primeira visita, logo no puerpério imediato.
- Escolaridade: de acordo com o último ano cursado, mesmo ainda sendo estudante. Foi dividido em analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e completo.
- Estado conjugal: estado conjugal no dia da primeira visita, sendo eles: com companheiro (casada e em união estável) e sem companheiro (solteira).

- Ocupação: principal ocupação/trabalho.
- Raça/cor: classificada em branca, parda, preta e amarela.
- Renda familiar total: corresponde à soma do salário de todos os integrantes familiares residentes no domicílio. Foi usado o valor em real e transformados em salário mínimos com o valor vigente na época da pesquisa.
- Antecedentes mórbidos da mulher: as seguintes opções foram dadas, hipertensão, diabetes, cardiopatia, cromossomopatias, epilepsia, endocrinopatias, obesidade/sobrepeso (IMC), uro-nefropatias, trombofilias, patologia respiratória, infecções.

4.6.2 Variáveis reprodutivas/obstétricas e puerperais

- Número de filhos vivos: incluindo o RN.
- Planejamento da gravidez: se o filho foi planejado ou não.
- Tipo de parto realizado nessa última gestação: normal ou cesárea.
- Tipo de atendimento de saúde: atendimento pré-natal e puerpério pelo SUS ou plano de saúde/particular.
- Peso ganho na gestação: diferença entre peso anterior e ao final da gestação, obtido à partir dos registros na carteira de pré-natal ou informação verbal.
- Número de consultas pré-natais: registrados na carteira do pré-natal ou informado pela mulher no caso de não encontrada a carteira, e classificado em nenhuma, cinco ou menos e seis ou mais.

- Risco gestacional ou intercorrências obstétricas: ocorrência de alguma intercorrência com a mulher ou se a gravidez foi de risco e especificado o porquê.
- Consulta puerperal: realização da consulta puerperal até os 42 dias pós-parto (sim ou não).
- Visita da ESF: se recebeu a visita de algum profissional da ESF até os 45 dias pós-parto, sem especificar se para o RN ou para a mãe e quem visitou.
- Retorno à atividade sexual após o parto: com as opções menos de dez dias; 10-20 dias; 20-30 dias; 30-42 dias ou mais de 42 dias. Quando respondido que ainda não havia acontecido, foi considerado como mais de 42 dias.
- Modo de contracepção utilizado aos 45 dias, três meses e seis meses, com as opções nenhuma, preservativo, dispositivo intra uterino (DIU), pílula anticoncepcional, injetáveis, tabelinha, coito interrompido e outros.
- Peso recuperado: cálculo entre peso perdido no sexto mês de puerpério e peso ganho na gestação, para verificar se mãe voltou ao peso anterior à gestação, mantém-se acima ou abaixo do peso.
- Percepção sobre o convívio com familiares, amigos, companheiro e demais filhos aos 45 dias: com as opções ótimo, bom, péssimo e cansativo.
- Estado emocional: auto-percepção de como a mãe se sente emocionalmente.
 - Conforme as respostas dadas pelas puérperas, o estado emocional foi dividido em três classificações: equilíbrio emocional (bem, ótima, melhor, realizada, feliz, responsável, mais preparada, tranqüila, normal, completa, bonita, afortunada, dedicada, maravilhada, animada, segura, satisfeita, apaixonada, contente); indecisa/imprecisa (em

adaptação, com medo, aceitando mais, acostumando com a idéia, paciente, mais ou menos, não sei explicar, indiferente) e emocionalmente abalada (angustiada, cansada, gorda, esgotada, preocupada, abalada, sem liberdade, estressada, muito ocupada, entediada, impaciente, muito magra, mal, estranha, menos frustrada).

- Sexualidade: investigada aos 45 dias e seis meses pós-parto, de acordo com a percepção: desejo sexual se manteve, melhorou ou piorou no puerpério.
- Auto-estima/incômodo corporal: investigado aos 45 dias e seis meses se houve algum incômodo com a estética corporal após o parto, e qual foi.
- Amamentação: se amamentou seu filho nas três visitas, com as classificações amamentou e não amamentou.

4.6.3 Variáveis do bebê

Com a intenção de levantar a influência no puerpério, fez-se necessário coletar alguns dados do RN:

- classificação de risco: o motivo que o levou a ser classificado como bebê de risco, com as opções baixo peso ao nascer ($<2.500\text{g}$), prematuridade (≤ 36 semanas gestacionais), baixo Apgar no 5º min de vida (≤ 7), presença de anomalia congênita, mãe portadora do vírus HIV e mãe com menos de 17 anos.
- internação na UTI: se ficou internado ou não, não sendo especificado o tempo e motivo.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados e submetidos à análise estatística pelos Softwares R version 2.7.0 e o SAS 9.1 (English); a tabulação dos dados e a representação gráfica foram realizadas com o auxílio do Microsoft Office Excel 2007.

O teste Qui-quadrado de Independência (ou de associação) foi utilizado em todos os cruzamentos para verificar se houve associação significativa entre os fatores que implicam no estado emocional aos 45 dias e aos seis meses, na sexualidade aos 45 dias e aos seis meses, no número de consultas no pré natal e na consulta puerperal, conforme reclassificação das variáveis de acordo com os critérios de interesse do pesquisador.

Em casos onde existem caselas com frequências menores que 1 ou em que mais de 30% das caselas possuam os valores esperados pequenos, o teste Qui-quadrado de Independência foi substituído pelo teste Exato de Fisher, no qual, estima a partir da menor frequência contida na tabela a probabilidade de ocorrência deste valor e de uma frequência menor ainda.

Os testes têm por objetivo avaliar as hipóteses:

H_0 : não há dependência entre as variáveis, ou seja, as variáveis não estão associadas;

H_1 : há dependência entre as variáveis, ou seja, as variáveis estão associadas.

Todos os testes foram realizados com nível significância de 5% ($\alpha=5\%$).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto: “Condições de vida e saúde de bebês de risco e suas mães em Maringá- Pr, ao longo do primeiro ano de vida”, foi desenvolvido de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que envolve pesquisa com seres humanos e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, (Parecer N° 451/2008) (Anexo 1). O sub-projeto 6, incluído nesse projeto, corresponde a essa pesquisa.

As mulheres foram informadas a respeito da pesquisa e, ao optarem por participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização da entrevista (Anexo 2), sendo garantida a não-identificação dos sujeitos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM BEBÊ DE RISCO

Foi utilizada a variável idade da puérpera, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de moradores na residência, e história mórbida pessoal.

Tabela 1: Distribuição das puérperas segundo características sócio-demográficas. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	Porcentagem (%)
Idade		
17 anos ou menos	52	26,9
18 a 29 anos	92	47,7
30 a 35 anos	35	18,1
35 anos ou mais	14	7,3
Escolaridade*		
Fundamental incompleto	39	20,3
Fundamental completo	13	6,8
Médio incompleto	39	20,3
Médio completo	70	36,5
Superior incompleto	05	2,6
Superior completo	26	13,5
Raça/cor **		
Branca	124	64,6
Parda	46	23,9
Negra	18	9,4
Amarela	04	2,1
Estado conjugal		
Com companheiro	165	85,5
Sem companheiro	28	14,5

*01 não resposta de escolaridade

**01 não resposta de raça/cor

A média de idade das mulheres em estudo foi de 24,4 anos. A idade mínima foi 14 e a máxima de 41 anos.

A maternidade na adolescência esteve muito presente (26,9%), já que RN de mães menores de 17 anos se enquadraram como de risco no Programa Bebê de Risco. A gravidez na adolescência não constitui um fenômeno recente. A história mostra que, na antiguidade, casamentos eram realizados com meninas adolescentes quando assumiam lugar de esposa e de mãe, sendo-lhes imposta uma vida sem muitas escolhas e, para os padrões culturais da época, os casamentos eram considerados como acontecimento habitual e, a maternidade não era vista como um “perigo” para o RN (BERGAMASCHI, 2007).

Com o passar dos anos, após muitos estudos, a gravidez na adolescência passou a ser considerada como fator de risco para o bebê, tanto por ser a mãe inexperiente, quanto pelas condições físicas de uma gestante adolescente gerar um filho. Silva et al. (2009) lembram que, para a sociedade, a adolescente geralmente possui uma capacidade subestimada de assumir as responsabilidades e as demandas da maternidade.

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Gama et al. (2001) constataram que mulheres com idade entre 15-19 anos apresentam maior número de RN com baixo peso ao nascer (OR: 1,36 e $p < 0,001$) do que as puérperas de 20 a 24 anos e maior concentração de RN com Apgar < 7 no primeiro minuto, não havendo diferenças entre as faixas etárias no valor do Apgar no 5º min.

A gravidez na adolescência é considerada como um fator relevante para a ocorrência de baixo peso ao nascer (risco relativo de 1,34) (UCHIMURA et al., 2007) e prematuridade, considerando que geralmente há ganho de peso inadequado na gestação, imaturidade do sistema reprodutivo, pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente (ROTH; HENDRINCKSON; STOWELL, 1998). Porém, no presente estudo, percebe-se que foram poucas as adolescentes, (6-3,1%) cujos RN nasceram com baixo peso ou prematuro. A maioria dos casos de RN de adolescentes foi inscrito no programa única e exclusivamente em decorrência de a baixa idade materna constituir um risco para o desenvolvimento do bebê, devido a sua menor experiência em realizar cuidados com o bebê e a uma maior

instabilidade emocional (ROTH; HENDRINCKSON; STOWELL,1998), fatores nem sempre observados no transcorrer do projeto.

No entanto, ser mãe após os 40 anos, principalmente primípara, também pode constituir fator de risco tanto para a mãe como para o bebê. No presente estudo apenas 2,1% (4) das mulheres tinham 40 anos ou mais. Para Cecatti et al. (1998), a gravidez na mulher entre os 40-45 anos é alvo de preocupação para os profissionais da saúde e em estudo em que comparavam mulheres em gestações com 40 anos e de 20 a 29 anos, encontraram frequência duas vezes maior de morte neonatal e quatro vezes maior de morte fetal tardia, baixo índice de apgar, associação com hipertensão arterial, diagnóstico de sofrimento fetal intraparto e hemorragia puerperal entre as mulheres mais velhas.

Em relação à escolaridade, nota-se que mais da metade (52,6%), tinha um bom grau de instrução, com 39,1% tendo concluído o ensino médio (ensino médio completo e superior incompleto) ou o curso superior (13,5%).

De acordo com a escolaridade das mães dos 4.177 nascidos vivos (NV) no município de Maringá-PR em 2007, 60,7% tinham de oito a onze anos de escolaridade (similar ao ensino fundamental completo ou médio incompleto ou completo), 24,9% com 12 ou mais anos de estudo (superior incompleto ou concluído) e 13,7% com apenas quatro a sete anos (fundamental incompleto) (DATASUS, 2009). Esses dados nos mostram que as mães dos RN de risco em estudo possuem menor escolaridade do que o grupo de mulheres que tiveram filho no ano anterior no mesmo município, sendo maior o número de mães de RN de risco com escolaridade abaixo de 11 anos e menor o número das que ingressaram numa faculdade, fato que pode ser influenciado pelo número de adolescentes no estudo.

Haidar, Oliveira e Nascimento (2001) identificaram que a menor escolaridade materna está associada ao nascimento de bebê de baixo peso, podendo estar relacionada ao menor intervalo entre as gestações e a baixo padrão sócio-econômico das mães, o que dificulta o ganho de peso na gestação, e pré-natal de baixa qualidade.

Uchimura et al., (2007) observaram que das mães que tiveram filhos com baixo peso ao nascer (34%) em Maringá-PR entre os anos de 1996-2002, houve risco relativo maior (1,20) entre as mães com baixa escolaridade.

Apesar de a escolaridade ser menor do que a média do município, o número de

mulheres que possuem o ensino médio prevalece. A escolaridade em nível nacional tem elevado nos últimos anos, tendo especial destaque a escolaridade feminina. Sua maior prevalência de anos de estudo ocorre a partir do ensino médio e se estende ao curso superior, tendo não apenas a maioria das matrículas, mas também o maior número entre os concluintes (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2009).

Com relação ao estado conjugal, das 165 (85,5%) mulheres que possuem companheiro, 68,5% (113) são casadas e as demais (31,5%) viviam em união consensual.

Embora as mulheres negras no Estado do Paraná corresponda a 2,4% da população de mulheres em idade fértil (IBGE, 2009) e de acordo com o perfil das parturientes residentes em Maringá em 2007 (último ano que consta no banco de dados do Ministério da Saúde) apenas 0,4% das mulheres que deram à luz no município em 2007 eram negras, observamos que entre as puérperas do presente estudo, 9,4% eram negras, mostrando disparidade entre o número de mulheres de origem negra que tiveram filhos considerado de risco (DATASUS, 2009).

A elevada ocorrência de adoecimento, intercorrências na saúde e morte da população negra em estudos brasileiros apóia-se nas baixas condições sócio-econômicas dessa população, já que as variáveis genéticas entre as raças não são capazes de explicar os diferenciais em saúde por grupo racial (ARAÚJO, 2007).

Martins (2006) levanta que as mulheres brasileiras de origem negra possuem os piores níveis de renda, escolaridade e condições de vida e saúde no país.

No estado do Paraná, segundo o sistema de informação de mortalidade do Ministério da Saúde, a razão de mortalidade materna (RMM) calculada em dez anos foi de 39,6 para raça branca e 179,8 para a raça negra (DATASUS, 2009).

Ainda mostrando a disparidade entre os grupos étnicos, Martins (2006) encontrou que dos 306 óbitos maternos no Brasil, ocorridos entre 2000 e 2002, a RMM entre as negras foi de 245,4 mortes por cada 100.000 nascidos vivos, enquanto a raça branca obteve uma RMM de 49,2. Esses valores nos alertam para o maior número de nascimento de bebês prematuros, baixo peso e apgar baixo entre a população negra, pois estas possuem maior risco para apresentar intercorrências obstétricas pelas condições sócio-econômicas e culturais desfavoráveis.

Tabela 2: Distribuição das puérperas segundo ocupação e renda. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	%
Ocupação		
Remunerada	92	47,7
Não remunerada	101	52,3
Renda familiar*, **		
Até um salário	06	3,4
Entre 1 e 2 SM	38	21,4
Entre 2 e 5 SM	91	51,1
Entre 5 e 10 S	31	17,4
Mais de 10 SM	12	6,7
Convênio		
SUS	117	60,6
Plano de saúde	73	37,8
SUS e Plano de saúde	03	1,6

*SM: Salário mínimo da época (R\$ 415,00).

**15 não respostas de renda familiar

Das 193 mulheres, a maioria (52,3%) não tinha ocupação remunerada, destas 81,2% (82) se intitulavam como do lar e 15,8% (16) estudantes. Esse número de estudantes e donas de casa pode estar relacionado às puérperas adolescentes do estudo.

Silva et al. (2009) relatam que apenas 14% das puérperas adolescentes são estudantes; 50% não exercem nenhum tipo de trabalho remunerado, mas exercem trabalhos no lar e 35% exercem atividade remunerado fora do domicílio.

Com relação à renda familiar, de acordo com a tabela do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) o salário mínimo vigente no período da coleta dos dados era de R\$ 415,00. O salário mínimo não atende às necessidades básicas de uma família brasileira, que é composta pela mãe, pai e dois filhos. Conforme pesquisas realizadas pelo DIEESE que calcula o valor ideal do salário mínimo, o valor mínimo necessário seria de R\$2.041,80 na época do estudo. Este valor seria capaz de atender às necessidades vitais básicas de uma família, com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene,

transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim (DIEESE, 2009).

A renda familiar média das puérperas em estudo foi de R\$1.770,00 (4,3 salários mínimo); mínima de nenhuma renda e máxima de R\$ 15.000,00 (36,1 salários mínimo). Percebe-se que a renda média do estudo é menor do que o salário mínimo necessário calculado pelo DIEESE, na época do estudo, porém melhor que a renda familiar encontrada em Ribeirão Preto, onde 36% das mulheres possuem renda familiar entre 200 a 400 reais; 2,7% entre 400 a 700 reais; 18% tinham renda entre 700 a 1000 reais (SILVA et al., 2009).

Em estudo realizado na Bahia, Almeida (2005) observou que 25,9% das mulheres não sabiam a renda mensal e das que sabiam, 36,2% recebiam até um salário mínimo; 17,2% de um a sete salários mínimos e 1,7% não tinha renda mensal familiar, sendo ajudada por terceiros.

Tabela 3: Distribuição das puérperas com recém-nascidos considerados de risco segundo existência de doença prévia. Maringá-PR, 2009.

Mulher possui doença prévia	N	%
Sim	113	58,6
Não	80	41,4

Das puérperas pesquisadas, 58,6% (113) possuíam problemas de saúde prévios à gestação. Entre os inúmeros problemas, temos 28,3% (32) com sobrepeso/obesidade, 12,4% (14) com problemas respiratórios, 8,8% (10) hipertensão; apenas 3,5% (4) afirmaram ter depressão, 2,6% (3) síndrome do pânico e 0,9% (1) transtornos de ansiedade.

Para Pinto e Silva (1994), as doenças maternas sistêmicas como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, nefropatias, cardiopatias e distúrbios da tireóide, entre outras, podem resultar em parto prematuro espontâneo ou induzido devido complicações maternas e/ou fetais, e conseqüentemente baixo peso neonatal e valor de apgar baixo.

Robertson et al. (2004) considera que a história pregressa de doença psiquiátrica, desde transtornos do humor à depressão, é fator de risco elevado para distúrbios emocionais no pós-parto.

5.2 HISTÓRIA OBSTÉTRICA, PUERPERAL E NEONATAL

Tabela 4: Distribuição das puérperas segundo número de filhos, o tipo de convênio, tipo de parto realizado, fator classificatório de risco relacionado ao bebê e se o bebê ficou na UTI. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	%
Número de filhos		
Um	124	64,6
Dois	49	25,5
Três ou mais	19	9,9
Dados perdidos	01	-
Tipo de Parto		
Parto Normal	55	28,5
Parto cesáreo	138	71,5
Fator classificatório*		
≤ 2,5 kg	84	32,7
≤ 36 semanas	96	37,4
≤ 17 anos	51	19,8
Apgar ≤ 7	11	4,3
Anomalia	15	5,8
Bebê ficou na UTI		
Sim	43	22,3
Não	150	77,7

*64 bebês tiveram mais de um fator classificatório para ser de risco, ultrapassando o número de 193 puérperas.

Um grande número de mulheres tinha apenas o recém-nascido como filho (primíparas), totalizando 64,3% (124). Em Recife-PE, entre as puérperas com pré-eclampsia pesquisadas, aproximadamente 65% eram primíparas, corroborando com nossa pesquisa.

A mãe primípara vivencia uma fase inédita em sua vida, onde o desconhecido exercício do papel materno anda paralelamente ao medo e insegurança. É nesse momento que a enfermagem precisa praticar ações humanísticas, éticas e harmoniosas (RODRIGUES et al, 2006).

Foram encontrados nos fatores responsáveis por intitular os filhos dessas puérperas como de risco que 34,1% (64) dos bebês tiveram mais de um fator classificatório para ser de risco, sendo 28,2% (53) a associação de prematuridade e baixo peso e 2,1% (quatro) prematuridade e mãe adolescente.

No Estado do Paraná, no ano de 2007, dos 147.554 bebês que nasceram 18,3% apresentaram algum dos seguintes: 8,6% (12.639) peso \leq 2.500g; 6,7% (9.973) com \leq 36 semanas gestacionais; 2,4% (3.605) com Apgar \leq 7 no 5º min e 0,6% (918) nasceram com alguma anomalia congênita (DATASUS, 2009).

Em Maringá, também no ano de 2007, nasceram 4.177 bebês, e 8,8% (367) nasceram com \leq 36 semanas gestacionais; 8,7% (366) com peso \leq 2.500 g; 2,1% (88) tiveram o apgar no 5ª min de vida \leq 7 e 0,8% (32) nasceram com anomalia congênita (DATASUS, 2009).

A maioria das mulheres foi submetida ao parto cesárea (71,5%). No Brasil, o percentual de cesáreas (43%) é maior do que o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (15%), sendo de 80% o índice entre as mulheres que utilizam planos de saúde e 26% no SUS (BRASIL, 2009-a).

De acordo com a pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (2006) os resultados da prática obstétrica é preocupante, uma vez que a proporção de partos por cesárea elevou-se na última década, chegando a 43,8% no país, e nas regiões sul e sudeste estes valores são de 51,6% e 51,7%, respectivamente (BRASIL, 2009-b).

A porcentagem de cesáreas maior do que a média nacional demonstrada pelo Ministério da Saúde pode ser justificada pela característica das gestações das mulheres dessa pesquisa, em que o risco a complicações obstétricas e neonatais são fatores indicativos de parto cirúrgico. No entanto, o Ministério da Saúde alerta que a abordagem à gestante de alto risco deve ser diferenciada pela maior probabilidade de complicações e maior grau de ansiedade, mas não significa “necessariamente” realizar um parto por cesárea (BRASIL, 2001).

No Brasil, as indicações de cesárea por risco materno ou fetal vêm sendo superadas por indicações relativas, onde não há risco eminente (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

Ainda com relação ao parto, Lazar (2002) encontrou valores de cesárea (46,9%) inferiores a esta pesquisa, e 53,1% de partos vaginais.

Silva et al. (2009) pesquisaram puérperas adolescentes e observaram que 68% tiveram parto normal e 32% cesárea; valores muito distantes do encontrado em nossa pesquisa.

Em um hospital universitário de Florianópolis-SC, durante cinco anos, ocorreram 32,6% de cesárea (SAKAE, FREITAS e d'ORSI, 2009).

Tabela 5: Distribuição das puérperas quanto à gravidez planejada e presença de intercorrência durante a gestação. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	%
Gravidez planejada		
Sim	83	43,0
Não	110	57,0
Intercorrências na gestação		
Sim	88	45,6
Não	105	54,4

O fato de 57,0% (110) das mulheres não ter planejado a gravidez pode estar relacionado à inclusão de adolescentes no estudo, fator esse preocupante e que faz refletir sobre uma maior abordagem da enfermagem em relação ao planejamento familiar e contracepção entre a população mais jovem.

Resultado semelhante teve o estudo realizado com puérperas em São Paulo, onde 60% das gestações não foram planejadas, embora tenham sido desejadas pela maioria dessas mulheres (LAZAR, 2002).

Carmo (2006), corrobora com esses resultados quando apresenta que entre 244 puérperas pesquisadas, 56,1% não planejaram a gestação.

Tiveram intercorrências na gestação, 45,6% (88) das mulheres, sendo que destas, 39,8% (35) alegaram terem tido doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e/ou pré-eclampsia; 19,3% tiveram problemas urinários, com sua maioria (12,5% do total) sendo infecções do trato urinário (ITU). Tiveram problemas placentários como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, trombose placentária entre outros, 20,4% (18) das mulheres.

Tabela 6: Relação entre o motivo do RN ser de risco e se houve intercorrência gestacional. Maringá- PR, 2009.

Motivo do RN ser de risco	Intercorrência gestacional				Total	P
	Sem intercorrência		Com intercorrência			
	N	%	N	%		
≤ 2,5 Kg	12	6,4	15	8,0	27	0,0096*
≤ 36 semanas	18	9,6	14	7,4	32	
≤ 17 anos	35	18,6	10	5,3	45	
Apgar ≤ 7	06	3,2	04	2,1	10	
Anomalia	05	2,7	05	2,7	10	
2 ou mais motivos	27	14,4	37	19,6	64	
Total	103	54,9	85	45,1	188	

*estatisticamente significante nível de significância de 5%

Percebemos a associação estatística entre o alto número de mulheres com intercorrência e o nascimento de RN de risco. Entre os RN que tiveram 2 ou mais motivos para se enquadrarem como de risco (34,0%), houve prevalência da associação entre prematuro e baixo peso (82,8%).

Para Silva (2008), as intercorrências na gestação como hemorragias, infecções, alteração do volume amniótico, hipertensão arterial, eclampsia e internação na gestação constitui risco para nascimento de RN pré-termo, com associação estatística significativa ($p < 0,05$).

São classificados como fatores de risco reprodutivos: baixa escolaridade, poucos recursos financeiros, mãe sem companheiro, falta de apoio familiar, abortos prévios, história pregressa de recém-nascido de risco, histórico obstétrico

desfavorável, DHEG, idades extremas da mulher, doenças crônicas e etc. (BRASIL, 2000). Para Tedesco (2000), há risco elevado para o feto nas gestações onde há intercorrências e risco para a mãe.

Carmo (2006) levanta que, além de outros fatores, intercorrências clínicas na gestação como infecções, diabetes mellitus, anemias, síndromes hipertensivas, alterações ginecológicas e obstétricas relacionadas principalmente com a placenta e útero, podem desencadear o nascimento de um bebê de baixo peso.

Para corroborar com a informação de que intercorrências gestacionais são fatores predisponentes a nascimentos de bebês de risco, podemos observar no estudo em São Paulo que 92,9% das puérperas (sem bebês de risco) não tiveram intercorrências na gestação (Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005).

Com relação ao peso ganho na gestação, a média foi de 13,48 Kg, com mínimo de -1 Kg (perdeu peso) e máximo de 35 Kg.

Tabela 7: Distribuição das puérperas segundo peso aos seis meses pós-parto, considerando se a puérpera recuperou peso ganho na gestação. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	%
Peso aos seis meses pós-parto		
Emagreceu mais do que ganhou	32	16,6
Atingiu o peso pré-gestacional	14	7,3
Não atingiu o peso pré-gestacional	84	43,5
Indeterminado	63	32,6

Nota-se que o peso ganho na gestação teve uma boa média, embora tenha tido mulher que emagreceu em todo o período gestacional e mulher que ganhou peso exageradamente. Carmo (2006) encontrou ganho ponderal gestacional médio de 12,75 kg, com mínimo de 2 kg e máximo de 20 kg. O ganho ponderal abaixo do recomendado (dependendo do IMC, o mínimo de 6 kg e máximo de 18 kg) pode estar associado ao baixo peso ao nascer.

Na pesquisa foi levantado o quanto a puérpera havia engordado durante a gestação e foi realizado um acompanhamento coletando dados sobre o emagrecimento

da puérpera aos 45 dias, 3 e 6 meses. Ao final do estudo uma nova variável foi criada utilizando as seguintes informações peso ganho na gestação e quanto emagreceu aos 6 meses.

A classe indeterminada foi criada devido às mães que informaram não se pesar ou não saber o peso anterior, logo não foi possível verificar se as mesmas haviam recuperado o peso anterior.

Amaral (2006) encontrou que, dentre as variáveis que determinaram a retenção de peso pós-parto, teve associação significativa o ganho de peso gestacional ($p=0,007$) e a renda familiar percapita ($p=0,017$), tendo as mulheres com rendas maiores menos peso com o passar do período pós-parto.

Kac (2001) levantou em sua revisão de literatura que os principais fatores determinantes de retenção de peso no pós-parto foram o ganho de peso gestacional e a intensidade da amamentação.

O controle de retenção de peso após o parto poderia ser realizado com cuidados específicos no pré-natal e puerpério, com o auxílio de enfermeiros, médicos, profissionais de educação física e nutricionistas (AMARAL, 2006).

Tabela 8: Distribuição das puérperas segundo amamentação e contracepção ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	45 dias		Três meses		Seis meses	
	n	%	N	%	n	%
Aleitamento materno						
Sim	162	86,6	139	76,0	111	61,7
Não	25	13,4	44	24,0	69	38,3
Contracepção						
Nenhum	63	32,7	33	17,7	23	12,6
Camisinha	29	15,0	27	14,5	27	14,8
DIU	01	0,5	03	1,6	04	2,2
Injetável	02	1,0	08	4,3	11	6,0
Injetável e camisinha	-	-	01	0,6	01	0,6
Pílula	90	46,6	108	58,1	109	59,9
Pílula e camisinha	05	2,6	03	1,6	04	2,2
Laqueadura	03	1,6	03	1,6	03	1,6

Entre as mulheres que se encaixam como as que amamentaram, estão as que amamentavam exclusivamente ao peito e as que utilizavam complemento. No entanto, para saber se houve influência na sexualidade, não importava se era exclusivo ou não, portanto não foi especificado. Percebe-se que grande parte das mulheres amamentou seus filhos (mesmo em muitas vezes não sendo exclusivo), com diminuição gradativa ao longo dos meses.

O desmame precoce durante os primeiros seis meses pode ser influenciado por diversos fatores como a desinformação das mulheres sobre o valor da alimentação ao seio, necessidade da mulher ter uma vida economicamente ativa, falta de apoio social e cumprimento das leis trabalhistas, conhecimentos e práticas negativas do pessoal de saúde, ausência de políticas sociais e de programas de promoção, proteção e apoio a amamentação (CARVALHO, TAMEZ, 2002).

No Brasil, a prevalência do aleitamento materno (exclusivo e não exclusivo) em 1999 encontrada por Sena (2007) foi de 87,3%, 77,5% e 68,6% aos 30 dias, quatro e seis meses, respectivamente, corroborando com os resultados nessa pesquisa.

Em 2002 e 2003, a frequência do aleitamento materno entre crianças de zero a seis meses no Brasil foi de 58%, sendo de 61% na região Sul do país. Os fatores desfavoráveis encontrados foram mães com idade superior a 30 anos, quatro ou mais moradores no domicílio e uso de creche (WENZEL, 2008).

Mesmo apresentando porcentagem próxima às encontradas nos estudos nacionais, o aleitamento materno deveria ter sido intensificado entre as puérperas estudadas por se tratar de bebês de risco, por ser o leite materno indispensável nos primeiros seis meses de vida da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento adequado, segundo necessidades do bebê (BRANDEN, 2000, BRASIL, 2001).

O método contraceptivo mais utilizado foi a pílula seguido por preservativo. Nas três visitas, mais de 2,0% das mães faziam uso de mais de um tipo de contracepção. Percebe-se considerável número de mães que não adotaram nenhum método, expondo-se ao risco de nova gravidez. Esse número foi decrescente nas três visitas, e representou 32,7% (63) da amostra nos 45 primeiros dias pós-parto; 17,7% (33) no terceiro mês e 12,6% (23) no sexto mês. Além de possível influência da consulta puerperal para haver aumento de contracepção com o passar dos dias, o fato de algumas mães desmamarem seu filho também pode influenciar.

Apesar de a amamentação exclusiva ao seio ser um método contraceptivo, por adiar a ovulação, é imprevisível a sua ocorrência, sendo necessário iniciar uma contracepção extra para evitar gravidez indesejada e até mesmo gestação com intervalo pequeno, gerando riscos à mãe e à saúde do bebê (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

Em um inquérito populacional para averiguar os métodos contraceptivos em uso mais frequente entre as mulheres em idade fértil cadastradas no PSF de Maringá-PR, observou-se que 50,3% utilizavam pílula; 32,0% tinham laqueadura; 28,1% utilizavam o preservativo e 18,3% métodos naturais como a tabelinha e o coito interrompido, sendo o DIU presente em apenas 2,1%, mesmo sendo disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA et al., 2006).

Vieira, Brito e Yazlle (2008) levantaram em sua pesquisa que os principais métodos contraceptivos indicados no puerpério são: métodos não-hormonais como amenorreia e lactação; métodos de barreira como preservativo (masculino ou

feminino), diafragma vaginal (indicado só após seis semanas do parto); DIU, métodos hormonais e como contracepção definitiva a laqueadura das trompas.

Abuchaim (2005) levantou em sua pesquisa que as puérperas aos seis meses pós-parto sentem medo de utilizar métodos hormonais de contracepção, pelo receio de que a pílula para mulheres que amamentam não possua composição confiável, partindo então para o uso de preservativos, DIU e o coito interrompido; diferentemente dos resultados encontrados no presente estudo, em que a maioria das mulheres realizaram uso de pílula anticoncepcional, poucas o DIU e nenhuma referiu o coito interrompido.

5.3 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPERAL

O número de consultas pré-natais, a realização de consulta puerperal e visita do PSF até os 45 dias serão apresentadas na Tabela 09.

Tabela 09: Distribuição das puérperas segundo número de consultas no pré-natal, realização da consulta puerperal e visita do Programa Saúde da Família. Maringá-PR, 2009.

Variável	N	%
Consultas no pré-natal *		
Nenhuma	02	1,1
Cinco ou menos	28	15,6
Seis ou mais	150	83,3
Dados perdidos	13	-
Consulta puerperal **		
Sim	119	63,0
Não	70	37,0
Dados perdidos	04	-
Visita da ESF ***		
Realizada até 45 dias	93	48,4
Não realizada	99	51,6
Dados perdidos	01	-

*13 não respostas sobre número de consultas no pré-natal.

**04 não respostas sobre realização de consulta puerperal.

***01 não respostas sobre visita domiciliar pela ESF.

A média de consultas no pré-natal foi de 8,42; com desvio-padrão de 3,97; mínimo de nenhuma consulta e máximo de 30. Serruya, Cecatti e Lago (2004) relatam que, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído com objetivo de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com a recomendação de serem realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gestação. Embora o número de consultas sejam importantes, a qualidade do atendimento pré-natal pode ser mais valioso do que a quantidade (CARMO, 2006).

Realizaram um pré-natal com o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, 83,3% (150) das mulheres, corroborando com os dados apresentados pela PNDS de 2006, onde o acesso à assistência pré-natal no Brasil apresenta diferenças estatísticas, no sudeste com 88,2% e no sul 87,5%, apresentando os melhores resultados do país (BRASIL, 2009-b)

Em Pernambuco, entre mulheres usuárias de um serviço de referência para gestantes de alto risco, foi observado média de consulta pré-natal de 5,3, tendo apenas 35,2% realizado seis ou mais consultas (CARVALHO, 2005). Carmo (2006) encontrou média de consulta semelhante, com 5,7.

Resultados parecidos com este estudo foram encontrados em um estudo com mães adolescentes, com 95,45% que fizeram o pré-natal iniciando o acompanhamento no primeiro trimestre e 4,54% não fizeram pré-natal, apesar de ser comum a adolescente esconder a gravidez e retardar o atendimento, a maioria o fez (SILVA et al., 2009).

Apenas 63,0% (119) das mulheres realizaram consulta puerperal até os 42 dias, frequência baixa, por ser a consulta puerperal indispensável no conjunto da assistência ao ciclo gravídico puerperal, sendo o momento que se desvincula a saúde da mãe e do RN, retornando a atenção à saúde da mulher, e não da “mãe” (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Além de um momento de evitar e detectar complicações físicas e emocionais, a consulta no puerpério é um momento de orientações sobre contracepção, amamentação e sexualidade, entre outras.

Além disso, o PHPN fornece o incentivo financeiro à Secretaria Municipal de Saúde após todas as etapas de assistência no pré-natal, parto e puerpério serem

concluídas e alimentadas no sistema do Sis prenatal (Sistema Informatizado do Programa), como o registro no cadastramento do programa, as seis consultas pré-natais, exames obrigatórios, vacina antitetânica, a realização do parto e da consulta puerperal. Se a consulta puerperal não for realizada até os 42 dias, o Sis prenatal dá uma tolerância de até três meses após a data do parto para possibilitar a busca ativa das mulheres, para que o incentivo seja repassado para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2000). Essa tolerância pode ser a responsável pela não captação da puérpera pelas UBS no período recomendado, mesmo sendo os 42 primeiros dias pós-parto o momento ideal para se prevenir complicações e implementar orientações.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) explicitam que os serviços de saúde e os profissionais geralmente consideram o parto o “fim” do ciclo, não valorizando a consulta puerperal. O ideal seria fazer da ida da mãe na UBS ou no consultório para levar o filho para consulta ou vacinação o momento certo para orientar, agendar e/ou realizar a consulta até os 45 dias do puerpério.

O Ministério da Saúde (2004) ressalta esse pensamento, quando diz que as mulheres em sua grande maioria, retornam ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto para regularizar a vacinação do bebê e realizar a puericultura, deixando de lado a consulta puerperal, por incompreensão da sua importância e por desatenção dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Apesar da pouca cobertura puerperal encontrada no presente estudo, no Brasil, a PNDS 2006 levantou que apenas 39,2% das puérperas pesquisadas realizaram a consulta puerperal, sendo associado a sua realização com a macrorregião (sul e sudeste possuem a maior ocorrência), anos de estudo, tipo de serviço, classificação econômica e idade da mãe no parto (BRASIL, 2009- b).

Com relação às visitas domiciliares pelo PSF, 51,6% (99) das puérperas não receberam visita de nenhum profissional do programa. Entre as 48,4% (93) que receberam, muitas relataram informalmente terem sido visitadas com a atenção voltada ao RN, ou só para serem indagadas sobre vacinação. No entanto, não havia esse item sobre o foco da visita no nosso instrumento de trabalho.

As mulheres vêm a visita domiciliar voltadas às puérperas pela enfermagem como um suporte importante, havendo a necessidade de uma melhor articulação dos serviços de atenção básica como de atenção secundária (RODRIGUES et al., 2006).

O Ministério da Saúde (2006) recomenda que o sistema de saúde nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) deva assegurar a cobertura de todas as mulheres na gestação e após o parto e preconiza, além da consulta puerperal até 42 dias, acompanhamento periódico e contínuo durante o puerpério, proporcionando orientações necessárias por meio de ações educativas. Expõe, ainda, que a execução da atenção puerperal deva ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde, entre eles o agente comunitário de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos (BRASIL, 2006), além de oferecer atendimento às puérperas de forma individualizada, por ser o puerpério vivenciado de formas diferentes por cada mulher (BARBOSA, 2006). Por estar vivenciando um puerpério com RN de risco, a atenção à saúde dessa família deveria ter sido reforçada, com a totalidade das mães sendo visitadas pelo PSF.

5.3.1 Consultas pré-natais e fatores associados

Tabela 10: Relação entre números de consultas realizadas no pré-natal pelas puérperas com o tipo de convênio de saúde e parto. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Consultas no pré-natal						Total	P
	Nenhuma		Cinco ou menos		Seis ou mais			
	n	%	n	%	N	%		
Convênio (n=180)								
Plano de saúde	-	-	04	2,2	66	36,7	70	0,0106 *
SUS	02	1,1	24	13,3	81	45,0	107	
SUS/Plano de saúde ou particular	-	-	-	-	03	1,7	03	
Tipo de parto (n=180)								
Parto normal	01	0,6	14	7,8	37	20,6	52	0,0104*
Parto cesáreo	01	0,6	14	7,8	113	62,7	128	

*estatisticamente significante

Apesar de as mães que fizeram seis consultas ou mais pelo SUS representar 45,0% (81) do total de mulheres estudadas, percebe-se que elas representam 75,7%

das mulheres que foram atendidas no ciclo gravídico puerperal pelo SUS. Em contrapartida, das 70 puérperas que fizeram o pré-natal por convênio, 94,3% (66) tiveram o pré-natal com seis consultas ou mais, sugerindo-nos que possuir convênio de saúde é fator associado a um pré-natal com o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde.

Pelos dados, percebe-se que o objetivo do PHPN não foi alcançado, pois 24,3% das mulheres atendidas pelos SUS em UBS não realizaram o mínimo de consultas preconizadas (BRASIL, 2000).

Rasia e Albernaz (2008) encontraram desigualdade no atendimento pré-natal em Pelotas-RS, sendo que as mulheres com melhores condições financeiras e maior escolaridade foram as que mais consultas de pré-natal realizaram.

Em relação ao tipo de parto, os dados demonstram que houve maior número de consultas pré-natais entre as mulheres que tiveram parto cesáreo (88,3%- 113) em comparação às que tiveram parto normal (71,1%- 37).

Em nosso estudo não houve correlação entre o número de consultas pré-natal e escolaridade ($p=0,113$), raça/cor ($p=0,569$), idade ($p=0,683$), estado conjugal ($p=0,377$), renda familiar ($p=0,093$), dia de reinício da atividade sexual ($p=0,732$) e visita do PSF até os 45 dias ($p=0,709$).

5.3.2 Consulta puerperal e fatores associados

Tabela11: Relação entre consulta puerperal realizada pelas puérperas e escolaridade, estado conjugal, renda familiar, tipo de parto e convênio de saúde. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Consulta puerperal				Total	P
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Escolaridade **						
Fc + fi	24	12,8	27	14,4	51	
Mc + mi	69	36,7	38	20,2	107	0,088*
Sc + si	25	13,3	05	2,6	30	
Dados perdidos	-	-	-	-	05	
Estado conjugal						
Com companheiro	106	56,1	55	29,1	161	
Sem companheiro	13	6,9	15	7,9	28	0,0043*
Dados perdidos	-	-	-	-	04	
Renda familiar						
Até 1 SM	04	2,3	02	1,2	06	
≥ 1 até 2 SM	17	9,7	20	11,4	37	
≥ 2 até 5 SM	56	32,0	34	19,4	90	0,0299*
≥ 5 até 10 SM	25	14,3	06	3,4	31	
>10 SM	09	5,1	02	1,2	11	
Dados perdidos	-	-	-	-	18	
Tipo de parto						
Parto normal	26	13,8	27	14,3	53	
Parto cesáreo	93	49,2	43	22,7	136	0,0135*
Dados perdidos	-	-	-	-	04	
Convênio						
Plano de saúde	58	30,7	14	7,4	72	
SUS	59	31,2	55	29,1	114	
SUS/Plano de saúde	02	1,1	01	0,5	03	0,0001*
Dados perdidos	-	-	-	-	04	

*Estatisticamente significante

**fc: ensino fundamental completo; fi: fundamental incompleto; mc: médio completo; mi: médio incompleto; sc: superior completo; si: superior incompleto.

Observa-se que quanto maior a escolaridade, mais aumenta a prevalência de realização de consulta puerperal. Das 38 puérperas com ensino fundamental incompleto, 55,3% (21) não haviam feito a consulta; nas demais classificações de escolaridade, houve mais mães que realizaram a consulta do que não realizaram, com 52,6% (20) das que possuíam ensino médio incompleto tendo realizado; 71,0% (49) de realização entre as mães com ensino médio completo; 84,0% (21) de realização entre as mães com curso superior completo e 80% (4) entre as com curso superior incompleto.

Nossos resultados sugerem que ter companheiro está relacionado com a realização da consulta puerperal.

O companheiro geralmente exerce um papel de cuidador, através de cuidados físicos, auxílio e recomendações para a mulher pôr em prática orientações dadas por profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2007), como por exemplo, incentivar o retorno para a consulta puerperal.

Houve relação entre a realização da consulta puerperal e renda familiar. Nesse contexto, percebe-se que as mulheres de renda maior que dez salários mínimos realizaram mais consulta puerperal do que as demais mulheres, e das 31 mulheres que se encaixam nessa condição, 81,8% se consultaram nos primeiros 45 dias pós-parto.

No Brasil, há desigualdades no padrão de consumo de serviços de saúde, contradizendo os princípios igualitários enunciados pelo sistema de saúde no país. Nota-se que as pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde, do que as mais ricas. O tempo de espera para um atendimento à saúde é maior (praticamente o dobro) entre as pessoas com menor renda, fator que pode ser responsável pela desistência dessas mulheres à realização da consulta puerperal (TRAVASSOS et al., 2000).

Os resultados mostraram existir relação entre a realização de consulta puerperal e a existência de convênio de saúde. A proporção de mulheres que realizaram consulta puerperal foi muito maior entre as que tinham plano de saúde (80,6%) do que entre as que eram assistidas pelo SUS (51,7%).

Os planos de saúde brasileiros ajudam a acentuar as desigualdades no consumo de serviço de saúde no país, por serem os usuários dos planos privados pessoas com maior poder aquisitivo. Essas pessoas apresentam maior chance de uso

de serviços de saúde se comparando às pessoas que não os possuem (TRAVASSOS et al., 2000).

Além disso, é sabido que as mulheres que realizam o pré-natal pelo SUS passam pelas consultas pré-natais com o médico ou enfermeiro da UBS, ao parir são atendidas pelo obstetra de plantão no hospital de referência, e depois retornam à consulta puerperal na UBS. Entre as mulheres com convênio particular, o atendimento completo é dado pelo mesmo obstetra (a não ser que a mulher decida trocar de médico), facilitando assim, o retorno à consulta puerperal.

A frequência menor de consulta puerperal entre mulheres atendidas pelo Sisprenatal decorre da não valorização das puérperas à consulta pós-parto e pela dinâmica programática de atenção à criança estar mais estruturada que a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

Há correlação estatisticamente significativa entre a realização de consulta puerperal e tipo de parto, sendo a consulta puerperal mais frequente entre mulheres que tiveram parto cesárea (68,4%) do que entre as que tiveram parto normal (49,0%).

Por ser o parto cesárea mais propício à morbidade e mortalidade materna decorrente de complicações como hemorragia, infecções, tromboembolismo, embolia pulmonar do que o parto via vaginal (BRASIL, 2001), pode haver maior preocupação da mulher em retornar à instituição de saúde para realizar a consulta puerperal, com acompanhamento da involução e da cicatriz cirúrgica. No parto normal, geralmente a mulher sente-se bem no período pós-parto, retornando apenas quando preocupa-se com a contracepção e cuidados não fisiológicos.

Não houve tendência linear estatisticamente significativa entre realização da consulta puerperal e raça/cor ($p=0,468$), idade ($p=0,168$), reinício da atividade sexual ($p=0,383$) e visita do PSF até os 45 dias ($p=0,736$).

5.4 FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO COM BEBÊ DE RISCO

Por mais que a gestação e a maternidade sejam consideradas como momento de grande alegria para a mulher, os transtornos do humor são comuns no período puerperal (CAMACHO et al., 2006).

Estar grávida e ter um recém-nascido geram sentimentos ambíguos na mulher, principalmente quando o bebê idealizado é diferente ao que nasceu. Esse sentimento provoca sensação de culpa na mulher, por não saber que o amor se constrói com a vivência (MALDONADO, 2002).

Moraes et al. (2006) descrevem que a manifestação da depressão pós-parto (quadro mais grave de doença mental no puerpério) geralmente tem início no primeiro mês até atingir o seu clímax, no sexto mês de puerpério.

Neste contexto, investigamos possíveis alterações emocionais, relatadas pelas puérperas, sem uso de escalas de depressão, aos 45 dias, três e seis meses pós-parto.

Os trabalhos que pesquisam a saúde mental das mulheres no período pós-parto usam, geralmente, como critério de inclusão mulheres que tiveram filhos saudáveis, ou seja, que não foram considerados de risco. Portanto, as comparações que faremos não são com mães que tinham, exclusivamente, bebês de risco.

Tabela 12: Distribuição das puérperas segundo auto-percepção sobre estado emocional ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.

Variável	Classificação		Classificação		Classificação	
	aos 45 dias		aos três meses		aos seis meses	
	N	%	N	%	N	%
Equilíbrio emocional	135	79,0	142	84,0	141	82,5
Indecisa/imprecisa	06	3,5	07	4,2	04	2,3
Emocionalmente abalada	30	17,5	20	11,8	26	15,2
Total	171	100	169	100	171	100

Aos 45 dias pós-parto, do total de mulheres em estudo, 17,5% afirmaram estar emocionalmente abaladas; 11,8% no terceiro mês e 15,2% no sexto mês de puerpério. A maioria delas afirmou nas três primeiras visitas que estavam bem, sem problemas emocionais.

Percebe-se declínio de respostas emocionalmente abaladas no terceiro mês, em relação aos 45 dias, com um aumento no sexto mês. No entanto, as respostas

emocionalmente abaladas tiveram porcentagem maior no final do puerpério tardio (45 dias).

Tychev (2007) encontrou prevalência menor de depressão puerperal nos dois primeiros meses pós-parto e concluiu que esta tende a crescer com o tempo, pois a prevalência foi de 36% no 7º ao 12º mês e 42,7% após 13 meses. De acordo com este autor a menor prevalência nos primeiros meses após o parto pode ser devido ao fato de a mãe ainda não ter sido exposta às dificuldades de interação com o bebê nos dois primeiros meses.

Ao caracterizar as respostas sobre como se sentiam ao longo das entrevistas, constatou-se que as mulheres usavam diferentes termos para expressarem suas percepções de como se sentiam. Estas respostas foram classificadas em três grupos: equilíbrio emocional (bem, ótima, melhor, realizada, feliz, responsável, mais preparada, tranqüila, normal, completa, bonita, afortunada, dedicada, maravilhada, animada, segura, satisfeita, apaixonada, contente); indecisa/imprecisa (em adaptação, com medo, aceitando mais, acostumando com a idéia, paciente, mais ou menos, não sei explicar, indiferente) e emocionalmente abalada (angustiada, cansada, gorda, esgotada, preocupada, abalada, sem liberdade, estressada, muito ocupada, entediada, impaciente, muito magra, mal, estranha, menos frustrada). Algumas falas transcritas serão demonstradas:

- aos 45 dias pós-parto:

Bem, to melhor, porque eu sempre quis, sabe? Só que não tava na hora, assim um pouco mais pra frente...(E 255)

É normal pra mim. Eu achei que não teve muita diferença, eu imaginava que ia ser de outro jeito. (E 309)

Atordoada ainda (risos). (E 90)

Cansada! Cansada porque ela trocou muito o dia pela noite, e a gente não deixa chorar muito pra não perder peso. Então a gente fica muito em cima... (E 39)

- aos seis meses pós-parto:

Bem, maravilhosa. Não tem explicação. Sou uma ótima mãe!(E 171)

Ah, é meio complicado heim. Fico sozinha, né. Sem ninguém aqui pra conversar comigo...”(E 60)

Ai, agora estou melhor, mas estive muito estressada. O médico do posto chegou a passar um remédio pra ansiedade...(E 15)

Ah, eu me sinto realizada. Por mais que tá na hora errada de ser mãe, mas... tudo bem.(E 135)

Aos 45 dias pós-parto, houve 38 tipos de respostas, em que 40% (72) relataram se sentir bem; 12,8% (23) feliz; 4,4% (8) cansadas e apenas 2,2% (4) assumiram estar depressivas. Aos três meses, houve 28 tipos de respostas, com 54,3% (95) de mulheres que disseram estar bem; 8,6% (15) feliz; 5,7% (10) disseram estar cansadas e a mesma porcentagem relatou estar melhor. Assumiu estar depressiva apenas uma mulher (0,6%). Aos seis meses, houve 40 tipos de respostas, com predominância de “bem”, com 43,3% (74); 7,6% (13) ótima; com 6,4% sentindo-se feliz e realizada e 5,8% (10) sentiam-se cansadas. Nenhuma disse estar depressiva, porém algumas afirmaram estar bem devido uso de medicação antidepressiva e terapia.

Camacho, et al. (2006) acreditam que transtornos do humor podem surgir mesmo quando a mãe sente bem-estar emocional com a maternidade. Se por um lado o fato de não ter sido usada nenhuma escala de avaliação de depressão permitiu que as

respostas apresentadas se aproximassem mais da realidade dos sentimentos das mulheres, por outro não permitiu a comparação dos resultados encontrados com o de outros estudos. Ainda segundo Camacho et al. (2006), as mulheres com depressão puerperal podem omitir os sintomas, por sentirem que as expectativas da sociedade é de que elas estejam satisfeitas com a maternidade, concorrendo ainda mais para que as mesma se sintam culpadas e experimentem sentimentos de tristeza.

Abuchaim (2005) por sua vez afirma que o fato de as mulheres declararam sentir-se completa e realizada no período pós-parto pode expressar a realização de um sonho, o de ser mãe, o qual proporciona o desfrute das funções sociais e culturais que a maternidade desendadeia.

Na Espanha, um estudo com resultados da escala de depressão puerperal de Edimburgo mostra que entre as puérperas na 6ª semana pós-parto, a prevalência de algum tipo de desordem mental foi de 18,1% (semelhante ao nosso achado), e 2,0% apresentaram dois tipos associados de desordens, tais como distúrbio do humor (9,8%); da ansiedade (4,0%) e dependência ou abuso de alguma substância (0,9%) (NAVARRO et al., 2008).

Gonçalves (2000), em estudo realizado com oito puérperas, constatou que estas referiam estar “normal” (porém mostrando solidão na fala); duas explicitaram que “às vezes ficavam tristes e reclamavam receber menos atenção do que durante a gravidez” (relatando uma delas sentir falta de sair com o marido); uma referiu sentir-se triste por tudo não ser como antes”; outra “queixava-se de solidão e da frieza que o nascimento gerou no casal”; uma revelou “sentir um vazio sem o bebê na barriga, sentir-se mais madura”; outra referiu perceber-se “sozinha e irritada, porém acredita que no fundo é mais feliz e a última relata “estar sendo maravilhoso”. Esses resultados são semelhantes aos encontrados no presente estudo e revelam a vivência concomitante de mudança na rotina, falta de atenção, solidão e felicidade.

De acordo com Camacho et al. (2006) existem fatores de risco associados à alteração emocional e depressão no puerpério, tais como: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes vividos no último ano, problemas conjugais ou falta de companheiro, desemprego e pouco suporte social e familiar, além de fatores hormonais e hereditários.

Entre as mulheres do presente estudo, oito (4,0 %) relataram que possuíam distúrbios emocionais antes da gestação: quatro tinham depressão, três síndrome do pânico e uma transtorno de ansiedade.

Tabela 13: Distribuição das puérperas segundo percepção sobre a qualidade do relacionamento com diferentes atores de seu convívio social. Maringá-PR, 2009.

Atores do convívio social	Qualidade do relacionamento								N.A.*	
	Ótimo		Bom		Ruim		Péssimo			
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Família	105	54,7	76	39,6	03	1,6	08	4,1	-	-
Filhos**	36	18,7	23	11,9	01	0,5	02	1,0	131	67,9
Companheiro ***	112	58,0	61	31,7	02	1,0	02	1,0	16	8,3
Amigos	79	41,1	92	47,9	17	8,9	04	2,1	-	-

*NA: Não se aplica

**131 puérperas não tinham filhos

***16 puérperas não tinham companheiro

Na Tabela 13 observamos que a maioria das puérperas relataram que o convívio familiar e com o companheiro estava ótimo (54,7% e 58%) e bom (39,6% e 31,7%), o que é muito importante, pois a família é a fonte de força, segurança e apoio emocional das mulheres no puerpério, além de favorecer a adoção de práticas de cuidado à saúde e consigo mesma e com o bebê (STEFANELLO, 2005).

Puérperas que convivem com outras pessoas têm mais chance de ter um apoio familiar mais adequado. Silva, et al. (2009) relataram que a falta de suporte social e familiar no pós-parto constitui fator de tristeza para as mulheres que gostariam de compartilhar este momento com alguém que as compreenda.

Das 292 mulheres estudadas no período puerperal (entre 31 e 180 dias) por Ruschi et al. (2007), 39,4% apresentaram presença de sintomas depressivos pela Escala de distúrbios psiquiátricos no pós-parto (EPDS) e 60,6% não foram consideradas depressivas.

No estudo realizado em Pelotas-RS com 410 puérperas, aplicando a Escala de Hamilton, foi encontrado em mulheres com renda familiar mais baixa ($p=0,005$; OR:

5,24); escolaridade materna menor ($p=0,003$), estado civil sem companheiro ($p=0,012$; OR:1,92), número baixo ou ausência de consultas no pré-natal ($p=0,016$), mulheres que tiveram nenhuma consulta (OR: 3,28), ou igual ou menor que 5 (OR:1,83), possuem maior chance de desenvolver problemas emocionais no puerpério. O número de filhos não influenciou os quadros depressivos (MORAES et al., 2006). No presente estudo, no entanto, não houve correlação entre as variáveis citadas acima.

Em estudo com puérperas, Schmiede e Russo (2005) levantaram que mães com escolaridade mais alta e melhor renda mensal desenvolviam menos transtornos depressivos, já mulheres com famílias populosas apresentavam risco elevado para depressão. Esses resultados podem estar relacionados ao apoio e suporte profissional, além do esclarecimento sobre o ciclo gravídico puerperal que mulheres mais instruídas e bem economicamente possuem, quando comparadas com mulheres que precisam dividir o lar e a renda familiar com muitas pessoas.

Tabela 14: Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e convívio com o companheiro. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Convívio com companheiro					P
	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo	N.A.	
	%	%	%	%	%	
Classificação aos 45 dias						
Equilíbrio emocional	46,2	25,7	0,6	0,6	5,8	0,1103
Indecisa / Imprecisa	2,3	0,6	0,6	-	-	
Emocionalmente abalada	10,5	3,5	-	0,6	3,0	
Classificação seis meses						
Equilíbrio emocional	49,1	26,9	1,2	-	5,3	0,0717
Indecisa / Imprecisa	1,2	-	-	-	1,2	
Emocionalmente abalada	8,2	4,7	0,6	0,6	1,7	

Não foi observada a relação entre estado emocional e qualidade do convívio com o companheiro aos 45 dias e seis meses após o parto. Resultado diferente foi encontrado por Moraes et al. (2006), que identificaram que o apoio do pai constitui fator de proteção à depressão pós-parto ($p= 0,030$).

Santos, Martins e Pasquali (1999) também identificaram relação entre a convivência conjugal empobrecida e síndrome depressiva puerperal (OR: 0,32; $p<0,01$), mas não entre sintomas depressivos e idade, renda familiar, história de distúrbio psicológico e familiar, escolaridade e planejamento da gravidez.

Em um estudo que avaliou depressão puerperal em São Paulo, apenas o suporte dado pelo esposo à mulher apresentou efeito protetor sobre a presença de depressão ($p=0,03$) (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

A presença de intercorrência na gestação por sua vez apresentou associação com o estado emocional aos 45 dias (Tabela 15).

Tabela 15: Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e intercorrências na gestação. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Intercorrência na gestação				Total	P
	Não teve intercorrência		Teve intercorrência			
	n	%	n	%		
Classificação aos 45 dias						
Equilíbrio emocional	79	46,2	56	32,8	135	0,0054*
Indecisa / Imprecisa	06	3,5	-	-	06	
Emocionalmente abalada	11	6,4	19	11,1	30	
Classificação aos seis meses						
Equilíbrio emocional	78	45,5	63	36,8	141	0,6813
Indecisa/imprecisa	02	1,2	02	1,2	04	
Emocionalmente abalada	12	7,0	14	8,2	26	

*estatisticamente significante

Entre as mulheres que tiveram intercorrências na gestação (75), 25,3% (19) estavam emocionalmente abaladas aos 45 dias pós-parto, contra 11,4% (11) entre as mães que não tiveram intercorrências na gestação. A instabilidade emocional que se inicia no período gestacional pode perdurar no puerpério tardio, já que a saúde da mãe e do bebê está em pauta. Já ao sexto mês pós-parto, não houve significância estatística ($p=0,681$), podendo estar relacionada ao longo tempo entre a gestação e a resposta da paciente, o qual foi suficiente para superar as dificuldades de uma gestação com intercorrências.

Dourado (2005) expõe que sentimentos diversos que aproximam a expectativa de vida à morte é fator importante na saúde emocional de mulheres que enfrentam uma gestação de risco.

No estado emocional aos seis meses, teve associação estatística a variável realização de consulta puerperal (Tabela 17).

Tabela 16: Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e consulta puerperal. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Consulta puerperal				Total	P
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Classificação 45 dias (n=168)						
Equilíbrio emocional	52	30,9	80	47,6	132	1,00
Indecisa / Imprecisa	02	1,2	04	2,4	06	
Emocionalmente abalada	12	7,1	18	10,7	30	
Classificação seis meses (n=167)						
Equilíbrio emocional	53	31,7	86	51,5	139	0,0481*
Indecisa / Imprecisa	04	2,4	-	-	04	
Emocionalmente abalada	08	4,8	16	9,6	24	

*estatisticamente significante

Proporção semelhante de mulheres que realizaram e não realizaram a consulta puerperal apresentou estado de emocionalmente abaladas seis meses após o parto. Isso

sugere que a realização da consulta puerperal pouco influenciou no estado emocional no sexto mês pós-parto.

Após a alta hospitalar, a puérpera faz geralmente uma consulta com o obstetra, geralmente o único atendimento de saúde recebido. Nessa consulta essencialmente faz-se o controle da involução das modificações gravídicas e o início da contracepção deixando-se, erroneamente, de lado as alterações de humor, distúrbios emocionais e da sexualidade (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Tabela 17: Relação entre a auto-percepção das puérperas sobre estado emocional ao longo do puerpério e se o RN ficou na UTI. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Bebe ficou na UTI				Total	P
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Classificação 45 dias						
Equilíbrio emocional	28	16,4	107	62,6	135	0,1992
Indecisa / Imprecisa	03	1,8	03	1,8	06	
Abalada emocionalmente	08	12,9	22	12,9	30	
Classificação seis meses						
Equilíbrio emocional	32	18,7	109	63,7	141	0,8337
Indecisa / Imprecisa	-	-	04	2,3	04	
Abalada emocionalmente	06	3,5	20	11,7	26	
Total	38	22,2	133	77,7	171	

Apesar de não haver tendência linear estatisticamente significativa entre o estado emocional das mães e ter tido o RN internado em UTI neonatal, alguns autores sugerem que ter filho na UTI pode ser fator de risco para o surgimento de distúrbios no humor no puerpério (ALFAYA; SCHERMANN, 2001; TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Para Fraga e Pedro (2004) ter um filho prematuro ou de risco que precise de UTI neonatal é uma situação difícil, penosa e culposa para a mãe, que passou meses desejando um nascimento perfeito, a amamentação e a alta hospitalar dentro de poucos dias.

Alfaya e Schermann (2001) concluíram que as mães de RNs prematuros internados em UTI neonatal tiveram mais depressão de moderada a grave (pontuado pelo Inventário de Depressão de Beck) do que mães com RNs a termo internados ou a termo saudáveis.

Tavares, Queiroz e Jorge (2006), relatam que há necessidade de intervenção do profissional de enfermagem aos pais de RN internados, a fim de que os mesmos possam colaborar com a recuperação da estabilidade emocional que surge ao verem seu filho em situação crítica, dependendo de aparelhos de alta tecnologia.

Ainda somando-se como fator instigante ao sofrimento de mães que possuem o filho internado em UTI, está o fato de existir preocupações paralelas àquelas em torno do RN, como outros filhos, o esposo, as atividades domésticas, o emprego e a situação financeira, fazendo a mãe se dividir entre a importância de sua presença na recuperação do RN e nas atividades paralelas (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Na mesma linha de pensamento, Souza et al (2007) afirmam que a mãe do RN internado em UTI enfrenta dificuldades tanto por não ter o contato físico com o filho e vê-lo sofrer procedimentos invasivos, quanto pela necessidade de distanciamento do convívio familiar e social e impossibilidade de exercer atividades rotineiras com a família.

5.5 FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES NA SEXUALIDADE DE PUÉRPERAS COM BEBÊS DE RISCO

O puerpério é um período em que ocorrem importantes transformações na vida das mulheres e do casal, implicando em alterações no relacionamento, na vida sexual e afetiva (CABRAL, 2007).

As variáveis pesquisadas, em relação à sexualidade e auto-estima, foram: desejo sexual (sexualidade) aos 45 dias e seis meses pós-parto; incômodo na aparência física e dia de retorno à atividade sexual. Foram realizados testes estatísticos entre essas variáveis e fatores associados.

Com relação à época de retorno à atividade sexual no pós-parto, 65,6% (126) reiniciaram com mais de 42 dias, seguido do período de 30-40 dias (23,5%).

Tabela 18: Distribuição das puérperas, segundo percepção da sexualidade e incômodo no corpo ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.

Variável	45 dias		Seis meses	
	n	%	N	%
Percepção da sexualidade*				
Melhorou ou está melhorando	13	7,3	15	9,0
Normal	80	44,7	108	64,7
Com medo	04	2,2	-	-
Pior que antes	82	45,8	44	26,3
Presença de incômodo no corpo**				
Sim	116	65,2	109	66,1
Não	62	34,8	56	33,9

*14 não respostas de percepção da sexualidade.

**05 não respostas de incômodo no corpo.

Percebe-se que a sexualidade das puérperas estava mais comprometida aos 45 dias pós-parto (45,8%) do que aos seis meses (26,3%).

Sydow (1999) observou que as puérperas normalmente voltam a ter uma vida sexual plena no tempo médio de sete semanas pós-parto, e 75% atingem o clímax desta atividade entre o terceiro e sexto mês após o nascimento. Estes resultados reforçam os encontrados no presente estudo, já que as mulheres revelaram que percebem melhora na sexualidade no sexto mês de puerpério, em comparação aos 45 primeiros dias.

Tabela 19: Relação entre a sexualidade das puérperas ao longo do puerpério e incômodo no corpo. Maringá-PR, 2009.

Variável	Incômodo no corpo				Total	P
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Sexualidade aos 45 dias						
Medo	02	1,1	02	1,1	04	0,3888
Melhorou ou está melhorando	11	6,2	02	1,1	13	
Normal	49	27,7	30	17,0	79	
Pior que antes	53	29,9	28	15,8	81	
Sexualidade aos seis meses						
Melhorou ou está melhorando	12	7,4	03	1,8	15	0,1152
Normal	63	38,6	42	25,8	105	
Pior que antes	32	19,6	11	6,7	43	

Abuchaim (2005) afirma que um fator muito importante na perda da libido é a auto-estima corporal. Após o nascimento do filho, passada a euforia de conhecer o novo ser, quando a mãe começa a olhar para si, uma das primeiras constatações é que seu corpo não é o mesmo de antes, gerando nela um incômodo e insatisfação. Assim, mesmo sabendo que essas modificações são naturais e podem ser transitórias, esta constatação pode provocar alteração em sua sexualidade.

Das 116 puérperas que relataram estar incomodadas com seu aspecto físico aos 45 dias pós-parto, 48,3% (56) não estavam satisfeitas com sua barriga, 23,3% (27) com as estrias que surgiram durante a gravidez, 18,1% (21) com o peso. Aos seis meses, entre as 107 mulheres que responderam, manteve-se a barriga como maior causador de insatisfação (43,1%); seguido pelas estrias (20,2%) e o peso (19,3%). As mamas (aumento ou flacidez) totalizam 9,5% (11) e 8,3% (9) aos 45 dias e seis meses, respectivamente. Apesar disso, não houve correlação estatística em nosso estudo entre a sexualidade e incômodo com a aparência física, tanto nos 45 dias, quanto nos seis meses pós-parto.

As mudanças corporais no pós-parto que mais incomodam, segundo Abuchaim (2005), são mamas volumosas e pesadas, abdome flácido, peso acima do normal e estrias. Para essas mulheres, não corresponder ao padrão de beleza física desejada as deixam insatisfeitas.

Tabela 20: Relação entre a sexualidade das puérperas ao longo do puerpério e convívio com o companheiro. Maringá-PR, 2009.

Sexualidade	Convívio com o companheiro										P
	Ótimo		Bom		Ruim		Péssimo		N.A.		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Aos 45 dias											
Medo	04	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0512
Melhorou ou está melhorando	10	5,6	03	1,7	-	-	-	-	-	-	
Normal	55	30,7	21	11,7	01	0,6	-	-	03	1,7	
Pior que antes	37	20,7	30	16,8	01	0,6	02	1,1	12	6,7	
Aos seis meses											
Melhorou ou está melhorando	10	6,0	05	3,0	-	-	-	-	-	-	0,0093*
Normal	71	42,5	30	18,0	01	0,6	-	-	06	3,6	
Pior que antes	16	9,6	19	11,4	-	-	01	0,6	08	4,8	

*N.A.: não se aplica

Percebe-se que quanto pior o convívio com o companheiro, mais respostas negativas referentes à sexualidade foram dadas.

De acordo com Silva e Figueiredo (2005), a maternidade e paternidade é uma transição de papéis, em que as dificuldades da sexualidade podem surgir ou se agravar.

A transição para a maternidade e paternidade induz ou aumenta tensões entre o casal, incluindo alterações na atividade sexual (WILLIANSON; Mc VEIGH; BAAFI, 2008).

Williamson, Mc Veigh e Baafi (2008), encontraram em seu estudo sobre a sexualidade no período puerperal que os maridos acreditam ser o cansaço com os cuidados ao bebê e a espera pela 6ª semana pós-parto os principais causadores de baixa na sexualidade.

Na mesma linha de pensamento, Abuchaim (2005) comenta que o cansaço e falta de tempo geram indisposição física e emocional para o exercício sexual no puerpério.

Trindade e Ferreira (2008), descrevem que a falta de vontade de algumas mulheres pelo sexo não era somente ao cansaço, mas também ao estresse pela dupla jornada de trabalho.

Na gestação e puerpério ocorrem significativas mudanças hormonais na mulher, não a deixando predisposta ao sexo. Lazar (2002), observa que já durante a gestação, as mulheres relataram queda na frequência de relação sexual pela perda da libido, com 60%, 50% e 60,7% nos três trimestres, respectivamente.

Tabela 21: Relação entre a sexualidade das puérperas e amamentação ao longo do puerpério. Maringá-PR, 2009.

Variáveis	Amamentação				Total	p
	Aleitamento materno exclusivo ou com fórmula		Leite de vaca exclusivo e/ou com fórmula			
	N	%	N	%		
Sexualidade aos 45 dias						
Medo	04	2,3	-	-	04	
Melhorou ou está melhorando	10	5,7	03	1,7	13	
Normal	68	39,1	10	5,8	78	0,6761
Pior que antes	68	39,1	11	6,3	79	
Sexualidade aos seis meses						
Melhorou ou está melhorando	10	6,1	05	3,1	15	
Normal	65	39,9	41	25,1	106	0,9234
Pior que antes	26	16,0	16	9,8	42	

O ato de amamentar ao seio materno exerce influência na sexualidade feminina, pelas alterações nos sentimentos das puérperas em sua auto-imagem e/ou na relação com o companheiro, além de refletir as expressões máximas de ser mãe e ser mulher, respectivamente (ABUCHAIM, 2005). Apesar dessa influência, a Tabela 22 mostra que em nosso estudo não houve correlação significativa aos 45 dias e seis meses entre sexualidade e amamentação.

Sandre-Pereira (2003), descreve em seu trabalho que a relação entre sexualidade e amamentação é importante em diversas sociedades, originando tabus e costumes variados. Nas entrevistas com mulheres francesas e brasileiras, detectou-se que a determinação da maternidade como sagrada, a erotização que o seio representa, o tabu do incesto (a mulher se culpa por sentir prazer ao amamentar), a ligação da mãe com o bebê, o sono compartilhado (o bebê forma uma barreira física entre os pais) e a baixa da libido feminina devido alterações hormonais (produção de

prolactina) estão ligados com a baixa da sexualidade, podendo comprometer a relação do casal.

As puérperas também podem ter alteração no desejo sexual pela dispaurenia. Até 40% das puérperas de um estudo em Oxford referiram sentir dor no primeiro ato sexual pós-parto permaneceram com dispaurenia em 16% das não-nutrizes no sexto mês pós-parto e em 36% das nutrizes. No entanto, aproximadamente 25% das mulheres relatam aumento na libido em períodos mais longos (mais de três anos) pós-parto (SYDOW, 1999). Além disso, ter passado por cirurgia recente, incisão cirúrgica de cesárea e episiorrafia são fatores de risco para gerar dor nas mulheres durante a relação sexual (TRINDADE e FERREIRA, 2008).

Em pesquisa com puérperas, no sexto mês pós-parto, foi observado que o ato sexual não era visto como antes da gestação por algumas mulheres, sendo influenciado pela “dieta” e a liberação médica, por insegurança, medo de dor por ferimentos e de nova gravidez. Não obstante, algumas sentiam o oposto, tendo vontade sexual por sentir-se desejada e por resgatar sua identidade ou para confirmar o interesse sexual do parceiro por ela (ABUCHAIM, 2005).

Apesar de um número considerável de mulheres terem dito que o desejo sexual estava como antes, algumas delas relataram que sua libido nunca foi satisfatória. Neste sentido, Trindade e Ferreira (2008), nos lembram que as vivências como: sentimento de culpa e vergonha; histórias traumáticas, como abuso sexual na infância e adolescência influenciam na sexualidade quando adulto, além da rotina às vezes estressante do dia-a-dia e possível dor na relação sexual.

Lazar (2002) expõe que a educação voltada à negação do corpo ao longo da história ocidental faz com que a sexualidade seja vivida de forma reprimida, e ainda, a evolução da sexualidade feminina, que vai desde o castigo dado a Eva; a imagem da santa virgem por Maria de Nazaré; a Contra Reforma da Igreja Romana que aumenta o rigor em relação à sexualidade e às descobertas “positivas” sobre a sexualidade humana por Freud são fatores que influenciaram e ainda influenciam a sexualidade feminina.

Abuchaim (2005) acredita que ao longo dos tempos a educação religiosa influenciou a sexualidade feminina, pelas teorias em que mulheres que desfrutavam abertamente do prazer corporal e sensual não eram “direitas”. No entanto, hoje elas

vêm mudando suas concepções e tornado-se mais soltas, pouco a pouco, na busca da satisfação sexual.

Não houve correlação estatística entre as variáveis sexualidade e número de consultas pré-natais, aos 45 dias ($p=0,071$) e seis meses ($p=0,414$) e entre sexualidade e realização de consulta puerperal, tanto aos 45 dias ($p=0,089$), quanto aos seis meses ($0,583$).

A sexualidade entre as puérperas poderia ser maior se os profissionais da saúde, com grande relevância o enfermeiro, soubessem valorizar a importância e orientar as mães e seus companheiros, desde o pré-natal até a consulta puerperal e visitas domiciliares.

Vale mencionar que a abordagem da sexualidade pelos enfermeiros não deve focar apenas a medicalização e doenças sexuais, mas abranger as percepções do corpo, o prazer, o emocional entre outros (TRINDADE e FERREIRA, 2008).

Os enfermeiros, como a maioria dos profissionais de saúde, deve tratar a sexualidade como uma necessidade básica do ser humano, acrescentando-a na assistência de enfermagem. No entanto, muitos enfermeiros não estão aptos a isso.

Em um estudo realizado com graduandos de Enfermagem, observou-se que a maioria não apresentava embasamento teórico sobre sexualidade, em que 15% entendem que sexualidade humana está apenas relacionada ao sexo, relação sexual e 7,5% responderam que é uma forma de expressar seus impulsos sexuais; 30% dos pesquisados deixaram a resposta em branco. Após serem perguntados se é necessário o enfermeiro adquirir conhecimento sobre sexualidade, 95% dos alunos de enfermagem responderam que sim, e 42,5% acreditam ser importante para resolver as situações que aparecerem na prática profissional; 17,5% para tratar a pessoa como um todo, sendo a sexualidade associada ao ser humano e 15% para exercer seguramente o papel de educador (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000).

Segundo Willianson, Mc Veigh e Baafi (2008), os profissionais da saúde não discutem e orientam as mulheres e seus parceiros no ciclo gravídico puerperal sobre as alterações da sexualidade, dedicando-se exclusivamente ao bebê ou a dar conselhos sobre contracepção, deixando os casais a mercê de tensão no relacionamento.

Durante muito tempo, as mulheres receberam muito mais informações a respeito dos riscos de ter relação sexual durante a gravidez, do que os benefícios na sexualidade do casal, tanto na gestação quanto no puerpério (LAZAR, 2002).

Contudo, a população valoriza a importância de profissionais para as alterações na sexualidade, pois entre 2.588 mulheres brasileiras que participaram de um estudo sobre sexualidade, 77,9% responderam procurar informações sobre sexo em livros e revistas; 62,2% com o próprio parceiro e 51,3% com amigos. Algumas relataram buscar informação com algum profissional da saúde, sendo 58,0% com médicos; 17,3% com psicoterapeuta e psicólogo e 2,5% com farmacêutico. Não foi incluído o profissional enfermeiro na pesquisa, mas esses resultados já nos mostram a importância de um profissional nas orientações sobre sexualidade, ainda mais quando se tratar de um momento de significância na baixa da libido, como o ciclo gravídico puerperal (ABDO, 2004).

5.5.1 Sexualidade e retorno às atividades sexuais no puerpério

Com relação ao retorno da atividade sexual, observamos na Tabela 19 que 65,6% retornaram após os 42 dias pós-parto, tendo apenas 9,9% e 23,5% reiniciado sua vida sexual com 20-30 dias e 30-42 dias, respectivamente. Não foi verificada associação estatística entre sexualidade e retorno às atividades sexuais aos 45 dias ($p=0,674$) e seis meses ($p=0,602$).

Alguns autores expõem que o retorno à atividade sexual deve acontecer apenas após a 6ª semana após o parto (42 dias), período necessário para a involução uterina e o retorno da mulher para o estado pré-gestacional (BRANDEN, 2000; REZENDE, 2000). No entanto, Willianson; Mc Veigh; Baafi (2008), demonstram que o sexo antes da 6ª semana pode ser positivo, se a mulher se sentir mental e fisicamente preparada, já que aproxima mais o casal.

Se a mulher não tiver mais a presença de lóquios e as lacerações/episiotomia estiverem cicatrizadas, não há razão fisiológica para adiar a penetração vaginal, mas o medo, a dor e a falta de orientação impedem que o prazer e a sexualidade retorne ao normal (ANTUNES, 2005). No entanto, as mulheres que reiniciam a sexualidade com penetração antes da permissão médica podem sentir-se inseguras com os resultados

inesperados no organismo pela antecipação, trazendo preocupações e alterações emocionais (ABUCHAIM, 2005).

Em estudo realizado por Abdo (2004) que aborda a sexualidade dos brasileiros mostra que a vontade em fazer sexo pelas mulheres é comum no dia-a-dia e que 53,5% responderam ter vontade de fazer sexo algumas vezes na semana; 17,8% algumas vezes no mês; 15,5% uma vez diariamente e 10,7% várias vezes ao dia. Quanto menor a faixa etária, maior a frequência da vontade. Apenas 8,2% das mulheres disseram ter inibição do desejo sexual e 26,2% dificuldade em atingir o orgasmo. Assim, percebe-se que o fator que pode levar a puérpera a ter o retorno sexual antes do “recomendado” pelos médicos é o desejo sexual.

Outras formas de satisfação sexual no puerpério seria adotar alternativas ao coito vaginal, como sexo oral, anal e carinhos íntimos (ANTUNES, 2005).

O número de mulheres que retornaram à atividade sexual após os 42 dias é diferente do encontrado no estudo de Lazar (2002), em que 87,0% das mulheres não haviam iniciado a relação sexual com seis semanas. Dessas, 60,7% referiram não terem reiniciado sua vida sexual pelo desejo de começar um método contraceptivo antes; 21,4% pelo cansaço e outros 21,4% pelos cuidados com o bebê ser prioridade no momento.

Antunes (2005) mostra, em seu estudo com puérperas (sem bebê de risco) na cidade de Maringá-PR, que 70% retornaram às atividades sexuais após os 40 dias pós-parto; 20% após 52 dias e 10% após 37 dias. Nenhuma teve o reinício antes de 37 dias à espera pelo método contraceptivo que iniciariam após a consulta puerperal e por medo da dor.

Em estudo realizado com os companheiros de puérperas, na Austrália, foi verificado que o retorno à atividade sexual, parcialmente, na 6ª semana pós-parto foi de 53,3%; 34,0% não retornou e 12,7% afirmaram que o nível de atividade sexual não tinha se alterado (WILLIANSO; McVEIGH; BAAFI, 2006).

Em pesquisa realizada numa cidade de médio porte no Noroeste do Paraná, apenas 20% das puérperas receberam orientação médica sobre a sexualidade no pós-parto, em que foram orientadas sobre possível dor e importância do uso de lubrificantes e recomendação de não terem relação sexual antes dos 40-42 dias de pós-parto (ANTUNES, 2005).

Em São Paulo, 77,4% não haviam recebido orientações médicas sobre o retorno da vida sexual no pós-parto (LAZAR, 2002).

Não houve tendência linear estatisticamente significativa entre a sexualidade aos 45 dias e raça/cor ($p=0,302$), idade ($p=0,252$), número de filhos ($p=0,320$), estado civil ($p=0,925$), se houve intercorrência gestacional ($p=0,576$), dia de reinício da atividade sexual ($p=0,674$), se recuperou o peso ($p=0,376$), incômodo no corpo ($p=0,389$), se amamentava ($p=0,676$), convívio com o companheiro ($p=0,051$), tipo de parto ($p=0,054$), número de consultas de pré-natal ($p=0,072$), consulta puerperal ($p=0,089$) e estado emocional ($p=0,096$).

Aos seis meses pós-parto, não houve correlação entre a sexualidade e raça/cor ($p=0,075$), idade ($p=0,308$), número de filhos ($p=0,211$), estado civil ($p=0,624$), tipo de parto ($p=0,673$), número de consultas no pré-natal ($p=0,414$), consulta puerperal ($p=0,583$), dia de reinício da atividade sexual ($p=0,602$), se recuperou o peso ($p=0,590$), incômodo no corpo ($p=0,115$), se amamentava ($p=0,923$) e estado emocional ($p=0,085$).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentarmos conhecer a realidade do puerpério de mulheres com bebês de risco, pudemos encontrar como as principais características socio-demográficas que a grande parte das puérperas tinha idade não considerada de risco para a gestação, e 65,8% (127) estavam entre 18 e 35 anos. O fato de 26,9% (52) ser adolescente está associado à inclusão de bebês com mães menores de 17 anos como sendo de risco, por ser a adolescência um risco para o desenvolvimento do bebê por instabilidade emocional e inexperiência das mães. Apenas 3,1% (6) dessas puérperas adolescentes tiveram filho com prematuridade, baixo peso ou outro fator associado ao risco para o RN.

Eram da raça/cor branca 64,6% (124) das mulheres. A maior parte vivia com companheiro (85,5%), tinham o ensino médio completo 36,5% (70) das mães e ensino superior completo 13,5% (26).

A renda mensal média foi de R\$1.770,00, com 51,1% (91) recebendo entre dois e cinco salários mínimos e 21,3% (38) entre um e dois salários mínimos. Observa-se renda menor que o salário mínimo necessário calculado pelo DIEESE para a época do estudo (R\$2.041,80).

Os principais motivos neonatais que levaram essas mães a terem filhos considerados de risco foram 51,7% (96) nasceram com 36 semanas ou menos de gestação e 44,7% (84) nasceram com menos de 2.500 gr.

Ao avaliarmos os dados obstétricos, observamos que a maioria (64,3%) eram primíparas. Tiveram parto cesárea 71,5% (138) das mulheres e 60,6% (117) foram atendidas pelo SUS; haviam planejado a gestação apenas 43,0% (83).

As mulheres mostraram melhora do planejamento familiar durante as três visitas com aumento do número de mulheres que usavam algum método contraceptivo, sendo a pílula o mais utilizado aos 45 dias, três e seis meses pós-parto.

A média de consultas no pré-natal foi de 8,42, e 83,3% (150) fizeram seis consultas ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Realizaram a consulta puerperal até os 45 dias pós-parto 63,0% (119) das mulheres, mostrando-nos que muitas mulheres descuidaram de sua saúde nesse período susceptível a complicações e alterações emocionais.

Os fatores associados ao número de consultas pré-natais foram tipo de atendimento de saúde e tipo de parto. Associados à realização da consulta puerperal estavam escolaridade; estado civil; renda familiar; tipo de atendimento de saúde e tipo de parto. Por esses resultados percebeu-se que as mulheres com convênio de saúde/particular, maior escolaridade e renda familiar, casadas e tiveram parto cesáreo realizaram mais consulta puerperal.

Apenas 48,4% (93) receberam visita do PSF durante os primeiros 45 dias pós-parto, sendo estas, em muitas vezes, realizadas com o intuito de lembrar a mãe sobre a vacinação do RN. As ESF em questão possuem um instrumento importante nas mãos, as fichas provenientes da Secretaria Municipal de Saúde. Com essas fichas, o atendimento à mãe e ao RN deveriam ser valorizados e posto em prática.

Portanto, com relação ao atendimento, percebeu-se a importância do atendimento puerperal e lacunas a serem preenchidas, em que a consulta puerperal e as visitas/acompanhamento da atenção básica à saúde da mulher deveriam ser mais frequentes, principalmente quando se trata de mães que tiveram RN de risco.

Em nossa investigação, pudemos perceber que entre as respostas das mães sobre as alterações emocionais 79% (135); 84,0% (142) e 82,5% (141) eram positivas aos 45 dias, três meses e seis meses, respectivamente, sendo as respostas mais dadas nas três visitas “bem” e “feliz”; as respostas negativas foram variadas, não representando uma porcentagem significativa. Assim, observamos que as alterações emocionais ocorridas são alterações comuns no puerpério, independente de ser ou não bebê de risco, estando relacionadas ao cansaço diário, estresse e mudança na rotina, habituais nesse período. Faz-se necessário pesquisas que utilizem escalas de Depressão puerperal em mulheres com RN de risco.

Com relação aos fatores associados, estatisticamente, às respostas emocionais, temos que aos 45 dias pós-parto houve correlação estatística entre as mães que tiveram intercorrências na gestação, e aos seis meses essas variáveis não tiveram associação. Essa associação aos 45 dias, tendo mais respostas negativas as mães que tiveram alterações na gestação pode estar relacionada ao estresse proveniente de uma gravidez com intercorrências, medo de complicações ou a proximidade entre a vida e a morte. O fato de aos seis meses não haver correlação pode estar ligado ao longo

tempo entre a gestação e a resposta da paciente, o qual foi suficiente para superar as dificuldades surgidas nesse período.

Aos seis meses, houve correlação estatística com o estado emocional e a realização da consulta puerperal.

A sexualidade se mostrou alterada nesse estudo, e aos 45 dias apresentou 45,8% (82) de respostas “pior que antes” e 7,3% (13) “melhorando”, apresentando melhora aos seis meses, quando 26,3% (44) relataram estar “pior que antes” e 9,0% (15) “melhorando”.

Teve correlação estatística com a sexualidade aos seis meses o convívio com o companheiro, demonstrando que quanto melhor o convívio com o companheiro, melhor estava a sexualidade, característica comum entre as mulheres, as quais associam o lado sentimental com o ato sexual.

Contudo, podemos concluir que há a escassez de pesquisas de enfermagem no puerpério, ainda mais quando envolve bebês de risco, mesmo sendo grande o número de RN que se enquadrem nessa classificação. É comum encontrar pesquisas sobre cuidados ao bebê e, raramente, os que abordem as necessidades e cuidados às mães. Sugerem-se novas pesquisas, que abordem orientações, cuidado e assistência ao puerpério entre mães com bebês de risco.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini, 2004.

ABUCHAIM, E. de S. V. *Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “Dividindo-se entre ser mãe e mulher”*. 2005. 192 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALFAYA, C.; SCHERMANN, L. Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 115-129, 2001.

ALMEIDA, M. S. *Assistência de enfermagem no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero*. 168 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

AMARAL, F. S. Determinantes da retenção de peso após o parto em mulheres atendidas nos serviços públicos de pré-natal do Distrito Federal. 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

AMORIN, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6. p. s55-s62, maio 2006. Supl. 1.

ANTUNES, E.Y. *A sexualidade da mulher primípara no puerpério*. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Centro de Ensino Superior de Maringá, Cesumar, Maringá, 2005.

ARAÚJO, E. M. Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais. 2007. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BARBOSA, M. Atenção à mulher no pós parto. In: MANDÚ, E. N. T. (Org.). *Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros em atenção básica*. Cuiabá: Ed da UFMT, 2006. Disponível em:
http://www.forummundialeducacao.org/IMG/doc_PRATICAS_EDUCATIVAS_CO MO_PROMOCAO_DA_SAUDE_- _A_EXPERIENCIA_DE_UM_GRUPO_DE_GESTANTES.doc

BERGAMASCHI, S. F. F. *A vivência da puérpera adolescente com o recém-nascido, no domicílio*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRANDEN, P. S. *Enfermagem Materno-infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Pré-Natal*. Brasília, DF, 2000. (Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
< <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/assistenciaprenatal.pdf> >. Acesso em: 28 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da mulher. *Implantação do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN)*. Brasília, DF, [2000?].

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanha incentivo ao parto normal*. Brasília, DF, 2009. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28513. Acesso em 21 ago. 2009-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de análise e planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006*. Brasília, DF, 2009-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico*. Brasília, 2006. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20Puerperio%202006.pdf>.

CABRAL, F. B. *Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS*. 2007. 140 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem)-Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev psiq clín*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CARMO, B.G. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG. 2006. 61 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2006.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, V. C. P. *Fatores que influenciam na realização de um pré-natal não adequado entre as puérperas atendidas em duas unidades de risco na cidade de Recife*. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CECATTI, J. G. et al. O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obst*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 389-394, 1998.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

DATASUS (Brasil). *Informações de saúde: estatísticas vitais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>. Acesso em: 02 jan. 2009.

DIEESE (Brasil). *Salário mínimo nominal e necessário*. São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml> >. Acesso em: 9 out. 2009.

DOURADO, V. G. *Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação*. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 150-173, 1991.

FRAGA, I. T. G; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 87-97, abr 2004.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. *Mulheres Brasileiras, Educação e Trabalho*. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicas/mbet.html. Acesso em: 05 mai. 2009.

GAMA, S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GIR, E; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade Humana na formação do enfermeiro. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 33-40, 2000.

GONÇALVES, R. *Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto*. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GULLER, C. A.; DUPAS, G; PETTENGILL, M. A. M. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2007.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, jul-ago 2001.

HORNSTEIN, C. H. et al. Maternal bond and mother-child interaction in severe post partum psychiatric disorders: is there a link? *Arch womens ment health*, Toronto, v. 9, p. 279-284, 2006.

IBGE. *Cidades: o Brasil município por município*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 mar. 2009.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 455-466, mai-jun 2001.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LAZAR, M. C. S. *Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal*. 2002. 100 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LOWDERMILK, K. L; PERRY, S. E; BOBAK, I. M. *O cuidado em enfermagem materno-infantil*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

LUZ, A. M. H. *Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade*. Porto Alegre: Ed. da PUCRS, 1999.

- MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MALLIKARJUN, P. K.; OYEBODE, F. Prevention of Postnatal Depression. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, London, v. 125, no. 5, p. 221-226, 2005.
- MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.
- MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 775-779, 2006.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e valores associados. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.
- MOTTA, G. *Variáveis de risco para a gravidez na adolescência*. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2001.
- NAVAJAS, A. F.; CANIATO, F. Estimulação precoce/essencial: a interação família e bebê pré termo (premature). *Cadernos de pós graduação em distúrbios de desenvolvimento*, v. 3, n.1, p. 59-62, 2003.
- NAVARRO, P. et al. Non-psychotic disorders after childbirth: Prevalence and comorbity in a community sample. *J Affect Disord*, Arlington, USA, v. 109, p. 171-176, 2008.
- OLIVEIRA, E. M. F. *Vivência do homem no puerpério*. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- PELLOSO, S. M. *Mortalidade materna: o que os números não revelam..* 1999. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- PINTO e SILVA, J. L. Prematuridade: aspectos obstétricos. In: NEME, B. *Obstetrícia Básica*. São Paulo: Sarvier, 1994.
- RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, v. 8, n. 4, p. 401-410, 2008.
- REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*, 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, Toronto, v. 26, n. 4, p. 289-295, 2004.

- RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-86, 2006.
- ROJAS, G. C. et al. Calidad de vida de mujeres deprimidas em el posparto. *Rev Med Chile, Santiago*, v. 134, n. 6, p.713-720, 2006.
- ROTH, J.; HENDRINCKSON, J.; STOWELL, D. W. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implication of recent medical research for school health personnel. *J Sch Health*, v. 68, n. 7, p. 271-275, 1998.
- RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.
- SAKAE, T.M.; FREITAS, P.F.; d'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.
- SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. *Rev Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n. 2, 2003 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Junho 2008.
- SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 92-102, mar-abr. 1999.
- SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ*, Grã-Bretanha, v. 331, no. 7521, dez. 2005.
- SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud psicol (Natal)*, Natal, v. 8, n. 3, p. 5-12 , 2003.
- SCOCHI, C.G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 539-543, 2003.
- SENA, M. C. F. *Aleitamento materno no Brasil*. Tese, 2007. 114 f. (Doutorado)-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out, 2004.
- SILVA, A. I; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Rev. psiquiatr. clin*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 253-264, 2005.

- SILVA, A. M. R. *Fatores de risco para nascimentos pré-termos no município de Londrina, PR*. 2008. 159 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, jan-mar. 2009.
- SOUZA, J. M. M. et al. utilização de métodos contraceptivos entre os usuários da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.
- SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Rev de Saúde Publ*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-710, 2007.
- STEFANELLO, J. *A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães*. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.
- SYDOW, K.V. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*, v. 47, n. 1, p. 27-49, 1999.
- TAVARES, A. S.; QUEIROZ, M. V. O; JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. *Rev Cienc, Cuid e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 2, p. 193-203, 2006.
- TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: _____. *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 29-41.
- TRAVASSOS C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 133-149, 2000.
- TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. de. A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-26, 2008.
- TYCHEY, C. et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal Clinic Nursing*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 312-322, 2007.

UCHIMURA, T. T. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém-nascido, em Maringá-PR, no período de 1996 a 2002. *Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 6, n. 1, p. 51-58, jan-mar 2007.

VIEIRA, C. S.; BRITO, M. B.; YAZLLE, M. E. H. D. Contracepção no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 470-479, 2008.

ZAGONEL, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev Eletr Enf*, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003.

WENZEL, D. *Aleitamento materno: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais*. 2008. 125 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WILLIAMSON, M.; McVEIGH, C.; BAAFI, M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality, *New South Wales*, Austrália, v. 24, p. 99-107, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE BEBÊS DE RISCO NASCIDOS EM MARINGÁ - PR E SUAS MÃES, AO LONGO DO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita	5ª Visita	6ª Visita
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Nome completo da Mãe:

02) Quantas pessoas vivem na residência?

Nome	Parentesco com a criança	Idade	Religião	Escolaridade*	Situação Conjugal	Ocupação	Doença Crônica (qual?）**

* Fundamental Completo (EFC); Fundamental Incompleto (EFI: 1-8 anos); Médio Completo (MC); Médio Incompleto (MI = 1-3 anos); Superior Completo (ESC); Superior Incompleto (SI); Analfabeto (A);

** Problema de saúde com duração de mais de 6 meses e/ou uso de medicação contínua.

CARACTERIZAÇÃO DO BEBÊ

Identificação

03) Data do nascimento: ___/___/___

06) Apgar 1º _____ e 5º _____

07) Idade gestacional: _____ semanas _____ dias

Hospitalização

13) Hospitalizações após o nascimento.

	1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita	5ª Visita	6ª Visita
Nome do hospital						
Motivo / Problema						
Tempo de internação						
Como foi o atendimento?*						

* Escrever se foi: bom, ruim ou péssimo

19) Qual o tipo de alimentação da criança:

Tipo alim.	45 dias	3 meses	6 meses
	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita
AME			
AMP			
AM+LV			
AM+FI			
FI			
LV			
LS			

CARACTERIZAÇÃO DA MULHER

22) (2ª VISITA) Raça / Cor: branca() parda() negra() amarela()

24) (2ª VISITA) Antecedentes da mulher:

- ()Hipertensão ()Diabetes ()Cardiopatia ()Cromossomopatias
 ()Epilepsia ()Endocrinopatias ()Obesidade ()Uro-nefropatias
 ()Trombofilias ()Patologia Respiratória ()Infecções ()Outros

Histórico obstétrico

27) (2ª VISITA) G____P____C____A____

Tipo de parto (dessa gestação): () normal () cesárea

Peso pré gestacional: _____Kg Estatura: _____cm

Peso ganho na gestação: _____

Tempo de internação pós-parto da mãe: _____ dias

28) Quais os métodos contraceptivos usado(s)?

Método	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita
Nenhum			
Pílula			
Injetável			
Camisinha			
DIU			
Tabelinha			
Coito Int.			
Outros			

29) (2ª VISITA) Foi atendida pelo:

	SUS	Plano de saúde / particular
pré-natal		
Parto		

30) (2ª VISITA) Nº de consultas realizadas no pré-natal: _____

33) (2ª VISITA) Houve complicações e/ou internações na gravidez? Se sim, qual motivo? (GRAVAR)

34) (2ª VISITA) Foi gravidez de risco? () não () sim, Porque?

Histórico puerperal

36) Qual o peso atual?

1ª V	2ª V	3ª V	4ª V	5ª V	6ª V

37) Como você se sente? (GRAVAR)- 2ª, 3ª e 4ª visita

38) Você fez a consulta do puerpério (2ª visita)? () Sim () Não

38) (2ª VISITA) Você tem companheiro?

() Não () Sim É o pai do bebê? () Sim () Não

39) Me fale sobre sua sexualidade (desejo sexual):

- Antes da gestação, durante a gestação e atualmente (GRAVAR – 2ª Visita).

40) Me fale sobre seu desejo sexual atualmente? (GRAVAR – 4ª Visita).

41) (2ª VISITA) Com quantos dias pós-parto aconteceu a primeira relação sexual?

Não aconteceu ainda()

Com menos de 10 dias()

10-20 dias()

20-30 dias()

30- 42 dias()

com mais de 42 dias()

42) Alguma coisa a incomoda em seu corpo após a gestação? Se sim, o quê?

(GRAVAR)

2ª V	4ª V

43) (2ª VISITA) Realiza serviços domésticos?

Sim, diariamente () Às vezes () Não ()

45) (2ª VISITA) Como está o convívio com:

Familiares: Ótimo () Bom () Péssimo () Cansativo ()

Amigos: Ótimo () Bom () Péssimo () Cansativo ()

Companheiro/esposo: Ótimo () Bom () Péssimo () Cansativo ()

Filhos: Ótimo () Bom () Péssimo () Cansativo ()

CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL

Acesso ao atendimento à saúde

52) (3ª VISITA) Visitação do PSF:

	1ª V	2ª V
semanal		
quinzenal		
mensal		
Não passa		
outro		

Recursos

Renda familiar: _____

RELATÓRIO DE CAMPO (receptividade do entrevistado e do ambiente durante a visita)

ANEXOS



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE N°. 0251.093.000-08

PARECER N°. 451/2008

Pesquisador (a) Responsável: Sonia Silva Marcon	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Condições de vida e saúde dos bebês de risco e suas mães, em Maringá-PR, ao longo do primeiro ano de vida.	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo corte, com objetivo geral de "analisar as condições de vida e saúde de bebês de risco e suas mães ao longo do 1º ano de vida". O projeto será desenvolvido por meio de 6 (seis) sub-projetos com objetivos específicos relacionados à saúde do bebê de risco e da mãe, no primeiro ano após o parto. Os sujeitos da pesquisa serão todas as crianças de mães residentes nascidas no município de Maringá, no período de 1º de outubro de 2008 a 30 de setembro de 2009 e que foram incluídas no Programa de Vigilância do Bebê de Risco do Município, cujo número, definido na folha de rosto, foi 500.</p> <p>Para a coleta de dados, as crianças serão acompanhadas por um período de 12 meses, através de 6 (seis) visitas. Os dados serão coletados por meio de entrevista e exame físico da criança. As entrevistas terão por objetivo coletar dados da família, da mãe e da criança, dados estes enumerados no projeto. Participarão da coleta de dados alunos dos dois últimos anos do curso de enfermagem e medicina, os quais receberão treinamento específico.</p> <p>Nos aspectos éticos descritos no projeto a pesquisadora se refere à solicitação de autorização "junto a todos os hospitais com maternidade na cidade de Maringá", entretanto pela metodologia e pela autorização apresentada, pode-se perceber que estes dados serão coletados no Setor de Vigilância do Município.</p> <p>Encontra-se no projeto: cronograma de execução, datado de setembro de 2008 a agosto de 2010, com início da coleta de dados prevista para outubro do presente ano; orçamento a ser financiado pelo CNPq (Edital Universal 2007 processo 485489/2007-4); termo de consentimento livre e esclarecido em forma de carta convite e em consonância com a resolução 196/96-CNS/MS, inclusive no que diz respeito a avaliação inicial e encaminhamentos no ambulatório Canguru no HUM, caso alguma intercorrência ou problema for detectado no bebê; autorizações da secretaria municipal de saúde para coleta de dados nas unidades básicas de saúde e no setor de vigilância epidemiológica, bem como a anuência do superintendente do HUM para a avaliação inicial pelo ambulatório Mãe Canguru.</p> <p>Parecer:</p> <p>Considerando o acima exposto somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 05/09/2008	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/10/2010.	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 159ª reunião do COPEP em 05/09/2008.	 Prof. Dr. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
Bloco 10 sala 01 - Avenida Colombo, 5790 - CEP: 87020-900 - Maringá - PR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Docentes e alunos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, sob a coordenação da prof. Dra Sonia Silva Marcon estão realizando uma pesquisa intitulada **CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE BEBES DE RISCO E SUAS MÃES, EM MARINGÁ – PR , AO LONGO DO PRIMEIRO ANO DE VIDA**. Acreditamos que a realização do estudo e a divulgação de seus resultados poderão auxiliar na melhor compreensão das experiências de famílias com bebês/recém-nascidos de risco, contribuindo para uma mudança na forma dos profissionais abordarem e assistirem esta população.

Para isto, gostaríamos de convidar você e sua família a fazerem parte desta pesquisa. Sua participação se dará por meio de seis visitas que serão feitas por equipes de nosso projeto à sua casa, ao longo do primeiro ano de vida do bebê (aos 15 dias, 45 dias, 3 meses, seis meses, nove meses e um ano). O objetivo destas visitas é o de acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento do bebê, identificando intercorrências (algum problema que seja importante relatar), avaliando assim, a condição geral de saúde da criança e da mãe. Também pretendemos verificar com que tipo de apoio a família pode contar, identificando as facilidades e dificuldades sentidas pela família para cuidar de um bebê de risco. Queremos também verificar como está sendo o aleitamento materno exclusivo e a introdução de alimentos complementares entre estas crianças. Com isto, poderemos avaliar se a assistência atualmente prestada ao RN de risco no município está sendo adequada.

Não são previstos riscos ou desconfortos por sua participação, ou de sua família nesta pesquisa. Cada visita terá uma duração não superior a 30 minutos e será sempre agendada com antecedência e de acordo com sua disponibilidade. É importante esclarecer que as visitas não precisarão ser feitas no dia de aniversário das datas estabelecidas (poderá existir uma tolerância de 3 a 5 dias para antes ou para depois da data estabelecida).

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, você não pagará nada para participar dela, e nem receberá pagamento de qualquer espécie. Assim, você tem o direito de recusar-se a participar da mesma, ou de desistir desta participação a qualquer tempo, sem que seja prejudicado por isso.

Os benefícios de sua participação serão o acompanhamento mais contínuo das condições de crescimento, desenvolvimento e de saúde de seu bebê. O benefício indireto será sua contribuição para que possamos avaliar como está sendo feito o acompanhamento de crianças/bebês que, como o seu, foram considerados de risco ao nascer, em nossa cidade, de tal modo a sugerirmos algumas modificações no sentido de melhorar a qualidade desta assistência.

Ao fazer parte deste estudo, nem você e nem sua família ou bebê serão identificados em trabalhos ou relatórios desta pesquisa, respeitando assim, o sigilo e privacidade das informações prestadas. Durante toda a realização do estudo, estaremos disponíveis para tirar eventuais dúvidas que possam surgir, nos telefones de contato abaixo relacionados. Os dados de crescimento, desenvolvimento serão informados a você, e em caso de detectarmos qualquer intercorrência/problema do bebê ao longo de nosso acompanhamento, nos comprometemos a encaminhá-lo para que seja devidamente atendido.

Sua participação é muito importante para nós. Caso você concorde em colaborar conosco, deverá assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e uma cópia assinada do mesmo termo será entregue a você.

Eu, _____, responsável pelo menor _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Dra. _____, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, que eu e meu filho participemos deste estudo.

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Data: ____/____/____