

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FERNANDA BEHEREGARAY CABRAL

**Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa
Saúde da Família em Santa Maria/RS**

Porto Alegre

2007

FERNANDA BEHEREGARAY CABRAL

**Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa
Saúde da Família em Santa Maria/R**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Porto Alegre

2007

C117g Cabral, Fernanda Beheregaray
Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS / Fernanda Beheregaray Cabral; orient. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira. – Porto Alegre, 2007.
140f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde da Mulher. 2. Puerpério. 3. Identidade de gênero.
4. Vulnerabilidade 5. Enfermagem I. Título.

CDU 613.99

FERNANDA BEHEREGARAY CABRAL

Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

CPF 421.392.280-49

(Presidente)

Dora Lúcia L. C. de Oliveira

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha

CPF 256428550-34

(Membro – UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

CPF 242.040.991-49

(Membro – UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

CPF 61018414800

(Membro – USP/SP)

Porto Alegre, 23 de outubro de 2007.

De acordo da mestranda:

Fernanda Beheregaray Cabral

*Ao meu filho, **Gregório**, razão de tudo.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus** e a todos os seus **anjos de luz**, por cuidarem de mim, me conduzirem e reconduzirem nas idas, voltas, desvios e tropeços dessa caminhada de superação, de aprendizado e de crescimento na busca por meus ideais e na concretização deste projeto de vida e de trabalho.*

*Ao **meu pai**, hoje ser de luz, por ser exemplo de humanidade, reforço em minha crença sobre a continuidade da vida e dos laços de amor fraterno e verdadeiro.*

*À minha mãe, **Cândida**, pelo amor, estímulo e força. Sua atitude firme e apoio incondicional me ajudaram a prosseguir nas tantas vezes em que os limites pessoais e/ou profissionais se apresentavam como mais uma prova a ser vencida e parecia aumentar a distância desse ponto de chegada.*

*Ao meu querido e amado filho, **Gregório**, por tanto zelo e amor, por compreender tantas ausências e por me acompanhar em todas as etapas deste processo. A sua existência torna meus dias mais felizes.*

*À minha irmã, **Linara** e ao meu cunhado, **Mario**, por torcerem pelo meu sucesso. Mesmo distantes espacialmente, sua ajuda esteve presente na hora e na medida certas.*

*À minha irmã de coração, **Dê**, pelo carinho, companheirismo e pelos cuidados dedicados a mim e ao meu filho.*

*À minha grande amiga e cuidadora, **Eliana Gonçalves**, por seus milagrosos florais, restauradores energéticos nesse processo de busca pelo conhecimento, equilibrando, integrando e harmonizando meu corpo-alma.*

*À minha amiga, **Bibi**, por seu carinho, dedicação e presença on line, acolhendo minhas angústias e preocupações, sem contar as aventuras entre um almoço e outro, em Porto Alegre.*

*Às minhas amigas e colegas, **Fernanda Sarturi, Vânia Pradebon, Dolores Chagas, Suzinara Soares de Lima e Maria Helena Saurin**, pelo apoio, momentos de descontração e contribuições de suas problematizações acerca de minhas questões de pesquisa. À minha orientadora,*

***Dora Lúcia de Oliveira**, pelos conhecimentos partilhados e momentos de reflexão e aprendizado nesse processo de (des)construção, promotores de crescimento acadêmico e pessoal. Sua competência e seu comprometimento com o processo formativo estimulam a continuar investindo no meu aprimoramento, enquanto docente em enfermagem e pesquisadora.*

*Às professoras que compõem a **banca examinadora** desta dissertação, pelas importantes contribuições que qualificaram e reorientaram esta proposta.*

*Às **professoras** do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos ensinamentos e contribuições, em especial, à **Profa. Ana Bonilha**,*

por ter acreditado em meu potencial, acolhido minhas angustias e ansiedades, pelo ser humano extraordinário, exemplo de mulher e de docente em enfermagem.

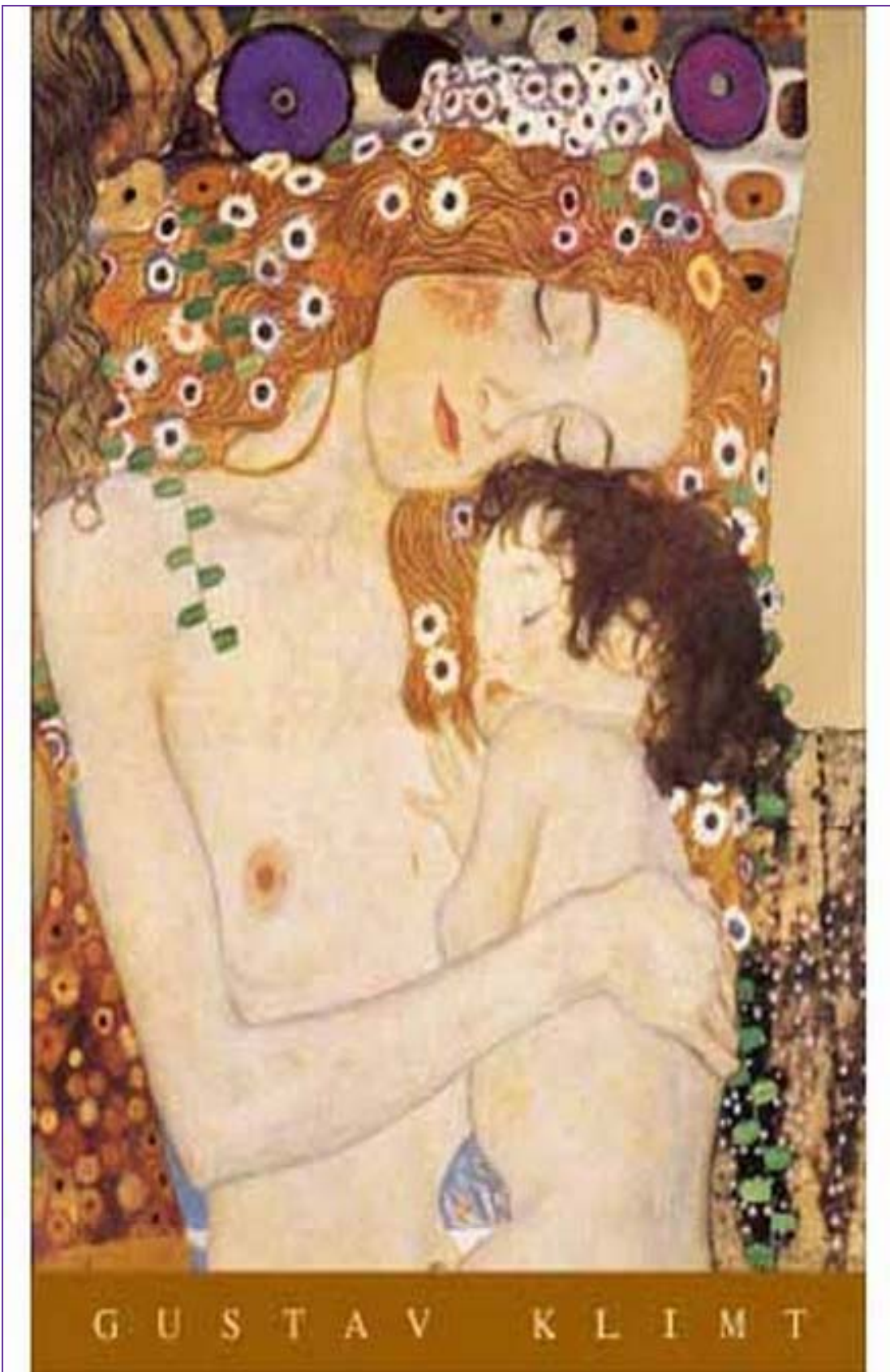
*Aos **integrantes** do Grupo de Estudos sobre Promoção da Saúde (GEPS), pelas trocas de experiências e discussões promovendo a ampliação de meus conhecimentos em educação e na promoção da saúde.*

*Aos queridos companheiros e amigos do Curso de Mestrado em Enfermagem, **Diego Schaurich, Juliana Colomé**, pelos momentos de convivência e conhecimentos compartilhados nesta caminhada, que muito contribuíram para o aprimoramento desta dissertação.*

*Em especial, à amiga e companheira de viagem, **Hilda Medeiros**, por compartilhar de minhas ansiedades, pelas palavras de estímulo, conforto e apoio e, sobretudo, pelo convívio solidário.*

*Aos **profissionais do PSF**, participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e receptividade na realização dos grupos focais.*

*À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, ao Programa de Pós-Graduação da **Escola de Enfermagem**, ao corpo docente e administrativo do **Mestrado em Enfermagem**, pela oportunidade e acolhimento, geradores de aperfeiçoamento pessoal e profissional; por acompanharem esta trajetória, com compreensão, incentivo exigente e sinalizações fundamentais.*



G U S T A V K L I M T

*Por muito tempo eu pensei que a minha vida
fosse se tornar uma vida de verdade.
Mas sempre havia um obstáculo no caminho,
algo a ser ultrapassado antes de começar a viver,
um trabalho não terminado, uma conta a ser paga.*

Aí sim, a vida de verdade começaria.

*Por fim, cheguei à conclusão de que
esses obstáculos eram a minha vida de verdade.
Essa perspectiva tem me ajudado a ver que ...
... não existe um caminho para a felicidade.*

A felicidade é o caminho!

Henfil

RESUMO

A dissertação analisa a percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a vulnerabilidade das mulheres no puerpério. Os campos de desenvolvimento do estudo foram duas Unidades de Saúde da Família de Santa Maria/RS. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório - descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos através da técnica de grupos focais e submetidos à análise de conteúdo proposta por Minayo. A análise dos dados revelou que, antes de participarem da pesquisa, a maioria dos profissionais do PSF tinha pouca consciência sobre a complexidade das situações de vulnerabilidade vivenciadas por mulheres no puerpério, bem como da necessidade do atendimento de demandas que vão além daquelas de cunho biológico. Alguns integrantes dessas equipes, em alguma medida, até reconheceram elementos de vulnerabilidade nestas vivências, ainda que sob uma ótica simplista e reducionista do que se configura como vulnerabilidade das mulheres no puerpério. Foi possível perceber tendência à naturalização dos possíveis problemas concorrentes no puerpério. As situações que configuram a vulnerabilidade das mulheres no puerpério evidenciaram-se em contextos que extrapolam o plano individual, abrangendo também o espaço social. Para as ESF, aspectos geracionais, multiparidade, questões de gênero, desigualdades sociais, aspectos emocionais, mudanças na dinâmica e no relacionamento familiar, sobrecarga decorrente das demandas da maternidade, ausência de rede de apoio e de suporte social foram elementos reconhecidos como produtores e potencializadores da vulnerabilidade das puérperas. Do ponto de vista programático, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a priorização de certas demandas, a ênfase das ações na saúde da mulher-mãe e na saúde do filho foram elementos identificados pelos participantes como limitantes e com influência negativa na produção do cuidado às puérperas. Tais dificuldades implicam na produção e na potencialização da vulnerabilidade programática das mulheres no puerpério. Os dados permitem inferir que o atendimento ou minimização dessa vulnerabilidade vai depender de esforços pessoais, mediante a conscientização e/ou a sensibilização dos profissionais das ESF, ou às próprias puérperas, na medida em que estas sejam capazes de reconhecer suas demandas como necessidades de saúde e de reivindicar o devido atendimento ao sistema de saúde. Destacam-se

como contribuições da pesquisa: sinalização de circunstâncias e fatores implicados na promoção da vulnerabilidade das mulheres no puerpério; indicação dos limites programáticos enfrentados no cotidiano de trabalho da ESF; urgência na transformação das práticas de saúde, de modo que as ações desenvolvidas pelo PSF transcendam o campo da prevenção de doenças e se configurem como estratégias para a minimização dessa vulnerabilidade, com vistas a superar a fragmentação do cuidado e a não aplicação dos princípios da integralidade, do acesso universal e da promoção da saúde das mulheres no puerpério.

Descritores: Saúde da Mulher. Puerpério. Vulnerabilidade. Enfermagem.

ABSTRACT

This dissertation analyses the perception of family health care teams about women's vulnerability in the puerperium. The sites for the development of the study were two family health care units from Santa Maria/RS. It is an exploratory descriptive study structured from a qualitative approach. The data were collected by focus groups and they were submitted to the content analysis as proposed by Minayo. Data analysis revealed that, before participating in the research, most of the research participants was not very conscious about the complexity of the vulnerability situations experienced by women in the puerperium and also about the necessity of more specific actions for the attendance of demands which go beyond situations of biological matrix. Some participants, somehow, recognised vulnerability elements in such experiences, but in a simplistic and reductionist view of what constitutes the women's vulnerability in the puerperium. Data analysis also indicated a trend to the naturalisation of the possible competing problems in the puerperium. The situations that configure women's vulnerability in the puerperium evidenced themselves in the contexts which extrapolate the individual plan, also enclosing the social space. For the family health care teams, generation aspects, multiparity, gender issues, inequalities, emotional aspects, changes in the dynamics and in the familial relationship, decurrent overload of the demands of the maternity, absence of a net of support and social support were recognised elements as producers and power agents of the women's vulnerability in the puerperium. From the programmatic point of view, the insufficiency of human and material resources, the priority of certain demands, the emphasis of the actions in the woman-mother's health and baby's health were the elements identified as limiting the health care team's work. This was perceived as having a negative influence in the production of the care to the women in the puerperium. Such difficulties imply in the production and the powering of women's programmatic vulnerability in the puerperium. The recognition of this situation allows to infer that the attendance or minimisation of this vulnerability goes to depend on personal efforts, by means of the awareness and/or the sensitisation of the professionals of the family health care program, or to the proper women in the puerperium. For this, those women shall be capable to recognise their demands as health necessities and claim the due attendance to the health system. There are

distinguished contributions of the research, which are: signalling of circumstances and factors implied in the promotion of the women's vulnerability in the puerperium; indication of the programmatic limits faced in the daily work of the family health care team; urgency in the transformation of the health practices, so that the actions developed in the context of the family health care program transcend the field of disease prevention and constitutes itself as strategies to minimise this vulnerability. Such strategies would aim to overcome the fragmentation of the production of the care and the non - application of the principle of integrality, the universal health access and the promotion of women's health in the puerperium.

Descriptors: *Women's Health. Puerperium. Vulnerability. Nursing.*

Title: Women's Vulnerability in the puerperium: the views of Health Care Teams of Santa Maria/RS

RESUMEN

La disertación hace un análisis de la percepción del equipo de salud de la familia (ESF) frente a la vulnerabilidad de las mujeres en el puerperio. Los campos de desarrollo del estudio fueron dos equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF) en Santa Maria/RS. La investigación es exploratoria descriptiva con abordaje cualitativo. Los datos fueron obtenidos por la técnica de grupos focales y sometidos a análisis del contenido propuesta por Minayo. El análisis de los datos reveló que, antes de la participación en la investigación la mayoría de los profesionales del PSF tenía poca conciencia frente a la complejidad de las situaciones de vulnerabilidad vividas por las mujeres en el puerperio, así como de la necesidad del cumplimiento de demandas que van más allá de situaciones biológicas. Algunos de los integrantes de estos equipos en alguna medida reconocieron elementos de vulnerabilidad en estas vivencias, mismo que bajo una óptica simplista y reduccionista se configura como vulnerabilidad de las mujeres en el puerperio. Fue posible la percepción de tendencias a naturalización de los posibles problemas vividos en el puerperio. Las situaciones que configuran la vulnerabilidad de las mujeres en el puerperio fueron evidenciadas en contextos que superan el plano individual, abarcando también el espacio social. Para los ESF, aspectos generales, multiparidad, cuestiones de género, desigualdades sociales, aspectos emocionales, cambios en la dinámica y en el relacionamiento familiar, sobrecarga derivada de las demandas de la maternidad, ausencia de una cadena de apoyo y de soporte social fueron elementos reconocidos como productores y potencializadores de la vulnerabilidad en las puerperas. Del punto de vista programático, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, la priorización de algunas demandas, el énfasis en acciones de salud de la mujer-madre y en la salud de su hijo fueron elementos identificados por los participantes como límites y con influencia negativa en la producción del cuidado con las puerperas. Esas dificultades implican en la producción y en la potencialización de la vulnerabilidad programática de las mujeres en el puerperio. Los datos permiten inferir que el cumplimiento o minimización de esta vulnerabilidad depende de esfuerzos personales, mediante la concientización y/o sensibilización de los profesionales de los ESF, o las propias puerperas, la medida que estén capaces de reconocer sus demandas como necesidades de salud

y de reivindicar su debido atendimento a el sistema de salud. Se destaca como contribuciones de la pesquisa: señalización de circunstancias y factores implicados en la promoción de la vulnerabilidad de las mujeres en lo puerperio; indicación de límites programáticos enfrentados en el cotidiano de trabajo de los ESF; urgencia de la transformación de las prácticas de salud, para que las acciones desarrolladas en el PSF trascienden el campo de la prevención de enfermedades y sean reconocidas como estrategias a la minimización de la vulnerabilidad, con vistas a superar la fragmentación del cuidado y la no aplicación de los principios de la integralidad, del acceso universal y de la producción de salud de las mujeres en lo puerperio.

Descriptor: *Salud de la Mujer. Puerperio. Vulnerabilidad. Enfermería.*

Título: *Vulnerabilidad de puerperas: miradas de equipos del Programa de Salud de La Familia em Santa Maria/RS*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características dos(as) participantes nos grupos focais	44
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS-MS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém nascido
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNIFRA	Centro Universitário Franciscano
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	21
2.1 Gênero e Saúde das Mulheres	21
2.2 Contextualizando a Incorporação da Atenção à Saúde das Mulheres pelo Programa Saúde da Família	24
2.2.1 A atenção à saúde das mulheres no puerpério	28
2.3 Vulnerabilidade: um novo campo de possibilidades para o estudo da saúde das mulheres no puerpério	32
3 CAMINHO METODOLÓGICO	38
3.1 Objetivo da Pesquisa	38
3.2 Questões Norteadoras	39
3.3 Caracterização do Estudo	39
3.4 Contexto da Pesquisa	40
3.5 Sujeitos do Estudo	41
3.6 Coleta dos Dados: constituição dos grupos focais e locais dos encontros	41
3.7 Organização e Análise das Informações	44
3.8 Considerações Bioéticas	45
4 DISCUSSÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA	47
4.1 Elementos Constituintes da Vulnerabilidade Individual e Social das Mulheres no Puerpério na Perspectiva das Equipes de Saúde da Família: análise da problemática e seus múltiplos enfoques	47
4.1.1 A vulnerabilidade de puérperas adolescentes: interface entre geração, gênero e desigualdades sociais	49
4.1.2 A multiparidade de mulheres pobres	63
4.1.3 Os problemas emocionais das puérperas	80
4.1.4 A promoção do papel materno e a ênfase na saúde do filho: ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família	92
4.2 Elementos Constituintes da Vulnerabilidade Programática das Mulheres no Puerpério	105
4.2.1 Insuficiência de recursos humanos e materiais	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A – Agenda dos Grupos Focais	136
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	140

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é um momento crítico e de transição na vida das mulheres¹. Este período tem início logo após o parto e possui duração variável. No puerpério ocorrem os ajustes fisiológicos necessários às manifestações involutivas, de recuperação e de adaptação às alterações sofridas pelo organismo a seu estado pré-gravídico.

Embora as mulheres no puerpério vivenciem uma condição especial do seu processo de saúde, elas não estão doentes. Em contrapartida, a possibilidade de intercorrências clínicas como anemias, hemorragias e infecções, assim como as altas taxas de morte materna em nosso país, fazem com que o puerpério seja considerado um período de risco para a saúde das mulheres.

A complexidade do puerpério é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, sócio-culturais, econômicos e por questões de gênero. Além disso, é no puerpério que se exacerbam as demandas da maternidade, o que acarreta importantes transformações no estilo de vida das mulheres e do casal, com implicações no relacionamento conjugal e na sua vida afetiva e sexual. Todos estes aspectos, individualmente ou sobrepostos, implicam em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres que vivenciam este período.

Apesar de o puerpério se constituir em uma experiência de vida que é complexa e produtora de vulnerabilidades e de que, estudos epidemiológicos sobre mortalidade materna e complicações puerperais tendam a identificar os fatores que concorrem para que o puerpério seja considerado um período de risco e, da própria Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher incluir em suas metas, ações voltadas a esse período, o processo do puerpério ainda é pouco considerado pelos profissionais de saúde como de relevância do ponto de vista da prevenção de processos de adoecimento e de promoção da saúde das mulheres. Na maioria das vezes, o atendimento às puérperas é eminentemente técnico e biologicista, o que

¹ Embora o termo saúde da mulher seja usado com frequência nas campanhas, programas e políticas governamentais, neste estudo, utiliza-se o termo saúde das mulheres por entender que nem todas as mulheres vivem nas mesmas circunstâncias, nem assumem as mesmas posições no cenário social.

acaba simplificando e desvalorizando possíveis demandas que se localizem fora do âmbito biológico.

Dentre as possíveis justificativas para a invisibilidade das necessidades das mulheres no puerpério, destaca-se a importância do cuidado com a criança. Durante toda a gestação as mulheres recebem atenção profissional em atendimentos de pré-natal. Aquelas que não procuram os serviços de pré-natal, em geral, são pressionadas a fazê-lo, podendo ser buscadas em casa para as consultas, através do que tem sido chamado de busca-ativa. Nas consultas de pré-natal, a avaliação da 'saúde' na gestação é feita com foco final na saúde do bebê.

Com o parto e, tendo cumprido sua função social de gerar e parir crianças que se desejam saudáveis, as mulheres passam a ocupar um espaço de importância no sistema de saúde. Espaço este que é relativo, no sentido de uma relevância apenas enquanto mães, legitimadas pela cultura como cuidadoras dos filhos. Tal situação evidencia-se pela atenção dispensada às puérperas por equipes de saúde voltadas para a promoção e o desenvolvimento do papel materno, fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, início precoce do aleitamento materno exclusivo e demais cuidados com a saúde do bebê, tais como teste do pezinho, vacinas e ações de puericultura.

Estas considerações são frutos de vivências como enfermeira obstétrica, no atendimento às mulheres em consultas de enfermagem, grupos de saúde na gestação e nos momentos de cuidados às mulheres internadas na maternidade durante o puerpério imediato. Na medida em que o envolvimento com o campo da saúde das mulheres ultrapassou o âmbito assistencial pelo ingresso na docência, assim como no contato com profissionais e produções acadêmicas de outras áreas, como as Ciências Sociais e a Antropologia, veio o interesse pela análise das experiências vividas pelas mulheres no puerpério, considerando a interface entre gênero e saúde.

O ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem e a oportunidade de aproximação a pesquisas e teorizações sobre gênero e sobre saúde, incrementaram o interesse sobre a saúde das mulheres no puerpério, além de indicarem o referencial da vulnerabilidade como possível orientador de pesquisas sobre esta temática.

É importante ressaltar, que o reconhecimento da importância e da necessidade de inclusão da temática gênero no planejamento de ações na área da

saúde mulher não é uma preocupação singular. Nesse sentido, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto promotora e definidora de políticas de saúde, vem incorporando questões de gênero em suas metas.

Nessa mesma direção, as recomendações do Ministério da Saúde (MS) na sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e seu Manual Técnico para o pré-natal e puerpério (BRASIL, 2006a) têm tangenciado em seus referenciais, tanto a perspectiva de gênero, como as ações de cuidado específicas às mulheres no período puerperal.

Levando-se em conta que desigualdades de gênero, associadas ou não a outras desigualdades, como pobreza, discriminação étnica, pouco acesso a direitos sociais como educação e saúde, implicam em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério; por pressupor que a análise dessas diferentes situações de vulnerabilidade, permite subsídios para a ampliação do entendimento sobre as necessidades de saúde das puérperas e, em consequência, promover a minimização desta vulnerabilidade, desenvolveu-se esta pesquisa, problematizando tais questões junto aos profissionais de saúde, no âmbito de sua área de atuação.

2 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O referencial teórico que subsidiou o processo de pesquisa constituiu-se de temas envolvendo gênero e saúde das mulheres, contextualização da incorporação da atenção à saúde das mulheres, pelo Programa Saúde da Família (PSF), atenção à saúde das mulheres no puerpério e, a vulnerabilidade, como um novo campo de possibilidades para o estudo da saúde das mulheres no puerpério.

2.1 Gênero e Saúde das Mulheres

Os estudos de gênero começaram a ser produzidos por feministas americanas na década de 1970, buscando problematizar a forma como as sociedades utilizam diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, como fator de organização da vida social, em oposição ao determinismo biológico que justificava, até então, tais processos.

No Brasil, os estudos sobre a temática foram introduzidos na década de 1980, conferindo visibilidade social e política a temas como aborto, direitos sexuais e reprodutivos, violência contra a mulher, trabalho doméstico, família, maternidade e cuidado infantil, entre outros (MEYER, 2004).

No presente estudo, buscou-se embasar o termo gênero em definições tais como: “[...] é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, ou, “[...] um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p.86). Como propõe Meyer (2004, p.15):

[...] todas as formas de construção social, cultural e lingüística implicadas com processos que diferenciam mulheres e homens, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade.

Sendo assim, o processo de tornar-se homem e mulher, a partir de uma perspectiva de gênero, delimita papéis sociais fundamentados nas relações entre homens e mulheres, os quais se determinam para além da biologia, ou seja, nos

contextos político, econômico e cultural em que se encontram, estabelecendo desta forma, representações sociais do que seja masculino e feminino.

Sob esta ótica, ao considerar a categoria gênero como constructo e construtora de processos históricos desiguais, Louro (1997, p.22) argumenta que:

[...] é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos. As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas (se é que mesmo essas podem ser compreendidas fora de sua constituição social), mas sim, nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação.

Ao entender gênero como uma ferramenta teórica e política para a compreensão dos processos sociais Meyer (2004, p.15) destaca a importância do caráter relacional do conceito de gênero, enfatizando que:

[...] as análises e intervenções empreendidas neste campo de estudos devem considerar ou, pelo menos, tomar como referência, as relações – de poder – e as muitas formas sociais e culturais que, de forma interdependente e inter-relacionada, educam homens e mulheres como ‘sujeitos de gênero’.

Compreende-se então que estas diferenças não são naturais e essenciais, mas sim, socialmente construídas. O entendimento de que tais diferenças são usadas na promoção de desigualdades, posicionando tradicionalmente homens como dominadores e mulheres como submissas e oprimidas, implica na consciência de que a construção da supremacia masculina resulta também, na construção social da subordinação feminina. Corroborando o exposto, Fonseca (1997, p.10) destaca que:

[...] o sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis, ao contrário, a análise mais profunda de tais relações revela condições extremamente desiguais de exercício de poder, onde as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias em relação aos homens.

Conforme Meyer (1999, p.14) o conceito de gênero “remete à compreensão de construções históricas e sociais em torno do sexo, pluralizando as concepções de mulher e de homem e enfatizando os mecanismos e instituições culturais e sociais que estão envolvidas com esta construção”. Louro (1997), Fonseca (2000) e Souza

(2000) compartilham dessa concepção de pluraridade, destacando que, as múltiplas identidades das mulheres não são permanentes, mas sim fabricadas por instituições sociais como família, governo, igreja, escola, e agregando marcadores sociais como gênero, classe, etnia, orientação sexual, dentre outros.

Para Meyer (2004) a articulação do gênero com estes marcadores produz modificações importantes nas formas pelas quais feminilidades e masculinidades são vividas ao longo do tempo. A autora chama atenção para o fato de que, “[...] ao longo da vida e através das mais diversas instituições e práticas sociais, nos constituímos como homens e mulheres, num processo que não é linear, progressivo ou harmônico e, que também nunca está finalizado ou completo” (p.15).

Em nossa sociedade, as mulheres são educadas para desempenhar papéis femininos, em especial, o da maternidade, que lhes confere destaque pelas funções assumidas no seio da família (OLIVEIRA; MEYER, 2005).

Para Marques e Ferreira (2002, p.18) ocorrem repercussões nos processos de adoecimento destas mulheres, considerando que:

[...] a invisibilidade do trabalho doméstico desenvolvido pelo sexo feminino e a sobrecarga de responsabilidades, atividades domésticas acrescidas ao papel de mantenedora da saúde na atenção primária, terminam por reproduzir relações desiguais de gênero.

Oliveira e Meyer (2005, p.9) ressaltam que “[...] ‘saúde’ e ‘não-saúde’ são fenômenos sociais, além de biológicos, e que as condições e relações de gênero intervêm no processo de determinação desses fenômenos”. Nesse sentido, acredita-se que a adoção da abordagem de gênero no presente estudo, ao focar a vulnerabilidade de mulheres no puerpério, deverá possibilitar a compreensão de processos de saúde para além de suas capacidades reprodutivas, considerando que aspectos emocionais, sociais, econômicos e culturais também são produtores de ‘saúde’ e ‘não-saúde’.

Outra questão que emergiu da literatura consultada refere-se à formação tradicional dos profissionais da saúde que, ancorada no modelo biomédico de saúde, desconsidera a influência das questões de gênero nos processos de adoecimento das mulheres, limitando sua abordagem a uma perspectiva eminentemente biologicista, medicalizada e simplista. Essa ênfase também tem sido observada nos programas e políticas de promoção da saúde das mulheres, em

relação aos quais Oliveira e Meyer (2005, p.26) comentam: “[...] a redução da ‘noção de mulher’ à ‘noção de mãe’ e de ‘saúde da mulher’ à dimensão de ‘saúde do aparelho reprodutor feminino’ é um processo ainda bastante ativo nesses programas”. As autoras destacam que há um equívoco importante na formulação destas políticas e programas, que consiste na:

[...] tentativa de unificar a diversidade de identidades (e realidades) femininas que constituem o universo brasileiro, personificando-as em apenas uma representação de mulher, simplifica sobremaneira o entendimento das necessidades de saúde das mulheres brasileiras (p.27).

Esta situação decorre do fato de que, tanto as diferenças, como as especificidades das mulheres devem ser consideradas no planejamento de intervenções de saúde, uma vez que circunstâncias de vida imprimem diferentes situações de vulnerabilidades, com repercussões nos processos de saúde e não-saúde.

Nesta perspectiva, o uso do enfoque de gênero no campo da saúde constitui-se numa importante estratégia de reorientação dos modelos de produção do cuidado, ampliando a compreensão dos aspectos referentes aos processos de adoecimento de mulheres, visto que a morbimortalidade se dá de forma diferente para homens e para mulheres.

2.2 Contextualizando a Incorporação da Atenção à Saúde das Mulheres pelo Programa Saúde da Família

Desde a Constituição de 1988, o MS vem assumindo o compromisso de reestruturar o modelo de atenção vigente, mediante a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde como direito de cidadania.

Buscando reafirmar os princípios do SUS, de universalização, descentralização, integralidade e controle social, em 1994, o MS regulamentou o PSF. Este programa prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, com ênfase na atenção básica, na complementaridade e na integralidade de ações e serviços de saúde e na co-responsabilização pela

promoção do cuidado em saúde entre profissionais/ usuários/ família/ comunidade (BRASIL, 2001; 2006a).

Em todo o país, a implantação do PSF vem sendo viabilizada por intermédio de equipes multiprofissionais, responsáveis por, no máximo, 4,0 mil habitantes, tendo por composição mínima, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006b). A ampliação do PSF incorporou as ações programáticas em saúde propostas pelo MS, incluídas as do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como eixos estruturantes dessa estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2004b).

Especificamente no que se refere à atenção no pré-natal e puerpério, o MS recomenda que seja prestada por equipe multiprofissional de saúde, organizada de forma a atender às necessidades das mulheres no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2006a). As atribuições básicas dessa equipe estão definidas no manual técnico *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*, sendo que dentre as ações específicas do(a) enfermeiro(a) destacam-se: a realização de consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Decreto nº94.406/87; a execução de ações educativas para as mulheres e suas famílias; e a implementação da estratégia “Primeira Semana de Saúde Integral”² (BRASIL, 2004c; 2006a).

O acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal “[...] deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério” (BRASIL, 2006a, p.32).

Levando-se em conta que “[...] a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal” (BRASIL, 2006a, p.80), o PSF, enquanto estratégia de fortalecimento da atenção básica, deve considerar prioritária a promoção de ações específicas para mulheres no puerpério, visto que pode ser considerado como uma

² As ações referentes à “Primeira Semana de Saúde Integral” compõem a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Essa estratégia de promoção da saúde está organizada em linhas de cuidado, sendo uma delas a “Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido” (BRASIL, 2004c).

experiência de vida complexa e produtora de vulnerabilidades para a saúde dessas mulheres.

Ainda no que se refere ao campo da promoção da saúde das mulheres, em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) com *status* de Ministério, tendo por finalidade formular, coordenar e articular políticas transversais para as mulheres com vistas à promoção da igualdade de gênero. Segundo Bandeira (2005, p.5), a transversalidade de gênero nas políticas públicas pode ser entendida como:

[...] uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo.

Em 2004, essa Secretaria promoveu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que resultou na proposição de diretrizes para a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007 – Princípios e Diretrizes”. Ao incorporar a perspectiva da integralidade³ e da promoção da saúde, esta política buscou consolidar no contexto da atenção básica, os avanços relativos aos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase em: melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério; planejamento familiar; atenção às mulheres na terceira idade; combate à violência doméstica e sexual; atenção às mulheres portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer (BRASIL, 2003, 2004a).

Além disso, há que se reconhecer que esta política ampliou suas ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades, como o das mulheres vivendo com HIV/AIDS⁴, com transtornos mentais ou necessidades especiais, lésbicas, trabalhadoras rurais, negras, indígenas e presidiárias (BRASIL, 2003, 2004a).

Cabe destacar que políticas públicas incidem diferentemente na vida de homens e mulheres e que, para serem universalistas, devem abarcar no conjunto dos problemas sociais a diversidade de situações de vida destas mulheres, as

³ Para Pinheiro (2002, p.15), a integralidade pode ser compreendida como “ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”.

⁴ HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana. Esta sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*. Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency*

discriminações de gênero a que são submetidas, suas diferenças étnicas e ainda, suas especificidades quanto à orientação sexual, condições físicas e mentais. Nessa mesma perspectiva, Bandeira (2005, p.39) comenta que: “[...] mulheres afro-brasileiras e indígenas, homossexuais, deficientes físicos e pobres em geral, compreendem os grupos mais vulneráveis, para os quais um atendimento diferenciado é requerido”.

Discriminações de gênero e de etnia acentuam as desigualdades sociais, econômicas e culturais, imprimindo distintos padrões de sofrimento, adoecimento e morte. Ressalta-se que é no âmbito de suas inter-relações, que as diferentes situações de vulnerabilidade de mulheres se estruturam. Ainda nesse sentido Oliveira e Meyer (2005, p.28) referem que “[...] os mesmos processos sociais que levam as mulheres a viverem em condições e posições sociais desvantajosas em relação aos homens, também condicionam o seu estado de saúde”. A inclusão de princípios de equidade étnica, nesta plataforma política, evidenciam a relevância do reconhecimento de que racismo e desigualdades de gênero, mais que produtores de desigualdades sociais, configuram diferentes situações de vulnerabilidades para as mulheres.

Ainda em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS, apresentou objetivos, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007 (BRASIL, 2004b).

Na atualidade, as Políticas e Programas do MS dirigidos às mulheres têm destacado que, tanto os gestores quanto os profissionais de saúde devem considerar as questões relativas à saúde de mulheres desde perspectivas que extrapolem o tradicional enfoque biológico, incorporando, em seu cotidiano de trabalho e no planejamento e realização de suas ações, a transversalidade de gênero e o quadro referencial da vulnerabilidade, com vistas à promoção da saúde no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2004b).

Em tal contexto, no ano de 2005, o MS definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde que agrega três eixos: O pacto pela Defesa do Sistema único de Saúde, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui, o Pacto em

Syndrome, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL,

Defesa da Vida que congrega em suas prioridades “o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006c, p. 7).

Como afirma o MS, a saúde é resultante dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes, nem os determinantes mais amplos desse processo, operando na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2006c).

Nesta perspectiva ampliada do entendimento sobre o que seja saúde, é central a idéia de que os modos como os sujeitos elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses, é um processo que se dá no contexto da própria vida. E isto confere ênfase no fortalecimento do protagonismo individual e coletivo para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (CZERESNIA, 2003; BRASIL, 2005). Nesta visão mais abrangente, “saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

Ancorado nos pressupostos da Promoção da Saúde, no presente estudo, a adoção do termo “saúde e não-saúde” decorre dessa compreensão ampliada em que saúde é entendida para além da ausência de doenças. Neste sentido, doença não pode ser usada numa construção binária e dicotômica em relação à saúde, porque doença, de acordo com esse referencial não é entendido como contrário de saúde, no seu sentido mais tradicional.

2.2.1 A atenção à saúde das mulheres no puerpério

Do ponto de vista biológico, o puerpério é um período de transição, que inicia logo após o parto e termina quando a fisiologia materna retorna ao estado pré-gravídico. Tem, em geral, duração de seis semanas e divide-se em três fases: *imediate*, do primeiro ao décimo dia após o parto; *mediato* ou *tardio* entre o décimo e

o 45º dia após o nascimento e *remoto* além do 45º dia, com término indefinido (BRASIL, 2001; STETSON, 2002; REZENDE, 2005).

É no puerpério que ocorrerão os ajustes fisiológicos necessários às manifestações involutivas e de recuperação das alterações sofridas pelo organismo feminino durante a gestação e parto (BRASIL, 2005). Conforme Maldonado (2002, p.89) “[...] as primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto”. Ainda no que se refere à recuperação das mulheres no puerpério imediato, o desgaste físico e emocional das últimas semanas da gestação e do parto, somados ao desconforto físico, à dor, ao edema perineal, às contrações uterinas, ao início da lactação e ao estresse do ambiente hospitalar, influenciam o processo de recuperação destas mulheres (LOWDERMILK, 2002).

Cabe lembrar que, durante o período de internação hospitalar no puerpério, as mulheres permanecem junto ao filho na unidade de alojamento conjunto. Este sistema de acomodação tem por objetivo implementar ações educativas e assistenciais por equipe multiprofissional, focadas na promoção e no desenvolvimento do papel materno, no fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe-filho e no estabelecimento precoce do aleitamento materno exclusivo (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002). Contudo, deve-se considerar que, para algumas mulheres, a fase de adaptação ao papel materno e às demandas da maternidade requerem um tempo maior, uma vez que este processo adaptativo sofre influência de fatores físicos, emocionais e relacionais.

No que concerne aos aspectos físicos do puerpério, Burroughs (1995) e Lowdermilk (2002) ressaltam que, pela possibilidade de intercorrências clínicas como hemorragias, anemias, infecções, declínio hormonal, dificuldades referentes ao processo de lactação, alterações no padrão do sono, fadiga e, ainda, quadros depressivos, o puerpério pode ser considerado como um período de vulnerabilidade para a saúde destas mulheres.

Ávila (1998), Abuchaim (2005) e Almeida (2005) e ressaltam a importância do acompanhamento de mulheres no puerpério, por reconhecerem que, neste período, estão presentes as maiores necessidades de cuidado e de apoio a estas mulheres.

Carraro (1997), Mendes (2003) e Stefanello (2005) chamam a atenção para o fato de que, embora o puerpério seja um momento de vulnerabilidade, a ausência de ações específicas direcionadas às necessidades das puérperas, revela que a atenção à saúde destas mulheres apresenta-se como um desafio para a equipe

profissional. Tal situação é problemática na medida em que a ausência destas ações pode produzir outras vulnerabilidades, com repercussões em situações de saúde e não-saúde. Na mesma direção, Mendes (2003) destaca que, levando-se em conta que mulheres no puerpério vivenciam uma condição especial de saúde, não estando, porém, doentes, se faz necessário que profissionais da saúde ampliem sua abordagem, reconhecendo que as mesmas têm outras necessidades, além dos aspectos biológicos do cuidado em saúde.

Outro aspecto igualmente importante na produção de vulnerabilidades de mulheres no puerpério refere-se às modificações e adaptações que estas experimentam neste período, tanto em nível emocional, como relacional. Um exemplo é o desenvolvimento de expectativas quanto ao bebê idealizado, muitas das quais não condizem com a realidade percebida no momento do nascimento (ÁVILA, 1998).

Para Abuchaim (2005) o fato de a mãe não possuir uma rede de apoio que possa auxiliá-la nos cuidados com o bebê ou, por entender que o atendimento às necessidades do filho é uma atribuição exclusivamente sua como mãe, faz com que muitas mulheres assumam integralmente esta responsabilidade, esquecendo de outros elementos presentes em sua vida, como por exemplo, dela mesma. A autora comenta, ainda, que:

[...] em alguns casos, a desatenção com ela é tamanha que se coloca não em segundo plano, mas, em último plano; atendendo ao bebê, ao parceiro e aos outros filhos, quando existentes, realizando as tarefas da casa para depois, se sobrar tempo, atender às suas necessidades (p.101).

Ávila (1998) considera que esta atitude vai ao encontro do papel da boa mãe, também denominado por Forna (1999) como mito da mãe-perfeita, amplamente difundido em nossa sociedade. Para a autora, tal ideologia concebe um estilo de maternidade aprisionada nos moldes de uma mãe em tempo integral, que deve ser atenciosa, devotada, abnegada, com propensão a enormes sacrifícios.

As dificuldades vivenciadas pelas mulheres no puerpério também podem ser resultantes da necessidade de adaptação familiar, pois a chegada de um novo membro pode gerar sentimentos e emoções, por vezes conflitantes e contraditórias. O nascimento de um filho produz mudanças irreversíveis na família, requer ajustes, negociações e, sobretudo, a redefinição de papéis e lugares na família (ESPÍRITO SANTO, 2000). Além disto, os outros filhos também precisam se adaptar à nova

situação. Neste sentido, é comum o aparecimento de ciúmes, sensação de traição, medo, abandono e comportamentos regressivos, como forma de solicitar atenção e cuidados da mãe (MALDONADO, 2002; BRASIL, 2006a).

O relacionamento conjugal também requer novos arranjos no que concerne ao período puerperal, levando-se em conta que o marido ou companheiro pode sentir-se participante e ativo, ou completamente excluído do processo de nascimento. Ainda com relação ao relacionamento do casal no período do puerpério, Branden (2000, p.488) refere que “[...] as demandas constantes de cuidados por parte do recém-nascido podem restringir a liberdade do casal, interferir com sua privacidade, alterar suas relações sexuais e provocar alterações gerais no seu estilo de vida”.

Outro aspecto percebido na literatura, como sendo comum no puerpério e que pode contribuir para tornar as mulheres vulneráveis neste período, tem a ver com a alteração na rotina familiar, no ambiente físico e na organização funcional da casa, como, por exemplo, os arranjos na arrumação do quarto do casal para a colocação do berço do bebê (STEFANELLO, 2005). Como os bebês acordam para mamar várias vezes durante a noite, muitas mulheres acabam dormindo pouco, não conseguindo descansar adequadamente. A permanência desta situação pode gerar cansaço, oscilações no humor, irritação e estresse e, como estratégia para conciliar a amamentação exclusiva com o seu repouso, muitas mulheres preferem manter o filho junto de si, dormindo na mesma cama, ou no quarto do casal (ABUCHAIM, 2005). Esta situação pode constituir-se numa barreira física entre o casal, com possíveis repercussões em sua vida afetiva e sexual (PEREIRA, 2003; ABUCHAIM, 2005).

Considerando que a sexualidade é influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, as mudanças físicas e as alterações hormonais decorrentes da gravidez, parto e puerpério, aliadas às exigências de cuidado com o bebê e às modificações na imagem corporal das mulheres após o parto podem influenciar na frequência e no desejo de manterem relações sexuais no período pós-parto (BRANDEN, 2000; PEREIRA, 2003; ABUCHAIM, 2005).

Para Pereira (2003) as mudanças corporais das mulheres no puerpério, assim como a ligação especial com o bebê durante a amamentação podem ser vividas pelo casal diferentemente, pois para algumas mulheres, a insatisfação com sua imagem corporal após o parto pode influenciar na retomada da vida sexual. Abuchaim (2005,

p.85) destaca que “[...] sentindo-se infeliz com o novo corpo, a puérpera não se sente à vontade para interagir sexualmente com seu parceiro”.

Por outro lado, algumas mulheres aparentam indiferença com relação à atividade sexual durante o puerpério e a sua retomada decorre muito mais pela cobrança do parceiro, do que por sua vontade. Com freqüência isto acontece em função da crença de que é dever da mulher, e uma das atribuições da esposa, manter relações sexuais mesmo sem vontade, para satisfazer às necessidades do marido. Tal situação revela o nível de submissão da mulher, fundamentado na crença de ela deve acatar as vontades do marido (ABUCHAIM, 2005; STEFANELLO, 2005).

Considerando o que foi exposto até aqui e com base na revisão da literatura, é possível argumentar que as demandas exigidas das mulheres na adaptação ao papel de mãe, experiência vivenciada principalmente no puerpério, podem influenciar nos níveis de sua vulnerabilidade a processos de adoecimento. A adoção da noção de vulnerabilidade para a problematização das questões que envolvem a saúde de mulheres no período puerperal, pode resultar na ampliação do olhar para além do determinismo biológico, produzido nos discursos da saúde e na produção de subsídios para o planejamento e implementação de ações de promoção da saúde destas mulheres.

2.3 Vulnerabilidade: um novo campo de possibilidades para o estudo da saúde das mulheres no puerpério

A noção de vulnerabilidade, proveniente da área dos direitos humanos e originalmente dirigida a grupos ou indivíduos fragilizados jurídica, ou politicamente, no sentido da promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania, ganhou destaque no campo da saúde a partir da década de 1990, quando passou a ser aplicada no contexto da epidemia do HIV/AIDS (HERRERA; CAMPEIRO, 2002; AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade pode ser entendida segundo Ayres et al. (2003, p.123), como:

[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

A noção de vulnerabilidade incorporou as dimensões culturais, sociais, políticas e econômicas do processo de produção de suscetibilidades a problemas de saúde, ampliando as tradicionais análises epidemiológicas. Segundo Ayres et al. (2003, p.131), “[...] era preciso sim, apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinantes de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças”.

A abordagem ampliou, também, o campo dos estudos, ações e políticas dirigidas ao controle da epidemia do HIV/AIDS e dos processos de adoecimento com base na perspectiva da vulnerabilidade, já que supera a noção de risco individual traduzido em ações dirigidas a grupos de risco e comportamentos de risco, para promover uma nova compreensão acerca da vulnerabilidade social (HERRERA; CAMPEIRO, 2002).

Contemporaneamente, o conceito de vulnerabilidade engloba o conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que ampliam a noção de responsabilidade individual, incluindo também a co-responsabilidade entre o pessoal, o coletivo e o governamental, pois é dever de todos respeito, solidariedade e responsabilidade em relação à própria vida e à vida daqueles com quem se interage na sociedade.

A importância do referencial de vulnerabilidade reside na síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e, até mesmo nações, à infecção pelo HIV e às suas consequências (AYRES et al., 2003).

Por outro lado, conforme sugere a literatura consultada, a possibilidade de uma percepção ampliada e reflexiva, inaugurada pela noção de vulnerabilidade não se restringe ao campo da AIDS, possibilitando novas proposições para as questões relativas às práticas de saúde coletiva, seja no campo da educação e promoção da saúde, ou ainda, na formulação de políticas públicas (AYRES et al., 2003).

Frente aos importantes avanços que a perspectiva da vulnerabilidade conferiu à produção de conhecimento interdisciplinar e à viabilização de práticas de

intervenção e de prevenção do HIV/AIDS, Ayres et al., (2003, p.117) reconhecem que “[...] não há razões para supormos que esse desempenho não possa repetir-se em outras frentes do trabalho em saúde”. Os autores ressaltam que, ao particularizar as diferentes situações de suscetibilidades dos sujeitos, individuais e/ou coletivos, as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados, quais sejam: o individual, o social e o programático.

O componente individual, de ordem cognitivo-comportamental, relaciona-se ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre um determinado problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las a seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras (AYRES et al., 2003). Os autores sustentam que as suscetibilidades dos indivíduos a comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidas como decorrência imediata e exclusiva de sua vontade.

Inserindo-se nessa perspectiva, o componente social das análises de vulnerabilidade refere-se às diferentes possibilidades de os indivíduos obterem informações, sua capacidade de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana.

Considerando que as possibilidades de mudança não dependem somente da vontade dos indivíduos, mas também do contexto em que tais individualidades se conformam e se manifestam, tais condições estão diretamente associadas à aspectos do bem-estar social, como moradia, escolarização, serviços de saúde e de educação de qualidade, disponibilidade de recursos materiais e acesso a bens de consumo, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais, de estar livre de coerções violentas, ou à capacidade de defender-se delas (AYRES et al., 2003; CALAZANS et al., 2006).

Pesquisadores no campo da vulnerabilidade, como Abramovay e Pinheiro (2003, p.1), ampliam este campo conceitual argumentando que a vulnerabilidade social pode ser entendida como o “[...] resultado negativo da relação entre a disponibilidade de recursos (materiais ou simbólicos) dos atores e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provém do Estado, do mercado e da sociedade civil”. Ainda nesse sentido, Izazola et al., citados por Herrera e Campeiro (2002), evidenciam que a vulnerabilidade pode ser considerada

como um indicador de iniquidade e desigualdade social e exige respostas no âmbito da estrutura social e política.

Quanto ao componente programático, Ayres et al. (2003) afirmam que o mesmo compreende investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações programáticas, políticas públicas intersetoriais.

Conforme Calazans et al. (2006, p.47), este componente estabelece o nexo entre os componentes individuais e sociais, visto que:

[...] a vulnerabilidade de cada indivíduo e população está diretamente relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, com destaque aqui para a educação, permitem que, em contextos determinados, mobilizem-se os recursos ali necessários para a proteção das pessoas.

O componente programático envolve ainda, o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso (AYRES et al., 2003; MEYER et al., 2006).

Frente à necessidade das pessoas responderem às transformações nas práticas e no modo de viver a saúde para além do plano estrito da individualidade, a perspectiva da promoção da saúde congrega o envolvimento de outros setores da sociedade, tais como, “intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica e Direitos Humanos, os quais passam a ser entendidos como parte indissociável das ações de prevenção e de cuidado” (CALAZANS et al., 2006).

Nos últimos anos, segundo pesquisas no campo da educação em saúde, muitas destas intervenções têm resultado numa universalização extremada e acrítica das práticas educativas, devido à sua centralidade na transmissão de informações e mudança de comportamentos, à sua sustentabilidade no modelo biomédico e na prescrição de comportamentos saudáveis, à falácia de suas mensagens genéricas e descontextualizadas e à desconsideração do caráter transitório dos muitos modos de se viver (AYRES et al., 2003; OLIVEIRA, 2005; MEYER et al., 2006).

Partindo da compreensão de Meyer et al. (2006, p.1338) de que “[...] problemas de saúde possuem componentes amplos e interrelacionados, que não

podem ser avaliados de forma isolada, sob pena de não se produzirem, de fato, recursos para a proteção”, destaca-se a importância de se investir na produção de conhecimentos no campo da saúde pública, da educação, da promoção da saúde, ou mesmo em outras áreas da ciência com vistas à diminuição das desigualdades sociais.

Percebe-se que a noção de vulnerabilidade apresenta-se como importante instrumento para a rearticulação das práticas de educação e promoção da saúde para além do seu componente informativo. A intencionalidade deste referencial é contribuir para a transformação das condições de vida e de saúde, individual e coletiva, procurando levar em conta a multiplicidade, a complexidade e a interdependência dos aspectos envolvidos no processo de produção social da saúde.

A lógica da vulnerabilidade busca produzir outras possibilidades particularizadoras da diversidade e da complexidade de suscetibilidades individuais e/ou coletivas. Para isso, baseia-se em enfoques interdisciplinares e intersetoriais, articulando, em sua construção conceitual, elementos estritamente técnicos a outros radicalmente políticos, de modo que, aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e éticos da prevenção passem do pano de fundo da abordagem comportamentalista para o plano das ações de intervenção no campo da educação e promoção da saúde (AYRES et al., 2003; OLIVEIRA, 2005; MEYER et al., 2006). Ao tecer algumas reflexões sobre a dimensão ética do conceito de vulnerabilidade, Gorovitz (1995, p.203) considera que “[...] a vulnerabilidade não é binária, não é unitária e nem estável”. Para o autor, situações de vulnerabilidade podem mudar rapidamente e, de forma fundamental, ou seja, aquilo que provoca vulnerabilidade sob um determinado aspecto pode, ao longo do tempo, vir a exercer proteção, sob outros aspectos.

Como a resposta das pessoas a situações de vulnerabilidade, sejam elas individuais ou coletivas, depende, fundamentalmente, de suas circunstâncias, atitudes e recursos, a articulação destes aspectos prioriza análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis, sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço (GOROVITZ, 1995).

A compreensão ampliada sobre a constituição das diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos exige dos profissionais de saúde uma atitude crítico-

reflexiva de modo que, a problematização sobre a vulnerabilidade de quem, a que, e em que circunstâncias ou condições, perpassa todo e qualquer planejamento e proposição de práticas educativas no campo da promoção da saúde. É justamente esta percepção ampliada e reflexiva do quadro conceitual da vulnerabilidade que possibilita estendê-lo para outros aspectos ligados à saúde de indivíduos e de coletividades.

Olhar para a saúde de mulheres a partir do referencial da vulnerabilidade amplia as possibilidades de compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis, como é o caso do puerpério.

A maioria dos estudos sobre a saúde das mulheres no puerpério está pautada em bases biologicistas, o que justifica a abordagem superficial e essencialmente fisiológica dos discursos e práticas dos profissionais de saúde. Estes, tradicionalmente não reconhecem, nem valorizam a complexidade das experiências vividas pelas puérperas, o potencial de produção de vulnerabilidade destas experiências e a multiplicidade de aspectos que devem ser considerados no atendimento às mulheres no puerpério (BURROUGHS, 1995; ÁVILA, 1998; BRANDEN, 2000; LOWDERMILK, 2002; REZENDE, 2005).

Considera-se o puerpério um período crítico da vida das mulheres, marcado pelo entrelaçamento de aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, sócio-culturais, econômicos e por questões de gênero. Tais aspectos podem produzir diferentes situações de vulnerabilidade que, associadas a outros marcadores como, pobreza, etnia, pouco acesso à educação e à saúde, implicam, por sua vez, na produção de outras situações de vulnerabilidade.

Acredita-se que minimização destas vulnerabilidades poderá ser obtida através de ações planejadas e dirigidas às mulheres, neste período especial de suas vidas, sob a perspectiva da promoção da saúde, dos direitos humanos e da qualidade de vida.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido para coletar e analisar os dados empíricos, atendendo ao objetivo e às questões norteadoras desta pesquisa. O capítulo possui oito seções, nas quais: são retomados o objetivo e as questões norteadoras da pesquisa; é definido o tipo de estudo e o contexto em que foi realizada a pesquisa e a seleção das participantes; são descritas a coleta e a análise das informações; e, por último, são apresentadas as considerações bioéticas relativas à pesquisa.

Para conhecer e problematizar o entendimento de ESFs sobre a vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo PSF, em Santa Maria, este estudo seguiu uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva. A escolha da técnica de grupo focal como estratégia para coleta dos dados se justifica pela sua potencialidade exploratória e pela necessidade da pesquisadora de conhecer e problematizar as experiências, opiniões e diferentes pontos de vista gerados em grupos de discussão, mobilizando a consciência crítico-reflexiva dos participantes, assim como o pensar coletivo (BARBOUR; KITZINGER, 1999; OLIVEIRA, 2001).

Para analisar as informações obtidas nas discussões grupais utilizou-se a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2004), por contemplar os dados empíricos em suas peculiaridades e de modo contextualizado, articulando variáveis individuais em seu contexto social, político, econômico, cultural e histórico.

3.1 Objetivo da Pesquisa

O objetivo da presente pesquisa foi conhecer e problematizar o entendimento de ESF sobre a vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo PSF, em Santa Maria, RS.

3.2 Questões Norteadoras

Na perspectiva dos membros de ESF:

- O que se configura como situação de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério, no âmbito do PSF, em Santa Maria?
- Quais são as ações desenvolvidas pelas ESF no enfrentamento dessas situações de vulnerabilidade?
- Que aspectos contribuem ou dificultam este enfrentamento?

3.3 Caracterização do Estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Cervo e Bervian (1996) referem a pesquisa descritiva busca conhecer diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas. Triviños (1987) considera que o estudo exploratório permite aumentar a experiência em torno de um determinado problema ou assunto.

A pesquisa qualitativa constitui-se da análise sistemática de informações coletadas de caráter subjetivo, voltando-se para a compreensão dos fenômenos de modo mais amplo e profundo a partir das experiências pessoais dos indivíduos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Outro aspecto que merece destaque é o caráter social deste tipo de pesquisa, visto que a abordagem qualitativa possibilita estudar um fenômeno sob diferentes olhares, e amplia uma análise de todo o contexto e estrutura social circunscrita (MINAYO, 2004). Nesse sentido, a opção por esta abordagem justifica-se pela complexidade do tema e pela necessidade de se conhecer os diferentes olhares e experiências dos membros de ESFs sobre o fenômeno em estudo.

3.4 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) em Santa Maria, RS, denominadas A e B, e suas equipes, denominadas 1 e 2.

A USF A está localizada na zona sul de Santa Maria, constituindo-se de duas equipes ampliadas de PSF, responsáveis por atender a um total de 11 micro-áreas, com uma população adscrita de, aproximadamente, 7.594 usuários cadastrados. Cada uma dessas equipes é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Essas equipes contam com um dentista e um auxiliar de gabinete dentário, comuns a ambas equipes. Seu funcionamento se dá de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã (das 8h às 12h) e da tarde (das 13h e 30min às 17h), com atendimento agendado da população adscrita e com acolhimento por livre demanda.

A USF A oferece aos usuários do PSF ações de saúde às mulheres, às crianças e aos adultos, tais como, consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, coleta de citopatológico, grupos de gestantes, triagem neonatal (teste do pezinho), imunizações, grupos de saúde semanais para pessoas com hipertensão arterial e diabetes, visitas domiciliares, assistência de enfermagem, além de oficinas de saúde na creche e na escola próxima à USF. Essa USF serve ainda, como campo de ensino para as aulas teórico-práticas de graduandos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

A USF B está localizada na zona norte de Santa Maria, sendo constituída por uma equipe simples de PSF, com um total de cinco micro-áreas e população adscrita de, aproximadamente, 4,5 mil usuários cadastrados. Sua equipe multiprofissional é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Seu funcionamento se dá de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã (das 8h às 12h) e da tarde (das 13h e 30min às 17h), com atendimento agendado da população adscrita e com acolhimento por livre demanda.

A USF B oferece, aos usuários do PSF, ações de saúde às mulheres, às crianças e aos adultos, dentre as quais destacam-se: consultas médicas e de enfermagem, coleta de citopatológico, grupos de gestantes, triagem neonatal (teste

do pezinho), imunizações, grupos de planejamento familiar, grupos de saúde semanais e qualidade de vida, visitas domiciliares, assistência de enfermagem. Esta unidade é utilizada como campo de ensino para as aulas teórico-práticas de graduandos do Curso de Enfermagem da UFSM.

3.5 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo totalizaram 18 participantes e constituíram-se de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, membros de duas equipes do PSF do município de Santa Maria, RS.

Após contatar o coordenador do PSF, responsável pelas 16 ESFs no município, a escolha por duas dessas equipes resultou da sensibilização e disponibilidade inicial em participar da pesquisa de, pelo menos, um de seus integrantes.

Acredita-se que conhecer alguns desses profissionais facilitou o trabalho da pesquisadora em sensibilizá-los para o estudo. Outro aspecto que influenciou positivamente para o aceite desses profissionais foi o entendimento de que o estudo contribuiria para a reorganização do processo de trabalho dessas equipes no que se refere ao planejamento e à implementação de ações específicas para mulheres no puerpério atendidas por essas ESFs.

3.6 Coleta dos dados: constituição dos grupos focais e locais dos encontros

As informações foram coletadas nos meses de novembro de 2006 a janeiro de 2007, através da técnica de grupo focal. A opção pelo grupo focal se deu em função das potencialidades da técnica para explorar as idéias, opiniões e experiências dos membros das ESFs sobre a relação entre gênero e vulnerabilidade de mulheres no puerpério.

Segundo Carlini-Cotrim (1996) o grupo focal pode ser considerado como um tipo de entrevista em grupo, porém seu substrato está nas informações provenientes

das discussões e reflexões da interação grupal propostas sobre um tópico específico de interesse do pesquisador. Morgan (1997) destaca que no grupo focal dialoga-se sobre um tema particular, recebendo estímulos apropriados para o desenvolvimento do debate, sendo a interação grupal o aspecto que o diferencia das demais técnicas de coleta de dados. Pereira et al. (2004) consideram que o grupo focal: facilita a formação de idéias novas, originais e contextualizadas, a partir de uma forma de pensar coletivamente sobre determinada temática que faz parte do cotidiano das pessoas reunidas; possibilita relatar e compartilhar experiências e pontos de vista; permite conhecer a dinâmica de interação entre os participantes; propicia identificar possíveis contradições e observar como as mesmas se expressam e são solucionadas; permite a reprodução de processos de interação que ocorrem fora dos encontros grupais, ampliando a compreensão do fenômeno em estudo.

Considerando que o grupo focal prevê critérios de homogeneidade na seleção dos sujeitos da pesquisa (MORGAN, 1997; BARBOUR; KITZINGER, 1999; KRUEGER; CASEY, 2000) e dada a sua intencionalidade, foram constituídos dois grupos para os encontros focais, denominados 1 e 2, com, aproximadamente, oito a dez participantes cada um.

Os encontros ocorreram semanalmente, nos dias de reunião de cada ESF, totalizando cinco encontros para cada grupo, com duração de uma hora e meia, cada um. Foram gravados em fitas de áudio e as informações, transcritas pela pesquisadora.

Como local dos encontros, os grupos focais aconteceram nas dependências de cada uma das USFs, seguindo-se as recomendações de Carlini-Contrim (1996), Dall'agnol e Trench (1999), Victora et al. (2000), que destacam a importância de ser assegurado aos participantes, privacidade, conforto, ambiente acolhedor e facilidade de acesso. Os encontros foram realizados na sala de espera das respectivas USFs, onde habitualmente realizam-se as reuniões semanais da equipe do PSF. Como nas duas unidades a sala era pequena, as cadeiras foram dispostas em círculo e, no centro, foi colocada uma cadeira com o gravador. Para a realização dos encontros contou-se com a participação de uma observadora.

Os encontros foram orientados por uma agenda, com temas propostos para cada encontro pautados no referencial teórico e nos interesses da pesquisa. Idêntico procedimento foi adotado para a descrição das atividades realizadas e para o tópico do dia, gerador dos debates, moderado pela pesquisadora (APÊNDICE A). Apesar

da definição e planejamento inicial desta agenda, sua flexibilização permitiu ajustes e adaptações decorrentes da emergência de novos temas pertinentes ao estudo, fruto das discussões grupais (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; OLIVEIRA, 2001; PEREIRA et al., 2004).

No primeiro encontro de cada grupo, durante a realização de uma técnica de apresentação, foram distribuídos crachás com os nomes dos participantes para facilitar a identificação dos mesmos pela pesquisadora. Além disso, foi explicado aos participantes o objetivo e justificativa da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Logo a seguir, foi estabelecido o contrato grupal, os compromissos éticos e morais entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa, compreendendo regras básicas de convivência e comprometimento recíproco para o desenvolvimento do estudo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; OLIVEIRA, 2001).

No desenvolvimento dos grupos focais, os assuntos abordados na sessão anterior eram retomados no início de cada encontro como estratégia de validação das informações obtidas. A seguir, era proposta uma atividade de integração sobre o tópico do dia (OLIVEIRA, 2001). No intervalo das atividades a pesquisadora oferecia um lanche aos participantes e, por último, era realizado o grupo focal. Ao final de cada encontro, era reiterada a importância da participação dos integrantes e reforçado o convite para o próximo encontro.

Para o fechamento das sessões grupais, a moderadora resumia os aspectos abordados durante o encontro e utilizava estratégia mobilizadora e geradora de tópicos para a próxima sessão grupal (OLIVEIRA, 2001).

Entre um encontro e outro, a pesquisadora transcrevia as fitas, o que proporcionou a leitura prévia dos temas discutidos, os quais subsidiaram adaptações da agenda ao longo dos encontros (OLIVEIRA, 2001). O encerramento da coleta das informações teve por critério a saturação dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Ressalta-se a adesão de todos os membros das duas ESF, fazendo-se presentes em todos os encontros. Dentre os possíveis fatores que contribuíram para que não houvesse ausências e nem desistências dos participantes ao longo dos grupos focais, destaca-se o fato dos encontros focais terem sido realizados no próprio local de trabalho, nos dias das reuniões semanais dessas equipes. Outro fator determinante para a significativa participação na pesquisa foi o reconhecimento

pelas equipes das PSFs de que a temática do estudo possibilitou um espaço de reflexão e reorganização do processo de trabalho, quanto ao planejamento e à implementação de ações específicas para as mulheres no puerpério.

Com informações coletadas na atividade de apresentação no primeiro encontro grupal elaborou-se o Quadro 1, com características dos participantes desta investigação.

Quadro 1 – Características dos(as) participantes nos grupos focais das ESF, Santa Maria, RS, 2007.

Participantes		GRUPO 1	GRUPO 2
Frequência		10	8
Intervalo de idades		Entre 21 e 47 anos	Entre 25 e 41 anos
Sexo	Masculino	1	1
	Feminino	9	7
Estado Civil	Solteiro(a)	2	-
	Casado(a)	3	3
	Com companheiro(a)	2	3
	Separado(a)	2	2
	Viúvo(a)	1	-
Número de Filhos	Três	1	1
	Dois	3	3
	Um	4	3
	Nenhum	2	1
Escolaridade	Superior	2	2
	Médio	7	5
	Fundamental	1	1
Profissão	Médico	1	1
	Enfermeiro	1	1
	Técnico Enfermagem	1	1
	Agente Comum. Saúde	7	5
Tempo de atuação em Saúde Coletiva		Entre 1 e 17 anos	Entre 1 e 14 anos
Tempo de atuação na ESF		Entre 10 meses e 2 anos e 6 meses	Entre 1 ano e 2 anos e 4 meses

Fonte: Elaborado pela autora

3.7 Organização e Análise das Informações

A análise dos dados obtidos nos grupos focais foi realizada através de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2004), a qual permite contemplar os dados empíricos em suas peculiaridades, em seu contexto social e histórico. Para a autora, a análise temática “[...] consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa

para o objetivo analítico visado” (p.209). A referida autora propõe que a análise seja operacionalizada por meio dos seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise foram realizadas as transcrições das fitas gravadas, a releitura e seleção inicial do material a ser analisado, de modo a atender aos critérios de validação dos temas emergentes, tais como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Sinalizaram a formulação de hipóteses e objetivos que orientaram a análise, permitindo uma visão geral dos dados coletados. Uma importante estratégia, adotada pela pesquisadora durante os encontros, foi a utilização de um diário de campo para registro das percepções e reações dos participantes, bem como de impressões pessoais, as quais auxiliaram na análise dos dados obtidos ao longo dos grupos focais. Os encontros produziram 11 horas de gravação, transcritas e revisadas, detalhadamente, pela pesquisadora. As transcrições, digitadas em fonte Arial, tamanho 12 e espaço simples, totalizaram 85 laudas para o grupo 1 e 76 laudas para o grupo 2.

A etapa de exploração do material consistiu na operacionalização do processo de codificação, buscando a classificação, a agregação dos dados, a transformação dos dados brutos alcançando, assim, o núcleo de compreensão do texto.

Num primeiro momento, foram explorados recortes do texto (palavras, frases ou temas), compondo unidades de significação que, após leituras sucessivas, permitiram a identificação de temas recorrentes e passíveis de análise. Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados gerados nas fases anteriores foram retomados e submetidos à análise, para aprofundamento das categorias, mediante a articulação entre o material empírico e o referencial teórico.

3.8 Considerações Bioéticas

O projeto de pesquisa obteve a aprovação do coordenador do PSF, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, uma vez que a pesquisa foi desenvolvida em duas USF deste município.

Atendendo às recomendações éticas, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/Santiago – RS, sendo avaliado e aprovado pelo mesmo, conforme prevê a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996). A aprovação ocorreu em 08 de novembro de 2006 (ANEXO A).

De acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/96, do CNS, ao contatar os sujeitos para participar da pesquisa, eles foram informados do objetivo e da justificativa da pesquisa e da possibilidade de, a qualquer momento, interromperem sua participação na mesma, sem que isto incorresse em qualquer ônus. Também foram informados de que os encontros seriam gravados em fitas de áudio, transcritas pela pesquisadora e que as informações obtidas durante os grupos focais serviriam tanto para os fins da pesquisa, como para sua divulgação e publicação. Os sujeitos da pesquisa ficaram cientes de que essas fitas seriam mantidas com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, destruídas conforme a Lei dos Direitos Autorais 9610/98⁵ (BRASIL, 1998).

No decorrer da dissertação, são citadas falas e trechos de discussões ocorridas nos encontros focais. Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, ao final das falas, os mesmos foram identificados pela letra 'S' e os números de 1 a 10, seguidos da letra G e do número 1 (G1), indicando que o sujeito participou do primeiro grupo de discussão. Já o segundo grupo de participantes da pesquisa foi identificado pela letra G, seguida do número 2 (G2).

O capítulo a seguir apresenta os achados do estudo. O texto analisa e problematiza o entendimento de duas ESFs sobre a relação entre gênero e vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo PSF em Santa Maria, RS.

⁵ Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9610.htm>>. Acesso em: 15.maio.2007.

4 DISCUSSÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA

Neste capítulo se procederá à análise dos achados da pesquisa, categorizados em Elementos Constituintes da Vulnerabilidade Individual, Social e Programática das Mulheres no Puerpério, na perspectiva dos profissionais das duas equipes de Saúde da Família que participaram da pesquisa.

4.1 Elementos Constituintes da Vulnerabilidade Individual e Social das Mulheres no Puerpério na Perspectiva das Equipes de Saúde da Família: análise da problemática e seus múltiplos enfoques

O puerpério é uma experiência de vida complexa e produtora de vulnerabilidades nos âmbitos individual, social e programático. A vivência do puerpério envolve, como já apontado, a interação de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, culturais, religiosos, sócio-econômicos, comportamentais e relacionais, os quais são atravessados por questões de gênero.

No presente estudo, a adoção do referencial da vulnerabilidade como ferramenta analítica, possibilitou problematizar junto a duas ESFs outras dimensões do puerpério como integrantes das questões de saúde das mulheres, ampliando sua abordagem para além do plano biológico.

A análise das informações coletadas sugere que, de modo geral, a vulnerabilidade das mulheres no puerpério não está na agenda dos profissionais de saúde que atuam no PSF. Por não se configurar como uma situação de doença, as diferentes situações de vulnerabilidade vivenciadas por puérperas não compõem o rol dos problemas de saúde, a não ser que haja uma base anátomo-patológica objetiva para justificá-la, tais como a infecção pós-parto, dificuldades relativas à amamentação ou à depressão puerperal. Em não havendo esta base objetiva, tais demandas perdem seu sentido e importância, tendendo a ser naturalizadas, desqualificadas e desconsideradas, por não ser de ordem biológica e, portanto, caracterizando-se como não-doença. Para as puérperas isto implica em não serem

acolhidas pelas ESFs, as quais ainda operam, predominantemente, segundo uma racionalidade biomédica de intervenção.

Ainda, nesse sentido, é importante ressaltar que o não reconhecimento de aspectos de natureza não biológica como demandas de saúde, além de criar outras vulnerabilidades para as mulheres no puerpério, apresenta-se como uma negação à integralidade da atenção à saúde, expressa como direito de cidadania aos usuários do SUS.

Olhar para as questões relativas às situações de vulnerabilidade das mulheres no puerpério, a partir dos seus três planos analíticos, possibilitou incluir importantes dimensões na sua rede de causalidades, as quais são interdependentes e inter-relacionais entre os planos individual, social e programático. Alguns desses aspectos podem ser específicos de determinado plano ou pertencerem a todos, uma vez que os mesmos influenciam e são influenciados entre si, traduzindo-se em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério, conforme evidenciado na análise dos depoimentos dos participantes da pesquisa.

A análise desenvolvida no presente capítulo tem relação à primeira questão norteadora da pesquisa, indicando os elementos reconhecidos pelos membros das duas ESFs como produtores de situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério. As informações produzidas nos grupos focais revelaram que, antes de participarem da pesquisa, a maioria dos profissionais dessas duas ESFs tinha pouca consciência sobre a complexidade das situações de vulnerabilidade vivenciadas por mulheres no puerpério. Alguns integrantes dessas equipes, em alguma medida, até reconheceram elementos de vulnerabilidade nestas vivências, ainda que sob uma ótica simplista, superficial e reducionista do que se configura como vulnerabilidade das mulheres no puerpério.

4.1.1 A vulnerabilidade de puérperas adolescentes: interface entre geração, gênero e desigualdades sociais

Considerando que, assim como o puerpério, a adolescência⁶ também se configura como uma experiência de vida complexa e produtora de diferentes situações de vulnerabilidade, em linhas gerais, para os membros das duas ESF que participaram da pesquisa, a vulnerabilidade das puérperas adolescentes ganhou destaque ao longo das discussões grupais.

De modo geral, a adolescência é percebida pelos sujeitos da pesquisa como uma fase de instabilidade, fortemente marcada por crises, dificuldades e atitudes irresponsáveis, características que repercutem de forma importante na fase do puerpério, produzindo situações de vulnerabilidade. O enfoque geracional, na definição da vulnerabilidade da puérpera adolescente, desconsidera as diferenças sociais, que marcam de forma distinta as etapas da vida humana; tende a obscurecer a assimetria nas relações de gênero e as possibilidades concretas e distintas de 'escolhas' para as adolescentes das diferentes camadas sociais e as múltiplas implicações que a maternidade adolescente produz sobre a suas trajetórias de vida (PANTOJA, 2003).

O MS, em suas ações programáticas, toma por base a definição de adolescência da OMS, a qual circunscreve a adolescência à segunda década de vida, ou seja, dos dez aos 19 anos de idade, e a juventude, como o período que vai dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2006d). Para o MS, "[...] as fronteiras cronológicas são uma referência para a delimitação de políticas, mas na vida concreta e na experiência singular de adolescentes e jovens, tais fronteiras não estão dadas de um modo homogêneo e fixo" (BRASIL, 2006d, p.11).

Esteves e Menandro (2005, p.364) criticam as concepções, originárias da psicologia, influentes em vários grupos profissionais, segundo as quais, a adolescência é, por si só, um problema, dadas as situações de turbulência, rebeldia e inseqüência que a caracterizam. Segundo os autores, a crítica tem a ver com

⁶ A definição de adolescência usada no presente estudo está pautada no entendimento de que, a mesma "transcende uma demarcação temporal, incorporando a concepção de adolescente como protagonista na construção de sua vida pessoal e coletiva, o que lhe confere potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social, atentando para a singularidade de seus direitos" (CARDOSO, 2007, p. 270).

esta forte tendência de generalização que, equivocadamente, acaba considerando o processo de adolecer como se este fosse vivido da mesma forma por todos os jovens. Como ressalta Pantoja (2003, p.337), é importante considerar-se que “não existe uma adolescência, mas sim adolescências”, em função do contexto político, social, cultural, no espaço-tempo em que está inserido o adolescente.

Segundo o censo demográfico de 2000, a população de adolescentes corresponde a 21% da população brasileira, dos quais 50,4% são homens e 49,5% são mulheres e, destes, 49% são negros (BRASIL, 2000). Em 2001, um terço da população brasileira era constituída por adolescentes e jovens, na faixa etária de dez a 24 anos (BRASIL, 2006d). Importa considerar abordagens que tratam da vulnerabilidade de mulheres adolescentes, tendo em vista que, nos últimos anos, a incidência da gravidez na adolescência vem aumentando significativamente, evidenciada pela elevação da taxa de fecundidade deste segmento em 26% desde os anos 1990 (BRASIL, 2006d).

No Brasil, segundo Heilborn et al. (2002), tradicionalmente as abordagens sobre a gravidez na adolescência compartilham as noções de ‘problema’ e de ‘risco’, com excessiva ênfase no fator idade. A este é dada supremacia frente às condições sociais que conformam o problema, produzindo “[...] uma identificação simplificadora entre gravidez na adolescência e as mães adolescentes, pobres e solteiras, as quais passam a ser encaradas como população-alvo de uma ação profilática” (p.19). Com relação à gravidez na adolescência, várias pesquisas têm destacado a interface entre geração, gênero e desigualdades sociais como elementos condicionantes da vulnerabilidade das adolescentes (MEDRADO; LIRA, 1999; HEILBORN et al., 2002; PANTOJA, 2003; HEILBORN, 2004; ESTEVES; MENANDRO, 2005). Tal compreensão é compartilhada por Dias e Aquino (2006, p.1448), que apontam: “[...] a maternidade como fenômeno social é um atributo essencialmente feminino, marcado por desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero”. Nesse contexto, as desigualdades de gênero podem ser mais, ou menos, importantes, dependendo das condições sócio-econômicas e do potencial de vulnerabilidade dessas adolescentes.

Do ponto de vista das questões de gênero, o espaço doméstico é definido como de domínio feminino, motivo pelo qual, as demandas da maternidade e as principais atribuições e responsabilidades com o cuidado com os filhos e serviços domésticos revelam uma organização assimétrica, com tendência a naturalizar as mulheres como as únicas responsáveis por essas funções (DIAS; AQUINO, 2006).

Ainda com relação ao gênero, Esteves e Menandro (2005) chamam a atenção para o fato de que, a maioria dos estudos sobre gravidez/maternidade na adolescência circunscreve a questão ao universo feminino, não incorporando nem a perspectiva masculina, nem as circunstâncias familiares e sociais em que o fenômeno está inserido.

De modo geral, sob a ótica da maioria dos profissionais de saúde, a maternidade na adolescência é vista como algo indesejado e decorrente da desinformação sexual dos jovens. Tal evento repercute em seus projetos de vida, podendo ser um fator potencializador de vulnerabilidade para as adolescentes incluídas nesta situação. Sob esta perspectiva, a gravidez na adolescência ganha visibilidade no campo da promoção da saúde, sendo tratada como um problema social e de saúde. Como refere Cabral (2002, p.180) a maternidade adolescente tem sido retratada por “[...] concepções homogeneizadoras e com ênfase nos aspectos negativos que a mesma acarreta para a vida dos sujeitos”. Tais concepções são reforçadas pelo enfoque geracional, onde pode ser incluído, em muitos casos, o caráter de precocidade do evento. A gravidez na adolescência é considerada como geradora de conseqüências negativas no contexto familiar e social, em discursos normativos, no âmbito da psicologia tradicional, que afirma que “[...] a imaturidade física e psíquica da adolescente para ter um filho, o que, por sua vez, representaria riscos tanto para si quanto para a prole” (CABRAL, 2002, p.182). Neste sentido, as conseqüências biológicas, psicológicas e sociais da maternidade na adolescência e suas repercussões, sobre a biografia destas meninas, têm sido amplamente utilizadas em alguns estudos na definição da gravidez na adolescência como um problema social e de saúde (DADOORIAN, 2003; HEILBORN 2004; ESTEVES; MENANDRO, 2005; DIAS; AQUINO, 2006).

Em tal contexto, a prevenção da gravidez na adolescência é transformada em objeto do discurso biomédico no campo da saúde coletiva, tornando-se alvo de intervenções dos programas e políticas públicas de saúde, como o da Estratégia Saúde da Família. No entanto, essa concepção negativa e reducionista da problemática da gravidez na adolescência desconsidera a variedade de contextos nos quais ocorre a maternidade adolescente e seus desdobramentos, visto que os mesmos são consubstanciados por condições sociais muito distintas, as quais podem produzir ou potencializar outras situações de vulnerabilidade, especialmente

para as adolescentes pobres (CABRAL, 2002; HEILBORN, 2004; DIAS; AQUINO, 2006).

A vulnerabilidade da adolescente no período gravídico-puerperal, conforme dados do MS revelam que, as internações por gravidez, parto e puerpério, de adolescentes, no SUS, correspondem a 37%, sendo que dos 1.650 óbitos registrados no DATASUS em 2002, 16% eram de adolescentes (BRASIL, 2006d). No que diz respeito ao período pós-parto, o MS reconhece que “[...] a puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto necessita de atenção especial nesta etapa” (BRASIL, 2006a, p.38).

Tendo em vista que o componente individual da vulnerabilidade diz respeito às questões de ordem cognitivo-comportamental (Ayres et al., 2003), os comportamentos associados às diferentes situações de vulnerabilidade das adolescentes no puerpério, de acordo com Meyer et al. (2006, p.1339), não podem ser compreendidos como:

[...] uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

Já o plano social refere-se ao acesso à informações, serviços de saúde, aspectos social, político e cultural, condições de bem estar social como moradia, escolaridade, trabalho, entre outros (AYRES et al., 2003).

Nessa perspectiva, e tomando por referência os planos individuais e sociais da vulnerabilidade das adolescentes no puerpério, durante os encontros de grupos focais, os profissionais das duas equipes de saúde da família reconheceram que uma nova gravidez no período puerperal configura-se como uma situação de vulnerabilidade para as adolescentes.

S6 - [...] a dificuldade que eu vejo na minha área são adolescentes. Elas têm um descuido muito grande.

S8 - [...] ah, mas isso não é um problema só da tua área não. Porque na minha isso também acontece direto.

S7- Eu acho que isso é uma situação geral aqui no PSF. Toda hora aparece uma delas aqui no posto grávida pra consulta e com o outro bebê ainda de colo. (G 1)

Fernanda - Mas por que essas adolescentes engravidam de novo?

S1 - A maioria das nossas adolescentes, no máximo em dois anos, já engravida de novo! Eu acho que elas não têm assim, muita informação pra se cuidar de verdade.

S3 - Não mesmo, eu não concordo! Informação é que não é o problema, porque isso elas têm de sobra aqui no PSF.

S5 - É, eu acho que tu tem razão. Na verdade, elas engravidam porque querem, porque não se cuidam mesmo!

S8 - Mas, é que elas sabem que se engravidarem, alguém vai criar, a mãe vai cuidar [...].

S2 - Olha, o porquê elas engravidam eu não sei. Eu só sei que elas não conseguem travar! Tu dá pílula, tu passa todas as orientações, e quando tu vê, lá vêm elas grávidas de novo! (G2)

Conforme os trechos de discussão acima, pode-se inferir que, a ocorrência de uma nova gravidez, entre as puérperas adolescentes, parece fazer parte do cotidiano de trabalho dessas duas equipes de Saúde da Família. Percebe-se o valor conferido à informação e à responsabilização individual, o que denota a desconsideração dos elementos do meio que podem interferir na capacidade e no desejo de contracepção. Como argumenta S1, para essas adolescentes, de modo geral, o intervalo de tempo para uma nova gestação não costuma ultrapassar dois anos, média esta, semelhante à achada em outros estudos (GIFFIN, 2002; HOGA, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Durante as discussões sobre os motivos que podem contribuir para que essas puérperas engravidem novamente, as opiniões das duas equipes foram convergentes, indicando que tal situação decorre do comportamento 'arriscado', 'irresponsável' e 'descuidado' que, na ótica desses profissionais, são emblemáticos da identidade adolescente. Nesse caso, segundo Oliveira et al. (2004, p.1315), "[...] correr risco apresenta um certo caráter definidor de identidades desviantes", como demonstrou as falas de (S6, S1 e S5). A auto-responsabilização e culpabilização das adolescentes, pela falta de cuidado de si nas questões relativas à anticoncepção, evidenciadas nos trechos de discussão, imprimem o caráter de falha pessoal das adolescentes, justificando o motivo pelo qual as informações disponibilizadas por essas equipes de PSF, sobre a prevenção de uma nova gravidez no puerpério, não sejam adequadamente incorporadas à sua vida cotidiana.

Com relação à culpabilização, Campos e Wendhausen (2007, p.275) destacam que "[...] esta é uma atitude encontrada comumente nos serviços de saúde". Um exemplo dessa situação foi a manifestação de S2, segundo a qual, "[...] elas não conseguem travar! Tu dá pílula, tu passa todas as orientações, e quando tu vê, lá vêm elas grávidas de novo! No entanto, ainda que essas adolescentes tenham

informações sobre anticoncepção, a inter-relação de fatores de ordem comportamental, cultural, econômico, social e das questões de gênero influenciam e/ou limitam a adoção de práticas contraceptivas no puerpério, principalmente nas camadas sociais mais pobres (GIFFIN, 2002; HOGA, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

A análise das informações indicou ainda que, de modo geral, esses profissionais imputam a responsabilidade pela falha das ações de anticoncepção no puerpério às próprias adolescentes, o que sugere o reconhecimento de que a anticoncepção é atribuição exclusivamente feminina (ÁVILA, 2003; PRATES, 2007).

S2 - [...] as puérperas adolescentes que moram aqui são muito irresponsáveis, elas não se cuidam direito. Então, logo em seguida elas já engravidam de novo!

Fernanda - Como assim? Por que elas são irresponsáveis? Dê exemplos dessa falta de responsabilidade?

S3 - Nós tínhamos uma adolescente que, antes mesmo de sair do hospital, ela já tinha fugido de lá com o bebê.

S10 - Olha só! Isso é pra ti vê como elas não são responsável!

S8 - Quando ela fugiu do hospital com o bebê ela foi pra casa da mãe dela que fica na minha área [...]. Como a mãe dela tinha medo que a gurria tivesse uma recaída, ela tava sempre em cima, de olho mesmo. Mas a gurria não tava nem aí, ela não se cuidava direito.

S5 - [...] e isso não é por falta de falar ou de ir atrás delas. Porque logo que o bebê nasce e elas vão pra casa, as ACS já vão na casa delas visitar e ver se está tudo bem com a mãe e com o bebê. Mas, tem umas assim, que não tem essa noção do risco que elas correm no puerpério. Então, essas não levam muito a sério.

S2 - Eu acho que elas são muito despreocupadas. É bem isso mesmo. (G1)

As falas acima ressaltam um tom normatizador das atitudes e comportamentos das puérperas adolescentes, reafirmando o discurso socialmente aceito de que as adolescentes 'são assim'. Discurso este, que incorpora elementos de representação hegemônica e essencialista de um modo adolescente de viver a vida. Esses processos de naturalização e universalização que posicionam as adolescentes como vulneráveis nos discursos técnicos que embasam as práticas dessas equipes e, que sob uma ótica simplista e reducionista, reforçam a noção amplamente veiculada na sociedade de que as adolescentes não se cuidam porque não querem, também foram destacados em outras discussões. Essa visão essencialista qualifica 'todas' as adolescentes como irresponsáveis e, portanto, descuidadas. Percebe-se como problemático este argumento, na medida em que, de acordo com Oliveira (2005, p.429): "[...] parece considerar que todas as pessoas

vivem nas mesmas condições estruturais e, que assim, todas são igualmente capazes de cuidar de si”.

Retomando o argumento de que a anticoncepção das puérperas adolescentes é definida pelos participantes da pesquisa como uma falha pessoal, circunscrevendo a questão ao modo de viver dessas adolescentes, a análise desses relatos evidencia que a natureza multidimensional dos possíveis fatores que podem estar contribuindo para uma nova gravidez no puerpério e, que se desdobram em outras situações de vulnerabilidade para as adolescentes, não são reconhecidas e nem consideradas nas ações de promoção da saúde que integram o cotidiano de trabalho dos profissionais do PSF.

Ao analisar as discussões desenvolvidas ao longo dos grupos focais, foi possível perceber que os participantes da pesquisa não têm claro que as próprias ações da equipe de Saúde da Família podem provocar repercussões na vulnerabilidade das puérperas adolescentes. Estes profissionais evidenciaram não reconhecer a confluência dos aspectos sociais e programáticos dessa vulnerabilidade. Considerando a forma como estão estruturadas as ações e práticas educativas, no campo da promoção da saúde pessoal e da anticoncepção no puerpério, percebe-se que, na ótica desses profissionais, as adolescentes dessas comunidades possuem vulnerabilidades já constituídas e inerentes ao seu modo de vida e, conseqüentemente, difíceis de serem modificadas.

No plano dos serviços, igualmente, essas situações se configuram como problemas de difícil solução e, na medida em que essas equipes aceitam sem questionar a condição de vulnerabilidade dessas puérperas adolescentes como algo restrito ao plano individual, ignorando sua interdependência e inter-relação entre os planos social e programático que as constitui, além de potencializar vulnerabilidades já instituídas, acabam por sua vez, produzindo outras situações de vulnerabilidades no cotidiano das práticas de saúde do PSF. Pode-se apontar, como exemplo, a questão de uma adolescente que necessitou trabalhar para promover o sustento pessoal e do próprio filho, abandonando os estudos, prejudicando uma possível ascensão profissional e a possibilidade de melhoria salarial. Percebe-se, neste caso, um encadeamento e agravamento sucessivo da vulnerabilidade desta jovem.

Para a maioria dos participantes da pesquisa, a equipe do PSF cumpre o seu papel, fazendo tudo o que está ao seu alcance no que tange especificamente à anticoncepção das puérperas adolescentes, disponibilizando os métodos

contraceptivos e fornecendo as informações necessárias para o uso adequado dos mesmos. Estes profissionais consideram importante o fator educação, como agente transformador e minimizador dos fatores que promovem a vulnerabilidade de jovens no puerpério, como demonstram as falas a seguir:

S4 - [...] a gente fala, dá as orientações, bate na mesma tecla pra elas virem no PSF pegar pílula. Mas não adianta!

S1 - Mas é que elas não têm essa preocupação de não engravidar. Elas não se importam com o planejamento familiar [...]. Então, é assim, elas tomam pílula uns meses, esquecem outros [...].

Fernanda - Aqui no PSF elas conseguem os métodos anticoncepcionais?

S2 - Elas têm sim acesso a todos os métodos! Aqui, a gente tem pílula, tem DIU, tem injeção e, camisinha, tem de sobra aqui! Mas, assim, existe uma grande falta de maturidade, falta de comprometimento, de responsabilidade mesmo.

S7 - [...] mas, não é por falta de falar, porque a gente cansa de dizer pra elas se cuidarem. A gente explica que mais um bebê deixa tudo mais difícil. Mas, parece que elas nem tão ligando pro que a gente fala.

S5 - [...] é isso mesmo! Então, de que adianta todo o trabalho que a gente tem? Não adianta nada! Elas não se cuidam. Eu acho que isso é por que elas são adolescente mesmo! (G2)

Destaca-se, contudo, que apenas um dos integrantes de uma das equipes do PSF relativizou a visão essencialista e recorrente nas falas desses profissionais, que alegam ser o modo descuidado e irresponsável das adolescentes o motivo principal para que elas não previnam uma nova gravidez no puerpério, conforme a fala a seguir.

S8 - Ah, mas eu acho que não é bem assim! Porque na minha área tem uma menina que teve um bebê com quatorze anos. Ela sempre vem aqui pega pílula, e ela faz tudo bem direitinho como a enfermeira orienta, tanto no cuidado com o bebê, como com ela mesma. E, ela é bem novinha. Então, depende, né! (G2)

Outro argumento que pode ser agregado a essa problemática, na tentativa de dar mais visibilidade aos limites que condicionam a vulnerabilidade individual e social das puérperas adolescentes e nos quais esbarram muitas das práticas preventivas no campo da promoção da saúde é o defendido por Scott, Quadros e Longhi (2002, p.223) segundo os quais “[...] a prevenção não é apenas um discurso técnico com vistas a capacitar o indivíduo para a tomada de decisões pautada no uso adequado das informações recebidas, uma vez que decisões não são tomadas respondendo apenas a uma dinâmica individual”. Percebe-se tal postura como crítica ao individualismo que impregna os discursos mais tradicionais da prevenção em saúde.

Considerando que uma das principais diretrizes da Estratégia Saúde da Família é a promoção da saúde, via educação, e, partindo do pressuposto de que as ações do PSF têm repercussões na vulnerabilidade das adolescentes no puerpério, a análise desenvolvida até aqui, fornece subsídios para argumentar que a lógica que orienta as ações de prevenção de uma nova gravidez no puerpério tem no componente informativo o fio condutor destas ações. Nesse contexto, circulam mensagens de prevenção como sinônimo de cuidado individual, pautadas em discursos técnicos como condição suficiente para a tomada de decisões corretas, saudáveis e seguras. Ainda nesse sentido, cabe argumentar que, o foco individualista e com ênfase na responsabilização pessoal pelo cuidado de si amplamente difundido no campo da promoção da saúde tem como pano de fundo, a noção de que a problemática da gravidez no puerpério pode ser solucionada com informações e vontade pessoal das adolescentes em adotar práticas protetoras e, portanto, mais saudáveis com relação a vivência da sexualidade. Esse tipo de abordagem educativa, centrada na transmissão de orientações para a mudança de comportamentos individuais a partir de decisões informadas tem sido alvo de críticas em vários estudos no campo da promoção da saúde, sendo reconhecida como limitada, ineficaz e ineficiente para a competência no cuidado de si. Merece destaque considerar que a ideologia do individualismo embasa estas questões de vulnerabilidade (AYRES, 2002; OLIVEIRA, 2005; MEYER et al., 2006).

Ainda com relação às atitudes e comportamentos, percebidos pelos profissionais de saúde que participaram da pesquisa como tipicamente do período de adolescência, as ESFs reconhecem o puerpério como um período de vulnerabilidade, com base no pressuposto de que mães adolescentes não cuidam adequadamente da sua saúde e da saúde de seus bebês.

Para Machado, Meira e Madeira (2003) a adolescente é vista como uma pessoa despreparada e irresponsável para cuidar do filho perante a sociedade. Durante as discussões grupais estes temas foram apontados, junto à inexperiência e à insegurança das adolescentes, por não dominarem os cuidados com o bebê, nem conhecerem suas necessidades para que possam assumir as demandas da maternidade com responsabilidade. Nas falas a seguir transparecem estes posicionamentos.

S3 - O que a gente vê aqui no posto é que elas não têm assim, aquela segurança para cuidar da criança.

S8 - Ah, eu fico preocupada, porque ela me pergunta as coisas, se é normal ou se não é [...]. Ela ta toda hora atrás de mim.(G1)

S6 - Pra mim, a puérpera adolescente é mais complicada. Como ela não está muito preparada ainda pra ser mãe, ela fica mais insegura. Então, qualquer coisinha ela já corre pro PSF, mesmo que não tenha consulta marcada.

S5 - [...] elas são muito novas e não têm experiência. Elas têm muitas dúvidas [...]. Se o nenê dá um espirro, ela já corre aqui pra ver se aquilo é normal ou não.

S1 - É bem isso que tu falou. Naqueles primeiros trinta dias do puerpério, elas vêm no mínimo, umas três vezes no posto. Então, essas adolescentes vêm muito aqui, tanto em relação a elas, como em relação ao bebê. Fernanda - Mas elas são atendidas mesmo sem estarem agendadas?

S4 - Sim, como nós temos aqui no PSF o acolhimento, alguém da equipe vai conversar com ela e ver se, de fato, aquilo que ela está trazendo é mesmo uma questão que precisa ser avaliada pela médica ou enfermeira. (G2)

Para a maioria dos profissionais dessas duas equipes, as puérperas adolescentes, por não terem muita prática para cuidar de seus bebês, são mais inseguras, o que implica em uma demora para assumirem seu papel de mães. Desse modo, insegurança e responsabilidade são temas que se interpenetram, ao se observar os posicionamentos a seguir expostos.

S10 - As nossas adolescentes demoram mais para se assumirem como mães.

S3 - Ah, eu também acho isso. Porque a gente nota que elas não têm assim, muita prática. Isso fica bem claro pra mim nas primeiras vacinas. Elas sempre pedem pra mãe delas segurar o bebê.

S8 - Mas é que elas não têm noção de responsabilidade, do que vão ter que enfrentar e assumir mais ali adiante com o nascimento do bebê, porque isso muda tudo, né.

S5 - É, mas ganhou o neném, acabou a ilusão. Aí muda tudo, acabou a fantasia.

S2 - A gente sempre fala pra elas que a criança não é uma boneca, que tu pega a hora que tu quer. Aquele bebezão chora, ele não dorme, tem que mamar, ele tem hora pra comer e tu tens que estar sempre pronta ali pra cuidar dele.

S1- De fato, as mães adolescentes são bem mais inseguras, assim como as primíparas. Claro que isso é com relação às múltíparas que já tiveram outros filhos. Acho que essas já atravessam o puerpério com uma tranquilidade maior.(G2)

Os profissionais das duas equipes do PSF apontam que as dificuldades quanto aos cuidados com o bebê e a satisfação de suas necessidades básicas são conseqüência da própria adolescência, e não decorrente de sua inexperiência como mãe, embora tal dificuldade também tenha sido relatada com relação às puérperas

adultas que vivenciam a maternidade pela primeira vez. No entanto, autores como Esteves e Menandro (2005, p.367) relativizam essa questão por entenderem que:

[...] o nascimento de um filho determina para qualquer mulher, um conjunto de atividades e preocupações das quais é impossível eximir-se, e que têm impacto óbvio, urgência e prioridade superior a qualquer outra atividade. Portanto, determina, de início, uma nova rotina que é muito semelhante para todas as mães.

No puerpério, independente de ser uma mulher adulta ou uma adolescente, de ser primípara ou múltipara, ela precisa de pessoas que forneçam o apoio necessário, em termos de compartilhar cuidados com o bebê e com as atividades domésticas. Para um dos participantes da pesquisa, a própria adolescente precisa também ser cuidada no período de puerpério *“Eu acho que pra puérpera adolescente é fundamental ter alguém ali para cuidar dela e do bebê. Tu notas que as que não têm esse apoio, elas estão todos os dias aqui”*, corroborando os achados de Bocardi (2003) e Soares e Silva (2003).

A primípara muito jovem pode ter dificuldades em cuidar sozinha do bebê, recorrendo ao apoio de seu grupo familiar para a realização cuidados com a criança e afazeres domésticos. Nesse sentido, a presença de outras mulheres do grupo de convivência familiar são muito importantes, especialmente nas camadas populares, visto que para as mesmas o acesso a creches e outras redes de apoio social é bastante restrito (FONSECA; SOCCHI; MELLO, 2002).

Segundo os relatos dos participantes da pesquisa, essa ajuda é prestada por figuras femininas, sendo a avó a pessoa mais citada. Numa visão simplista sobre as dificuldades impostas pelas demandas da maternidade, para os profissionais dos PSFs participantes da pesquisa, muitas adolescentes acabam transferindo à avó o exercício do cuidado materno, porque são irresponsáveis, sem considerar outros fatores que podem estar envolvidos nesta questão (MACHADO; MEIRA; MADEIRA, 2003; FOLLE; GEIB, 2004).

S5 - É que elas não cuidam direito do filho.

S9 - Como elas são adolescentes, elas deixam o bebê para mãe delas cuidar. Daí quem acaba assumindo os cuidados com o bebê e sustentando essa criança é a própria avó.

S4 - Ai quando a mãe delas impõe, tipo assim, agora tu assume uma responsabilidade que é tua. Daí elas se obrigam a cuidar do bebê. Mas nem sempre é assim. (G1)

S1 - E sempre é a avó quem vai cuidar, quem vai criar, quem vai tomar conta dessa criança. É o que a gente vê por aqui. (G2)

Ao contrário do que os participantes da pesquisa parecem entender, com relação à inabilidade dessas puérperas adolescentes para assumirem a maternidade, esta problemática, segundo Esteves e Menandro (2005, p.369):

[...] não deve ser pensadas exclusivamente a partir de um conjunto de exigências e responsabilidades impostas a priori a quem a vivencia, mas com base na análise de como as características do contexto sócio-cultural em que a família da adolescente está imersa modulam as repercussões desta maternidade.

Ainda com relação às situações vividas após o parto, autores como Bocardi (2003), Machado, Meira e Madeira (2003), Folle e Geib (2004), destacam que o nascimento do filho transforma não só a vida das adolescentes, mas também produz mudanças na dinâmica familiar, a qual restabelecerá seus hábitos e rotinas a partir da adequação da criança aos horários da família.

Na ótica dos participantes da pesquisa as mudanças na rotina de vida das puérperas adolescentes são percebidas como 'um peso', conforme o trecho de discussão a seguir:

S3 - As tarefas, os horários, as responsabilidades. Então, a vida delas muda completamente!

S9 - Eu conheço uma que passava na rua. Como o bebê não pode pega sol, nem sereno [...], ela fica mais presa, porque tem que cuidar, dar banho, dar mama no peito toda hora [...].

S8 - Eu também acho. Elas reclamam bastante disso pra mim. Porque elas são gurias, né. Então elas querem sair, passear, só que ela vai ter que cuidar do nenê. Agora, tudo é em torno do nenê.

S5 - É bem isso que tu falou, porque elas são muito novinha, e fica um peso muito grande pra elas, ainda mais nessa idade! (G1)

Outra mudança que ocorre na vida das puérperas adolescentes diz respeito à restrição das relações sociais com o grupo de amigos com os quais convivia anteriormente à gravidez. Isto se deve ao fato de que as demandas da maternidade e a necessidade de assumir as responsabilidades com os cuidados com o filho implica em dedicação e compromissos, restringindo a participação no contexto adolescente e a suspensão das suas atividades de lazer (ESTEVES; MENANDRO, 2005; DIAS; AQUINO, 2006).

Nos primeiros meses de vida do bebê, assumir o papel de mãe implica o afastamento da adolescente do seu convívio social (BOCARDI, 2003). Outro aspecto que é enfatizado por Desser (1993) refere-se ao fato de que, tais demandas podem

gerar um conflito existencial para a puérpera adolescente, que também gostaria de ter mais tempo para si, de encontrar amigos, de executar projetos, uma vez que a mesma passa a reger as suas atividades em função do filho. Tal enfoque teórico é contemplado na situação pesquisada, conforme evidenciado nas falas anteriormente apresentadas.

Por outro lado, faz-se necessário perceber a diversidade de contextos em que as adolescentes experimentam a maternidade, visto que suas repercussões e arranjos subseqüentes incidem de forma diferenciada para jovens de diferentes classes sociais, influenciando as suas escolhas e a forma como estruturam seus projetos de vida. Desse modo e, contrariando a retórica de que as repercussões da maternidade na adolescência são negativas e limitam a concretização do projeto de vida da jovem mãe, Bonilha (1997), Dadoorian (2000) e Heilborn (2004) destacam a sua importância, sobretudo nos meios populares. Segundo as autoras, nestes contextos, a maternidade constitui-se num projeto de vida ligado a uma lógica de inserção social no mundo adulto, para o qual a maternidade é uma questão de reconhecimento e de valorização social e cultural.

Estudos como os de Medrado e Lira (1999), Scott (2001); Dadoorian (2003), Folle e Geib (2004) e Silva e Tonette (2006) têm demonstrado que a maternidade pode ser uma experiência positiva para certas adolescentes. ‘Ser mãe’ pode fazer parte de seu projeto de vida, não significando, necessariamente, resultado de atitude irresponsável ou acidental, visto que “[...] o nascimento de um filho na adolescência representa uma etapa de transição para a vida adulta (DIAS; AQUINO, 2006, p.1452).

Segundo Scott (2001, p.62) “[...] o valor simbólico do filho é enorme, e a idéia de tê-lo muitas vezes, foi um ‘acidente planejado’. O ‘ser irresponsável’ foi justamente para ganhar responsabilidade. O filho é um futuro alcançável”.

Ainda que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa considere a gravidez na adolescência como problemática, alguns reconhecem que existem situações em que este episódio pode trazer benefícios, como ilustram as falas a seguir:

S3 - Quando elas estão grávidas, a comunidade, os vizinhos tratam melhor elas. Além de ter regalias, elas ainda são mais respeitadas.

S8 - É um momento que todo mundo dá uma atenção pra ela, que talvez, até então, ela nunca tenha tido.

S4 - Outra coisa assim, ela não vai fazer tanto esforço, não vai precisar lavar aquele tanque de roupa.

S7 - Eu acho que ela pensa que é mais cuidada, né.

S1 - Ela passa a ser importante aqui na unidade, para a nossa equipe. Porque nós estamos sempre buscando ela, trazendo ela, levando remédio para ela, chamando a assistente social para conseguir comida, entende. (G2)

Uma questão de fundo que precisa ser problematizada refere-se à falta de perspectiva futura dessas adolescentes para a construção de seus projetos de vida. Nesse sentido, as duas ESFs parecem ter ciência da vulnerabilidade dessas adolescentes, uma vez que a falta de perspectiva futura foi apontada como um dos fatores que levam estas adolescentes a engravidar.

S1 - É aquela perspectiva muito curta assim de conseguir desenvolver esse lado sócio-cultural, de trabalhar, de estudar, de fazer um curso profissionalizante. Elas não conseguem enxergar essa perspectiva. .

S2 - Pra mim, a perspectiva de vida delas termina muito cedo. Quando elas terminam o primeiro grau, elas são umas meninas. Mas, ali parece que terminou tudo!

S1 - Então, elas vão fazer o que? Só podem mesmo querer casar e se encher de filhos. Não tem como fugir muito disso. (G2).

Fernanda - O que é falta de perspectiva futura?

S8 - Elas entram na escola sem interesse em estar concluindo a escola. Aquela coisa de falta de incentivo na educação.

S5 - A gente sabe que elas não têm como ir adiante nos estudos.

S4 - É, mas isso não é nem porque elas não querem. Elas simplesmente não têm como, não têm recursos.

S6 - Eu também acho, porque é fácil pra quem mora no centro e tem um monte de escolas, falar que elas não estudam porque não querem. Mas, aqui, aqui não tem nenhuma escola de segundo grau, a mais perto é lá no centro. (G1)

A vulnerabilidade social pode estar relacionada à diminuição da escolaridade, ao acesso aos meios de comunicação, ao nível sócio-econômico, ao trabalho, à falta de creches e de escolas. As puérperas adolescentes, que vivem num contexto de acentuada pobreza, têm sua vulnerabilidade potencializada por fatores individuais, sociais, programáticos e por desigualdades de gênero.

De modo geral, a situação de pobreza dessas puérperas adolescentes vem acompanhada de baixa escolaridade decorrente das dificuldades de acesso e de permanência nas instituições educacionais. Nas classes populares, a dificuldade de conciliar estudo e trabalho, de desenvolver essas atividades paralelamente às responsabilidades maternas e domésticas, dificulta ou impossibilita a retomada de uma carreira escolar intercortada. Heilborn (2004) refere que entre os riscos sociais

existe o pressuposto de que a maternidade na adolescência conduz ao abandono escolar e a uma precária inserção no mercado de trabalho, justificada pela necessidade de cuidados e de sustento do filho. No entanto, estudos como os de Cabral (2002), Dias e Aquino (2003) e o de Heilborn (2004), sobre a associação da gravidez na adolescência e as conseqüências na trajetória escolar e na concretização de projetos futuros, têm indicado que são comuns interrupções no projeto de escolarização anteriores à gravidez. Isso ocorre, sobretudo, nas classes populares, em que as próprias condições sócio-econômicas precárias e o limitado leque de oportunidades sociais para a construção de projetos de vida determinam restrições importantes e impõem outras prioridades aos sujeitos.

Fatores como o desinteresse pelo estudo, a limitada perspectiva para a construção de seus projetos de vida no que tange à escolarização e à qualificação e inserção profissional, à estrutura do sistema educacional, principalmente na rede pública, contribuem para a composição de um percurso fragmentado da vida escolar de jovens de classes populares. Enquanto que os projetos e trajetórias escolares se processam de modo linear e sem interrupções significativas para os de classe média, em situações similares (DIAS; AQUINO, 2006).

Os estudos citados anteriormente, justificam a importância do tema foco desta pesquisa, bem como de evidenciar o interesse em se promover a continuidade desta investigação, por considerar-se que o posicionamento dos sujeitos da presente pesquisa decorre de uma situação social singular aos usuários do SUS, mas que não representa a totalidade possível ao se incorporar os demais fragmentos sociais. Novos cruzamentos de dados poderão compor um perfil geral da vulnerabilidade das puérperas para a realidade nacional. Tal intenção, mesmo fora do alcance dos propósitos desta investigação, é apontada para dimensionar a relevância do tema em discussão, bem como para despertar e instigar o interesse investigatório, como agente norteador de políticas educacionais que se fazem necessárias para minimizar as fragilidades detectadas nesta pesquisa.

4.1.2 Amultiparidade de mulheres pobres

Neste momento retoma-se o argumento, apontado pelos sujeitos da pesquisa, de que o puerpério é uma experiência de vida complexa. As demandas da

maternidade implicam em importantes transformações no estilo de vida das mulheres e de suas famílias. Os membros das duas equipes do PSF manifestaram entendimentos semelhantes sobre a condição de multiparidade⁷ associada à situação de pobreza⁸ como fator produtor e potencializador de situações de vulnerabilidade para as mulheres no período pós-parto.

Considera-se relevante esclarecer que as puérperas assistidas pelas ESF participantes da pesquisa são de camadas populares da sociedade, provenientes de comunidades incluídas em programas governamentais de promoção da saúde das mulheres.

As discussões, apontadas a seguir, evidenciam posicionamentos dos profissionais participantes da pesquisa, quando questionados e estimulados a expor situações vivenciadas nas ESFs onde atuam.

S3 - [...] aqui é assim, as mulheres de vinte e dois, vinte e três anos já tem uns cinco, seis filhos.

S6 - Tu lembra da (fulana), só aquela já tem sete filhos, e é um em cima do outro!

S5 - As aqui de cima se cuidam mais, têm poucos filhos. Lá pra baixo, onde é mais pobre, já é mais complicado! Só numa casa, a mãe tem quinze filhos.

S4 - No meu lado, as que têm muitos filhos são as bem carentes, o resto tudo têm no máximo dois filhos. Isso é bem cultural.

S10 - Mas eu acho que elas já têm aquela mentalidade [...], a gente vê que quanto mais pobre, mais filho elas têm! (G1)

S4 - Ah, depende, na base de quatro filhos, umas nove, outras quinze. Então, é brabo, né!

S9 - O custo de vida também, porque quanto maior o número de filhos mais caro fica. Agora elas tão vendo que criar filho não é fácil, um chora de fome, os outros também, porque o dinheiro anda curto.

S10 - Ah, mas para aí, se fosse tão difícil assim, elas não teriam um filho atrás do outro (Risos).

S2 - É que elas não têm uma preocupação em dar uma boa educação, roupa, calçado, de dar um lazer pra essas crianças, de dar um futuro. Pra elas é mais um filho e, onde come cinco, come seis. (G2)

Durante as discussões produzidas nos grupos focais, ficou evidente que, para os participantes da pesquisa das duas ESF o elevado número de filhos constitui-se num importante elemento gerador e potencializador de situações de vulnerabilidades

⁷ Prates (2007, p.14) denomina 'multiparidade' à situação específica de múltiplos partos de uma mulher e 'multíparas' a mulher que é sujeito desta situação com 'proles numerosas [...] com três filhos ou mais'.

⁸ As denominações 'mulheres pobres', 'pobreza', 'camadas mais pobres', 'segmentos sociais mais pobres', 'classes pobres' ou 'condições de baixa renda', usadas no presente estudo foram pautadas na definição de pobreza proposta por Sandroni (2002, p. 476): "[...] pobreza é o estado de carência em que vivem indivíduos ou grupos populacionais, impossibilitados, por insuficiência de renda ou

para as puérperas que vivem em situação de pobreza, com repercussões de ordem individual e social.

O relato de S10, sobre a relação entre a vulnerabilidade e a condição de multiparidade de mulheres pobres, revela uma atitude assimétrica, relativamente ao profissional de saúde e à usuária do PSF onde ele atua, na medida em que o profissional se reveste de poder para emitir julgamentos de ordem moral, recriminando essas mulheres pelo descuido com relação às suas escolhas reprodutivas. Considera-se relevante tal colocação, por tornar possível inferir que, ao tomar por base, unicamente a condição sócio-econômica dessas mulheres, como fator determinante para o impedimento do elevado número de filhos, esse profissional demonstra uma visão simplista e superficial da problemática da anticoncepção. Evidencia-se tendência a desconsiderar os demais fatores que condicionam as escolhas no campo da saúde sexual e reprodutiva de mulheres pobres, bem como a complexidade e inter-relação dos demais processos que as vulnerabilizam.

A problemática da multiparidade, e suas repercussões na vida e saúde de mulheres pobres, é entendida aqui como condição que influencia e é influenciada por outras situações de vulnerabilidade na fase do puerpério. Apresenta-se como importante questão no campo da saúde sexual e reprodutiva no âmbito das práticas e serviços de saúde, uma vez que a abordagem de muitos profissionais da saúde não leva em conta os princípios de integralidade, cidadania e autonomia dos sujeitos. Esse argumento é corroborado pelos achados do estudo de Almeida (2005, p.90) com mulheres no período pós-parto, no qual a autora conclui que:

[...] as mulheres são culpabilizadas e castigadas segundo o número de filhos que têm, sendo negado a elas não só o direito de vivenciar sua realidade, seja ela uma opção ou uma aceitação sobre algo que não têm como mudar em suas vidas, mas também o direito de serem respeitadas.

Sobre essa questão, vários estudos apontam a pobreza como um importante condicionante das escolhas reprodutivas, segundo os quais, mulheres pobres e com baixa escolaridade possuem conhecimento limitado ou insuficiente sobre

contracepção, favorecendo o uso inadequado de métodos contraceptivos (GIFFIN, 2002; VIEIRA, 2003).

Faz-se necessário considerar que as situações de desigualdade econômica, social e cultural presentes no contexto de vida das mulheres de classes populares “geram conseqüências que se engendram dinamicamente” (SOUZA; TYRRELL, 2007, p.50). Na medida em que esses processos sociais se constituem e se inter-relacionam amplia-se o entendimento de que as escolhas reprodutivas não são resultantes exclusivamente da vontade individual dessas mulheres, visto que as mesmas são social e culturalmente definidas em diferentes contextos. Desde esta perspectiva é possível argumentar que a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres também é influenciada por desigualdades de gênero, iniquidades sociais, dificuldade de acesso a bens e serviços, entre outros.

Em âmbito mais macro, os participantes da pesquisa também indicaram fatores de ordem estrutural como geradores de multiparidade e vulnerabilização das puérperas por eles atendidas. Para os membros das ESFs que participaram da pesquisa o elevado número de filhos está também ligado a dificuldades financeiras, baixa escolaridade e suas implicações para a inserção destas mulheres no campo do trabalho formal, além de precárias condições de moradia.

S2 - [...] ela mora num barraco, sem água, sem luz e, às vezes, falta até comida (G2).

No processo de análise estes elementos trazidos das discussões grupais foram interpretados como sendo evidência do reconhecimento destes profissionais de que as puérperas, usuárias dos serviços de saúde nos quais atuam, são vulneráveis e as situações que configuram esta vulnerabilidade são constituídas em contextos que extrapolam o plano individual, abrangendo também o espaço do social.

Considerando a influência do social na produção da saúde, os limites de ordem financeira vivenciados por essas mulheres, como destacou S2, são emblemáticos de situações de vulnerabilidade já constituídas, as quais passam a ser potencializadas pelo entrelaçamento de outros elementos como o da multiparidade. Tais limites complexificam a vivência do puerpério e tornam estas mulheres mais vulneráveis individual e socialmente, com repercussões inclusive, no campo programático (PRATES, 2007). Exemplifica-se uma situação de encadeamento de

vulnerabilidades, em situação apontada pelos investigados, quando referem que mulheres com muitos filhos, têm dificuldade para utilizar os serviços de saúde, entre outros motivos, por não ter com quem deixar os filhos. Isto promove sua desinformação sobre formas de prevenir novas gestações indesejadas e de ações preventivas para sua saúde e de sua família. Esta dinâmica familiar tende a se agravar complexificando sua exposição a fatores que intensificam sua vulnerabilidade no puerpério.

No que se refere à escolaridade das puérperas atendidas pelo PSF, os relatos de ambas as equipes foram convergentes, indicando ser reduzido o período de permanência destas mulheres no ensino formal. Segundo os participantes da pesquisa, muitas delas são analfabetas sendo que, a maioria não chega a concluir o ensino fundamental.

Ainda com relação à percepção das ESF participantes da pesquisa sobre os elementos constituintes da vulnerabilidade social das mulheres no puerpério, uma questão importante revelada nas discussões grupais foi que, a maioria dessas puérperas vive em condições precárias e não exerce atividades remuneradas, permanecendo em casa cuidando dos filhos. Tal situação lhe impede de perceber oportunidades de crescimento pessoal e familiar, em termos de saúde, educação, bem-estar, e de outros parâmetros que se constituem em aspiração natural humana.

Este enfoque se potencializa a partir de uma perspectiva de gênero. Destaca-se que, o espaço domiciliar como lócus das práticas de cuidado da saúde dos filhos e da família, reconhecido tradicionalmente como um papel feminino, fortalece as relações desiguais de gênero que atravessam a divisão sexual do trabalho. A este respeito, Duro (2002, p.104), argumenta que “[...] a divisão sexual do trabalho, tradicionalmente, subordina homens e mulheres em nossa cultura e determina que a mulher é a responsável pela manutenção do espaço doméstico e do cuidado dos(as) filhos(as)”.

Segundo os participantes da pesquisa, das puérperas que trabalham fora de casa, poucas possuem emprego formal, sendo que a maior parte delas ocupa postos de trabalho no mercado informal, como expressam os excertos de falas abaixo.

S4 - Umas trabalham de carteira assinada, como doméstica ou em loja no comércio. Mas, são poucas, a maioria é como diarista mesmo, fazendo faxina.

S5 - Aqui tem uma turma que trabalha como catadora na reciclagem do lixo. Mas é tudo informal, sem direito nenhum. (G1)

S2 - [...] o mercado de trabalho é cada vez mais competitivo. Mas como a qualificação delas é muito baixa pelo pouco estudo, não tem como elas conseguir um bom emprego. Então, elas permanecem na informalidade, porque com esse monte de filho não dá nem pra pensar em voltar a estudar!
(G2)

O relato de S2, também foi compartilhado pela visão dos demais membros da ESF, em outras discussões grupais, evidenciando que, para as mulheres pobres e com muitos filhos, atender às exigências de educação formal e de qualificação para o trabalho parece ser algo muito distante de seus projetos de vida. A análise sugere que, para ambas as equipes de saúde do PSF, a condição de multiparidade, encontra-se associada a pouca escolaridade dessas puérperas. No processo de análise este posicionamento foi interpretado como a percepção dos participantes da pesquisa sobre os elementos, que acabam por definir limites e possibilidades de inserção dessas puérperas no campo da escolaridade e no do trabalho.

De acordo com o Plano Nacional de Políticas para as mulheres, estruturado em quatro áreas estratégicas de atuação, das quais a autonomia, igualdade no mundo trabalho e cidadania e educação inclusiva e não sexista, estão entre suas prioridades. Dados recentes demonstram que hoje, no Brasil, as mulheres representam 42% da mão-de-obra no trabalho formal e 57%, no trabalho informal, sem considerar o trabalho doméstico não-remunerado. O número de mulheres pobres é superior ao dos homens. A taxa de desemprego permanece 58% maior que a dos homens e a das mulheres negras, 20% maior que a das mulheres brancas. Quanto à escolaridade, embora as mulheres possuam mais anos de estudos que os homens, as diferenças salariais são significativas e a carga de trabalho das mulheres tende a ser maior. Ainda que a maternidade tenha sido reconhecida como função social, os mecanismos de proteção da mulher no mercado de trabalho nem sempre são garantidos. Nestas condições, uma gravidez pode representar a ameaça de demissão para essas mulheres, dentre outras expressões da violação desses direitos (BRASIL, 2004b).

Bastos e Szwarcwald (2000, p.74) chamam a atenção para o fato de que “[...] os obstáculos estruturais postos ao exercício dos direitos humanos e as perspectivas de sua superação são simultaneamente frutos de uma estrutura e de processos sociais em contínua reformulação, do qual somos todos partícipes”. Essas desigualdades são sustentadas pela divisão sexual e desigual do trabalho doméstico, as quais imprimem uma relação de subordinação das mulheres em

relação aos homens e, segundo Giffin (2002, p.105), permitem o “ocultamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que essas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e classe social”.

O objetivo aqui é demonstrar que o cenário acima elencado é emblemático das dificuldades enfrentadas pelas mulheres para entrar no mercado de trabalho, particularmente, para as mais pobres e com menor escolaridade. Essa situação é preocupante, uma vez que no Brasil, 30% das famílias são chefiadas por mulheres (IBGE, 2006). Tal cenário permite justificar a vulnerabilidade a que estão sujeitas as puérperas de baixa renda, que representam parcela significativa das usuárias dos PSFs investigados. São mulheres que enfrentam desigualdades econômicas, sociais, culturais, de gênero, determinantes do processo de saúde-doença. Pessoas que vivem em precárias condições de vida são mais vulneráveis e vivem menos (BRASIL, 2004). Brito (2000, p.196) destaca que “[...] a saúde é expressão de condições sociais, culturais e históricas das coletividades em que o trabalho desempenha papel crucial”.

A precarização do trabalho feminino nos setores informais da economia, articulado às condições de pobreza representa um ônus elevado para essas mulheres, com repercussões inclusive no seu processo de saúde. Estes fatores somam-se aos demais já elencados neste estudo, concorrendo para aumentar as condições de vulnerabilidade das puérperas, fragilizadas em múltiplos aspectos. Tais condições são intensificadas quando em cenários de pobreza e baixa escolaridade, impedindo o acesso ao mercado de trabalho que lhes permitiria aspirar ao rompimento desta situação de fragilidade pessoal, familiar e social, em especial, em relação à saúde, enquanto tema sob discussão.

Essa problemática ganhou visibilidade nas discussões produzidas ao longo dos grupos focais. Cabe sinalizar que, o próprio processo da pesquisa contribuiu substancialmente para que os profissionais do PSF compartilhassem seus pontos de vista sobre outros aspectos implicados com o tema ‘saúde das puérperas’, os quais não costumam fazer parte da agenda de discussões da ESF.

Nessas interações, os participantes da pesquisa relataram que a maioria das puérperas, usuárias do PSF, trabalham à margem das leis trabalhistas de proteção social e sem carteira assinada. Essa condição de informalidade inviabiliza direitos trabalhistas já assegurados, como o da licença maternidade, com importantes

repercussões para a vida e saúde dessas puérperas, como indicam os seguintes excertos de discussões:

S7 - É, a carteira te dá direito à licença pra amamentar. Mas, pra quem não tem esse direito, fica bem mais difícil. Se ela não trabalha, o dinheiro não entra. Como elas voltam a trabalhar, elas ficam sem esse tempo pra se recuperar do parto.

S4 - Isso depende. Pra quem é pobre, direito não é garantia nenhuma. Quando tu trabalha e vive só daquilo, tu tem medo de tirar licença e perder o teu lugar pra outra. Então, isso faz com que muitas fiquem em casa só uns dias, até melhorar um pouco. (G1)

S10 - A questão financeira sempre pesa. Muitas são chefe de família e, por isso, o descanso delas fica atrapalhado, porque a falta de dinheiro faz com que elas tenham que sair pra trabalhar.

S2 - Não trabalhando, elas não recebem [...]. Mas elas precisam do dinheiro pra viver. Por isso, esse tempo pra se recuperar no puerpério não existe, e isso pode até deixar elas doente. (G2)

Percebe-se que as dificuldades financeiras, as precárias condições de vida e o afastamento no período pós-parto do mercado de trabalho, ainda que informal, das puérperas usuárias dos serviços dos PSFs, onde atuam os participantes da pesquisa, são reconhecidos como elementos geradores e/ou potencializadores da vulnerabilidade social dessas puérperas. Isso se deve pelo fato de que, na medida em que essas mulheres não estão trabalhando, tendo em vista as demandas decorrentes do puerpério, a renda dessas famílias tende a ficar comprometida, agravando sua condição de pobreza, principalmente para aquelas mulheres que ocupam a posição de chefes de família.

Outra consequência negativa do trabalho informal dessas puérperas, atribuída pelos participantes da pesquisa, foi a necessidade premente destas mulheres de retornarem ao mercado de trabalho logo após o parto, tendo em vista a subsistência da família, o que por sua vez, implica na interrupção precoce da vivência desejável para um puerpério mais saudável, podendo desencadear processos de adoecimento, como indicaram os depoimentos anteriormente apresentados.

Estas reflexões encaminham o argumento de que as situações de vulnerabilidade das mulheres no puerpério sofrem influência de experiências individuais e sociais, as quais agem sinergicamente para produzir e/ou potencializar suscetibilidades, com maior ou menor impacto na vida e na saúde de puérperas usuárias dos serviços dos PSFs, em especial de puérperas múltiparas.

Além da responsabilização feminina pelas atividades domésticas e de cuidados dos filhos, da pouca qualificação, das dificuldades de inserção no mercado

de trabalho e na vivência parcial do puerpério desejável em termos da saúde das mulheres, outro aspecto da vida das puérperas, implicado na definição das suas condições de saúde, foi levantado pelos participantes da pesquisa. Trata-se da ausência de redes de suporte social, onde inclui-se a insuficiência de vagas em creches públicas para que as mulheres possam deixar seus filhos enquanto trabalham. O depoimento de um dos membros da ESF enfatiza, mais uma vez, as dificuldades enfrentadas por puérperas que têm vários filhos.

S4 - As que trabalham fora, mal ganham o bebê e já começam a ver alguém pra cuidar das crianças. Às vezes, elas conseguem uma vaga na creche. Mas pras que tem bastante filho é um problema, porque nunca tem vaga pra todos. (G2).

Além das diferenças entre os aspectos da vida individual e social vivenciados por puérperas múltiplas, os quais caracterizam diferentes situações e níveis de vulnerabilidade, conforme destacado pelos participantes da pesquisa, é preciso enfatizar que o processo de vulnerabilização destas mulheres não ocorre de maneira homogênea, porque as diferentes situações de vulnerabilidade são por elas vivenciadas e enfrentadas de forma distinta. Para Parker e Camargo Jr. (2000, p.98):

[...] a vulnerabilidade [...] afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, [...] mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, e [...] mulheres pobres e jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato [...].

A partir dos relatos produzidos nas discussões grupais sobre as circunstâncias de vida e de saúde das puérperas atendidas no PSF, o processo de análise sugere que, na ótica desses profissionais, as condições de multiparidade e pobreza complexificam a vivência do puerpério e tornam as puérperas mais vulneráveis. No entanto, cabe salientar que, as situações de vulnerabilidade social das puérperas, apontadas pelos integrantes da ESF, são estabelecidas anteriormente ao período do puerpério, motivo pelo qual, as condições de pobreza e multiparidade foram interpretadas no processo de análise como elementos potencializadores de vulnerabilidades já constituídas. Por esse mesmo motivo, esses mesmos elementos acabam por imprimir outras situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério, em seus aspectos individuais, sociais e programáticos. Também é importante sublinhar, que o entrelaçamento e a indissociabilidade dos

elementos que integram a composição do quadro de vulnerabilidade das mulheres nos planos individual, social e programático já têm sido reconhecidos pelo próprio MS em seus documentos oficiais, no campo da promoção da saúde de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, ainda que de modo incipiente (BRASIL, 2004a).

Com base nas informações coletadas, percebe-se, num primeiro momento, que os profissionais do PSF demonstraram pouca consciência acerca da complexidade das situações produzidas pelo período de puerpério e de suas repercussões na vulnerabilidade dessas mulheres, exceto as de ordem biológica. No decorrer do processo de pesquisa os participantes passaram a problematizar as questões relativas à vivência do puerpério. Ocorreu, em decorrência disso, um aprofundamento de análise pessoal de alguns profissionais sobre a problemática do puerpério e, aos poucos, outros elementos foram sendo agregados à discussão e reconhecidos individual e/ou coletivamente como processos geradores e/ou potencializadores de situações de vulnerabilidade para as mulheres no período pós-parto.

Essas discussões nem sempre foram consensuais, revelando conflitos, posicionamentos contraditórios e abordagens distintas entre os integrantes das ESFs, com predominância e valorização de aspectos essencialmente individuais e de origem biológica. Por outro lado, o compartilhamento de opiniões, vivências e percepções, possibilitaram a alguns desses profissionais a ampliação da sua visão pessoal sobre elementos implicados nos processos geradores de situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério.

Como destacado na literatura, após o parto, as mulheres vivenciam uma fase de adaptação física, emocional e psico-social, pois é no puerpério que se intensificam as demandas da maternidade, produzindo significativas mudanças na vida das mulheres e de suas famílias (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002; MALDONADO, 2002; AGUIAR; BARBOSA, 2006).

Nessa perspectiva, a abordagem sobre as mulheres no puerpério deve ir além dos aspectos eminentemente técnicos do cuidado em saúde. Nesta fase, além de ajustes fisiológicos e de recuperação das alterações sofridas no período gestacional, as mulheres vivenciam também, um período de significativas mudanças de ordem emocional, comportamental, econômica, cultural, e inter-relacional, com implicações inclusive, nas questões de gênero, tendo em vista o novo papel social assumido com a maternidade. Destaca-se que a interação desses aspectos se dá de forma

dinâmica no contexto de vida das mulheres e de suas famílias, motivo pelo qual, a vivência do puerpério produz outras demandas, que ultrapassam o componente essencialmente biológico das questões de saúde. Para Aguiar e Barbosa (2006), após o parto, além das necessidades de saúde das mulheres, outras necessidades são acrescentadas às suas, como as do bebê e as dos demais membros da família, gerando também, outras necessidades como as de ajuste e adaptação a esta nova fase de vida.

Uma questão que ficou consolidada entre os participantes da pesquisa é que, o elevado número de filhos influencia na vivência do puerpério, especialmente para as mulheres pertencentes a camadas sociais mais pobres. Dentre as justificativas para as repercussões negativas da multiparidade na vulnerabilidade individual dessas puérperas, apresentadas pelos participantes da pesquisa, encontram-se: alterações na rotina familiar; cansaço do dia-a-dia decorrente dos cuidados com o bebê e com os demais filhos, agregado a sobrecarga pelo acúmulo das atividades domésticas; ausência de momentos de lazer; e, falta de tempo para o cuidado de si. Tais elementos foram reconhecidos como condicionantes desta vulnerabilidade, principalmente, quando essas mulheres não contam com uma rede de apoio no período pós-parto.

Nos primeiros dias após o parto, as mulheres vivenciam um período de intensas mudanças bio-psico-sociais e de adaptações no que tange ao redirecionamento de suas atenções e prioridades (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002; SANTOS; SANTOS; MORETTO, 2005; AGUIAR; BARBOSA, 2006).

Na ótica desses profissionais, para evitar complicações referidas por eles como 'recaída', as mulheres devem evitar esforços físicos, principalmente aqueles referentes às atividades domésticas como lavar, passar, varrer. Não cozinhar por causa do calor do fogão, não carregar peso e nem segurar os filhos maiores no colo também foram lembrados por alguns integrantes da ESF como situações que podem por em risco a saúde das mulheres, deixando-as mais suscetíveis a complicações no período pós parto, como refere esse profissional:

S9 - [...] é que se ela não se cuidar direito, descansando, evitando de se esforçar, se não fizer um bom resguardo, ela pode ter uma recaída, né. E isso pode ser perigoso! (G2).

Como ressaltou S9, no período de resguardo, a puérpera requer cuidados de saúde, os quais incluem as medidas preventivas acima descritas, com ênfase para o repouso. Para a maioria dos integrantes da ESF, na fase de resguardo, o repouso é fundamental para que a puérpera se recupere do desgaste do final da gestação e do processo de parto, evitando assim, possíveis complicações no período pós-parto.

Mudanças na vida das mulheres, alterações na rotina familiar e o cansaço decorrente das demandas do período pós-parto também foram aspectos lembrados pela maioria dos profissionais da ESF nas interações grupais, as quais são tidas como mais significativas para as mulheres que possuem muitos filhos e que vivem em condições de pobreza, como evidenciam os trechos de discussão a seguir:

S1 - É um momento delicado. Além de dar conta dessa função de amamentar, trocar, banhar, de dormir pouco, ela ainda tem que se cuidar. Isso tudo dá um desgaste.

S9 - Descansar com esse monte de filho é um problemão! Elas mal chegam em casa e já tem o serviço da casa por fazer, os filhos pra cuidar. Isso deixa elas atacada, nervosa, estressada [...].

S2 - Eu vejo que a rotina delas muda. Mas por elas não reclamar, não quer dizer que elas não sintam esse peso! (G1).

S3 - Essa filharada dificulta o dia-a-dia dela. As preocupações, as responsabilidades, as cobranças da família, os gastos que aumentam. É difícil pra ela se cuidar, é muita pressão. [...] umas ficam até doente.

S8 - Muda o ritmo de vida dela. A criança chora de noite, elas não conseguem dormir, e tem as coisas da casa pra fazer, o marido, os filhos. Elas não têm tempo pra descansar, pra se cuidar. (G2)

Como indicaram as discussões acima, para as mulheres, o cansaço físico gerado pela sobrecarga de tarefas decorrentes do puerpério, tais como, o acúmulo dos afazeres domésticos, os cuidados com o bebê e a necessidade das puérperas ajustarem-se ao seu ritmo, as preocupações com os demais filhos e com o relacionamento conjugal, exige arranjos e implica na reorganização da dinâmica familiar. Cabe lembrar, no entanto, que para que seja possível o enfrentamento desta nova fase com mais tranquilidade, as mulheres precisam contar com a ajuda de alguém, de modo a permitir-lhes que a vivência do puerpério seja menos desgastante, pesada e estressante como referiram os participantes no processo da pesquisa. Para Maldonado (2002), no puerpério, as mulheres devem procurar delegar tarefas domésticas a outras pessoas da família de modo que a rotina e os cuidados com a criança não resultem num desgaste ainda maior, o que corrobora os achados da pesquisa.

Pesquisa realizada por De Felice (2000, p.83) sobre a psicodinâmica do puerpério concluiu que “[...] durante o puerpério, a mulher necessita sentir-se amparada pelo ambiente, de forma que, se este for favorável, poderá fornecer-lhe apoio e sustentação emocional adequados”. Da mesma forma, outros estudos apontaram a família como sendo a principal rede de suporte nas atividades próprias do puerpério, auxiliando a puérpera em seu autocuidado, assumindo as tarefas do lar, os cuidados com o bebê e com os demais filhos (DURO, 2002; SOARES; SILVA, 2003; STEFANELLO, 2005; MACHINESKI; SCHNEIDER; BASTOS, 2006).

Ainda com relação à vulnerabilidade das mulheres no puerpério, foi consenso entre os participantes da pesquisa de que dispor de uma rede social de apoio é um elemento fundamental para o enfrentamento e/ou minimização dessas situações de vulnerabilidade. É o que mostra o depoimento de um dos participantes da pesquisa:

S5 - Quando elas vêm pra casa é um estresse. Porque ela tem a preocupação do dia-a-dia, com a casa, com os outros filhos, com ela mesma e com o nenê. E, se não tiver ninguém pra ajudar nesse período, vai ser bem complicado pra ela descansar. (G1)

Com relação a esta questão, as discussões grupais indicaram os laços de consangüinidade como principal suporte para as puérperas dessas comunidades. Achados semelhantes foram evidenciados nos estudos de Fonseca (2000) e Duro (2002).

De acordo com os membros das duas ESF, a mãe, uma irmã, uma tia ou uma filha mais velha foram às figuras mais citadas como integrantes da rede primária de apoio às mulheres no puerpério. No entanto, a ajuda da sogra, de uma amiga ou de alguma vizinha, também foram reconhecidas, por alguns dos membros dessas equipes, como pessoas importantes que se agregam à rede primária de apoio, formada basicamente por familiares, como sugerem os trechos de discussão abaixo.

S7 - Quando elas dão alta do hospital, as mães costumam ficar umas semanas com elas pra ajudar a cuidar do nenê e dela também, por causa do perigo da recaída, né.

S8 - Mas, a comadre e as vizinha também ajudam bastante. Principalmente, com essas que a mãe mora longe.

S10 - É, às vezes, elas têm sorte de ter uma sogra boa que ajuda elas também. (G1)

S4 - Elas sempre têm alguém pra ajudar, uma amiga, um parente. Pra essas que têm alguém pra ajudar, o puerpério fica mais fácil.

S9 - É, mas nem todas têm ajuda. Umas não têm família aqui. Daí elas não têm alguém que possa cuidar delas. (G2)

Para alguns membros do PSF, as filhas mais velhas também foram consideradas como uma importante referência na rede de apoio às mulheres no puerpério, como ilustra a fala abaixo:

S6 - Às vezes, elas até têm uma filha mais velha, que ela bota a ajudar também. (G1)

Situação semelhante foi descrita em outros estudos (DURO, 2002; MENDES, 2003), nos quais ficou evidenciado que, a partir de uma lógica de gênero, as filhas mais velhas, especialmente nas camadas populares, se constituem como a principal rede de apoio à puérpera, principalmente quando esta não tem familiares disponíveis para a auxiliar. Ainda com relação à ajuda prestada pelas filhas mulheres durante o puerpério de suas mães, na pesquisa de Duro (2002, p.69) sobre maternidade e cuidado infantil, a autora defende o argumento de que: “[...] quanto menor a renda familiar e quanto mais precária a rede social que ampara as mulheres pobres, maior a responsabilidade das filhas no que se refere aos cuidados com os irmãos menores e com a organização da casa”. Em contrapartida, a inserção dos filhos homens nas atividades domésticas assume caráter de ajuda, e não de obrigação como para as filhas mulheres. Dito de outra forma, a diferença de papéis e responsabilidades entre os filhos do sexo masculino e feminino revela assimetrias no âmbito da família, cujas desigualdades de gênero, podem ser mais ou menos significativas, dependendo das condições sócio-econômicas e do potencial de vulnerabilidade que atravessa as circunstâncias de vida dessas puérperas e de seus familiares.

Ainda que a ajuda da família tenha sido reconhecida pela maioria dos participantes da pesquisa como um aspecto positivo e que contribui para a minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, alguns integrantes das ESFs manifestaram ter entendimentos contrários sobre essa questão. Para esses profissionais, atitudes, cobrança e julgamentos da rede de apoio podem influenciar negativamente na vivência do puerpério, repercutindo nos níveis de vulnerabilidade dessas puérperas, como se pode perceber das falas, colocadas a seguir.

S1 - Quando elas trazem a filha pra revisão, tu vê que elas tão ali mais pra criticar do que pra ajudar. Então, a própria família não trata de diminuir o sofrimento daquela mulher, porque eles tão ali de forma punitiva. (G1)

S7 - Às vezes, a mãe ou a sogra colocam uma cobrança muito grande, principalmente pras mais inexperientes. Elas tão sempre vendo uma coisa errada ou pondo um defeito no jeito delas cuidarem dos filhos.

S2 - A gente percebeu que essas cobranças estavam muito presentes nos nossos atendimentos aqui no posto. Então, a gente resolveu fazer um encontro do grupo só pra trabalhar essa questão da família com elas. (G2)

Também com relação às cobranças familiares, no período pós-parto, autores como Centa, Oberhofere e Chammas (2002) e Mendes (2003), ressaltam que, em um ambiente em que a puérpera é cercada de pessoas hostis, sendo pouco apoiada e muito cobrada, as críticas e interferências de familiares e amigos podem gerar ansiedade, sentimentos de insegurança, desamparo, incompetência e culpa. Tais sentimentos podem favorecer processos de adoecimento, como a depressão pós-parto. Um exemplo dessa situação foi trazido por S1 e interpretado no processo de análise como o reconhecimento de um participante da pesquisa de que isto pode gerar e/ou potencializar situações de vulnerabilidade de puérperas num âmbito individual.

S1- Eles cobram posturas, criticam, dizem coisas do tipo: “ah, tu não tá cuidando bem do filho; tu não és uma boa mãe, se tu amasses o teu filho de verdade, tu amamentava. E isso tudo te afeta, porque tu já mais frágil (G1)

Uma queixa trazida pela maioria dos participantes da pesquisa foi o descompromisso do companheiro com relação as demandas da maternidade. Segundo os profissionais do PSF, para os homens da comunidade, o âmbito doméstico ainda é percebido como um espaço feminino. De modo geral, os maridos/companheiros não compartilham das tarefas relativas ao cuidados dos filhos e da casa, como demonstra a discussão abaixo.

S2 - O pai ainda é muito pouco participativo. Porque eu acho que isso ainda continua sendo muito centrado só na figura da mãe. A gente faz todo o pré-natal dela sem conhecer o pai.

S4 - Pra muitos maridos, a mãe é ela. É ela quem tem que se virar, cuidar da casa, dos filhos. Os homens daqui acham que isso é coisa só pra mulher. Eles são muito machistas.(G2)

S4 - [...] os maridos vêm pra casa só noite quando chegam do serviço e, ainda querem as coisas já prontas. Eles são assim, do tipo machão, daqueles que não ajuda em nada na casa.

S9 - [...] elas comentam que o neném chorou a noite inteirinha e o pai não conseguiu dormir. Uma me disse que o marido pegou as coisas dele e foi pra casa da mãe dele dormir [...]. (G1)

Outra questão destacada pelos participantes da pesquisa, e também enfatizada na literatura, por Maldonado (2002), Aguiar,Barbosa (2006), Santos,

Santos e Moretto (2005), como implicada na produção da vulnerabilidade de puérperas refere-se ao fato de que, o nascimento de um filho produz significativas mudanças na vida das mulheres e de suas famílias, o que requer arranjos e a redefinições de papéis no âmbito familiar. Entre os profissionais das duas ESF houve consenso de que mudanças na dinâmica e no relacionamento familiar são comuns no período pós-parto, especialmente se as mulheres têm vários filhos. Manifestações de ciúme, comportamentos regressivos e sentimentos de medo e ameaça de terem seus espaços divididos com mais um bebê são alguns dos exemplos citados, como indicam os trechos de discussão a seguir.

S10 - Quando ela tem mais de um filho, por mais que ela se divida em, quatro, cinco, ela não consegue se dedicar exclusivamente pra todos. Então eles ficam com ciúmes do bebê.

S7 - Quando vem o segundo, terceiro filho, os maiores vão ficando de lado, mesmo, porque a atenção dela é pro bebê. (G1)

S6 - Com mais um filho, fica difícil pra ela cuidar bem de todos eles. Uns sempre ficam mais atirados que os outros. Daí, eles se revoltam. (G2)

Na ótica desses profissionais, após o parto, a sobrecarga decorrente das demandas da maternidade anteriormente apresentadas, traz repercussões para os filhos maiores, os quais tendem a ficarem em um segundo plano. Alguns exemplos dessa situação foram trazidos nas discussões grupais:

S7 - Elas acabam participando pouco desse processo do crescimento infantil, de todas as orientações, de prevenções que a gente tanto preconiza e busca. (G1).

S2 - Elas ficam mais descuidadas com os outros filhos. Eu acho que é pra não enlouquecer. Porque se ela for dar atenção pro que cada um desses nove, quinze está sentindo, ou querendo, a mulher fica louca! (G2).

Além desses profissionais, outros membros da ESF também relataram, nas interações grupais, que essas situações de conflito e de descuido costumam fazer parte do cotidiano de vida dessas puérperas, as quais foram reconhecidas por eles no processo da pesquisa como produtoras e potencializadoras da vulnerabilidade das mulheres no período pós-parto.

Como referido da literatura, para as mulheres manterem sua saúde mental, devem dispor de um tempo para si próprias durante o período pós-parto (AGUIAR; BARBOSA, 2006). Uma alternativa para amenizar o desgaste e as dificuldades

decorrentes das demandas da fase puerperal é o lazer. Ao serem questionadas sobre as atividades de lazer das puérperas da comunidade, as duas ESFs reconhecem que, em alguma medida, momentos de lazer são importantes para a minimização da vulnerabilidade no período pós-parto. As atividades de lazer dessas puérperas, citadas pelos participantes da pesquisa, foram, passear na casa de amigos ou vizinhos, ir no Centro de Tradições Gaúchas (CTG), na igreja, na praça e, em uma das ESFs, sendo que o próprio PSF foi referido como um importante espaço de lazer para as puérperas dessa comunidade, como demonstra a discussão a seguir:

S1 - Elas têm vindo no posto tomar chimarrão. Daí elas ficam conversando na sala de espera.

S2 - É, elas tem vindo muito aqui. O posto virou uma visita, um ponto de encontro delas aqui na vila.

Fernanda - Mas não tem outros lugares para elas irem?

S7 - É, tem a pracinha, mas, elas não gostam. Porque lá não vai ninguém, e o posto ta fervendo de gente. Tem sempre um conhecido delas. Então, aqui é mais divertido pra elas (RISOS).

S9 - Até era de se pensar em fazer alguma coisa aqui na unidade pra elas. (G2)

Apesar do reconhecimento da importância do lazer no puerpério, tendo em vista as circunstâncias de vida das puérperas usuárias do PSF, onde trabalham os participantes da pesquisa, especialmente daquelas com muitos filhos, este é percebido como algo secundário. Para os profissionais, na fase do puerpério, as mulheres encontram-se focadas no seu papel de mãe, na satisfação das necessidades do bebê e sobrecarregadas com as demais atividades domésticas.

S3 - O lazer no puerpério é uma coisa secundária, porque a gente fica muito focada só no filho. Então, elas não têm muita chance de se divertir, não sobra tempo pra isso.

S2 - Eu acho que o lazer vai entrar como um descanso pra elas enfrentar aquela rotina com mais tranquilidade. Por exemplo, ter ajuda de alguém pra dormir uma noite inteirinha [...].

S1 - É, tem razão. Eu acho que às vezes, essas mínimas coisas são importantes se tu tens alguém pra te dar um apoio. (G1)

Argumento semelhante apresenta Stefanello (2005) como conclusão da sua pesquisa com puérperas, que as responsabilidades maternas de cuidado com os filhos e com a casa limitam suas possibilidades de sair da esfera doméstica para se distrair. A problemática apresentada pela autora também se faz presente no cotidiano dos profissionais do PSF como reiteram os relatos de S1 e S8.

S1 - Eu até acho que é importante elas se distrair, faz bem pra saúde. Mas, não pras mulheres daqui. Elas têm outras prioridades. Elas deixam de fazer muitas coisas que elas faziam antes, para exercer só a função de mãe mesmo. Digamos assim, 80% do dia delas é ser mãe.

S8 - É que falta um tempo pra elas. Não dá muito pra elas sair, porque daí elas têm que levar os filhos juntos, e aí um chora, o outro não para quieto, incomoda. Então, vai continuar sempre aquela coisa da mãe. Ela não vai conseguir se distrair totalmente. (G1)

No entanto, em outra discussão grupal e, com base no relato dos participantes de uma das ESF, foi lembrado que, além do ônus de serem mães de muitos filhos, um fator determinante das limitadas possibilidades de momentos de lazer para essas puérperas, diz respeito, principalmente, às dificuldades impostas pelas suas precárias condições de vida, como ilustra a fala de S6- *Tem também a questão financeira, porque elas são muito pobres e, pra ir ali na esquina, tu já gasta, ainda mais com esse monte de filho né? (G2)*

4.1.3 Os problemas emocionais das puérperas

São abordados a seguir os aspectos emocionais implicados na vulnerabilidade das puérperas, usuárias do PSF, segundo os participantes desta investigação.

Durante as interações grupais, foi consenso entre os participantes da pesquisa de que os aspectos emocionais influenciam negativamente na vivência do puerpério. Partindo do pressuposto de que o nascimento de mais um filho e as novas demandas da maternidade alteram significativamente a dinâmica de vida das mulheres e de suas famílias, o que requer a organização, adaptação e o auto-gerenciamiento de sua rotina pessoal e familiar e, considerando as precárias condições de vida e o elevado número de filhos das mulheres atendidas pelas duas ESF que participaram da pesquisa, essa situação se complexifica, na medida em que, as mudanças experimentadas pelas puérperas no campo biológico, social, econômico, cultural e questões de gênero agregam-se a outras dimensões do puerpério relativas a aspectos emocionais.

Nessa mesma direção, Stefanello (2005, p.37) corrobora o exposto, afirmando que:

[...] ao mesmo tempo em que a chegada de um filho é acompanhada de alegrias e gratificações, é também uma situação de crise, cuja intensidade das vivências irá depender e variar conforme a cultura, a classe social, as atitudes dos membros da família em relação à situação e ao significado do nascimento e do pós-parto no contexto em que se encontram.

No plano emocional, as transformações vividas por ocasião do puerpério e as limitações impostas pela maternidade são fatores que fazem com que esse período seja de grande ambivalência afetiva e de maior vulnerabilidade (PEREIRA, 2003; ARRAIS, 2005; MOTA et al., 2006; BRASIL, 2006a). Por envolver uma série de perdas e ganhos, algumas reações emocionais podem estar presentes na vida das puérperas de maneira mais intensa e por tempo variado, com diferentes nuances e implicações.

Pode-se ilustrar a influência negativa dos aspectos emocionais na vivência do puerpério, apontado pelos participantes, com o entendimento de que *“o emocional delas fica muito mais abalado depois do parto, e isso é um problema muito sério”*. Estes dados sugerem que os participantes da pesquisa reconhecem que, no contexto onde trabalham, a vulnerabilidade das mulheres no puerpério também tem uma dimensão mais subjetiva, relacionada com os sentimentos e percepções produzidos no cotidiano da vida como puérpera.

Para as ESFs, após o parto, as mulheres encontram-se mais sensíveis e, por conta disso, passam por uma grande labilidade emocional, típica do puerpério. Ao longo das interações grupais, manifestações de euforia, alegria, felicidade, satisfação pessoal, tranqüilidade e confiança foram lembradas como algumas das emoções vividas pelas mulheres no puerpério. Da mesma forma, para os participantes da pesquisa, ante as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no período do puerpério, são bastante comuns alterações no padrão de humor, desânimo, sentimentos de tristeza, insegurança, desesperança, nervosismo, irritação e impaciência, seja com seus familiares, amigos, com o companheiro, com os demais filhos, ou até mesmo, com o bebê. Ao longo das discussões grupais, alguns destes participantes indicaram ter ciência de que o estado emocional envolvido no puerpério pode influenciar negativamente no relacionamento das puérperas com os demais membros da família, gerando conflitos e maior desgaste do ponto de vista emocional. Para esses profissionais, como as mulheres estão mais sensíveis no puerpério, às emoções costumam ser vividas com mais intensidade. Também por

esse motivo, eles percebem que, na medida em que tais sentimentos são exacerbados ou muito prolongados, situações do cotidiano dessas puérperas podem causar irritação, impaciência e provocar mecanismos de agressão aos outros filhos, contribuindo para o aumento na vulnerabilidade do período.

Como sugerem as falas dos participantes da pesquisa, as repercussões emocionais do puerpério na vulnerabilidade das mulheres vai depender do seu contexto de vida, das suas condições sócio-econômicas, das relações interpessoais e do suporte ou não, de uma rede de apoio no período puerperal. Nas discussões grupais foi, muitas vezes, reiterada a ênfase na multiparidade como um fator desencadeador ou potencializador de toda uma diversidade de dificuldades que repercutem no emocional e na saúde mental das puérperas, como ilustra a análise feita por um dos grupos:

S9 - Ela se estressa muito quando vem pra casa, porque muda tudo, né, e isso deixa ela atacada, nervosa, estressada [...].

S6 - Mas pensa bem, quem não ficaria estressada com a vida que elas têm. Às vezes, sem trabalho, sem dinheiro, sem comida, sem ajuda e com um monte de filho pra criar [...].

S1 - É por isso que eu digo, a gente faz o que pode, mas pra que tudo dê certo no puerpério delas, o dinheiro e o apoio emocional são indispensáveis [...].

S2 - A gente vê que as puérperas que têm esse suporte, se estressam menos [...]. Como elas enfrentam melhor toda essa fase, elas acabam vindo menos aqui no PSF. (G1)

Também por esse motivo, o período puerperal foi reconhecido no processo de análise como um evento estressante e que traz importantes repercussões na vulnerabilidade das mulheres no puerpério.

Além da alegria e da sensação de realização com o nascimento de mais um filho, um aspecto salientado pelos participantes da pesquisa, e, comumente manifestado pelas puérperas usuárias do PSF, diz respeito a sentimentos de incerteza, angústia e impotência gerados pelos limites financeiros e falta de perspectiva futura dessas mulheres em oferecer melhores condições para uma vida digna a seus filhos.

S3 - Isso é uma coisa que oscila muito. Umam contam que sentem uma certa felicidade, uma realização assim, pessoal. Mas, ao mesmo tempo, elas têm uma preocupação, uma angústia muito grande com o futuro de mais esse filho.

S8 - Elas se queixam muito dessa incerteza com relação ao sócio-econômico, dos problemas que isso causa na vida delas [...]. (G1)

S7 - Pra elas eu acho que é uma mistura de sentimentos, tipo assim, uma alegria pelo filho que nasceu. Mas, ao mesmo tempo, elas sentem uma tristeza, uma insegurança, um medo do futuro por não terem muito o que dar para aquele bebezinho.

S2 - É, elas têm muito medo de não poder criar bem, mais aquele filho, de não poder educar, de não poder garantir o sustento pra tudo que aquelas crianças precisam.

S1 - A preocupação que elas têm com os outros filhos, a insegurança com o futuro pro bebê. Então, tem toda essa questão bem familiar delas, que eu acho que por ela já estar mais vulnerável colabora bastante pra que o emocional delas fique mais abalado. (G2)

A análise dos relatos dos participantes da pesquisa indica que, para essas puérperas, as preocupações com relação aos limites e possibilidades de um futuro melhor para seus filhos, em meio a um contexto de profundas desigualdades sócio-econômicas produzem sentimentos de tristeza, infelicidade, desilusão e impotência, além de manifestações de nervosismo e estresse.

Como muitas puérperas enfrentam dificuldades de ajustamento às mudanças decorrentes da maternidade, as alterações emocionais vividas por essas mulheres no processo adaptativo do puerpério podem potencializar sua vulnerabilidade individual e/ou social e levar a processos de não-saúde, com repercussões importantes na sua saúde mental.

Segundo a literatura, a maioria dos casos de depressão pós-parto tem intensidade leve e/ou moderada e, considerando que as ações de saúde dirigidas às mulheres, no puerpério, como a consulta puerperal, nem sempre são prioritárias, essa problemática tende a passar despercebida no âmbito dos serviços de saúde (ARRAIS, 2005; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005). Conforme Mandú, Santos e Corrêa (2006, p.46), a depressão puerperal, ainda que menos evidenciada através de dados epidemiológicos, é um problema que atinge cada vez mais, mulheres em seu processo reprodutivo, com estimativas de que “8% a 25% das mulheres sofram com alguma forma de depressão e, cerca de 50% a 80% delas, a tenham na forma leve, no pós-parto”.

Nas discussões grupais, os participantes da pesquisa relataram, num primeiro momento, que a depressão pós-parto (DPP) não tem sido um problema freqüente para as puérperas atendidas pelo PSF, como indicam os seguintes excertos de debates:

S7 - Depressão pós-parto? A gente tem pouco disso na nossa área.

S1 - Nós não tivemos esse problema de depressão ainda aqui. Porque a equipe tem um relacionamento bem estreito com essas puérperas. A gente marca o retorno delas quase que todas as semanas. (G1).

S9 - Algumas ficam mais abaladas, tristes. Mas, depressão pós-parto mesmo, assim, de rejeitar o filho, de querer se matar, de fazer algum mal pro nenê, a gente não teve ainda aqui. Não que eu lembre.

S5 - Até agora, eu não tive nenhum caso desses na minha área. Umas até ficam mais tristonhas, chorosas [...]. Mas nada assim de mais sério!

S8 - Nem na minha. Mas eu tive depressão e, é a pior doença que uma mulher pode ter depois do parto. O meu nenê tinha poucos dias, ele chorava muito e eu não queria nem saber dele [...]. Claro, eu tive todo o apoio da minha família. Mas, mesmo assim, foi difícil. Eu demorei pra me recuperar! (G2)

Com base no exposto acima, percebe-se que para os participantes da pesquisa, a depressão das puérperas, independente da gravidade sentida por elas, passa despercebida e, portanto, não se constitui em problema de saúde que mereça a atenção das ESFs.

O relato de S9 expressa uma noção generalizada e amplamente difundida e reforçada no senso comum, de que a depressão pós-parto caracteriza-se como um quadro único, atrelado ao risco de suicídio, rejeição do bebê e ao infanticídio. A esse respeito, Arrais (2005, p.24) esclarece que esses aspectos “[...] não são preponderantes, nem a principal característica dos quadros depressivos, muito menos, são presença obrigatória em todos os casos diagnosticados”.

Ainda com base nos relatos produzidos nas interações grupais, é possível argumentar que a depressão pós-parto não é uma prioridade na agenda de trabalho dos profissionais do PSF, por não ter sido evidenciada como um problema de maior gravidade nas comunidades atendidas. Isto, provavelmente, tem implicações no processo de vulnerabilização das puérperas, produzindo ou potencializando suscetibilidades do ponto de vista da saúde.

Quando o processo de pesquisa incentivou a reflexão sobre a temática da DPP e, na medida em que alguns participantes trouxeram relatos de experiências pessoais, como o depoimento de S8, que manifestou ter sofrido de DPP, ou de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho do PSF, foi possível perceber que, ainda que subliminarmente, casos de DPP integram o rol de problemas vividos pelas mulheres atendidas pelo PSF.

A partir dessas reflexões, alguns participantes da pesquisa mudaram seu posicionamento inicial quando afirmaram não terem assistido a mulheres com depressão pós-parto. Desse modo, é possível argumentar que, não se tratava da

ausência de casos de DPP, mas sim, da invisibilidade dessa problemática para alguns integrantes das ESFs, os quais demonstraram ter poucas informações sobre a temática, de modo a subsidiar a identificação precoce de casos de DPP, no âmbito do PSF.

Um exemplo dessa situação foi o relato trazido por um dos participantes da pesquisa que havia afirmado não ter enfrentado situações de DPP em sua área de atuação no PSF. No entanto, os elementos apresentados por esse profissional, no depoimento abaixo, são sugestivos de um quadro que pode sim, ter se configurado como um caso de depressão puerperal.

S7 - Ah, teve aquela minha dos gêmeos, lembram? A fase pior foi quando as crianças nasceram. O marido dela era viajante e ela se via muito sozinha pra cuidar de dois bebês [...], ela não tinha experiência, nem um apoio familiar pra isso. Mas eu não sei foi depressão o que ela teve? Eu acho que foi mais o cansaço do dia-a-dia que era muito sofrido, pesado mesmo. Quando um parava de chorar, o outro já começava; quando um parava de mamar, já era a vez do outro [...]. Nas visitas ela tava sempre cansada, com olheira, desarrumada, sem ânimo pra nada. Ela andava muito triste, se achando feia, gorda, essas coisas [...]. Ela não tava aceitando que o corpo, que a vida dela mudou com os bebês. Mas, ela não judiava deles, ela cuidava bem dos dois. (G1)

O relato de S7 evidencia que, alguns profissionais do PSF parecem não ter certeza de quais sejam os sintomas da DPP o que talvez contribua para a não identificação dessas situações no seu cotidiano de trabalho, bem como o não encaminhamento dessas puérperas para o PSF para que sejam acolhidas e, desse modo, que se estabeleça a avaliação, o diagnóstico e o tratamento da DPP, bem como o acompanhamento e o suporte à essa mulher pela ESF.

Quando questionados sobre o encaminhamento desse caso pela equipe do PSF, alguns participantes da pesquisa manifestaram as seguintes opiniões:

S1- Quando ela chegou aqui, os bebês já estavam com quase dois meses. E, de fato, ela estava muito chorosa e desesperançada com a vida dela [...]. Daí, a gente procurou ver se era mesmo um caso de depressão puerperal. Então, eu avaliei o risco dessa puérpera, pra ver se ela precisava de um acompanhamento mais especializado, se havia algum risco de vida pra ela ou para o bebê. Como eu não identifiquei um risco tão grave assim [...], porque a depressão é muito clara, ou tem, ou é um momento de tristeza passageiro.

S2 - Elas não têm depressão, mas elas vivem num estado depressivo naquele momento. Isso se pode ver. Elas não estão com a doença depressão. Mas, às vezes, elas entram num estado depressivo, que a gente tem volta e meia aqui no PSF.

S1 - Como não se tratava de uma depressão, mas daquela tristeza normal que elas sentem depois do parto, eu achei que ela tinha condições de ser manejada aqui pela equipe, por isso ela fez o acompanhamento aqui no PSF mesmo. (G1)

A tristeza puerperal segundo estimativas do MS acomete de 50 a 70% das mulheres no puerpério, sendo definido como “[...] estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral, no terceiro dia após o parto e tem duração aproximada de duas semanas” (BRASIL, 2006a). Sentimentos de melancolia, fragilidade, alterações de humor, crises de choro, emotividade exacerbada, falta de confiança em si própria e sentimentos de incapacidade tais como os manifestados no depoimento de S7 são característicos dessa fase. No entanto, Arrais (2005) ressalta que a tristeza puerperal é um evento auto-limitado que cede espontaneamente, não requerendo o uso de medicações.

Nessa lógica e, com base no que diz literatura sobre tristeza puerperal e DPP, fatores como duração e intensidade dessas manifestações parecem ser os elementos fundamentais para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial. Desde essa perspectiva e, tendo em vista que o relato de S1 indicou que as manifestações de tristeza vivida pela puérpera perduravam por quase dois meses, esse quadro parece indicar sim, um caso de depressão puerperal. Desse modo é possível inferir que, a ESF tem dificuldades para diagnosticar a depressão puerperal. Talvez, esse seja um dos motivos que justifique o fato desses profissionais terem informado num primeiro momento, que a depressão pós-parto não era um problema comum ao seu cotidiano de trabalho, corroborando o argumento da invisibilidade e da não valorização de situações de depressão pós-parto pela ESF.

No entanto, cabe salientar que, a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico de depressão puerperal parece não ser um caso específico das equipes de PSF que participaram da pesquisa, visto que dificuldades semelhantes já haviam sido identificadas por Cruz, Simões e Cury (2005, p.182) quando do rastreamento da depressão pós-parto (DPP) em mulheres atendidas pelo PSF. Os autores concluem: “[...] mesmo com os critérios classificatórios, o diagnóstico da depressão pós-parto nem sempre é fácil e inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas” (p.182). Na mesma direção, Maldonado (2002) salienta que, em alguns casos, pode ser difícil de se determinar a linha divisória entre a normalidade e a patologia. Estes pesquisadores apontam para uma realidade também observada na população alvo desta investigação.

A esse respeito, a literatura sobre DPP demonstra que as suas manifestações clínicas são iguais as das depressões em geral, nas quais a pessoa sente tristeza muito grande e de caráter prolongado, com perda da auto-estima e da motivação para a vida. Por tornar-se, na maioria das vezes, incapacitante, seu tratamento requer, com freqüência, o uso de terapia medicamentosa (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005). Quanto aos sintomas depressivos, Arrais (2005) chama a atenção para o fato de que, há variações em forma e intensidade dessas manifestações. Há uma confluência de fatores que vão além das mudanças hormonais e metabólicas que se processam logo após o parto. As alterações podem ser: da personalidade da puérpera; de sua predisposição natural a estados depressivos; das circunstâncias da gravidez e do parto; das condições do relacionamento afetivo com o companheiro; de sua situação financeira; e, de uma rede de apoio para ajudá-la em suas tarefas diárias.

Em outro grupo focal, a questão da DPP também ganhou visibilidade, na medida em que a discussão sobre a temática possibilitou que os participantes da pesquisa refletissem sobre suas práticas de cuidado no âmbito do PSF, como indica a discussão que segue:

S2 - Quando ela veio com o nenê fazer a revisão, ela já tinha perdido vários quilos. Só que essa perda de peso foi muito rápida e ela tinha aquele olhar cansado, pálida, abatida. Dava pra ver a tristeza nos olhos dela, ela estava muito infeliz.

S8 - Mas é que ela tem sérios problemas familiares, o marido está desempregado e bebe muito, e a avó também não ajuda com o bebê. Numa das visitas ela me disse que tava meio pra baixo, cansada, mas que não conseguia dormir de noite. E, que de madrugada, ela sentia umas coisas estranhas, uma angústia, um medo de que algo ruim acontecesse [...] nessas horas ela só tinha vontade de chorar e de sumir.

S1 - Eu acho que no caso dela, foi mais um momento de tristeza por um problema social de falta de estrutura, de colocar mais um filho no mundo [...]. Ela já teve muita dificuldade para criar os outros seis filhos pela mesma falta de dinheiro. Então, ela tem toda essa complexidade, essa desestruturação familiar que agora é ainda maior por causa dos problemas com o marido. Por tudo isso, elas ficam na periferia da depressão, da doença. Elas ficam, vamos dizer assim, desanimadas, tristes, mas não chegam a entrar numa depressão.

S2 - Daí eu disse, agora vamos ter que cuidar de ti. O teu nenê ta lindo, pegou peso [...], mas tu ta igual a um palito! Como a gente achou que precisava cuidar mais dela naquele momento, nós conversamos bastante com ela. Mas, não foi nada de mais sério, nada assim, muito grave! (G2)

Os sentimentos de infelicidade e de tristeza profunda, retratados na discussão acima, associados a um contexto de vida marcado por circunstâncias difíceis tais

como, o elevado número de filhos dessa família, a falta de dinheiro pelo desemprego do companheiro, que talvez tenha contribuído para o agravamento do seu problema de alcoolismo, parecem ter repercutido de modo significativo na vulnerabilidade individual dessa puérpera, levando a um estado de depressão no período pós-parto. Essa discussão é corroborada pelo estudo de Cruz, Simões e Cury (2005), para os quais, além de tristeza profunda, sintomas como, mudança significativa de peso, insônia, fadiga e idéias de morte ou suicídio são indicativos de um quadro depressivo maior.

Em pesquisa realizada por Moraes et al. (2006, p.69), sobre a prevalência da DPP e fatores associados, os autores concluíram que “[...] a variável sócio-econômica que apresentou associação com a DPP foi a renda familiar [...]”. Apesar de os autores afirmarem que “[...] as dificuldades impostas pela pobreza” tenham influenciado na DPP, não foram indicadas quais foram estas dificuldades.

Esta reflexão produz subsídios para reiterar a posição de que a DPP pode não ser de origem biológica e, portanto, intervenções em situações como esta podem ter de ser extrapoladas para além de cuidados em saúde mais tradicionais e envolverem investimento em ações de reengenharia ambiental e de promoção da saúde.

Para os integrantes das duas ESFs, as manifestações da depressão puerperal são similares, independente da classe sócio-econômica dessas puérperas. No entanto, foi consenso para as duas ESF de que, mulheres com melhores condições financeiras têm acesso a outras estratégias para o enfrentamento das dificuldades impostas pela maternidade, principalmente com relação à rede de apoio e ao tratamento da depressão puerperal.

S10 - Se for depressão pós-parto mesmo, tem que ser igual pras duas. Mas no sentido de tratar, de reconhecer, aí sim é diferente. Quem tem mais dinheiro, tem mais conhecimento, mais apoio. Porque elas têm mais condições de procurar um tratamento melhor, um médico especialista no assunto. Então, ela vai ter um suporte a mais. Agora, pra quem é pobre isso já não acontece, pra elas é muito mais difícil!

S2 - Eu acho que a rede de apoio dela é diferente. Quem tem uma condição sócio-econômica melhor, tem mais acesso como já foi falado [...]. Mas, não é que ela tenha mais informações. Eu acho que para elas resolverem é mais fácil, do que para puérperas que a gente atende aqui no PSF. (G1)

S1 - Financeiramente, quem tem mais dinheiro, tem mais suporte mesmo [...]. Agora, aquela que passa dia e noite cuidando do filho, com certeza vai ter uma depressão muito maior e mais grave. Porque muitas delas não têm ajuda, o marido tem que trabalhar. Então, ela tem que ser dia e noite sozinha pra tudo! E aí, ela tem todos os conflitos dela. Automaticamente, ela

vai ter mais problemas que a outra que tem uma empregada, que tem uma mãe, que tem uma tia, uma madrinha, sei lá, um psicólogo. Então, o sócio-econômico interfere sim, tanto na saúde mental, como na física. (G2)

Com base nos depoimentos das duas equipes do PSF que participaram da pesquisa, é possível inferir que, em ambos os casos, os elementos trazidos nas discussões foram sugestivos de quadros depressivos no período de puerpério, e não de situações de tristeza puerperal, indicando uma percepção equivocada desses profissionais sobre o que consideram como depressão puerperal.

Como as duas ESFs parecem não estar cientes de suas dificuldades na identificação da depressão puerperal, é possível afirmar que, em alguma medida, isso também contribui para que os mesmos não confirmem a devida visibilidade e valorização dessas demandas em seu cotidiano de trabalho. Sob uma ótica simplista e superficial, tais situações tendem a ser desqualificadas e banalizadas como mais um caso típico de tristeza puerperal, decorrente do precário contexto de vida dessas mulheres.

O argumento defendido aqui é o de que, a naturalização de uma importante demanda como a depressão puerperal como um caso de tristeza passageiro, implica em importantes repercussões no processo de saúde dessas mulheres, potencializando a vulnerabilidade própria do puerpério e favorecendo a instalação de outros processos que as vulnerabilizam, como por exemplo, casos de psicose puerperal.

Dentre as questões relativas à DPP, a psicose puerperal foi trazida para a discussão e ganhou destaque no processo de pesquisa, visto que, recentemente, nessa comunidade, houve um caso desses, com importante repercussão na mídia. Essa discussão gerou polêmica entre os participantes da ESF, os quais manifestaram diferentes pontos de vista sobre essa questão, sendo a maioria deles com base em valores morais, conforme indicam os trechos de discussão a seguir:

S4 - Faz pouco tempo, saiu na TV que uma mulher daqui da comunidade jogou o bebê vivo no pátio da vizinha, só que ela não era aqui do PSF. Depois, no rádio e no jornal disseram que essa criança tinha morrido [...]. Então, essa coisa da depressão pós-parto é um problema muito sério. A gente tem que respeitar o limite do ser humano, porque tem coisas que tu não podes simplesmente olhar e julgar.

S5 - Eu acho que pra fazer o que ela fez, a pessoa só pode estar num extremo, num limite, a beira da loucura mesmo!

S1 - Eu não concordo. Depressão é uma coisa, agora isso que ela falou já é um caso de crime. Eu não aceito que uma mãe mate o filho porque ta com depressão! Daí todo crime seria justificado pela depressão.

S5 - Mas isso é um caso muito grave de depressão profunda. É um desequilíbrio tão grande, que a criatura já nem raciocina mais! (G1)

De acordo com Arrais (2005), ainda que com menor incidência, os distúrbios psicóticos no puerpério são perturbações graves, que têm seu início de forma brusca até três meses após o parto. Trata-se de um quadro com ideação delirante, alucinações e, com frequência, alterações de ordem cognitiva, tendo como principal característica a rejeição ao bebê, bem como tentativas de suicídio.

Quanto aos motivos que levam as mulheres em psicose puerperal a cometer um ato desses, os participantes da pesquisa manifestaram as seguintes opiniões:

S10 - Pra mim é por causa dos hormônios. Na gravidez a gente tem um banho de hormônio e isso mexe muito com o teu corpo, com a tua mente. Ela já tá mais frágil por causa da vida difícil delas [...]. Esses hormônios todos que sobem e desce de hormônio as deixam assim, meio fora do normal, meio enlouquecidas mesmo!

S 8 - Não, eu acho que é mais por falta apoio da família mesmo. Porque é ela quem fica junto com a puérpera. São eles que têm que ver que ela não está bem. Então, se um caso grave assim acontece, a culpa é da família que não tomou uma atitude antes, que não fez nada pra impedir uma barbaridade dessas!

S2 - Pra mim também. A responsabilidade é da família, de não ter apoiado mais, de não ter visto que ela andava diferente, que ela tava ficando doente e de ter levado ela pro médico.

S5 - Mas eles não têm muito como perceber. Muitas vezes, eles nem sabem o que é depressão. Por mais que ela seja uma doença, tem muita gente que acha que isso é bobagem, que depressão é frescura! Até pra gente, às vezes, é difícil se dar conta dessas coisas [...].

S4 - Tem razão, muitos familiares acham que isso é fricote, que é ceninha. Eu já ouvi falarem coisas tipo assim, “dá um tanque de roupa pra ela lava que ela sara ligeirinho”! Por isso, eu acho que a gente tem que ter mais conhecimento nessa área que ajude a gente a ver melhor quando esse problema tá acontecendo com elas, pra daí já fazer alguma coisa, antes que chegue num caso grave assim! (G1)

Com base na manifestação de S10, a depressão e, mais especificamente a psicose puerperal para esse profissional decorre exclusivamente de alterações bioquímicas e da rápida queda hormonal que ocorre no puerpério imediato. Essa noção, simplista e superficial, presente no relato de S10, está embasada numa perspectiva essencialmente biologicista que desconsidera a inter-relação de outros fatores que se agregam a um determinado contexto social, histórico e relacional e que podem levar a processos de não-saúde, como a DPP e as psicoses puerperais. No entanto, a opinião de S10 não é fruto de uma concepção particular, pelo contrário, seu posicionamento está calcado nos pressupostos que alicerçam o modelo biomédico, ainda predominante no campo da saúde, seja no âmbito

individual ou coletivo das questões de saúde, o qual é reproduzido e retroalimentado por profissionais que compartilham da mesma visão que S10. Na mesma direção, a crítica a esse tipo de abordagem linear do tipo causa-efeito é um dos diferenciais da pesquisa de Arrais (2005), na qual, a autora destaca que a maioria dos estudos sobre as prováveis causas da depressão na fase de puerpério estão pautados essencialmente na causalidade biológica e com ênfase hormonal. Tais estudos partem do pressuposto de que este transtorno está associado às mudanças hormonais e metabólicas que ocorrem no puerpério, como causa determinante para a instalação de quadros depressivos, com acentuada repercussão comportamental e humoral, como é o caso da psicose puerperal. Como refere a autora, a explicação biológica por si só não tem sido suficiente para justificar o acometimento da depressão pós-parto, visto que todas as mulheres apresentam essas alterações hormonais, mas apenas 20% vão desenvolver sintomas depressivos no puerpério. Por todo esse arrazoado de motivos, em sua tese de doutoramento, a autora defendeu o argumento de que, deve haver outros fatores envolvidos nesta problemática, pois “[...] apesar de uma ‘subjetividade biológica’ um fenômeno tão complexo como a depressão pós-parto não pode ser reduzido a uma única explicação de cunho fisiológico e de inspiração biomédica” (ARRAIS, 2005, p.23).

Ainda com relação à discussão anteriormente apresentada, os relatos de S8 e S2 salientam a importância do apoio da família no período do puerpério, a quem esses profissionais atribuem a responsabilidade de identificar e encaminhar a um serviço de saúde, aquelas puérperas que apresentarem dificuldades e alterações de comportamento durante o puerpério. Os posicionamentos de S8 e S2 são emblemáticos, ao considerar se a ESF pode influenciar na vulnerabilidade das mulheres no puerpério, pois na medida em que tais profissionais responsabilizam e, de certa forma, culpabilizam a família por um desfecho tão grave como o relatado por S4, os mesmos sugerem não reconhecer sua responsabilidade profissional para com essas puérperas, bem como a importância de ações específicas para a prevenção da depressão puerperal no âmbito do PSF.

No entanto, essa posição é relativizada por S5 e S4, quando afirmam que, a DPP nem sempre é uma questão valorizada no âmbito da família, o que implica no não reconhecimento dessa situação e, como consequência, as possibilidades de sua identificação e encaminhamento num estágio mais inicial tornam-se mais restritas. A esse respeito Cruz, Simões e Cury (2005, p.182) argumentam que, com frequência,

casos de depressão puerperal tendem a ser “[...] negligenciados pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao ‘cansaço e desgaste’ naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê”.

Outro fator importante, que influencia nos níveis de vulnerabilidade das mulheres no puerpério, ressaltado por S5 e S4 e, que já havia sido evidenciado em outras discussões grupais, diz respeito à dificuldade do diagnóstico precoce da depressão puerperal. E, um aspecto, mas não menos importante, trazido por S4, e que já havia sido alvo de discussão em outros encontros focais, refere-se à necessidade do balizamento de informações sobre a temática da DPP, entre todos os integrantes da equipe do PSF, de modo que esses conhecimentos não fiquem restritos apenas a algumas categorias profissionais, uma vez que, a realização de ações educativas e de promoção da saúde que visem à minimização da vulnerabilidade das mulheres no ciclo gravídico-puerperal fazem parte das atribuições comuns a todos os profissionais do PSF (BRASIL, 2006a; 2006b).

Além do suporte do companheiro e da família, as ESFs têm papel prioritário para a minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, através de ações de saúde que vão, desde o acompanhamento precoce e sistemático dessas puérperas mediante visitas domiciliares e consultas individuais durante o puerpério, o acolhimento, a escuta e a valorização de suas demandas e o suporte necessário para que possam superar as dificuldades inerentes à fase do puerpério com mais saúde.

4.1.4 A promoção do papel materno e da saúde do filho: focos de atenção das ESF

As ESFs que participaram da pesquisa evidenciaram no depoimento dos seus membros que o foco de atenção do PSF no âmbito do puerpério é a promoção e desenvolvimento do papel materno; para o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho; para o início precoce e promoção do aleitamento materno exclusivo e demais cuidados com a saúde do bebê, desconsiderando a natureza multidimensional dos possíveis fatores que podem estar contribuindo e, que se

desdobram em outras situações de vulnerabilidade, para as mulheres no período puerperal.

Em ambas as ESFs as questões relativas à saúde da mulher no puerpério são abordadas ainda no período pré-natal. Nas falas de alguns profissionais foi possível perceber o reconhecimento e a valorização dessas ações, no sentido de subsidiar as mulheres para que assumam o seu papel materno com competência.

S4 - A gente começa a bater na mesma tecla já no início do pré-natal, porque nem sempre a mulher é preparada para ser mãe [...]. (G1)

S9 - O que eu vejo é que elas não têm assim muito esse preparo, principalmente as mais novas. Daí, chega um momento em que tu tem que ser mãe e mulher e tu não consegue fazer isso direito. Essa experiência a gente tem notado em várias mulheres aqui no PSF. (G2)

Os depoimentos acima são emblemáticos do enfoque ainda recorrente das práticas e ações educativas e de cuidado, no campo da saúde da mulher, nas quais as mulheres são posicionadas como mulheres-mães (MEYER, 2003) em prol de um modelo de “mãe cuidadosa que cuida e se cuida” (MEYER, 2005, p.205). Com relação a esta questão, autoras como Villela e Monteiro (2005, p.16) referem que “[...] a inclusão das mulheres nos serviços de saúde era feita em função da oferta de ações educativas – higiene e puericultura – visando o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil”. Posteriormente, “[...] as atenções se estendem até as mulheres, por meio das ações de atenção pré-natal, que enfocam o binômio mãe-filho e abordam a mulher como receptáculo da futura criança”. A valorização da figura da mulher-mãe, evidenciada pelas autoras, foi um dos aspectos amplamente rebatidos pelos movimentos feministas e, também foi alvo de críticas em outros estudos que articulam gênero e saúde das mulheres (FORNA, 1999; KLEIN, 2005; MEYER, 2003; 2005; SCHRAIBER, 2005).

Segundo Forna (1999, p.15):

[...] durante a gravidez, o desenvolvimento do bebê e todos os aspectos do comportamento dela são minuciosamente monitorados pelos serviços de saúde [...] as mães são bombardeadas com mais informações do que conseguem absorver e o conselho é sempre apresentado como “o melhor para o seu bebê [...].

Meyer (2005, p.81) amplia esta discussão defendendo o argumento de que, na atualidade “estamos re-vivendo um período de intensa politização do feminino e o

da maternidade”, ressaltando que, na medida em que a atenção à saúde das mulheres passa a ser tratada no âmbito das práticas e serviços de saúde, vinculada,

[...] a certos modos de sentir e viver a maternidade [...]. E, essa operação permite descolar tais problemas dos contextos e processos sociais em que eles são gerados para vincular sua articulação a determinados tipos de relação mãe-filho e ao exercício de uma determinada forma de maternidade (MEYER, 2005, p.82).

No contexto da pesquisa, o processo de análise das percepções dos profissionais das ESF, ao longo das interações grupais, foi revelador da influência de abordagens como a destacada por Meyer (2005), em suas práticas educativas e assistenciais, no período do puerpério. Especificamente com relação às ações de cunho educativo, considerada um dos ‘carros-chefe’ do PSF, o processo de análise indicou que, apenas uma das ESF desenvolve esse tipo de ação, na modalidade de grupo de gestantes. Na ótica desses profissionais, a participação em atividades educativas, tais como as propostas nos encontros grupais com gestantes, são fundamentais para que essas mulheres disponham de um ‘cardápio completo’ de informações, as quais devem favorecer o desenvolvimento de uma gravidez saudável e, por conseguinte, o preparo adequado para que desempenhem seu papel de mães com competência.

S4 - O grupo ajuda muito, elas aprendem bastante e podem tirar as dúvidas. Mas pras que não vêm, é um problema [...], porque com essas o trabalho da gente é bem maior.

Fernanda – Por que?

S4 - Porque daí, essa parte toda da enfermeira, acaba ficando pra nós [...]. Então, a gente precisa estar bem capacitada, conhecer toda essa parte do pré-natal e da preparação para o parto e pós-parto. Isso é fundamental!(G1)

Esta ênfase excessiva no componente informativo, como caminho para uma boa saúde, ou melhor, para uma boa gestação, parece ser problemático, na medida em que esses profissionais assumem uma atitude de que basta informações para que se promova saúde. Além disso, ressalta uma visão pouco crítica sobre todos os demais elementos implicados na produção de processos de saúde e não-saúde.

Segundo esses profissionais, os encontros educativos com as gestantes não seguem uma agenda de temas pré-estabelecidos, motivo pelo qual não há um momento específico para se tratar das questões relativas ao puerpério, como indicou um dos participantes.

S2 - Os grupos de gestantes, eles obedecem a necessidade de fala das gestantes. Mas, às vezes, ele também permeia assuntos do pós-parto. Mesmo que elas não tragam o período do puerpério, a gente perpassa as informações e trabalha isso com elas dentro do grupo. Mas não como um momento específico. (G1)

Com base no relato de S2, possivelmente, as questões relativas ao puerpério não estejam sendo devidamente valorizadas pelas mulheres-gestantes usuárias do PSF. Uma justificada apontada por vários integrantes dessa equipe foi a de que, talvez, em função da própria gestação, essas mulheres estejam mais interessadas nos aspectos referentes ao desenvolvimento do bebê e nas mudanças de ordem física, as quais estão mais próximas do seu momento de vida. O depoimento de S10 é expressivo dessa situação:

[...] é que assim, até ganhar o bebê elas ficam muito ansiosas pra saber se vai dar tudo certo. Então elas ficam mais preocupadas com essas coisas do dia-a-dia, tipo assim, se o bebê ta ganhando peso direitinho, se elas vão ter bastante leite pra amamentar, se o parto delas vai ser normal ou não [...]. (G1)

Esse depoimento indica que essa atitude, esperada dos profissionais de saúde, de que as mulheres sejam responsáveis tanto pelo bom cuidado de si, como de seus filhos, parece já ter sido introjetado por muitas usuárias do PSF. Tal entendimento justificaria, a partir de uma ótica de gênero, a priorização da saúde do filho em detrimento de suas demandas pessoais, indo ao encontro das expectativas dos profissionais de saúde quanto ao seu papel como mães.

Com relação à possibilidade dessa equipe disponibilizar um encontro específico para tratar o tema puerpério, as manifestações da maioria dos profissionais dessa ESF foi de que o mesmo não seria necessário, por entenderem que as questões devem ser tratadas a partir das necessidades das mulheres que participam do grupo de gestantes. Isto porque a metodologia adotada no desenvolvimento das temáticas encontra-se ancorada na problematização das questões trazidas pelas próprias gestantes. Essa situação contrapõe o posicionamento assumido pela ESF, em outras discussões grupais, de que o puerpério era um período de vulnerabilidade e com implicações no processo de saúde dessas mulheres. Da mesma forma, também sinaliza que, possivelmente, para essas gestantes, o puerpério não seja percebido como um período de

vulnerabilidade, sugerindo que as atenções dessas mulheres se encontram voltadas para a saúde do bebê, segundo uma perspectiva de gênero.

S2 - [...] mas se elas não pedem pra falar disso, tu não pode ficar forçando que essas coisas apareçam. Eu não sei se é legal trabalhar o puerpério sozinho. Quem sabe pro ano que vem? Mas isso é uma discussão que a gente vai ter que fazer na equipe [...] se vamos continuar com o grupo, ou se vamos voltar a fazer em forma de curso. É que os cursos são muito mais fechados do que a forma gente vem trabalhando agora. Então, eu acho que isso vai ter que passar por um amadurecimento da equipe enquanto proposta e prioridade aqui no PSF. (G1)

No entanto, outro integrante da ESF demonstrou entendimento contrário, quanto à necessidade de um espaço maior no grupo de gestantes para a discussão das questões relativas à saúde da mulher no período puerperal.

S10 - Ah, mas só a gente sabe como isso faz falta. Pra mim deveria sim, ter alguma coisa que explicasse melhor para elas, que desse mais um conhecimento sobre essas coisas da recaída. Às vezes tu vê que elas estão tendo uma recaída. Na minha área isso já aconteceu. Então é importante sim falar mais disso. (G1)

Como relação à outra ESF que participou da pesquisa, a não realização de grupos de gestante foi uma questão pactuada com a própria comunidade, desde o processo de implantação desse PSF, e foi justificada por questões de ordem programática.

S1 - [...] somos uma equipe mínima, com uma área já além da nossa capacidade, temos 3 grupos de hipertensos e 2 de planejamento. Se nós começássemos mais um grupo, ia faltar espaço pra agenda [...], ainda tem as visitas [...] a gente ia ficar muito afastado do PSF, ou a se dava um atendimento individual qualificado ou fazia mais esse grupo [...].

S2 - Nós decidimos por uma agenda mais ampla com atendimento individual e com um espaço maior pro pré-natal e puericultura, do que reunir numa tarde, 20, 30, gestantes ali e não ter a mesma atenção para os exames. (G2)

Os depoimentos acima são corroborados pelo estudo de Schraiber (2005, p.45) sobre eqüidade de gênero e saúde no cotidiano das práticas no PSF em Recife. Nessa pesquisa, a autora também identificou “[...] uma valorização maior do atendimento em consulta individual em detrimento das outras atividades, assim como a ênfase em procedimentos e prescrições”.

Fernanda: Por que elas se preocupam mais com o bebê num momento de tantas demandas pessoais como o puerpério?

S2 - Mas, não é só nesse momento, é o dia-a-dia, é a vivência dela. Na verdade, elas acabam assim, não pensam nelas como mulheres, mas como mães. Porque essa é a vida delas!

S1 - Elas não pensam muito nelas porque elas têm muitas responsabilidades com maridos, com os filhos. Então, elas deixam de pensar em si, porque elas não têm por hábito tirar um tempo pra elas como mulher, um espaço mais pra ela mesma. (G1)

S2 - O ideal é que elas conseguissem fazer uma conciliação disso tudo. Que ela conseguisse atender o bebê nas suas necessidades. Mas, também tivesse um espírito assim, mais auto-cuidador com ela própria. Eu acho que isso está muito ligado com essa questão da auto-estima. (G2)

Em uma das ESFs, as visitas domiciliares no puerpério são realizadas apenas pelos ACS, como demonstrou os trechos de discussão abaixo.

S2 - A minha única visita que eu lembro de ter feito no puerpério, não foi por causa da mulher, foi por causa do bebê.

Fernanda – Mas por que então, o enfermeiro e o médico não fazem visita domiciliar às puérperas?

S2 - É que nós temos um conjunto de demandas que estão nas nossas prioridades e que foram discutidos em equipe, e as visitas no puerpério não entrou por termos outras prioridades que seriam mais urgentes.

Fernanda - Quais são os critérios para visitas feitas pelo médico ou pela enfermeira?

S1 - Os critérios para essas visitas é por demanda programática nossa ou por questões de mobilidade das próprias pessoas. Mas, não se chegou a priorizar visitas de puerpério. Até pelo conjunto de outras atividades que a gente tem.

S2 - Claro, é que a partir do momento que tu vê, que tu discute, tu acaba transformando em prioridade uma coisa que te chama a atenção. Mas, isso é no individual. (G1)

Considerando a complexidade do puerpério e de suas repercussões na vulnerabilidade das mulheres, as discussões acima, permitem inferir que, possivelmente, no momento dos profissionais dessa equipe elencarem as prioridades para o seu processo de trabalho, a pouca visibilidade do puerpério como uma demanda importante dentre as questões relativas à saúde das mulheres, parece ter influenciado significativamente no planejamento dessas ações.

Da mesma forma, o fato das visitas domiciliares serem realizadas apenas pelos ACS sustenta o argumento de que, a priorização de certas demandas no campo da saúde das mulheres e a desconsideração de situações específicas da vulnerabilidade no puerpério, sugere que esse período esteja sendo considerado como de menor importância do ponto de vista do saber médico. Vale dizer que, essa hierarquização de demandas, segundo critérios de complexidade, simplifica e desvaloriza prováveis problemas vividos pelas mulheres no período puerperal.

Um aspecto importante observado no depoimento de S2 refere-se à potencialidade de momentos de discussão entre os profissionais do PSF, como o proporcionado pelo processo da pesquisa. Através desse processo foi possível promover um pensar crítico-reflexivo sobre problemas considerados comuns ao cotidiano de trabalho desses profissionais, contribuindo para o redirecionamento de suas ações quanto à priorização de determinadas demandas de saúde.

Na pesquisa de Schraiber (2005, p.48), a resolução dos casos também ocorreu numa lógica de hierarquia e especialização, no qual “casos tidos como de maior complexidade técnica”, ou seja, que “apresentam questões biomédicas mais difíceis são referidos aos médicos e enfermeiras”; “casos com características mais sociais” ou aqueles nos quais as “questões biomédicas são mais simples, mesmo que a demanda implique grande complexidade de cuidados são alvo das ações das enfermeiras, quando envolve alguma especialização educativa, ou das agentes comunitárias”.

Cabe esclarecer que, apesar do puerpério ter sido reconhecido pelos participantes da pesquisa nas discussões grupais, como um momento de maior vulnerabilidade, a não realização de visitas domiciliares pelos profissionais médico e enfermeiro, reforça o argumento de que o puerpério, seguindo uma lógica de hierarquia e complexidade, parece depender menos do saber desses profissionais. Possivelmente, porque já seja dado que os problemas do puerpério são naturalmente mais simples e podem ser acompanhados e/ou resolvidos pelos ACS.

Nesse sentido, se desconsidera a potencialidade da visita domiciliar como uma importante estratégia de promoção da saúde e de prevenção de processo de adoecimento e, portanto, para a minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério. Teoricamente, enfermeiras e médicos estariam mais capacitados para a detecção precoce de elementos que podem influenciar nos níveis dessa vulnerabilidade, bem como para propor estratégias para o seu enfrentamento.

Quanto à consulta puerperal, nas duas ESFs que participaram da pesquisa, ela é realizada juntamente com a de puericultura. Tendo em vista que, tradicionalmente o foco das ações de saúde é direcionado para o cuidado da criança, a realização da consulta puerperal conjuntamente com a de puericultura implica em que a puérpera tenha nesse atendimento sua atenção voltada para as demandas de seu filho. A não valorização das suas questões de saúde em

detrimento do cuidado com o bebê pode se configurar numa situação de vulnerabilidade programática a essas puérperas.

S2 - A gente não tem uma rotina a partir de tantas semanas de gestação nós vamos começar a falar do puerpério. Mas acaba que desde o início. No primeiro trimestre, a gente passa as orientações sobre as primeiras modificações que ela vai enfrentar em relação ao corpo e como é aí que ela vai ter que começar a cuidar das mamas. Chegando nas mamas, que é uma das primeiras coisas que a gente conversa com elas, então, ela vai entrar num período de preparar as mamas para amamentar. Então, tu já acabas entrando no puerpério ali no primeiro trimestre, mesmo. (G2)

Apesar de o puerpério ter sido percebido por muitos dos participantes da pesquisa como um momento complexo, no qual as mulheres têm uma série de demandas de saúde, as ações desenvolvidas por esses profissionais na atenção puerperal têm como foco a saúde da mulher-mãe, com vistas à promoção da saúde do filho. Essa constatação corrobora o argumento que, de modo geral, o puerpério não tem sido um período valorizado pelos profissionais do PSF, evidenciado pela ausência de ações mais específicas, direcionadas ao atendimento de demandas das mulheres, nesta fase. Esta situação é emblemática da pouca visibilidade do puerpério nas ações do PSF, como indica o depoimento de S2.

S2 - Aqui a consulta do puerpério é realizada junto com a de puericultura. (G1)

Cabe mencionar que, o fato da consulta puerperal ser realizada conjuntamente com a de puericultura não é uma particularidade apenas dessa equipe, visto que situação semelhante também foi relatada pelos integrantes da outra ESF que participou da pesquisa.

Considerando que, durante a consulta de puerpério mãe e filho são atendidos juntos, a análise sugere, com base nos depoimentos dos profissionais do PSF que, a presença do bebê influencia significativamente, no direcionamento dessas ações, sendo evidenciada principalmente pelas orientações desses profissionais, as quais têm como foco os cuidados com a saúde do bebê. Apesar do reconhecimento de que a presença do bebê interfere no atendimento das demandas da puérpera, a justificativa apresentada por alguns dos participantes indica que, a excessiva demanda de ações da ESF é um dos motivos pelos quais não há um espaço maior

em suas agendas de trabalho para que esse atendimento se realize de modo diferenciado.

S2 - Eu acho que esse atendimento não seria problemático se a gente tivesse um espaço maior na agenda pra proporcionar isso. Só que nós não temos, por isso o puerpério é um dos nossos gargalos. Então, a gente trata puerpério e puericultura juntos. E claro, assim, a gente não tem um espaço maior de fala, porque para essas mulheres é muito mais centralizado na criança. (G1)

S2 - A primeira revisão a gente marca em torno de quinze a vinte dias. A gente olha o nenê e já faz a revisão de parto, ali junto, no mesmo dia. Daí a gente já marca para os dois retornarem quando fechar trinta dias do parto. Daí a gente já discute o método que ela vai usar e logo após já faz a puericultura.

S1 - É que sempre a mãe e a criança são atendidas juntas. Daí ela faz a revisão ginecológica do puerpério. E aí avó, geralmente fica ali com o bebezinho, que já está esperando ali na maca pra revisão do bebê. (G2)

Conforme o relato dos profissionais dessas ESFs, na maioria das vezes, a puérpera vem para o PSF, acompanhada de sua mãe. Questão essa que, até o momento da pesquisa ainda não havia sido problematizada por esses profissionais. Para os membros das ESF além de ser um fato comum ao seu cotidiano de trabalho, na ótica desses profissionais é natural que essa puérpera venha acompanhada de sua mãe, como indicou a fala abaixo:

S7 - Elas sempre vêm com as mães. Até porque se a mãe que é mãe não der uma força pra ela assim nesses primeiros dias, quem é que vai dar então? É como diz o ditado, não basta ser mãe, tem que participar [...]. (G2)

O depoimento acima expressa a influência dos papéis de gênero no interior dos serviços de saúde, pois é dado, no âmbito da sociedade e da cultura, que o cuidado com a saúde não só dos filhos, mas também da família é uma atribuição essencialmente feminina. E, na medida em que essas ESFs também reconhecem o papel de cuidadora como uma atribuição feminina, essa naturalização implica tanto na manutenção, como na reprodução das assimetrias de gênero.

De acordo com os relatos dos profissionais do PSF, das duas equipes que participaram da pesquisa, quando essas puérperas vêm para o seu atendimento sem um acompanhante, é um próprio integrante da equipe que fica com o bebê durante a consulta da puérpera. Quanto haver ou não diferenças entre a consulta das puérperas que vêm sozinhas e deixaram o bebê com alguém da equipe do PSF

e aquelas que vêm acompanhadas de alguma pessoa da sua rede de apoio, os profissionais do PSF apresentaram relatos como os descritos a seguir.

S2 - Eu acho que interfere da mesma forma. Porque a gente vê por exemplo, se é uma consulta mais demorada que ela tem que fazer e, por exemplo o nenê não pode ficar dentro da sala, ou o nenê está chorando e ela escuta, ela já fica bem agitada, bem nervosa para saber o que está acontecendo com o nenê. então, eu acho que interfere sim. E eu acho que da mesma forma, se elas vêm sozinhas por terem deixado o nenê em casa. (G1)

S2 - [...] eu acho o seguinte: se a criança começa a chorar, a mãe já fica preocupada com o choro do nenê e ela acaba direcionando e, provavelmente, ela deixa de falar muitas das coisas pra tentar ver o sofrimento do bebê. Então, ela acaba pensando mais no nenê do que nela mesma. Agora, se o nenê está calminho, se ele está bem, não. Porque daí elas podem falar mais calmamente das coisas dela.

S3 - Mas se o bebê fica em casa, ela fica ansiosa porque tem que amamentar porque o tempo está passando. E se o bebê está aqui na sala de espera e tu sabes, criança chora mesmo. Então, elas ficam preocupadas. Eu acho que é normal isso aí. (G2)

Como nessa equipe as ações de puerpério e de puericultura são realizadas somente pela enfermeira do PSF, uma estratégia adotada recentemente para ampliar o atendimento às mulheres no período puerperal foi a de que, essa profissional disponibilizasse um dia fixo em sua agenda para as consultas de puerpério. No entanto, por ser o puerpério uma demanda quantitativamente inferior quando comparada às outras ações, igualmente desenvolvidas pela enfermeira, o relato dessa profissional sinaliza para dificuldades que surgiram durante a implantação dessa reorganização da atenção puerperal no serviço em que atua.

S2 - [...] o problema foi que surgiram “n” outras prioridades para serem colocadas naquele espaço que a gente tinha deixado só para o puerpério, por isso ele não pode ser concretizado [...]. Porque nós temos grupos de gestantes, nas quartas-feiras tem as reuniões da equipe, tem as capacitações, tem o grupo dos hipertensos, tem o grupo na escola [...]. Então, tem um conjunto de atividades que a gente tem sob a nossa responsabilidade. (G1)

Com base no depoimento acima, é possível perceber que a implementação dessa estratégia não se mostrou resolutiva para a reorientação da atenção puerperal e para a minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, tendo em vista os limites de ordem programática, vivenciados no cotidiano de trabalho dos profissionais do PSF.

S1- Nós temos uma rotina de muito trabalho, o nosso dia-a-dia aqui a cumprir às vezes, é asfixiante. Então, muito se poderia melhorar, mas teria que ter mais condições.

S3 - Bom seria que, ao mesmo tempo em que elas viessem para o teste do pezinho, elas já passassem pela primeira consulta pós-parto e puericultura. Mas, hoje isso não foi possível. Quem sabe pro ano que vem? Isso é uma coisa que a gente ainda tem que pensar.

S2 - Por tudo isso aí, é que nós temos que colocar todas as nossas demandas, os nossos problemas na mesa e ver, de que forma a gente vai pensar sobre cada um deles. Porque senão, daí a pouco, a gente priorizar outras questões e, de repente, não sobra espaço para outras coisas. Então, isso passa por uma discussão do todo da unidade. (G1)

Outra questão importante, problematizada nas discussões grupais, tem a ver com o fato de que, como os profissionais de saúde são pouco cobrados pelos gestores, no que se refere às ações de saúde no período pós-parto, quando comparadas às metas propostas pelos mesmos para a atenção pré-natal, a realização de alguma ação nesse sentido, deve-se mais ao empenho pessoal de alguns profissionais que reconhecem o período pós-parto como um momento de vulnerabilidade das mulheres.

Fernanda - Vocês recebem algum tipo de cobrança ou incentivo do gestor com relação à atenção puerperal?

S 2 - Agora tem a questão do PHPN⁹. Mas, é só uma consulta.

S1 - É uma vez ali que tu marca um "x" no formulário, e tá feito o atendimento de puerpério. Ma, também se tu não fizer, por exemplo, tu pode marcar igual.

S2 - Ah, é exatamente isso. Ninguém cobra nada. É só marcar um "x" e deu, está feito o atendimento no puerpério.

Fernanda - E quem faz mais de uma consulta?

S2 - Marca somente um "x" igual.

S1 - Aqui a gente registra no nosso controle interno todos os atendimentos que a gente faz no puerpério, que são, no mínimo, dois. Agora, o que vai lá para a secretaria é só com relação a uma consulta. Porque é isso o que eles exigem! (G2)

O PHPN busca reorganizar e estruturar redes de referência para o atendimento às gestantes, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, na perspectiva da humanização e do respeito aos direitos de cidadania.

⁹ Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria G/M nº 569 de 1/06/2000 do MS (BRASIL, 2000), além de reiterar a importância de sensibilizar gestores e profissionais da saúde quanto à necessidade de melhoria da assistência obstétrica no país.

Para o monitoramento e avaliação do PHPN, instituíram-se indicadores de processo e um sistema de informações, o Sis prenatal¹⁰.

Dentre suas diretrizes, o PHPN estabeleceu a consulta puerperal como critério indispensável no conjunto da assistência. No entanto, pesquisa realizada por Serruya, Lago e Cecatti (2004, p. 273) sobre “O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” revelou que “[...] a atenção ao puerpério prestada no Brasil é ínfima, sem contar nos aspectos qualitativos, freqüentemente subestimados”. Na avaliação dos resultados iniciais do PHPN, desenvolvida neste estudo os pesquisadores concluíram que apesar de a consulta puerperal ser “a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, [...] essa consulta tem baixíssima freqüência nas UBS” (SERRUYA, LAGO E CECATTI, 2004, p. 1287).

Dentre as justificativas apontadas pelo estudo para a pouca adesão à consulta puerperal destacam-se: os serviços de saúde reconhecem sua importância, mas admitem a ausência de estratégias para sua realização; outra alegação é a de que as mulheres não voltam aos serviços (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004). Tais justificativas são emblemáticas da fragilidade da atenção puerperal no âmbito dos serviços de saúde e reforçam o argumento de que a atenção puerperal apresenta-se como um dos pontos críticos, não apenas para as ESFs pesquisadas, como para os demais serviços de saúde do país. Ainda nesse sentido, Diniz (2005), sinaliza para o fato de o PHPN não incorporou os questionamentos propostos pelo movimento de humanização do parto, caracterizando-se basicamente como um instrumento de gestão, com ênfase na garantia de um padrão mínimo de assistência, pautado em procedimentos técnicos.

Para os participantes da pesquisa, se houvesse uma cobrança maior dos gestores quanto à atenção puerperal, os demais profissionais de saúde, que atuam não só no PSF, mas na atenção básica propriamente dita, possivelmente passariam a priorizar as ações no puerpério, da mesma forma como o fazem no pré-natal, como indicou o depoimento abaixo.

¹⁰ O Sis prenatal é um sistema informatizado, disponibilizado pelo DATASUS para os municípios que aderirem ao PHPN, Possibilita o monitoramento do programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante pela Ficha de Cadastramento da Gestante no Sis prenatal e pela Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante (BRASIL, 2000).

S1 - Mas, é que não tem uma cobrança, uma fiscalização mais direta. O que realmente importa para o Ministério são aquelas seis consultas de pré-natal. No puerpério se tu fez uma consulta de revisão, se ela voltou ao menos uma vez na unidade após o parto já está bom [...]. (G1)

S2 - É que ninguém vai atrás depois para ver se aquela puérpera está bem, se ela precisa de alguma coisa, de como ela está se sentindo como mulher, como pessoa naquele momento. Porque o puerpério não dura só um mês e durante todo esse período a mulher fica bem mais fragilizada.

S3 - É, só que a maioria dos profissionais não se preocupa muito com isso. Porque depois do parto é a vez só do bebê. Depois do primeiro mês, tudo é feito para o bebê. O máximo que eles fazem é prescrever um anticoncepcional durante esse puerpério. Mas, no mais, não tem nada assim para a mulher mesmo. (G2)

Na ótica desses profissionais, seria preciso uma política específica do próprio MS, com diretrizes e ações focadas mais para a atenção puerperal, segundo os quais, com essa política o puerpério teria mais visibilidade nos serviços de saúde. A análise das informações geradas nas interações grupais permitiu perceber, tendo em vista os limites programáticos envolvidos na atenção puerperal no âmbito do PSF, a necessidade de mecanismos de gestão mais específicos, de modo que a ampliação das ações no puerpério possibilitem maior proximidade entre os critérios quantitativos e qualitativos desse atendimento.

S1 - Não existe uma consciência nesse sentido mesmo, de que se precisaria de uma política de saúde para o puerpério. Como não existe também uma consciência das necessidades de saúde dessas puérperas, da grande vulnerabilidade social, psíquica e orgânica daquele período, fica todo o foco para só para o bebê, para os índices de mortalidade neonatal e infantil. (G2)

Tais mudanças, no entendimento dos profissionais do PSF, favoreceriam uma maior valorização e qualificação desses atendimentos, bem como o maior reconhecimento do puerpério, como um período importante e com uma série de demandas, que vão além das necessidades biológicas de cuidado, como evidenciou os trechos de discussão a seguir.

S1 - Eu acho que para todos os profissionais fazerem um trabalho no mesmo nível, tem que estar todo mundo buscando a mesma coisa, todo mundo consciente da mesma maneira. Eu acho que tem que começar esse trabalho pelos próprios profissionais da saúde.

S2 - Na medida em que toda a parte profissional estiver consciente do trabalho que tem que ser desenvolvido com relação ao puerpério, eu acho que as coisas melhorariam.

S1 - Eu acho que com uma política específica, com ações mais focadas, agora com relação à saúde dessa mulher, dessa puérpera, talvez isso fosse bem diferente. (G1)

S2 - Na verdade, a gente trabalha em termos de política. Como a gente tem a política do pré-natal e do aleitamento, a gente também tem a do puerpério; independente do governo ter instituído ou não. Mas, claro, é uma política nossa, interna daqui. E, por isso, isolada. Então, isso é o que a gente tenta fazer aqui. Talvez não seja a fórmula ideal e maravilhosa. Mas, é da melhor maneira que a gente consegue fazer aqui. (G2)

Com base nesse panorama, as ações do PSF parecem ser orientadas a partir de uma lógica de gênero, na medida em que sustentam e reproduzem processos como: centralidade da mulher como responsável maior pela saúde do filho; medicalização de questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, priorização de demandas de saúde estabelecidas a partir do biológico, ações pautadas em critérios técnicos e biologicistas, além de desconsiderar a pluralidade de possibilidades e contextos nos quais homens e mulheres vivenciem seus processos de saúde e não-saúde. Todas essas questões parecem contribuir para a promoção e potencialização de situações de vulnerabilidade das puérperas usuárias do PSF.

4.2 Elementos Constituintes da Vulnerabilidade Programática das Mulheres no Puerpério

Ao considerar saúde como direito de cidadania, o SUS demarca uma nova história no âmbito das políticas públicas de saúde, motivo pelo qual tem sido reconhecido, inclusive por agências internacionais como a OMS, como um sistema inovador no campo da promoção da saúde de coletividades. Por outro lado, o processo de implantação do SUS e, mais especificamente, a reorganização das práticas sanitárias e a transformação do modelo de atenção à saúde a que esse sistema se propôs, também tem sua trajetória marcada por limites e novos desafios, seja no campo da prevenção, da ação curativa e/ou da promoção da saúde.

No que se refere à operacionalização de seus princípios organizativos, quais sejam, universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social, o MS, enquanto órgão regulador desse sistema, vem, ao longo dos anos, reafirmando esse compromisso mediante a proposição de políticas, programas e ações ampliadas no âmbito da atenção básica com ênfase na promoção da saúde como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF (BRASIL, 1998; 2001; 2006b).

Nessa direção, o MS ampliou o alcance das ações programáticas do PSF, passando a ser reconhecido, na atualidade, como Política de Atenção Básica (BRASIL, 2006). Dessa ampliação, resultou a Estratégia Saúde da Família, que incorporou como eixos estruturantes dessa nova diretriz de promoção da saúde no âmbito da atenção básica, as ações programáticas em saúde propostas pelo MS como às relativas ao PAISM (BRASIL, 2004; 2006b).

A análise desenvolvida no presente capítulo tem relação à segunda questão norteadora da pesquisa, indicando do ponto de vista programático, os elementos reconhecidos pelas duas ESF como produtores de situações de vulnerabilidade para as mulheres na fase de puerpério, assim como as ações desenvolvidas por essas equipes no sentido de enfrentar essas situações.

O componente programático da vulnerabilidade diz respeito aos elementos organizacionais das políticas, programas e serviços de saúde, tais como, a gerência, o financiamento e o monitoramento dessas ações e serviços, recursos humanos capacitados para sua implementação, investimentos em setores prioritários como educação, trabalho, saúde, moradia e saneamento básico, com ênfase na interdisciplinariedade e na intersetorialidade, como estratégias mediadoras para o alcance dessas metas (AYRES et al., 2003; MEYER et al., 2006). Para Calazans et al. (2006, p.47), o componente programático da vulnerabilidade estabelece o nexo entre os planos individual e social, de modo que:

[...] a vulnerabilidade de cada indivíduo e população está diretamente relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, com destaque aqui para a educação, permitem que, em contextos determinados, mobilizem-se os recursos ali necessários para a proteção das pessoas [...].

No que se refere especificamente à vulnerabilidade das mulheres no puerpério, a mesma não pode ser concebida de uma forma única ou exclusiva de um determinado plano, mas como situações de vulnerabilidade constituídas pelo entrelaçamento de elementos que podem pertencer ao componente, individual, social e/ou programático.

Faz-se importante esclarecer que, nas discussões grupais, os elementos indicados pelos participantes da pesquisa como geradores e/ou potencializadores de situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério não foram abordados de modo indissociado, ainda que em determinados momentos dessas discussões,

aspectos individuais ou sociais recebessem maior destaque em detrimentos dos programáticos e, assim, sucessivamente. Entretanto, para fins de análise, os elementos constituintes da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, apontados pelos participantes da pesquisa, foram categorizados segundo o componente com o qual guardou maior relação. Dito de outra forma, elementos interpretados no processo de análise como constituintes da vulnerabilidade individual dessas puérperas, também pertencem aos demais planos do referencial da vulnerabilidade, visto que tais elementos influenciam e são influenciados pelos seus aspectos sociais e programáticos, numa relação de dupla via.

Com base nas discussões geradas nos grupos focais, durante o processo de pesquisa, é possível argumentar que, de modo geral, do ponto de vista programático, o puerpério não está na ordem do dia para as duas ESFs que participaram da pesquisa. Nessa lógica, a pouca visibilidade do puerpério para os profissionais do PSF é evidenciada pela ausência de ações específicas para atender as demandas de saúde das mulheres na fase de puerpério.

Durante as interações grupais e, com base nos depoimentos dos profissionais envolvidos, foi possível perceber que, em alguma medida, essas equipes se dão conta da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, mas as justificativas apontadas para a ausência de ações mais específicas no campo da saúde das mulheres no puerpério estão ancoradas em problemas estruturais e organizacionais, ou seja, de ordem programática.

Nessa lógica, um aspecto que ganhou destaque nas discussões diz respeito ao fato de que, na medida em que essas equipes priorizarem suas ações para o atendimento de demandas no período puerperal, outras áreas de atenção ficarão descobertas, devido aos limites programáticos enfrentados no cotidiano de trabalho dos profissionais do PSF. Um exemplo da vulnerabilidade programática identificado no contexto das duas ESFs que participaram da pesquisa é a grande demanda reprimida de pessoas com hipertensão e diabetes que, na ótica desses profissionais, ficarão descobertas em detrimento da priorização de ações voltadas especificamente para mulheres em período puerperal.

Somando-se à problemática da escolha de demandas para atender no âmbito do PSF, tem-se o financiamento inadequado no setor saúde que, além de ferir princípios fundamentais da saúde, enquanto direito de cidadania, tais como o da universalidade e da equidade, ainda é agravado pela cobrança que os gestores

sofrem pelo próprio MS. Este também focaliza a priorização de ações e de investimentos no âmbito da atenção básica (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2006b).

O exemplo da vulnerabilidade programática, já referido, é emblemático de algumas das prioridades do MS, tendo em vista a sua expressiva ocorrência nos boletins epidemiológicos. Da mesma forma, no campo da saúde das mulheres, a atenção pré-natal, o incentivo à amamentação, as ações de planejamento familiar e de prevenção do câncer de colo de útero, integram as metas priorizadas e cobradas das esferas estaduais e municipais, pelo MS, principalmente, no aspecto quantitativo dessas ações. Tais metas, na concepção de Matumoto et al. (2005, p.11), são exemplos de “[...] uma ação de saúde centrada na lógica da produção do procedimento [...]. os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo que é contraditório com a missão do próprio SUS: o cuidado”.

Tais razões, embora o entendimento ainda superficial das ESF sobre a complexidade do puerpério e, o reconhecimento de que a vulnerabilidade desse período possui importantes repercussões para a saúde dessas mulheres, ao longo do processo de pesquisa, os profissionais das duas ESFs apontaram algumas justificativas para os limites de suas ações, as quais dizem respeito a problemas estruturais e organizacionais, tais como: inadequadas instalações físicas das USFs; insuficiência de recursos humanos e materiais; dificuldades com relação ao acesso e ao acompanhamento das puérperas, pela ESF, devido à grande mobilidade geográfica dessas mulheres no período puerperal; preparo insuficiente de vários integrantes da ESF para o trabalho educativo; e, enfoque das ações do PSF na saúde da mulher-mãe e na saúde do filho. Todas essas dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho das ESF estão implicadas com maior, ou menor intensidade na produção e na potencialização da vulnerabilidade programática das mulheres no puerpério.

4.2.1 Insuficiência de recursos humanos e materiais

Do ponto de vista programático, as discussões geradas nas interações grupais apontaram para os limites e possibilidades vivenciados no cotidiano de trabalho das ESFs participantes da pesquisa. Desde essa perspectiva, no que se refere aos aspectos que interferem na produção do cuidado às puérperas no âmbito do PSF, houve consenso entre as duas equipes quanto à falta de comprometimento dos gestores para que a Estratégia Saúde da Família seja posta em prática.

Ao apontar as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho do PSF, os profissionais destacam o dilema das equipes, no sentido de atender às exigências da política do PSF, na perspectiva da integralidade do cuidado, do acesso universal e da promoção da saúde, em detrimento de um contexto marcado por uma demanda reprimida de pessoas doentes, com necessidades urgentes de atendimento clínico.

Segundo esses profissionais, além da pressão dos gestores sobre o estabelecimento de metas prioritárias no âmbito municipal, a ESF também é pressionada pela própria comunidade que busca a satisfação de suas demandas, seja em âmbito individual ou em termos de coletividade, como expressa o depoimento abaixo.

S2 - A gente é pressionado de todos os lados, porque tanto a secretaria como a comunidade nos empurra contra a parede [...]. Por isso a gente tem que fazer reuniões pra ver quais prioridades nós vamos suprir [...] porque abraçar tudo a gente não consegue. Nós temos propostas pra trabalhar com grupos de geração de trabalho e renda; tentamos fazer um trabalho na escola que é de promoção e prevenção [...]. Só que quando a gente vê, a gente acaba ficando só dentro da unidade, engessado só dentro da clínica. E é isso que nós temos que colocar na balança [...], o que nós podemos fazer enquanto equipe? Bom, será que é mais necessário compensar os diabéticos ou priorizar o puerpério? (G1)

Conforme o depoimento acima e, também pelas manifestações a seguir, o fato de ter que decidir sobre quais demandas priorizar, dentre tantas que se apresentam no cotidiano, é um processo conflituoso que gera angústia, ansiedade, estresse e frustração.

S2 - Tu sentes essa pressão, essa frustração de não poder dar conta de todas as demandas que a comunidade te exige. De não contar com uma estrutura e um suporte da gestão pra realizar essas atividades. Porque

senão, tu não consegues trabalhar, senão, tu acabas engolido pela demanda, ficando apenas no atendimento clínico, acabando com a prevenção. (G1)

S1 - É complicado decidir, porque de repente tu estás excluindo e não incluindo. Mas, tu estas abrindo mão de algumas coisas que também são importantes, por outras coisas que, numa reunião de equipe decide-se priorizar isso e não aquilo.

S2 - Tem um contingente que quer se tratar e que, às vezes, não consegue acessar o serviço [...]. Bom, o que é melhor? Atender a esses, ou sair da unidade e fazer uma visita especializada? Então, tu acabas priorizando as exceções. Espero que depois de atender a todas as generalidades, a gente consiga dar mais atenção para essas prioridades que são mais baixas, digamos assim. (G2)

A priorização de determinados elementos que integram as ações da atenção básica, acabam por desqualificar outras questões fundamentais e que deveriam compor o rol dessas prioridades, também foi lembrada por Bodstein (2002, p.408), que aponta, na área da saúde “[...] a existência de um contingente considerável de população com dificuldade de acessar e se beneficiar das ações e serviços”. A crítica apresentada pelo autor consiste em constatar que diante da escassez e finitude dos recursos públicos, faz-se ‘crucial’ determinar onde investir e o que universalizar e disponibilizar como atividade, programa e serviço, tamanhos são os descompassos e vicissitudes entre os princípios do SUS e sua execução como política pública.

Especificamente com relação à atenção à saúde das mulheres, apesar de muitos profissionais terem demonstrado ao longo da pesquisa, ter ciência de alguns elementos que compõem a vulnerabilidade das mulheres no puerpério, os limites estruturais são dados pelo próprio sistema de saúde, que prioriza determinados elementos dessa vulnerabilidade. A amamentação, por exemplo, que é uma meta que o PSF tem que dar conta. Também por esse motivo, é possível inferir que o atendimento ou minimização dessa vulnerabilidade vai depender de esforços pessoais mediante a conscientização e/ou sensibilização dos profissionais do PSF, ou das próprias puérperas, na medida em que estas sejam capazes de reconhecer suas demandas como necessidades de saúde e de reivindicar ao sistema de saúde o seu devido atendimento.

A priorização na atenção à saúde das mulheres envolve situações específicas da vulnerabilidade na fase do puerpério, que, somadas à fragmentação da produção do cuidado em saúde e à situação de não aplicação do princípio da integralidade nessa atenção, além de influenciar nos níveis de vulnerabilidade dessas puérperas,

as predispõe ao surgimento de outras situações que potencializam sua vulnerabilidade. Merece destaque nesta consideração, o aspecto educacional que, paralelo ao atendimento de saúde, contribuiria para o fortalecimento dessas mulheres e para a minimização de sua fragilidade ao longo do puerpério, permitindo-lhes perspectivas futuras mais animadoras, quanto à sua qualidade de vida.

Outra conseqüência da priorização de demandas diz respeito à divisão técnica e social do trabalho entre as categorias profissionais que integram a equipe multiprofissional do PSF. Ao analisar esta divisão Matumoto et al. (2005, p.20) referem que: “[...] a equipe pode se deparar com sua impotência e imobilidade perante os problemas dela conseqüentes, especialmente se tratados no limite estrito da divisão técnica”. Essa divisão técnica torna-se ainda mais visível, quando se toma por base o fato de que, além das atribuições que são comuns a todos os profissionais do PSF, há outras que são específicas de cada categoria profissional (BRASIL, 2006). Para Matumoto et al. (2005, p. 21) esta divisão, além de definir “[...] nitidamente os territórios de atuação de cada membro da equipe [...], gera também expectativas em relação ao que se espera do desempenho uns dos outros, entre os trabalhadores, e destes em relação aos usuários”.

Ainda que, na maioria das vezes, a questão da divisão técnica tenha sido apresentada nos depoimentos como algo que faz parte da filosofia do trabalho do PSF que é multidisciplinar, subliminarmente, é possível perceber o predomínio de um certo poder-saber de determinados profissionais sobre outros, estabelecendo relações de subordinação no interior da ESF. As ações programáticas referentes à saúde materno-infantil são exemplos dessa situação, visto que, em ambas as equipes que participaram da pesquisa, ações como a coleta de exame citopatológico, consultas pré-natal, de puerpério e de puericultura são realizadas pela enfermeira.

Segundo um dos participantes desta investigação, há uma demanda reprimida de pacientes crônicos e, por isso, talvez, a estratégia adotada por essas equipes, para ampliar o acesso a essa população, foi destinar a enfermeira o atendimento à saúde das mulheres, como sugere o diálogo que segue.

S1 - Como prioridade, eu tive que abrir mão do pré-natal e da puericultura. Então, quem faz isso tudo é a enfermeira [...]. Quando há alguma dúvida, ela me pergunta. Assim, eu abri mais espaço na agenda pra outros pacientes crônicos. (G1)

S2 - Desde que a gente iniciou, sempre foi o enfermeiro que fez o pré-natal. Mas nós somos colegas nesse sentido, tanto nas dúvidas, nos exames, nas condutas, nos encaminhamentos, a gente sempre tem uma orientação, um apoio. (G2)

Com base nos depoimentos acima, é possível perceber que, há uma certa hierarquização dessas demandas, a qual parece estar organizada segundo a lógica da complexidade. Da mesma forma, um possível argumento é o de que, talvez as questões referentes à saúde das mulheres e, mais especificamente com relação ao atendimento puerperal, estejam sendo consideradas como de menor importância, não do ponto de vista das diretrizes do PSF, mas como de menor complexidade e relevância do ponto de vista do saber médico, como indicou o depoimento.

S1 - Por isso eu não tenho muita experiência de trabalhar com esse lado mais psicológico do puerpério. Eu acho que as enfermeiras têm mais preparo para discutir essas questões com elas nas consultas e nos grupos do que nós médicos. (G1)

Sob essa perspectiva, o argumento defendido aqui é o de que, na lógica dos profissionais que atuam nas ESF que participaram da pesquisa, a atenção puerperal precisa menos do saber médico do que as ações de prevenção e controle de doenças não transmissíveis como hipertensão e diabetes. Uma questão de fundo que merece ser problematizada refere-se ao entendimento de que, possivelmente, o puerpério seja uma situação reconhecida por essas equipes como de menor complexidade do ponto de vista da sua repercussão na saúde das mulheres, e, por conseguinte, mais fácil de ser tratada ou resolvida.

Outra tendência que parece emergir destes relatos é a naturalização dos problemas que podem emergir no período puerperal, e, em sendo naturais, dispensariam a intervenção médica. Ainda com relação à atenção puerperal, um importante aspecto que permanece como uma questão importante, refere-se ao não envolvimento do profissional médico nas ações educativas e de cuidado às puérperas, na perspectiva da promoção da saúde. Para os participantes da pesquisa isto decorre da sobrecarga desse profissional no atendimento de uma demanda reprimida de pacientes com agravos não-transmissíveis.

Pode-se, também, considerar na análise desta problemática, a probabilidade de que a indicação da atenção puerperal como foco do trabalho da enfermeira indique mais uma desvalorização das questões relativas à saúde das mulheres e, no

contexto da pesquisa, da atenção puerperal, do que uma valorização do trabalho da enfermagem. Cabe lembrar que, a partir de uma lógica de gênero, a desvalorização do trabalho da enfermeira é uma questão histórica e cultural. Pesquisas mostram que nas práticas e serviços de saúde, em geral, a enfermeira não dispõe de mesmo espaço, valorização e reconhecimento social que o médico, o que é revelador de que o saber da enfermagem não tem o mesmo 'peso' que o saber do médico (RIESCO; FONSECA, 2002).

Outro indicativo de que o trabalho da enfermeira ainda não adquiriu a mesma visibilidade e valoração social no campo do saber-fazer foi evidenciado nos relatos dos participantes sobre a resistência por parte de algumas mulheres da comunidade quanto ao atendimento pelo enfermeiro, seja na atenção pré-natal, no puerpério ou nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

S8 - Muitas delas acham que a enfermeira não é capacitada para fazer esse tipo de atendimento. Daí, a gente entra com toda aquela explicação de como funciona o PSF e tal. Mas é difícil!

S4 - Mas têm outras que ficaram grávidas e não quiseram vir aqui. Porque têm aquela cultura de que o médico é quem sabe tudo. Ainda tem muita falta de confiança no trabalho das enfermeiras. Então, tem também esses dois tipos de pessoas, aquela que acredita só no médico e aquela que está aberta às novas oportunidades. (G1)

S10 - Umas achavam esquisito! Mas depois que eu expliquei que elas tinham uma capacitação [...], daí elas aceitaram.

S6 - Mas também outras que põem na cabeça que a enfermeira não pode fazer isso. Essas vivem ainda em tempos passados em que só o médico é que podia fazer uma avaliação. (G2)

Ainda com relação aos limites do trabalho da ESF, o vínculo com a comunidade foi outro elemento apontado por esses profissionais como uma questão que dificulta o processo de trabalho do PSF, principalmente para os agentes comunitários de saúde (ACS). Na ótica dos ACSs, o fato de morar na comunidade onde atuam, exigência da própria política do PSF, ao mesmo tempo em que favorece a vinculação com a população adscrita à sua área de abrangência, pode promover repercussões negativas para o seu processo de trabalho. Uma delas é a grande dificuldade que os usuários do PSF têm de compreender quais são as atribuições dos ACSs, assim como respeitar os limites dessas atribuições (SILVA; DALMASO, 2002).

Ao referir o critério de territorialidade, um número expressivo de ACSs relataram, nas discussões grupais, que têm dificuldades em conscientizar a comunidade de que, para além dos laços de amizade e parentesco com essas

peessoas, há exigências de que esses profissionais acompanhem apenas aquelas pessoas residentes em sua área de atuação. Dessa situação decorrem conflitos e indisposições com amigos, familiares e conhecidos que buscam na figura do ACS, uma alternativa para o atendimento de demandas pessoais, tais como, a marcação de consultas e exames, obtenção de receitas médicas, encaminhamentos a outros serviços da rede básica de saúde, dentre outros prováveis benefícios. Acredita-se que tais profissionais representam elementos fundamentais para ações preventivas de agravos na saúde, decorrentes da vulnerabilidade das puérperas, foco deste fazer investigatório. Este envolvimento, quase que integral dos ACS, pode ser percebido na fala a seguir.

S5 - Eu acho que pras enfermeiras, pros técnicos, pros médicos isso é diferente do que pra nós, agentes. Porque eles não nos enxergam só como um profissional. Nós também somos vizinhos deles. Para eles, nós somos agentes de saúde 24 horas por dia, todos os dias. Eles não têm aquela separação assim, bom, oito horas por dia eu sou uma agente de saúde. E, depois, eu sou teu vizinho, entende! (G1)

Considerando as questões abordadas e, que constituem o contexto de trabalho dos profissionais dos PSFs e, tomando por base seus depoimentos nos grupos focais, a divisão técnica e social do trabalho da ESF e a influência dos papéis de gênero nas profissões relacionadas com a produção de cuidado à saúde da mulheres evidenciaram, tanto poder influenciar na vulnerabilidade programática das mulheres no puerpério, como serem produtoras de outras situações de vulnerabilidade, seja em seus aspectos individuais ou sociais.

Com relação aos limites programáticos que influenciam negativamente na produção do cuidado dos profissionais do PSF às puérperas, foi consenso para uma das equipes que participou da pesquisa que, a falta de infra-estrutura para a instalação dessa USF interfere de modo significativo, no seu processo de trabalho, principalmente quanto à qualidade desse cuidado e à satisfação dos usuários, como ilustra o depoimento:

S2 - Como tu podes ver, a nossa estrutura física aqui é complicado de trabalhar. E até a própria comunidade que fica aqui, a sala de espera é apertada. Aquilo gera pressão na nossa recepção que é uma caixinha de fósforo [...]. As pessoas que estão aguardando um atendimento ficam espremidas, mal acomodadas. Então, isso faz com que elas se sintam incomodadas, elas ficam mais impacientes, mais estressadas. E isso atrapalha, porque toda hora tem alguém reclamando ali na recepção [...]. Tu tens que ficar trocando de sala toda hora para atender. Eu tenho que sair

daqui para ir lá pesar um paciente, e isso atrapalha a tua dinâmica de trabalho. Na minha opinião, aqui tinha que derrubar e construir tudo de novo, porque é totalmente insalubre e fora de padrão! Isso aqui nunca foi uma Unidade de Saúde, isso aqui foi mais uma casa que a prefeitura alugou pra montar mais um PSF [...]. (G1)

A situação retratada acima parece não ser uma realidade apenas dessas equipes, visto que semelhantes dificuldades, de ordem programática, têm sido apontadas em outras pesquisas, no âmbito da atenção básica no país (FRACOLLI, FORTES, ZOBOLI, 2004; HARTZ; CONTANDRIPOULOS, 2004; SHIMIZU et al., 2004).

Como argumenta Boldstein (2002, p.411):

[...] o risco continua sendo a inauguração apressada de módulos de saúde [...], sem nenhuma capacidade efetiva de atendimento. Instalados em virtude de seu forte apelo eleitoral, esses módulos vão, de certa forma, ao encontro das demandas da população. Porém, sem referência a uma proposta mais consistente e um conjunto mais amplo de medidas e mudanças na reorganização do modelo assistencial [...].

Considerando que os problemas estruturais apontados nos trechos de discussão acima, também são comuns a outras USFs e que, no município de Santa Maria, além das reuniões semanais da ESF, esse profissionais também participam de encontros regulares com as demais equipes de PSF e com alguns dos gestores da saúde, como o coordenador do PSF, questionou-se quanto à ciência ou não desses gestores a respeito dessas dificuldades, assim como, de questões relativas à melhoria das estruturas físicas das USFs e das condições de trabalho dos profissionais do PSF em Santa Maria. Nesse sentido, os trechos de discussão a seguir, são emblemáticos do atual cenário em que se encontra o PSF, no município, enquanto política pública de saúde, indicando que tal cenário pode contribuir para a vulnerabilização programática das puérperas assistidas pelos profissionais do PSF que participaram da pesquisa.

S1 - Eu acho que o problema não é especificamente de quem coordena o PSF, porque essa pessoa sabe como deve ser feito e tenta fazer. Mas é que não depende só da instância dele como coordenador. É, que esses problemas quando vão para instâncias superiores, parece que a coisa tranca, tipo assim, [...] ah, isso não dá pra resolver agora, deixa pra depois. Quem sabe no ano que vem, entendeu?

S4 - É bem isso mesmo! Sempre tem uma desculpa, uma justificativa de que agora, não dá, de que não tem dinheiro [...]. Deixa assim mesmo, sem agente de saúde, sem condições boas pro trabalho da equipe [...]. Mas, eles sabem que não pode ser assim. Mas, vão deixando, porque a coisa vai

andando e a gente vai se virando como pode e fazendo o que dá! Até que chega um para fiscalizar e tranca tudo e, daí pára de vir verba, como já aconteceu!

S2 - Eu acho que a secretaria, assim como a gente, eles também passam por prioridades. Cientes eles estão. Esse ano eles inauguraram várias unidades novas. Mas, a gente acabou ficando de fora dessas prioridades, dessas reformas. (G1)

Com relação à gestão pública em saúde, o bom desempenho de políticas como a do PSF tende a ficar comprometido pela falta de priorização na alocação de recursos públicos. Segundo a própria política do PSF (BRASIL, 2006b), tais recursos deveriam ser investidos em questões fundamentais como financeiras e técnicas e em melhorias no campo da infra-estrutura e da qualificação permanente dos profissionais do PSF. A este respeito, o depoimento de um dos integrantes da ESF tem relação com a crítica apresentada por Boldstein (2002, p.410) de que: “[...] tal realidade freqüentemente serve para esconder a falta de eficiência e de compromisso com as demandas sociais”. Novamente emergem conseqüências, com foco na gestão pública de políticas, que conduzem ao favorecimento de situações de vulnerabilidade programática das puérperas.

S1 - Para mim é muito claro, é muita política e pouco planejamento. É assim que funciona! O PSF é muito usado na política, como uma bandeira mesmo! Só que ele é muito pouco planejado. Então, as coisas vão porque tem que ser, é o momento. Se a área física está boa, se a estrutura está adequada, se está tudo planejado e organizado como deve ser, não importa pra muitos desses políticos que a gente vê por aí! (G2)

Outra importante questão que agrega elementos para a vulnerabilidade programática das puérperas e que gera dificuldades para os profissionais do PSF é a grande fragmentação entre o setor primário, secundário e terciário da saúde, com repercussões no sistema de contra-referência, como indicou S1:

Quando a gente encaminha um paciente pra outro nível da rede e ele acaba sendo internado, o médico lá não te dá esse retorno. A gente fica sabendo pelos agentes de saúde. Mas, se não fosse eles, tu nem saberia disso! Isso também acontece quando tu faz um encaminhamento para um especialista [...]o cardiologista dá um monte de orientações, mas não escreve nada naquele encaminhamento da contra-referência. Daí quando o paciente chega pra ti e é como se ele não estivesse ido lá. Porque ele não sabe explicar nada do que aconteceu [...]. (G2)

Esse depoimento torna visível os problemas do sistema de referência e contra-referência entre o PSF e os demais serviços que compõem a rede de saúde

do município. Questões como esta também foram evidenciadas em outras pesquisas como a de Juliani e Ciampone (1999), sobre a organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do SUS. Nessa mesma direção o estudo de Shimizu et al. (2004) diagnosticou problemas referentes à “[...] dificuldade e falta de agilidade no encaminhamento de pacientes para realizar atendimento com especialistas”, os quais corroboram os achados da presente pesquisa. Estando as puérperas enfocadas aqui incluídas neste contexto público de atendimento em saúde, pode-se inferir que os problemas do SUS contribuem para a fragilização destas mulheres, uma vez que promovem situações de enfrentamento de dificuldades operacionais para o atendimento de suas necessidades, concorrendo para o incremento da sua vulnerabilidade programática.

Para os participantes das duas ESFs, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho resultantes, tanto de um incipiente processo de expansão da implantação das USFs, no município pesquisado, como da falta de compromisso da gestão pública com relação à sustentabilidade dessa política de atenção básica, houve avanços significativos que permitem vislumbrar expectativas positivas para o futuro, como ilustra o depoimento abaixo:

S1 - A gente está ainda num processo de transição. O PSF está aqui apenas há dois anos. E, a partir daí, a comunidade começa a entender melhor o PSF, aí, tu começa a ter tempo para traçar outras estratégias para discutir prevenção e promoção. (G2)

Para esses profissionais, a busca por uma proposta de trabalho que contribua para a construção de um conceito ampliado de saúde e dos pressupostos da promoção da saúde, é um desafio que não pode ser alcançado pela lógica que embasa o atual estado de coisas dessas ESFs.

As discussões nos grupos focais sugeriram que, para superar dissonâncias existentes entre as proposições de políticas como as do PSF e da Promoção da Saúde, no âmbito do SUS e para minimizar dificuldades que permeiam o cotidiano de trabalho dos profissionais que participaram da pesquisa, faz-se necessário construir uma proposta de trabalho pautada em princípios como o da multidisciplinariedade, da integralidade e da intersetorialidade no âmbito das práticas e serviços públicos de saúde, como demonstra o diálogo abaixo.

S2 - Uma coisa que falta na Secretaria de Saúde é a intersetorialidade. Porque sem isso, a rede básica não funciona. A gente vem tentando fazer ações nessa parte. Mas, nós não tivemos esse respaldo dos outros setores. Me parece que só quem fala em intersetorialidade é o pessoal da saúde. Porque quando tu vais pedir algo na assistência social ou na Secretaria de Obras [...] tu nunca consegue nada daquele pessoal!

Fernanda: Mas será que a intersetorialidade não faz parte da filosofia da atual gestão no município?

S2 - Teoricamente sim, mas de fato [...] apesar disso ter sido muito batido por eles, as outras secretarias não trabalham nessa política. Então, aí não adianta. A gente corre, busca. Mas, não consegue retorno nenhum! (G2)

As dificuldades relatadas pelos participantes da pesquisa para desenvolver seu trabalho no âmbito do PSF, configuram uma problemática que, além de interferir na produção do cuidado à saúde das mulheres no período puerperal, implica, ainda que de modo distinto, em âmbito individual ou macro, na potencialização dos níveis de vulnerabilidade já constituídos e/ou na produção de outras situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério.

A análise das informações conduziu à compreensão dos motivos pelos quais alguns dos profissionais ESFs pesquisadas, apesar de reconhecerem que o puerpério é um período capaz de vulnerabilizar a vida das mulheres, com demandas além de situações de cunho biológico, não conseguem, limitados por questões de ordem programática, planejar e implementar ações especificamente dirigidas ao atendimento das demandas puerperais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi conhecer e problematizar o entendimento de Equipes de Saúde da Família sobre a vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo Programa Saúde da Família em Santa Maria.

A partir desse propósito, foram estabelecidas as questões norteadoras, cuja compreensão conduziu à configuração de situações de vulnerabilidade das puérperas do PSF de Santa Maria, RS, na perspectiva dos membros de ESFs; ao conhecimento dos agentes potencializadores destas situações, no contexto em análise; à identificação das ações desenvolvidas, pelas ESFs envolvidas na pesquisa, para o enfrentamento e a superação das dificuldades caracterizadas como geradoras ou potencializadoras de situações de vulnerabilidade para as mulheres no período de puerpério.

A escolha por um caminho metodológico qualitativo exploratório-descritivo, mediante a técnica de grupos focais e análise de conteúdo, evidenciou-se como estratégia de pesquisa que possibilitou o compartilhamento de experiências, idéias e diferentes opiniões sobre um problema do cotidiano de trabalho dos profissionais das ESFs – a vulnerabilidade das mulheres no período puerperal.

A dinâmica adotada nos procedimentos investigativos e a conseqüente análise dos resultados permitiram tecer considerações que têm a pretensão, não de esgotar-se no escopo desta dissertação, mas de instigar outras investigações capazes de produzir conhecimentos que sejam úteis na proposição de estratégias para a minimização das circunstâncias que vulnerabilizam as puérperas, em particular as que são usuárias do PSF.

Ao longo do processo de pesquisa, o puerpério foi entendido como uma experiência de vida complexa e produtora de vulnerabilidades e que, apesar de as mulheres vivenciarem uma condição especial do seu processo de saúde, elas não estão doentes. A análise dos dados reforça a idéia de que a complexidade do puerpério é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, sócio-culturais, econômicos e por questões de gênero. Todos estes aspectos, individualmente ou sobrepostos, implicam em diferentes situações de vulnerabilidade para as mulheres que

vivenciam este período e precisam ser considerados pelas ESF no cotidiano do seu trabalho.

Em linhas gerais, o atendimento às puérperas pelos profissionais do PSF, caracteriza-se por ser eminentemente técnico e por manter um caráter fragmentário das ações de saúde. Na medida em que esses profissionais priorizam certas demandas de saúde das mulheres, sem considerar situações específicas da vulnerabilidade na fase do puerpério, produz-se uma simplificação e, conseqüente desvalorização de demandas que se localizem fora do âmbito biológico.

A tendência à naturalização de possíveis problemas vividos pelas mulheres no período puerperal sugere que o puerpério esteja sendo considerado, no âmbito do trabalho realizado pelas ESF, como de menor importância, não do ponto de vista das diretrizes do PSF, mas como de menor complexidade e relevância do ponto de vista do saber médico.

Apesar de a política do PSF estar embasada nos pressupostos da promoção da saúde, no contexto da pesquisa, as ações desenvolvidas pela ESF ainda estão orientadas pela lógica da racionalidade biomédica de intervenção.

O foco individualista que embasa o entendimento dos profissionais das ESF sobre a vulnerabilidade das puérperas e que coloca ênfase na responsabilização individual pelo cuidado de si é embasado no pressuposto de que os problemas de saúde destas puérperas podem ser prevenidos e/ou solucionados a partir de decisões informadas e do empenho pessoal dessas mulheres. Este entendimento, simplista e reducionista, reproduz e reforça a idéia amplamente veiculada na sociedade de que os indivíduos não se cuidam porque não querem. No caso específico do puerpério, isto acaba circunscrevendo a vulnerabilidade das puérperas ao seu modo de viver a vida, desconsiderando toda a gama de elementos contextuais que repercutem nesta vulnerabilidade.

As discussões geradas nos grupos focais nem sempre foram consensuais, revelando conflitos, posicionamentos contraditórios e abordagens distintas entre os integrantes das ESFs, com predominância e valorização de aspectos essencialmente individuais e de origem biológica. Percebeu-se, no entanto, que à medida em que o processo de pesquisa se desenvolvia, isto incentivava os participantes a aprofundar suas reflexões e problematizar as questões relativas à vivência das mulheres no puerpério. Neste sentido, o compartilhamento de opiniões, vivências e percepções, favoreceu o aprofundamento da análise pessoal de muitos

desses profissionais, sobre a problemática do puerpério. Dessas interações grupais, aos poucos, outros elementos foram sendo agregados à discussão e reconhecidos individual e/ou coletivamente como processos geradores e/ou potencializadores de situações de vulnerabilidade para as mulheres no período pós-parto, possibilitando a ampliação da visão pessoal sobre elementos implicados nessa vulnerabilidade.

Para as ESFs, aspectos geracionais, multiparidade, questões de gênero, desigualdades sociais, aspectos emocionais, mudanças na dinâmica e no relacionamento familiar, sobrecarga decorrente das demandas da maternidade, ausência de rede de apoio e de suporte social foram elementos reconhecidos como produtores e potencializadores da vulnerabilidade das puérperas usuárias dos serviços nos quais atuam.

Ao longo da investigação, os profissionais apontaram algumas justificativas para os limites de suas ações, as quais dizem respeito a problemas estruturais e organizacionais, ou seja, de ordem programática. Nesta perspectiva, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a ênfase das ações na saúde da mulher-mãe e na saúde do filho foram elementos reconhecidos pelos profissionais do PSF como limitantes do seu trabalho, influenciando negativamente a produção do cuidado às puérperas.

O puerpério parece não estar na ordem do dia para os profissionais do PSF. A pouca visibilidade do puerpério para suas equipes foi evidenciada pela ausência de ações específicas para atender às demandas de saúde das puérperas. Entretanto, na medida em que essas equipes priorizarem suas ações para o atendimento das demandas desta clientela, outras áreas de atenção podem ficar a descoberto. Nesse sentido, a análise dos dados sugere que atender às exigências da política do PSF, na perspectiva da integralidade do cuidado, do acesso universal e da promoção da saúde, em detrimento de um contexto marcado por uma demanda reprimida de pessoas doentes, com necessidades urgentes de atendimento clínico, se configura como um problema para esses profissionais.

Quanto à relevância das condições estruturais para a definição da vulnerabilidade destas puérperas e sobre os limites das ações dos PSFs na minimização desta situação, podem-se apontar como possíveis, os seguintes entendimentos apreendidos dos profissionais das ESFs pesquisadas: não vêem qual a intervenção a ser feita; não se sentem habilitados; acham que não têm tempo para atender como deveriam, por ser este um problema complexo; não o reconhecem

como um problema de saúde, motivo pelo qual a apreensão da noção de integralidade no trabalho desses profissionais ainda não saiu do discurso, tendo em vista a falta de condições de por em prática esse princípio.

As dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde, além de se constituírem em interferentes na produção do cuidado à saúde das mulheres no período puerperal, implicam, ainda que de modo individual ou coletivo, na potencialização dos níveis de vulnerabilidade já constituídas e/ou na produção de outras situações de vulnerabilidade para as mulheres no puerpério.

O atendimento e a minimização dessa vulnerabilidade parece estar na dependência de esforços pessoais mediante a conscientização e/ou sensibilização dos profissionais do PSF, ou às próprias puérperas, na medida em que estas sejam capazes de reconhecer suas necessidades e de reivindicar dos serviços de saúde o atendimento das mesmas.

Além da produção de conhecimento sobre o fenômeno estudado, a pesquisa foi importante, na medida em que proporcionou aos profissionais de saúde participantes do processo, a reflexão sobre a importância dos papéis de gênero na produção e potencialização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério. No processo de pesquisa os participantes tiveram oportunidade de reconhecer que situações tidas anteriormente como naturais, tais como a de que a gravidez se constitui, inquestionavelmente, num problema para mulheres adolescentes ou que engravidar novamente nesta fase é indicação de irresponsabilidade, não são, na verdade problemas *per se*, mas situações que se tornam problemáticas em função uma cultura de gênero, que é socialmente aceita e que produz e reforça as desigualdades entre homens e mulheres, repercutindo em condições desfavoráveis à saúde das puérperas.

No caso dessas ESF, o foco de suas ações se encontra voltado para a promoção e desenvolvimento do papel materno; no fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho; no início precoce do aleitamento materno exclusivo e demais cuidados com a saúde do bebê, desconsiderando a natureza multidimensional dos possíveis fatores que podem estar contribuindo e, que se desdobram em outras situações de vulnerabilidade para as mulheres no período puerperal.

Este estudo traz importantes contribuições para o trabalho dos profissionais de saúde que atuam no PSF, no sentido de indicar não só as circunstâncias e os fatores implicados na produção da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, como

também de apontar os limites programáticos enfrentados no cotidiano de trabalho da ESF. Estas reflexões pretendem promover transformações nas práticas de saúde, de modo que as ações do PSF transcendam o campo da prevenção de doenças e se configurem como estratégias para a minimização dessa vulnerabilidade, superando a fragmentação da produção do cuidado e a não aplicação dos princípios da integralidade. Além de indicar rumos para a promoção da saúde das mulheres no puerpério, se evidencia a necessidade da ampliação de espaços de discussão de problemas que fazem parte do cotidiano dos profissionais e das práticas de cuidado no interior dos serviços, como forma de exercício reflexivo inspirado por esta pesquisa. Da mesma forma, inspirar a construção de uma proposta de trabalho pautada em princípios como o da multidisciplinariedade, da integralidade e da intersetorialidade no âmbito das práticas e serviços públicos de saúde, para que as ações da ESF sejam mais resolutivas e eqüânimes.

Considera-se que seria de fundamental importância, para a minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, seguir uma das principais diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, que é a promoção da saúde. Neste sentido, a pesquisa ressaltou a urgência de se estabelecer nexos entre os pressupostos da promoção da saúde e as práticas de cuidado, implementadas no âmbito do PSF, além de mobilizar novas inquietações.

A abordagem de questões relativas às situações de vulnerabilidade das mulheres no puerpério possibilitou aos profissionais do PSF, mesmo que de modo parcial, incluir importantes dimensões na sua rede de causalidades, as quais são interdependentes e inter-relacionais entre os planos individual, social e programático. Isto sinaliza para a necessidade de que outras dimensões sejam incorporadas às práticas de cuidado à saúde, de modo a superar limites e diminuir distâncias, quando se tem por meta a promoção da saúde das mulheres no puerpério.

A pesquisa promoveu, também, entre os participantes, o entendimento de que é preciso reconhecer que nem todas as mulheres estão sujeitas a vivências, necessidades e problemas de saúde, do mesmo modo, o que requer a apreensão de suas demandas em sua expressão singular. Desse modo, tanto as diferenças, como as especificidades das mulheres, devem ser consideradas no planejamento de intervenções de saúde, uma vez que as circunstâncias de vida imprimem diferentes situações de vulnerabilidades, com distintas repercussões nos processos de saúde e não-saúde.

Não se pode afirmar que tal entendimento será incorporado no planejamento de ações mais específicas, voltadas para a construção de projetos de intervenção nas situações que vulnerabilizam as puérperas, auxiliando-as a vivenciar suas experiências cotidianas e a construir seus projetos de vida e de felicidade.

A intencionalidade de articular o referencial da vulnerabilidade com a problematização das situações e circunstâncias que envolvem a vivência das puérperas nesse estudo possibilitou aos profissionais do PSF compreender os processos de saúde das mulheres no puerpério para além de suas capacidades reprodutivas, e, em certa medida, considerar que, aspectos emocionais, sociais, econômicos e culturais também são produtores de “saúde” e “não-saúde” Desse modo, acredita-se que a incorporação da perspectiva da vulnerabilidade no campo da saúde das mulheres no puerpério constitui-se numa importante estratégia para a reorientação dos modelos de produção do cuidado a puérperas, ampliando a compreensão dos aspectos referentes aos processos de adoecimento dessas mulheres.

Reafirma-se que o presente estudo não se esgota aqui, na medida em que seus resultados apontam para uma lacuna a ser preenchida, quando se trata de disponibilizar ações e serviços que atendam mais amplamente às necessidades de saúde das mulheres no período puerperal. Para tanto, salienta-se a importância do aprimoramento desse campo de investigação, além da inserção de referenciais, como os de gênero e da vulnerabilidade, de modo mais contundente, nos cursos de graduação na área da saúde, de forma a equacionar as articulações entre o biológico e o social.

Evidencia-se a necessidade de se produzir novos estudos que se proponham a aprofundar as questões abordadas nessa pesquisa. Por considerar que não há verdades universais, absolutas e permanentes, espera-se contribuir para que outras investigações venham somar-se a esta na busca de novas respostas para problemas para os quais o tradicional enfoque biomédico sequer é capaz de perceber, numa dinâmica geradora e promotora da saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M; PINHEIRO, L. C. Violência e Vulnerabilidade Social. *In*: FRAERMAN, A. **Inclusión social y desarrollo**: presenty futuro de la comunidad Ibero Americana. Madri: Comunica, 2003.

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

AGUIAR, J. M; BARBOSA, R. H. S. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2115-23, 2006.

ALMEIDA, M. S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal**: uma análise das necessidades como subsídio para a construção de indicadores de gênero. 2005. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 2005. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor!** Atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu, 1998.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.S465-S469, Supl. 2, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativa e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface-Comuni, Saúde, Educa**, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-39.

BANDEIRA, L. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres**: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília, 2005.

BARBOUR, R. S; KITIZINGER, J. **Developing focus group research**: politics, theory and practice. London: Sage Publications, 1999.

BASTOS, I. F.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p.65-76, Supl.1, 2000.

BOCARDI, M. I. B. **Gravidez na adolescência**: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo: Arte 7 Ciências, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-12, 2002.

BONILHA, A. L. de. L. **Criança miúda**: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Ed., 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no parto e puerpério**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.1, jan/mar, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004 a.

_____. Presidência da República. **Contribuição especial de políticas para as mulheres para as Conferências Estaduais**. Brasília, DF, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004 c.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2004d. 104p. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres>>. Acesso em: 25 ago. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Avançar na transversalidade de perspectiva de gênero nas políticas públicas.** Brasília, DF: CEPAL, SPM, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Série A, Série Direitos Sexuais e Reprodutivos – Caderno nº5.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a

_____. **Portaria GM nº 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica: estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislação/portaria_648_28_03_2006.pdf>; Acesso em: 18 set. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.195-204, jan-mar./2000.

BURROUGHS, A. **Uma introdução a enfermagem materna.** 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CABRAL, C. S. Gravidez na adolescência e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.2, 2002.

CALAZANS, G. J; *et al.*; O conceito da vulnerabilidade. In: Padoin, S. M. de M. (Org.). **Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia.** Santa Maria: UFSM, 2006.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A.; Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família. **Revista Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.271-9, 2007.

CARDOSO, C. de P. O adolescer com Aids: Implicações para o Cuidado à Saúde. In: PADOIN, S.M. de M.; CARDOSO, C. de P.; SCHAURICH, D. **Aids: o que ainda há para ser dito?** Santa Maria: Ed: UFSM, 2007.

CARLINI-COTRIN, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.3, p.285-93, 1996.

CARRARO, T. E. A mulher no período puerperal: uma visão possível. **Revista Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, jan-abr.1997.

CARVALHO, M. L. O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.788-94, out. 2005.

CENTA, M. L.; OBERHOFER, P, R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.4, n.1, p.16-22, 2002.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A **Metodologia científica**. São Paulo: MakronBook, 1996.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença ente prevenção e promoção. *In:* CZERESNIA, D. O. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

CORRÊA, L. L. *et al.* Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil: um estudo de 2.600 famílias no Estado do Ceará **Cadernos da Escola de Saúde Pública**. v.1, n.1, Jul-dez, 2006.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev.Bras.Ginecol. Obstet.** v.27, n.4, p.181-8, 2005.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

_____. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.21, n.3, p.84-91, 2003.

DALL'AGNOLL, C. M; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

DESSER, N. A. M. **Adolescência: sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

DIAS, A. B; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.144-8, jul. 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 627–637, 2005.

DURO, C.L.M. **Maternidade e cuidado infantil: concepções presentes no contexto de um programa de saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de

Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ESPÍRITO SANTO, L. C. **O desejado e o vivido pelo pai durante o processo de parto e nascimento de seu bebê.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

ESTEVES, J. R.; MENANDRO, P. R. M. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.3, p.363-70, 2005.

FOLLE, E.; GEIB, L. M. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, 2004.

FONSECA, L. M. M; SOCCHI, C. G. S; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.166-71, mar/abr. 2002.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e Gênero na Compreensão do Processo Saúde-Doença da Mulher Brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.5, n.1, 1997.

_____. Saúde Pública, saúde coletiva e saúde da mulher: reflexões para a prática generificada em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, abr/out. 2000.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos:** como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FRACOLLI, L. A.; FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.38, n.2, 2004.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.103-12, Supl., 2002.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. 2005.

GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski, Z.; Bryant, J. H., ed. **Poverty, vulnerability and the value of human rights: A global agenda for bioethics.** Genebra: Council for International Organizations of Medicine Science, (CIONS), 1995.

HARTZ, Z. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema

sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Supl.2, p.S331-S336, 2004.

HEILBORN, M. L.; Gravidez na adolescência: interfaces entre gênero, sexualidade e reprodução. In: UZIEL, A. P; RIOS, L. F; PARKER, R.G. (Org). **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro: Pallas, 2004.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, a.8, n.17, 2002.

HERRERA, C; CAMPEIRO, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA. **Salud Pública de México**, v.44, n.6, nov/dic. 2002.

HOGA, L. A. K. As práticas anticoncepcionais no cotidiano de uma comunidade. In: MERIGUI, M. A. B. ; PRAÇA, N. S. (Org.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.47-57.

JULIANI, M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do Sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.33, n.4, p.323-3, 1999.

KLEIN, CAREN. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13(1): 31-52, jan-abr, 2005.

KRUEGER, R. A; CASEY, M. A. **Focus groups**. 3.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

LOURO, G. L. **Gênero Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LOWDERMILK, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto alegre: Artmed, 2002.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C. S de. MADEIRA, A. M. F.; Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.37, n.1, 2003.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; BASTOS, C. C. B. C. Corporiedade da mulher no pós-parto. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.27, n.3, p.408-16, 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez parto e puerpério**. 16.ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANDÚ, E.N.T.; SANTOS, N.C.H dos. CORRÊA, A.C.P. Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: MANDÚ, E.N.T.; (Org). **Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho de Enfermeiros(as) em atenção básica**. Cuiabá: EDUFMT, 2006.

MARQUES, P. F.; FERREIRA, S. L. Práticas de saúde da mulher no domicílio e reprodução de desigualdades de gênero. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.17, n.3, p.11-22, 2002.

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

MATUMOTO, S. *et al.*; Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.9-24, set2004/fev 2005.

MEDARADO, B.; LYRA, J. A adolescência “desprevenida” e a apaternidade na adoescência: uma abordagem geracional e de gênero. *In*: MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

MELO, Fernanda dos Reis. **Gravidez adolescente e vulnerabilidade social nas grandes metrópoles**: o caso das comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia. 2001. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

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

MEYER, D. E. Saúde da mulher: indagações sobre a produção dos gêneros. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n.3, p.113-9, 1999.

_____. Saúde da mulher: indagações sobre a produção. *In*: **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.32, n.2, jul/dez. 2000.

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

_____. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.1, p.13-8, jan./fev. 2004.

MEYER, D. E. *et al.*, “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-42, jun, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORAES, I.G.S. *et. al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. 2.ed. London: Sage, 1997.
 MOTA, Z. M. de F. et. al. Encontro de pais, bebês e profissionais de saúde: oportunidade para a mulher e a família narrarem o vivido durante o processo de nascimento. **Enfermaria Global**, v.9, 2006.

OLIVEIRA, D. L. L. C de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risk sex – What implications for health promotion?** London, 2001a. 237 f. Thesis (Phd) - Institute of Education, University of London, 2001.

_____. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.423-31, maio/jun. 2005.

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

_____; MEYER, D. Gênero e saúde das mulheres. *In*: OLIVEIRA, D. L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: EDUFRGS, 2005. p.9-30.

PANTOJA, A. L. N.; “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Supl. 2, p.S335-S343, 2003.

PARKER, R.; CAMARGO Jr. K. R. de.; Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, Supl.1, 2000.

PEREIRA, G. S. Amamentação e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.11, n.2, p.360, jul/dez. 2003.

PEREIRA, M. J. B. *et al.*, Colectando datos em grupo – el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermeira**, Brasília, v.2, n.1, p.27-34, jun. 2004.

PINHEIRO, R. **Práticas de saúde e integralidade**: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**, Brasília, 2002.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRATES, C. de S.; **Autonomia nas experiências de anticoncepção de mulheres pobres múltiparas atendidas em uma unidade básica de saúde de Canoas, RS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIESCO, M. L. G.; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.685-98, 2002.

SANDRONI, P. **Novíssimo dicionário de economia**. 11.ed. Porto Alegre: Best Seller, 2002. 476 p.

SANTOS, L. C. E.; SANTOS, F. S.; MORETTO, V. L. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. In: OLIVEIRA, D. L. L. C de.; MEYER, D. Gênero e saúde das mulheres. *In: OLIVEIRA, D. L. (Org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: EDUFRGS, 2005. p.9-30.

SCHRAIBER, L. B.; Eqüidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: Programas Saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

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

SCOTT, R. P. Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.5, n.8, p.61-72, 2001.

SCOTT, R. P.; QUADROS, M.; LONGHI, M. Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reprodutiva. **Revista Brasileira de estudos Populacionais**. V.19, n.2. jul/dez, 2002.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife 4 (3): 269:279, jul/set, 2004.

_____; CECATTI, J.G.; LAGO, T.D.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5): 1281:1289, set-out, 2004.

SHIMIZU, H. E. et al. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.5, p.713-20, 2004.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface, Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.75-96, 2002.

SOARES, A. V. N. S.; SILVA, I. A. Representações de puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.37, n.2, p.72-80, 2003.

SOUZA, J. F de. **Governando mulheres e crianças: jardins de infância em Porto Alegre na primeira metade do século XX**. 2000. Tese (Doutorado)- Faculdade de Educação, UFRGS, 2000.

SOUZA, K. V.; TYRRELL, M. A. R. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p.47-54, 2007.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Ribeirão Preto, 2005.

STETSON, B.; Mudanças fisiológicas no Puerpério. In: LOWDERMILK, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto alegre: Artmed, 2002.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e de cuidado. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.199 - 206, 2006

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003. p.151-96.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde**: Programas Saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A

Agenda dos Grupos Focais

Título da Pesquisa	
Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS	
Aluna Pesquisadora	Fone para contato:
Fernanda Beheregaray Cabral	(55) 99978181
Profª Orientadora responsável pela pesquisa	
Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira	

Primeiro Encontro	
Atividade	Duração (minutos)
1) Apresentação da pesquisadora e dos componentes do grupo, apresentando o objetivo do estudo	20
2) Negociação das regras do contrato e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido	20
3) Questões focais De modo geral, como vocês percebem o atendimento prestado à saúde de mulheres no âmbito do SUS? Especificamente com relação ao PSF, como vocês percebem o atendimento prestado à saúde de mulheres nesta comunidade? Há diferenças? Quais? Por quê? As experiências de vida e de saúde das mulheres desta comunidade são iguais para todas? Há diferenças? Quais?	50

Segundo Encontro	
Atividade	Duração (minutos)
1) Relembrando as regras	10
2) Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	10
3) Questões focais Considerando os contextos de vida e de saúde das mulheres atendidas pelo PSF, e pensando especificamente no tipo de vida destas mulheres, que experiências elas têm? Como elas vivem? Em que medida estas experiências influenciam a saúde destas mulheres? Como? Por quê? Que aspectos da vida destas mulheres podem ser influenciados pelo	50

<p>puerpério? (relação com o companheiro, família e rede apoio, número de filhos, auto-imagem, exercício da sexualidade, lazer e convívio social, estudo, trabalho, acesso a creches, acesso a serviços de saúde, relações com profissionais de saúde)</p> <p>Considerando o que foi dito até o momento, há mudanças na vida destas mulheres no puerpério?</p> <p>Como estas mudanças repercutem na vida e na saúde destas mulheres?</p> <p>Há diferenças para estas puérperas se são adultas ou adolescentes?</p> <p>Quais? Por quê?</p>	
---	--

Terceiro Encontro	
Atividade	Duração (minutos)
1) Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	10
2) Questões focais Em que momento do ciclo gravídico-puerperal a temática puerpério é abordada pela ESF com as mulheres atendidas pelo PSF? Como se dá esta abordagem? Por quê? Que informações/orientações sobre o puerpério a ESF transmite a estas mulheres? Mulheres no puerpério estão expostas a agravos a sua saúde? Quais? Por quê? Com relação ao puerpério, quais são suas dúvidas, queixas, dificuldades, problemas de saúde? Quais as necessidades específicas de mulheres no puerpério? Por quê? Estas necessidades são as mesmas para as puérperas adolescentes? Há diferenças? Quais? Por quê? Considerando o que foi dito, em que medida a ESF atende a estas necessidades? Que outras ações poderiam ser feitas para atender as demandas destas mulheres? E com relação às puérperas que não buscam a USF, qual o procedimento da ESF para com as mesmas? Por quê?	50

Quarto Encontro	
Atividade	Duração (minutos)
1) Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	10
2) Questões focais Que aspectos influenciam o trabalho da ESF com mulheres no puerpério? Há diferença no atendimento prestado às mulheres no puerpério quando o profissional de saúde é do sexo feminino? Por quê? Considerando que o profissional de saúde seja do sexo masculino, isto influencia no atendimento prestado às mulheres no puerpério? Como?	50

Por quê? Em que medida questões de gênero influenciam o trabalho da ESF com mulheres no puerpério? Por quê?	
--	--

Quinto Encontro	
Atividade	Duração (minutos)
1) Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	10
2) Questões focais Pensando no que foi dito até agora, como vocês gostariam que às mulheres no puerpério fossem atendidas pelo PSF? Por quê? Que ações são necessárias para que esta realidade se concretize no âmbito do PSF? Qual seria o papel de cada um e de todos os membros da ESF neste processo de aproximação entre o atendimento considerado como ideal às mulheres no puerpério e o prestado por esta ESF?	50
3) Impressões sobre a participação no grupo focal	20

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa

Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS

Aluna Pesquisadora

Fernanda Beheregaray Cabral

Fone para contato:

(55) 99978181

Profª Orientadora responsável pela pesquisa

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Eu....., livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, declaro que aceito participar da pesquisa: Gênero e vulnerabilidade de puérperas: o olhar de equipes da Saúde da Família em Santa Maria/RS, que tem como objetivo: **‘Conhecer e problematizar o entendimento de ESFs sobre a vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo PSF, em Santa Maria, RS’.**

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer e problematizar os diferentes olhares, experiências, conceitos e pontos de vista de membros de Equipes de Saúde da Família acerca da problemática em estudo, mobilizando a consciência crítico-reflexiva dos participantes, assim como o pensar coletivamente.

Os dados serão coletados pela técnica de grupo focal, no qual aceitei participar livremente. Depois de coletados e organizados, os dados serão analisados e, após conclusão do relatório da pesquisa, os mesmos serão divulgados e publicados, ficando a pesquisadora comprometida em apresentá-los aos participantes do estudo. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste estudo, pois recebi esclarecimentos sobre seus objetivos, justificativa e procedimentos do estudo a que serei submetido (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e/ou coerção. Estou igualmente ciente:

- 1) da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa;
- 2) da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto implique em nenhum tipo de prejuízo;
- 3) da segurança de que não serei identificada (o) e que se manterá o caráter confidencial das informações referentes a minha identidade e da ausência de custos pessoais;
- 4) ter assegurado as recomendações da Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos;

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Santa Maria, _____ de _____ de 2007.

ANEXO

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 708 de 19/05/92 - D.O.U. de 21/05/92
Mantida pela Fundação Regional Integrada – FuRI - Campus Santiago
Av. Batista Bonotto Sobrinho s/nº – Santiago RS

Santiago, 08 de novembro 2006

PARECER

Projeto: **GÊNERO E VULNERABILIDADE DE PUÉRPERAS: O OLHAR DE EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA MARIA/RS.**

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Projeto submetido a exame de qualificação para o Curso de Mestrado em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dr^a Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

O presente projeto tem por objetivo "conhecer e problematizar o entendimento de Equipes de Saúde da Família sobre a relação entre gênero e vulnerabilidade de puérperas atendidas pelo Programa Saúde da Família em Santa Maria".

Relatório: O projeto atende as especificações do CEP, com clareza suficiente, fundamentação lógica e ética e adequado às normas. O tema da pesquisa é relevante, sua justificativa e metodologia atendem os requisitos do Comitê. O referencial teórico é atualizado e pertinente ao tema abordado. Houve preocupação do pesquisador em manter a integridade dos sujeitos da pesquisa. Por fim, este comitê resolve recomendar o referido projeto para que seja implementado.

Atenciosamente,

Olívio Bochi Bruhn
Coordenador do CEP
URI – Campus Santiago