

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

Mariely Carmelina Bernardi

**PODER VITAL DE PUÉRPERAS NO DOMICÍLIO:  
A ENFERMEIRA UTILIZANDO O MODELO DE CUIDADO  
DE CARRARO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro.  
Linha de Pesquisa: O Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Florianópolis  
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

B523p Bernardi, Mariely Carmelina

Poder vital de puérperas no domicílio [dissertação] :  
a enfermeira utilizando o modelo de cuidado de Carraro /  
Mariely Carmelina Bernardi ; orientadora, Telma Elisa Carraro.  
- Florianópolis, SC, 2011.  
153 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermeiros. 3. Cuidados de enfermagem  
- Planejamento. 4. Puerpério. I. Carraro, Telma Elisa.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina - Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

Mariely Carmelina Bernardi

**PODER VITAL DE PUÉRPERAS NO DOMICÍLIO:  
A ENFERMEIRA UTILIZANDO O MODELO DE CUIDADO  
DE CARRARO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 05 de outubro de 2011.

---

Profa. Dra. Flávia Regina de Souza Ramos  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Dra. Telma Elisa Carraro  
Presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dra. Dra. Vera Radünz  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
Universidade Federal de Santa Catarina



À base de minha vida:  
minha **MÃE** Adélia,  
meu **PAI** José Neri  
e meu **IRMÃO** Marlonn José Bernardi.



## AGRADECIMENTOS

À Deus, por TUDO!

À minha FAMÍLIA! Meus pais, José e Adélia, e ao meu irmão Marlonn, que tanto me incentivaram e acreditaram em mim. Obrigada por todo amor, carinho, atenção, compreensão, paciência e apoio. Amo muito vocês!

Ao meu namorado Rafael Fornari e sua família, por acreditarem que seria possível, pela confiança, compreensão e incentivos dispensados, mesmo a distância. Amo vocês!

À minha orientadora Dra. Telma Elisa Carraro, sobretudo por ter acreditado no meu potencial. Muito obrigada por ter fomentado positivamente meu Poder Vital neste período, por meio do cuidado, conforto, compreensão e diversos ensinamentos.

À Universidade Federal de Santa Catarina e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade concedida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento dos meus estudos, por meio da concessão da bolsa de mestrado.

À banca de qualificação, pelas contribuições nas adequações e aperfeiçoamento do projeto de pesquisa.

À banca de sustentação de dissertação, por aceitarem participar da avaliação deste trabalho que possui um significado imenso para minha formação.

Ao grupo de pesquisa Cuidando & Confortando por terem me acolhido e proporcionado momentos inesquecíveis. Especialmente à Dra. Vera Radünz, Dda. Luciara Fabiane Sebold, Dda. Ariane Thaise Frello, Dda. Silvana Kempfer, Ms. Daysi Jung da Silva Ramos e Mda. Monique Marinho.

Aos professores das disciplinas realizadas, pelo conhecimento compartilhado. Vocês foram fundamentais neste processo de formação.

Aos colegas da turma de mestrado de 2010, pelos momentos de estudos, teatros, elaboração de manuscritos, encontros e desabafos. Especialmente às minhas amigas Aline Pestana, Débora Poletto e Bruna Canever, companheiras de percurso que sempre estiveram do meu lado quando eu mais precisava.

À Claudia Crespi Garcia, que me auxiliou no decorrer do mestrado com dedicação e competência.

Aos funcionários da saúde do município de Corbélia – Paraná, que me auxiliaram durante o desenvolvimento da coleta de dados.

Às puérperas e suas famílias, por aceitarem fazer parte deste estudo e pelo acolhimento em seus domicílios.

Aos meus familiares e amigos, que estiveram sempre me apoiando.

E à todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu conseguisse vencer este desafio. MUITÍSSIMO OBRIGADA!!!



BERNARDI, Mariely Carmelina. **Poder vital de puérperas no domicílio**: a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro. 2011. 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Telma Elisa Carraro

## RESUMO

O puerpério pode ser visto como um período de repletas transformações físicas e emocionais, capazes de tornar a mulher mais forte ou vulnerável, feliz ou triste, amparada ou solitária, enfim, é um período caracterizado pela necessidade de cuidado da família, amigos e profissionais da saúde. Neste sentido, o presente estudo de natureza qualitativa e caracterizado como pesquisa convergente-assistencial (PCA), teve como objetivos: identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC); e, apontar trajetórias para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, na perspectiva do MCC. Quatro mulheres que residiam no município de Corbélia – Paraná – Brasil e que estavam vivenciando o puerpério, foram convidadas e aceitaram participar do estudo. A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2011, utilizando-se do MCC, por meio de visitas domiciliares (VD) tanto no puerpério imediato quanto no tardio. Este modelo proporcionou suporte para a coleta de dados através do cuidado de enfermagem, da entrevista semiestruturada e da observação participante, que ocorreram concomitantemente. A análise deu-se pela quinta etapa do MCC e na interpretação dos dados foram desenvolvidos os processos de síntese, teorização e transferência, propostos pela PCA. No decorrer das VD, as manifestações das variáveis que interferem no Poder Vital do ser humano foram diversas, oscilando entre a neutralidade, a negatividade e a positividade frente aos cuidados realizados, orientados e discutidos. Com a identificação destas manifestações, acredita-se que a enfermeira possa planejar, atuar e avaliar o cuidado, influenciando positivamente no Poder Vital da puérpera. Devido sua complexidade, o Poder Vital incita reflexão, exige

sensibilidade para ser percebido, sabedoria para ser compreendido e conhecimento para ser trabalhado durante as interações estabelecidas, tornando-se assim, um desafio e um objeto de estudo instigante para novas pesquisas. Quanto à proposta de apontar trajetos para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, na perspectiva do MCC, evidenciou-se a relevância da aplicabilidade deste, que, por meio de suas etapas, indica ao enfermeiro: conhecer, deixar-se conhecer, reconhecer a situação vivenciada, desenhar o trajeto e selecionar estratégias, seguir e agir, além de acompanhar a trajetória do cuidado prestado. Diante disso, emergiram estratégias de cuidado que direcionam a um cuidar único à um ser humano que também é único, visto que, não é possível cuidar de todas as puérperas da mesma maneira. É preciso haver cautela, flexibilidade, demonstrar interesse, agir de maneira reflexiva junto à mulher, para que o exercer da enfermagem ocorra de modo que sua ciência e arte sejam valorizadas. Quanto ao domicílio como ambiente de cuidado, este foi visto pela puérpera como adequado e confortável para o cuidado de enfermagem, enquanto que pela pesquisadora-cuidadora, como local possível e único, que possibilita desvelar a individualidade de cada puérpera e fortalecer o seu Poder Vital. Assim sendo, com a aplicação do MCC voltado à puérpera no domicílio, por meio da PCA, emergiu uma estratégia desafiadora, que oferece respaldo para o desenvolvimento de um cuidado sistematizado, particular e acima de tudo humanizado.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Período pós-parto. Visita Domiciliar.

BERNARDI, Mariely Carmelina. **Vital power of mothers at home: the nurse using the Carraro Care Model.** 2011. 153p. Dissertation (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Supervisor: Telma Elisa Carraro, PhD

## ABSTRACT

The puerperium can be seen as a period full of physical and emotional transformations, able to make a woman stronger or more vulnerable, happy or sad, involved with support or solitary. In short, it is a period characterized by the necessity to care from one's family, friends, and health care professionals. In this sense, the present qualitative and convergent-care (PCA) study has two objectives: to identify how the variables which may interfere in the Vital Power of post-partum mothers at home during immediate and later post-partum stages behave during care given by a home-care nurse, using the Carraro Care Model (*Cuidado de Carraro* – MCC); and to point out trajectories for nursing home-care for women during immediate and later post-partum periods, given the perspective of the MCC. Four women who reside in the county of Corbélia, Paraná, Brazil who were going through their puerperium were invited and accepted to participate in this study. Data was collected from April to June of 2011, using the MCC through domiciliary visits (VD) both in immediate and later post-partum periods. This model provided support for data collection through nursing care, semi-structured interviews, and participant observation, all occurring concomitantly. The data was analyzed through the fifth stage of the MCC and interpreted, thus developing the processes of synthesis, theoretization, and transference, as proposed by the PCA. In the course of the VD, the manifestations of the variables which interfere in the Vital Power of the human being were diverse, oscillating between neutrality, negativity, and positivity when facing the cared given, oriented, and discussed. Upon identifying these manifestations, one believes that the nurse can thus plan, enact, and evaluate the care at hand, positively influencing the mother of a newborn's Vital Power. Due to its complexity, Vital Power incites reflection, demands sensitivity in order to be perceived, wisdom to be comprehended, and knowledge to

be dealt with during the established interactions. Thus it becomes a challenge and an instigating object of study for new research. Considering the proposal of pointing out trajectories for nursing to better provide home-care for women during their immediate and later post-partum realities, the MCC perspective evidenced the relevance of its applicability. Through its stages, it indicates that the nurse: get to know; allow themselves to be known; recognize the situation being lived; outline the trajectory and select strategies; follow through and act; as well as accompany the trajectory of the care given. Given this, care strategies emerged which direct towards single care for human beings which are also singular, given that it is not possible to provide the same care for all post-partum mothers in the same manner. It is necessary to be cautious, flexible, to demonstrate interest, and act in a reflective manner towards the woman so that the exercise of nursing care occurs such that its science and art are valued. As to the domicile as the location of the care delivered, it was seen by the post-partum women in this study to be adequate and comfortable for the nursing care at hand, while the researcher-caregiver saw it as the only possible location which makes it possible to unveil the individuality of each post-partum mother and strengthen her Vital Power. Thus, through the application of the MCC geared towards post-partum mothers receiving homecare through the PCA, a challenging strategy has emerged, offering support for the development of systematized, private, and above all humanized care.

**Keywords:** Nursing. Nursing Care. Postpartum Period. Home Visit.

**BERNARDI, Mariely Carmelina. Poder vital de puérperas en domicilio:** la enfermera utilizando el Modelo de Cuidado de Carraro. 2011. 153p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro

### **RESUMEN**

Se puede ver el puerperio como un periodo de diversas transformaciones físicas y emocionales, capaces de transformar la mujer más fuerte o vulnerable, feliz o triste, amparada o solitaria, es decir, es un periodo que se caracteriza por la necesidad del cuidado de la familia, de amigos y profesionales de la salud. En este sentido, el presente estudio de naturaleza cualitativa y caracterizado como investigación convergente-asistencial (ICA) tuvo como objetivo: identificar como se manifiestan las variables que pueden interferir en el Poder Vital de las puérperas durante los cuidados realizados por la enfermera en domicilio, en la perspectiva del Modelo de Cuidado de Carraro (MCC); y definir trayectos para que la enfermera cuide de la mujer en domicilio durante el puerperio inmediato y tardío, en la perspectiva del MCC. Cuatro mujeres que vivían en el municipio de Corbélia – Paraná –Brasil y que estaban pasando por el periodo del puerperio fueron invitadas y aceptaron participar del estudio. El recogido de datos ocurrió de abril a junio de 2011, utilizándose del MCC, por medio de visitas domiciliarias (VD), tanto en el puerperio inmediato cuando en el tardío. Este modelo proporcionó soporte para el recogido de datos a través del cuidado de enfermería, de la entrevista semiestructurada y de la observación participante, que ocurren concomitantemente. El análisis se dio por la quinta etapa del MCC y en la interpretación de los datos se desarrollaron los procesos de síntesis, teorización y transferencia que fueron propuestos por la ICA. Durante las VD, las manifestaciones de las variables que interfieren en el Poder Vital del ser humano fueron diversas, con oscilaciones entre la neutralidad, la negatividad y la positividad frente los cuidados realizados, orientados y discutidos. Con la identificación de estas manifestaciones, se acepta que la enfermera pueda planificar, actuar y evaluar el cuidado, influyendo positivamente en el Poder Vital de la puérpera. Debido a su complejidad, el Poder Vital incita ponderaciones, exige sensibilidad para que se perciba, sabiduría para que se comprenda y conocimiento para que se trabaje durante las interacciones establecidas, haciéndose así un desafío y un

objeto de estudio instigador para nuevas investigaciones. Cuanto a la propuesta de definir trayectos para que la enfermería cuide de la mujer en domicilio durante el puerperio inmediato y tardío, en la perspectiva del MCC, se evidenció la relevancia de su aplicabilidad, que, a través de sus etapas, indica al enfermero: conocer, dejarse conocer, reconocer la situación vivenciada, diseñar el trayecto y seleccionar estrategias, seguir y actuar, además de acompañar la trayectoria del cuidado prestado. Frente a eso, se sobresalieron estrategias de cuidado que orientan a un cuidar único a un ser humano que también es único, visto que no es posible cuidar de todas las puérperas de la misma manera. Se necesita cautela, flexibilidad, demostración de interés y actuación de manera reflexiva junto a la mujer para que el ejercicio de la enfermería ocurra de modo a que se valoren su ciencia y su arte. Cuanto al domicilio como ambiente de cuidado, este fue visto por la puérpera como adecuado y confortable para el cuidado de la enfermería, mientras que por la investigadora-cuidadora, como lugar posible y único, que posibilita descubrir la individualidad de cada puérpera y fortalecer su Poder Vital. De ese modo, con la aplicación del MCC dirigido a la puérpera en domicilio, a través de la ICA, se sobresale una estrategia desafiadora que ofrece respaldo para el desarrollo de un cuidado sistematizado, particular y sobre todo humanizado.

**Palabras-clave:** Enfermería. Atención de Enfermería. Periodo de Posparto. Visita Domiciliaria.

## SUMÁRIO

<b>1 CONCEPÇÃO DO TEMA .....</b>	<b>17</b>
1.1 CONTEXTUALIZANDO O PERÍODO PUERPERAL .....	17
1.2 JUSTIFICATIVA .....	24
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DA PESQUISA .....	26
1.4 REVISÃO DE LITERATURA .....	26
<b>1.4.1 Manuscrito 1: Visita domiciliar à mulher no puerpério como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa .....</b>	<b>28</b>
1.5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	42
<b>1.5.1 Modelo de Cuidado de Carraro .....</b>	<b>42</b>
<b>1.5.2 Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática .....</b>	<b>58</b>
<b>2 INSTRUMENTAÇÃO, PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE .....</b>	<b>69</b>
2.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	70
2.2 LOCAL DA PESQUISA .....	70
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	71
2.4 COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	72
<b>3 INTERPRETAÇÃO .....</b>	<b>77</b>
3.1 MANUSCRITO 2: Poder Vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. ....	78
3.1 MANUSCRITO 3: Modelo de Cuidado de Carraro: cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio .....	98
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>119</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIFECHADA.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DO HOSPITAL .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO D – VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NO <i>PODER VITAL</i> DO SER HUMANO (CARRARO, 1994) .....</b>	<b>153</b>





## 1 CONCEPÇÃO DO TEMA

“Faz-se necessário que o profissional de Enfermagem *esteja e seja* junto ao ser humano e não apenas *faça* as atividades de assistência”  
(CARRARO, 2001a, p.148)

Este estudo possui como tema, o cuidado da enfermeira à mulher no puerpério imediato e tardio no domicílio, tendo como metodologia a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), definida pelo interesse em pesquisar e cuidar em um mesmo momento.

Apesar de algumas produções científicas citadas e da metodologia deste estudo utilizar o conceito assistência de enfermagem, a preferência será pelo termo cuidar, porque segundo Waldow (1998), este parece mais uma ação dinâmica, pensada e refletida, de maneira que o cuidado possui uma conotação de responsabilidade e zelo, enquanto que, o termo assistir denota uma ação mais passiva de observar, acompanhar e favorecer, ou seja, a assistência mostra-se como auxílio e proteção.

Diante do exposto, optou-se em apresentar a pesquisa utilizando as fases indicadas pela PCA, ou seja, fase de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. De forma que, a fase de concepção, necessária para gerar mentalmente abstrações, formular definições, proceder delimitações, inter-relações, argumentações e contextualizações, envolve a fase inicial da pesquisa, que inclui: introdução, justificativa, questão norteadora, propósito da pesquisa, revisão de literatura e referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004).

### 1.1 CONTEXTUALIZANDO O PERÍODO PUERPERAL

O período gravídico-puerperal se identifica como uma trajetória de aceitação e expectativa, que propicia à mulher o preparo para a nova fase de sua existência, na qual vai atuar como mãe, ou seja, alguém que cuida, zela, educa, alimenta, estimula, enfim, um Ser que, na grande maioria dos casos, é capaz de dar a sua própria vida por um filho.

Assim sendo, após o parto sem intercorrências, geralmente ocorre o reconhecimento visual entre mãe e filho, momento este tão esperado e que possibilita importante fase de descobertas, em que a mulher acaricia, percebe, protege e cuida. O termo puerpério é conceituado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.175) como,

período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. [...] inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: **imediate** (1 ° ao 10° dia), **tardio** (11 ° ao 42° dia), e **remoto** (a partir do 43° dia).

É neste período de transformações que surge para a mulher a maioria das dúvidas e conflitos, dentre estes, a decisão em quem acreditar para executar os cuidados. Por mais que sejam diversas as práticas educativas existentes e realizadas por profissionais da saúde quanto aos cuidados no puerpério, relacionados principalmente aos riscos de hemorragias, infecções, trombose, ingurgitamento mamário, alimentação, higiene, depressão puerperal, sexualidade e métodos contraceptivos mais indicados, muitos mitos e crenças ainda permeiam a sociedade de forma geral. De acordo com Alves et al. (2007, p.417),

o período puerperal é cercado de intensas mobilizações, pois a mulher que agora é mãe, por vezes não entende a transição pela qual está passando. Transição entendida como passagem, mudança, mobilização, modificação de um estado, condição ou circunstância para outra. Pode ocorrer de forma intencional ou de forma inesperada. Transição à maternidade ou papel materno caracteriza-se como transição familiar, pois o

impacto das experiências tem sentido para todos os membros da família.

Este importante processo de mudança existencial na vida da mulher durante o puerpério ocorre devido a alguns aspectos emocionais, tais como: a relação entre a mãe e o bebê que inicialmente é pouco estruturada, predominando a comunicação não-verbal, no entanto, profundamente emocional e mobilizadora; sintomas depressivos por causa da ansiedade despertada pela chegada do filho; este ser, que não é mais idealizado e sim real e diferente da mãe; as necessidades do bebê que são priorizadas perante as necessidades da mulher, assim como a proteção e amparo que são essenciais também a ela neste período (BRASIL, 2006).

Tanto no caso de primíparas quanto de múltiparas, esta trajetória se evidencia pelo fato de que, cada período da vida é diferenciado, e por mais que a mulher já tenha vivenciado esta situação, o contexto e os sentimentos podem ser distintos, planejados ou não, desejados ou simplesmente esperados, com apoio ou encarados de forma independente e solitária.

E quando esta transição materna não é vivenciada de maneira equilibrada, distintas são as alterações emocionais que podem ser desencadeadas no puerpério, sendo que as principais manifestações são: materno ou *baby blues* (acomete 50 a 70% das mulheres, e definido como estado depressivo mais transitório e brando); depressão (manifesta-se em 10 a 15% das mulheres, inclui sintomas associados como, perturbação do sono, do apetite, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos periódicos de morte e idéias suicidas, além do sentimento de inadequação e rejeição ao bebê); lutos vivenciados durante a passagem do período gravídico para o puerperal; não retorno imediato do corpo que possuía antes da gravidez e a separação da mãe e do bebê (BRASIL, 2006).

Sendo assim, o puerpério pode ser reconhecido como um período repleto de transformações físicas e emocionais capazes de tornar a mulher mais forte ou vulnerável, feliz ou triste, amparada ou solitária, enfim, é um período caracterizado pela necessidade de **cuidado** da família, amigos e profissionais da saúde.

Desvelar como a mulher puérpera vivencia a transição ao papel materno ao mesmo tempo em que é prestado o cuidado e, estabelecer caminhos metodológicos de implementação de novos modelos de

cuidado humano, que privilegiem a mudança de papéis, foram os objetivos do estudo realizado por Zagonel et al. (2003). Realizado em uma instituição hospitalar, caracterizado como qualitativo e com metodologia de pesquisa-cuidado, as autoras finalizam a discussão dos dados afirmando que,

o apoio suportivo é essencial, em que o enfermeiro, ao conhecer a situação vivenciada, auxilia à puérpera a superar mais facilmente, pela localização correta das pessoas que podem oferecer esse suporte (ZAGONEL et al., 2003, p. 31).

De acordo com Fenwick et al. (2010), na Austrália Ocidental, poucos estudos abordam as necessidades das mulheres durante o pós-parto, sua saúde e/ou a qualidade dos cuidados obstétricos prestados no hospital e em casa. Evidências sugerem que a morbidade durante o pós-parto e seu impacto na saúde das puérperas é uma área de preocupação genuína. Embora a maioria das mulheres do referido estudo tenham se sentido satisfeitas com os componentes do cuidado físico, de informações e assistência no hospital, houve uma menor satisfação com o cuidado emocional e preparação para a vida em casa com um novo bebê.

O cuidado no puerpério, portanto, envolve a promoção e manutenção da saúde da mulher e de seu filho, além da promoção de um ambiente que proporcione ajuda e apoio também para a família e comunidade, por meio de cuidados preconizados que devem ser individualizados para atender as necessidades e ocorrer o reconhecimento de sinais de perigo para tomar medidas adequadas, por isso é importante identificar o essencial com base nas melhores evidências disponíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Nesta perspectiva, com o aperfeiçoamento das políticas públicas no Brasil, houve a implantação do cuidado puerperal. Primeiramente, a saúde da mulher começou a ser incluída nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, relativas somente à gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 40 e 50, surgiram os programas materno-infantis, que ainda traduziam uma visão restrita da mulher, mas que eram preconizados por se tratar de grupos de riscos e de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2004). Enquanto isso, nos países

desenvolvidos, também no início do século XX, em resposta à alta taxa de mortalidade materna e neonatal da época, modelos de cuidados específicos para o puerpério já eram propostos, modelos estes que até hoje foram pouco modificados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Somente em 1984, houve no Brasil, por meio do documento Assistência Integral à Saúde da Mulher – bases de ação programática, uma proposta de atenção à mulher com objetivo de oferecer atividades de assistência de forma integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o pré-natal, parto e **puerpério**; abordagem dos problemas desde a adolescência até a terceira idade; controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário, e referente a assistência na concepção e contracepção (BRASIL, 1984, grifo nosso).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes,

propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007 (BRASIL, 2004, p.10).

No entanto, por mais que estas políticas tenham se desenvolvido e orientado os profissionais para colocarem em prática os cuidados adequados à mulher no período gravídico-puerperal, nos países em desenvolvimento, o puerpério é geralmente o período negligenciado, e pouco ou nenhum dado é disponibilizado para avaliação deste acompanhamento realizado pelos profissionais da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Além disso, indica que a mulher no período puerperal recebe menos atenção dos profissionais da saúde do que durante a gestação e o parto, mesmo este período sendo de grandes mudanças, determinantes para o bem-estar e o potencial para um futuro saudável, ou seja, estes cuidados são fundamentais não só para a sobrevivência, como também para o futuro das mães e recém-nascidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Como forma de proporcionar mais qualidade na assistência de enfermagem no Brasil, a Consulta de Enfermagem foi legalizada em 1986, por meio da Lei 7.498/86, que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu esta atividade como privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). A obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública ou privada foi estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução 159/93 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

Atualmente, o Processo de Saúde de Enfermagem é usualmente denominado como Consulta de Enfermagem, e segundo a Resolução 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), é designado dessa forma quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros.

Contudo, o Processo de Saúde de Enfermagem, trata-se de algo mais abrangente, no que tange um instrumento metodológico que é utilizado para orientar o cuidado a ser prestado e a documentação da prática, sendo assim, o mesmo se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que inclui: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Este Processo, ao ser comparado com o **Modelo de Cuidado de Carraro (MCC)**, que também possui cinco etapas, pode ser visto sob a seguinte perspectiva: Coleta de dados de Enfermagem/**Conhecendo-nos**, Diagnóstico de Enfermagem/**Reconhecendo a situação**, Planejamento de Enfermagem/**Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias**, Implementação/**Seguindo e agindo** e, Avaliação de Enfermagem/**Acompanhando a trajetória**.

Ressalta-se que, diferente do Processo de Saúde de Enfermagem, o MCC além de proporcionar a orientação para: coleta de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento de ações ou intervenções e fornecimento de uma base para avaliar os resultados alcançados, este se baseia em um suporte teórico conforme preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (2009), neste caso, na teoria de Florence Nightingale.

Além disso, este Modelo de Cuidado citado acima é capaz de direcionar ações à puérpera na primeira semana após o parto, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que

inclui: anamnese; verificação da carteirinha de gestante e questionamento sobre gestação, parto e puerpério; diálogo sobre seus sentimentos, aleitamento, sangramento, alimentação, sono, atividades, queixas, condições sociais, avaliação clínica - ginecológica e condutas conforme evidências.

Sendo assim, utilizou-se neste estudo o MCC (CARRARO, 1994) adaptado à temática para subsidiar o cuidado prestado, pelo fato deste modelo sistematizar, exemplificar e sensibilizar o que é preconizado pelo Processo de Enfermagem.

De acordo com Carraro (2001b, p.8), um modelo de cuidado serve para “facilitar o raciocínio dos conceitos e das relações existentes entre eles ou, ainda, para delinear o processo de assistência de Enfermagem”. Além disso, a mesma autora refere que um modelo de cuidado é a representação do mundo vivido expresso verbalmente, por meio de um esquema, com objetivo de direcionar a assistência de Enfermagem, oferecendo ao profissional, subsídios necessários para a atuação que se pretende realizar, ou seja, auxilia a perceber que,

praticar Enfermagem não é simplesmente uma ordenação de procedimentos mais ou menos constantes, dependendo da situação. Ela é um processo dinâmico, mutável e criativo, mas nem por isso deixa de ser um processo conhecível, objetivo, programável e decifrável. Desta forma, quanto mais claro estiver o referencial teórico do modelo aplicado, maior será a segurança e a realização profissional do Enfermeiro, maior será o direcionamento da equipe de Enfermagem, culminando com uma assistência de Enfermagem adequada às necessidades apresentadas pelo ser humano assistido (CARRARO, 2001b, p.12).

O MCC, fundamentado na teoria de Florence Nightingale, trata-se de uma estratégia de cuidado integral e singularizado, voltado ao ser e estar com o ser humano, com objetivo de potencializar seu Poder Vital para que este reaja ao processo saúde-doença. Visto que, o Poder Vital neste contexto, é compreendido como, “uma força inata ao ser humano. Essa força tende para a vida, projeta o ser humano para a vida. No

processo saúde–doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde” (CARRARO, 1994, p.29).

Ao considerarmos o ser humano como um ser singular e integral, devemos lembrar que ele não vive só e isolado dos acontecimentos, mas se relaciona e interage com outros seres humanos, individualmente e / ou em grupos, e na sociedade como um todo. Nessa perspectiva, podemos visualizar a influência do poder vital, seja de nós para nós mesmos, de nós para o outro e para o mundo e, do outro e do mundo para nós, o que se deve ao fato de que todo ser humano possui poder vital, logo nos influenciemos mutuamente, ora potencializando, ora enfraquecendo essa força interior (não publicado, p.14)<sup>1</sup>.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A definição pelo tema foi elaborada pela afinidade e desejo de fazer alguma diferença quando se trata de cuidado de enfermagem, além do anseio de contribuir para o corpo de conhecimento que visa a melhoria do cuidado às puérperas. Desde a graduação, meu objetivo foi definir como eu poderia atuar, como ser humano e profissional, frente a esta problemática. Relatos maternos no convívio familiar, a respeito de vivências durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério fizeram com que meu interesse sobre o cuidado à mulher fosse despertado. Disciplinas, estágios e pesquisas acadêmicas relacionadas à área foram de relevante importância, pois fizeram com que eu concretizasse a opção pela saúde da mulher.

Primeiramente as disciplinas de ginecologia e obstetrícia, possibilitaram a assimilação da teoria com a prática durante os estágios supervisionados. Após, surgiu a oportunidade de participar, como

---

<sup>1</sup> CARRARO, T. E. Poder Vital, Psiconeuroimunologia e bioética: sua inter-relação e a humanização da assistência de enfermagem. Trabalho apresentado como requisito no Concurso Público para cargo de professora do Grupo Magistério Superior, no Campo do Conhecimento de Enfermagem, classe Adjunto, no Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.



bolsista, na coleta de dados de uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulada como: “Opinião das mulheres puérperas sobre os métodos utilizados para seu cuidado e conforto no trabalho de parto e parto”, do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Durante doze meses, entre 2006 e 2007, desenvolvi, sob orientação da Professora Mestre Marlei Fátima Cezarotto Fiewsky, a Pesquisa “Compreendendo a vivência do parto sob a ótica das alternativas adotadas pela mulher para o controle da dor”, como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), sendo que este foi também o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Tal experiência tornou clara minha decisão para atuar como ser humano e profissional que de forma contínua busca e produz novos conhecimentos a respeito da saúde da mulher, valorizando o cuidado, conforto, recuperação e bem-estar.

A afinidade e satisfação em trabalhar com a saúde da mulher intensificaram-se por meio de contatos com mulheres que passaram pelo trabalho de parto, parto e puerpério durante os estágios da especialização em obstetrícia que conclui em 2010, e durante os dois anos de atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), de março de 2008 a fevereiro de 2010, na cidade de Corbélia, oeste do estado do Paraná.

No período que trabalhei na ESF, observei que o recém-nascido tornava-se o protagonista do período, e mesmo havendo o incentivo e agendamento da consulta, tanto no puerpério imediato como no tardio, era necessário muitas vezes realizar o cuidado domiciliar à puérpera devido a sua ausência na unidade e/ou solicitações por meio de agentes comunitárias de saúde. Fatos estes, me fizeram refletir sobre a importância da enfermeira conhecer o domicílio da mulher para compreender de que maneira ela vive, quais são as influências de pessoas de seu convívio e/ou do ambiente, e a partir deste reconhecimento, ter maiores possibilidades de planejar e atuar com mais especificidade no cuidado.

Sendo assim, a delimitação das questões, objetivos e a seleção do modelo, emergem tanto do problema identificado na prática, quando tratamos da necessidade de uma estratégia adequada para o atendimento à puérpera, quanto da possível lacuna do conhecimento existente nesta temática.

### 1.3 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DA PESQUISA

Reconheço que realizar uma pesquisa na área da saúde da mulher baseia-se em planejar e estar consciente de que diversos são os conhecimentos existentes, e que, para dar início a um projeto de pesquisa, é necessário haver intenso envolvimento da pesquisadora na temática escolhida. Flick (2009, p.61) enfatiza que, “pode ser um tanto ingênuo pensar-se que ainda existam novos campos a serem explorados e sobre os quais nada tenha sido publicado anteriormente”, além disso, infere que não significa que tudo já foi pesquisado, no entanto, quase tudo que se queira investigar possivelmente tenha relação com um campo existente ou adjacente. Kuhn (2009), complementa, referindo que em determinadas comunidades científicas específicas, realizações são reconhecidas durante algum tempo, até estas pesquisas servirem de base para fundamentar práticas posteriores.

Diante do exposto, temos como questões norteadoras: **Como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital da puérpera durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro? E, como a enfermeira pode cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro?**

E como objetivos: **Identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro; E, apontar trajetórias para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro.**

### 1.4 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão integrativa na literatura é relatada como método de pesquisa desde 1980, e tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de forma ordenada e sistemática, o que contribui com o conhecimento do tema investigado (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998). Sendo assim, com o

intuito de identificar as contribuições de estudos sobre os cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio, uma revisão integrativa de literatura foi realizada seguindo o modelo analítico de Ganong (1987), e para sua operacionalização, foi estabelecido um protocolo (APÊNDICE A). Deste modo, a revisão será apresentada a seguir em formato de manuscrito.

### 1.4.1 Manuscrito 1: Visita domiciliar à mulher no puerpério como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa

## VISITA DOMICILIAR À MULHER NO PUERPÉRIO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA\*

Mariely Carmelina Bernardi<sup>2</sup>  
Telma Elisa Carraro<sup>3</sup>

### RESUMO

Revisão integrativa de literatura desenvolvida com objetivo de identificar quais as contribuições do conhecimento produzido sobre cuidado de enfermagem no puerpério em domicílio. A busca dos artigos, publicados entre janeiro de 2006 a dezembro de 2010, foi realizada por meio dos descritores: período pós-parto e cuidados de enfermagem, nas bases de dados: BDNF, CINAHL, MEDLINE, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO. Foram analisados 10 artigos, que abordam: práticas utilizadas nos problemas mamários, domicílio como espaço educativo e de cuidado, vivência no pós-parto, diagnósticos de enfermagem, cuidados desempenhados pelo pai, o cuidado envolvendo a família, além de crenças e tabus. Confirmou-se escassa produção de conhecimento sobre a temática, o que incita para o avanço nos estudos sobre a visita domiciliar na atenção primária com puérperas.

**Palavras-chave:** Período Pós-parto. Cuidados de Enfermagem. Visita Domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

---

\* Resultado da Dissertação de Mestrado intitulada: Poder Vital de puérperas no domicílio: a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN-UFSC, 2011.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Bolsista CNPq. Endereço: Rua Ipê Roxo, 1851. Centro - Corbélia - PR. CEP 85420-000. Tel.: (48) 9614-5181. Email: [marielybernardi@yahoo.com.br](mailto:marielybernardi@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa C&C. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: [telmacarraro@ccs.ufsc.br](mailto:telmacarraro@ccs.ufsc.br).

## INTRODUÇÃO

A partir da reconstrução da prática na Atenção Primária à Saúde, na década de 90, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de reorientar o modelo de atenção à saúde, o que responde a um longo processo social e expressa reordenações na relação entre Estado e diferentes origens sociais e econômicas (ASSIS et al., 2007). Neste contexto, a visita domiciliar é utilizada como estratégia de cuidado, de forma que, a partir da atuação profissional de uma das pesquisadoras na ESF confirmou-se de forma intensa a importância deste tipo de cuidado durante o pós-parto.

A necessidade de superar a ideia da mulher como objeto de políticas públicas para sua incorporação como sujeito social, volta-se com intuito de ampliar sua participação e autonomia, tanto em nível individual quanto familiar e local para aumentar as chances de suas necessidades ganharem visibilidade para fortalecer a construção de sua cidadania (SOUZA et al., 2008).

Neste sentido, pelo fato do puerpério se tratar de uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que a enfermeira tenha sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente domiciliar.

A prática da visita domiciliar pelo profissional de saúde permite uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo indivíduo ou comunidade (SOSSAI; PINTO, 2010). Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de proteção da puérpera, do recém-nascido e de sua rede de apoio.

Ressalta-se a necessidade de o profissional da saúde cuidar da mulher integralmente, considerando diversos fatores como: a história de vida da mulher, os sentimentos por ela percebidos e, o ambiente em que vive. São estas algumas das formas de estabelecer uma relação entre os sujeitos e a valorizar a unicidade e individualidade de cada caso e pessoa (BRASIL, 2006). Assim, a visita domiciliar é um importante instrumento para o processo de educação em saúde, por se constituir em um conjunto de saberes e práticas orientadas tanto para a prevenção de doenças quanto para a promoção da saúde (SOSSAI; PINTO, 2010).

Como forma de contribuir para o conhecimento dos cuidados de enfermagem em domicílio à puérpera, bem como guiar esta revisão

integrativa, utilizou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as contribuições do conhecimento sobre cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio nas publicações científicas em enfermagem? E, como objetivo: Identificar quais as contribuições do conhecimento produzido sobre cuidado de enfermagem no puerpério em domicílio.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, sobre cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio. Este método de investigação possibilita incluir múltiplos estudos de uma área de estudo particular, tem um potencial para construir novos conhecimentos de enfermagem e, produzir o saber de forma uniforme e fundamentado para uma prática clínica de qualidade, o que consequentemente fornece subsídios para o melhoramento da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para sua operacionalização, um protocolo foi estabelecido com as seguintes etapas (GANONG, 1987): 1) Seleção da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; 5) Discussão e interpretação dos resultados; 6) Apresentação de forma clara da evidência encontrada.

A identificação e seleção dos estudos foi realizada no mês de fevereiro de 2011, e acessado através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC) pelo sistema Virtual Private Network (VPN). A consulta bibliográfica computadorizada foi realizada de forma individual nas seguintes bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Esta escolha se justifica por se tratarem de bases confiáveis de abrangência nacional e internacional, atualizadas e relacionadas com a área da saúde e enfermagem.

Em busca de fontes atuais de literatura científica sobre o tema, optou-se por estudos publicados nos últimos 5 anos, ou seja, de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram somente dois: “período pós-parto” (postpartum period) e “cuidados de enfermagem” (nursing care), pelo fato de tornar a busca mais ampla, já que, quando inserido o descritor habitação/domicílio na busca, os resultados ficavam comprometidos.

Com o intuito de ampliar a investigação dos artigos relacionados ao tema, a busca foi individualizada em cada base de dados por ano de publicação, primeiramente com o descritor “período pós-parto”, e depois, cruzando este com “cuidados de enfermagem” utilizando para este o termo Booleano “AND”. O armazenamento dos trabalhos obtidos através das buscas foi realizado em diferentes documentos do *Microsoft Word*, versão 2007, os quais continham o nome da base de dados, as informações referentes a cada artigo, e o ordenamento dos mesmos por ano e descritores.

Os artigos verificados foram seguindo os seguintes critérios de exclusão: textos no formato de editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; teses; dissertações; trabalhos de conclusão de curso; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; livros e artigos repetidos nas bases. Enquanto os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol; e, que contemplavam o escopo desta revisão. Vale ressaltar que quando o título e o resumo não eram esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra, evitando assim o risco de excluir estudos importantes para esta revisão integrativa.

A leitura geral dos artigos encontrados foi realizada, com a conferência no que tange ao escopo do protocolo estabelecido, denominada de *primeira peneira*. Os dados dos estudos selecionados foram sistematizados em tabela elaborada no *Microsoft Excel*, versão 2007, visando facilitar a identificação e a análise dos aspectos relevantes para este estudo. Para a sistematização dos dados, os seguintes itens foram extraídos das produções: Ano de publicação; Título; Autor(es); Profissão e Titulação dos autores; Periódico; Estado/País; Descritores e Palavras-chave; Base de dados de localização do artigo; Categoria da pesquisa; Natureza da pesquisa; Referencial teórico; Método de análise dos dados; População; Cenário do estudo; Temática dos artigos; Concepções do cuidado de enfermagem no puerpério em domicílio e Contribuições para a prática.

Após leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de *segunda peneira*, realizou-se uma releitura dos materiais selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da busca realizada, conforme metodologia descrita, obteve-se um total de 896 referências (Quadro 1), que após serem minuciosamente verificadas (título, resumo/artigo), e conferidas no que tange os critérios de inclusão, exclusão e objetivo, destacaram-se 18 artigos. A decisão por incluir tanto os estudos que foram encontrados por meio do descritor “período pós-parto”, quanto com o cruzamento deste com o descritor “cuidados de enfermagem” ocorreu pelo fato de que alguns artigos eram obtidos somente com o primeiro descritor enquanto que outros somente utilizando-se os dois descritores.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos científicos obtidos nas bases de dados BDEF, CINAHL, MEDLINE, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, segundo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS – BVS). Florianópolis, 2011

<b>Cruzamentos dos DeCS</b>	<b>BDEF</b>	<b>SciELO</b>	<b>CINAHL</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>LILACS</b>	<b>Total</b>
Período pós-parto	35	110	93	469	147	854
Período pós-parto AND cuidados de enfermagem	8	4	1	18	11	42
Total	43	114	94	487	158	896

Os dados dos 18 artigos selecionados foram sistematizados em tabela e lidos atentamente, levando-se em conta novamente, os critérios de exaustão e pertinência da coleta dos dados, o que resultou em uma amostra de 10 artigos (Quadro 2).



Quadro 2 – Artigos científicos selecionados para análise. Florianópolis, 2011

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR (ES)</b>	<b>ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>
Práticas utilizadas pelas puéperas nos problemas mamários	Zorzi, N. T.; Bonilha, A. L. de L.	2006	Revista Brasileira de Enfermagem
O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puéperas: binômio mãe-filho	Rodrigues, D. P.; Fernandes, A. F. C.; Silva, R. M. da; Pereira, M. S.	2006	Revista Texto e Contexto Enfermagem
A Mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência	Penna, L. H. G.; Carinhanha, J. I.; Rodrigues, R. F..	2006	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
Cuidado de las puerperas en el siglo XXI	Rico, D. A. P.	2006	Avances em Enfermería
An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice	Christie, J.; Poulton, B. C.; Bunting, B. P.	2007	Journal of Advanced Nursing
Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres	Stefanello, J.; Nakano, A. M. S.; Gomes, F. A.	2008	Acta Paulista de Enfermagem
Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério	Martins, C. A.; Siqueira, K. M.; Tyrrell, M. A. R.; Barbosa, M. A.; Carvalho, S. M. S.; dos Santos, L. V.	2008	Revista Eletrônica de Enfermagem
Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério	Oliveira, E. M. F. de; Brito, R. S. de.	2009	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias	Gamba, O. A. B.; Santana, A. R.; Pérez, L. J.; Munévar, R. Y.	2009	Avances em Enfermería
Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio	Vieira, F.; Bachion, M. M.; Salge, A. K. M.; Munari, D. B.	2010	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Dos artigos que formam a amostra desta revisão integrativa, 2 (20%) foram encontrados nas bases de dados LILACS, BDNF e na biblioteca eletrônica SciELO, 3 (30%) nas bases de dados LILACS e BDNF, 1 (10%) na base LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, 2 (20%) na base de dados CINAHL, 1 (10%) somente na LILACS, e 1 (10%) somente na SciELO. Todos os artigos encontrados na base de dados BDNF foram encontrados na LILACS. Nenhum estudo foi selecionado da base de dados MEDLINE. Quanto aos idiomas, 7 artigos eram em português, 2 em espanhol e 1 em inglês.

Os temas apresentaram diversas abordagens, dentre elas, as práticas utilizadas nos problemas mamários; o domicílio como espaço educativo e de cuidado; a vivência no pós-parto; diagnósticos de enfermagem da NANDA neste período; ações de cuidados desempenhadas pelo pai; o cuidado envolvendo a família; além das crenças e tabus.

Dentre as 32 autoras envolvidas nos estudos, destacam-se 17 (53,125%) enfermeiras doutoras e docentes, enquanto que os demais são, 5 (15,625%) enfermeiras mestres e docentes, 2 (6,25%) enfermeiras mestres, 2 (6,25%) enfermeiras especialistas e docentes, 2 (6,25%) enfermeiras especialistas, 3 (9,375%) enfermeiras e 1 (3,125%) psicóloga doutora e docente.

A abordagem metodológica mais utilizada entre os estudos foi qualitativa, representando 90% dos artigos analisados; a coleta de dados ocorreu principalmente por entrevista semi-estruturada (70%), além de observação participante, anotações em diário de campo, exame físico, entre outros.

Diferentes referenciais teóricos evidenciaram-se nos artigos, sendo eles: as representações sociais, a dialética, o interacionismo simbólico e a perspectiva cultural, ressaltando-se a utilização do método de análise de conteúdo de Bardin.

As abordagens sobre os cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio têm o intuito de identificar características da realidade como forma de indicar possibilidades de melhoria no cuidado prestado por enfermeiros. Foi possível, por meio desta revisão integrativa, perceber que as necessidades das puérperas vêm ao encontro das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na realização do cuidado domiciliar.

Sendo assim, identificaram-se dois temas: Visita domiciliar do enfermeiro na atenção primária como estratégia fundamental de cuidado

durante o puerpério; Visita domiciliar na atenção primária: suporte para puérperas.

### **Visita domiciliar como estratégia fundamental de cuidado de enfermagem durante o puerpério**

As informações trazidas pelos artigos analisados apontam para a importância das visitas domiciliares na atenção primária, como forma de cuidado humanizado à puérpera. Trata-se de uma estratégia que possibilita um cuidado próximo e individualizado, para se conhecer a realidade e ao mesmo tempo transferir autoconfiança à mulher, respondendo suas dúvidas e assim potencializando seu desempenho como mãe.

Neste sentido, a prática da visita domiciliar permite a construção de vínculos, afinal, proporciona um ambiente profícuo para um atendimento humanizado, que vai além das orientações, com objetivo de realizar a promoção da saúde e a qualidade de vida dos familiares envolvidos (DRULLA et al., 2009).

O reconhecimento das práticas utilizadas no domicílio pelas puérperas e suas famílias durante este período e a definição da melhor maneira de intervir, possibilita um processo educativo voltado para as expectativas da mesma, sendo que primeiramente é necessário deixá-la expressar o que está vivenciando, sem medo de ser julgada para então, obter o máximo de informações que sejam relevantes para planejar e executar o cuidado de enfermagem.

Sendo assim, o profissional deve ampliar sua sensibilidade para a escuta atenta, bem como garantir o direito de expressão verbal e não verbal das mulheres, em um espaço particular de ação em saúde (SOUZA et al., 2008).

Considerar seus hábitos de vida, crenças, tabus, experiências, costumes e conhecimentos; atender, juntamente à puérpera, indivíduos como o companheiro e demais familiares; além de tornar mais efetiva a articulação entre atenção primária e secundária, considerando todo o contexto de forma compreensiva e reflexiva, faz com que o cuidado seja efetivo e satisfatório, tanto para quem está vivenciando este período, puérpera e familiares, quanto aos profissionais da saúde.

Por conta disso, reforça-se a necessidade do profissional enfermeiro reconhecer suas competências no cuidado de enfermagem

domiciliar à mulher no período puerperal, além de reconhecer a comunidade na qual atua, identificando os fatores que minimizam e potencializam seu cuidado.

Destaca-se, portanto, que não é possível cuidar efetivamente sem se envolver, mesmo quando o cuidado é realizado de forma indireta. Por isso é imprescindível que o enfermeiro demonstre interesse e preocupação com objetivo voltado ao benefício da puérpera de forma compartilhada entre profissional e puérpera em seu contexto familiar. Assim, para se inserir na cultura familiar e entender seu funcionamento nas questões da saúde, exige-se que o profissional tenha discrição, habilidades de perspicácia e conhecimento contextual (ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008).

Diversas fragilidades ainda existem no cuidado domiciliar durante o puerpério. A principal delas é a falta de conhecimento dos profissionais quanto às práticas utilizadas no ambiente familiar, configurando-se um dos obstáculos a serem enfrentados pelos enfermeiros. Além disso, considera-se que a assistência vem sendo implementada com dificuldades por parte dos profissionais, devido à formação destes, bem como devido à estrutura que é ofertada para sua atuação (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Neste sentido, a implementação e consolidação de um novo olhar e redirecionamento à prática da visita domiciliar, de maneira estruturada sob uma visão de trabalho mais crítica e reflexiva, é um desafio (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Contudo, necessária para proporcionar um cuidado domiciliar cada vez efetivo à mulher que vivencia o puerpério, com vista ao bem-estar e a minimização da vulnerabilidade à morbidade e, a diminuição da mortalidade materna.

Destarte, para que o enfermeiro compreenda a importância da visita domiciliar durante o puerpério e obtenha bons resultados na prática, é necessário que desde o processo de formação profissional haja comprometimento, interrelação entre conhecimento científico e popular, ética e planejamento.

### **Visita domiciliar na atenção primária: suporte para puérperas**

Neste tema, destaca-se a visita domiciliar como um suporte de cuidado para com as puérperas, visto ter-se evidenciado nos artigos

desta revisão dados que se voltam para declarações das puérperas em relação ao cuidado domiciliar.

Criar uma relação para o suporte do cuidado de enfermagem infere nos sentimentos sentidos pelas mulheres, proporcionando segurança para desenvolverem seus novos papéis, pois a visita domiciliar é capaz de fortalecer a interação entre enfermeiro e puérpera, acreditando-se que o profissional seja quem realiza o elo entre a mulher e os demais profissionais da saúde. Por isso, é evidenciada a necessidade de se refletir coletivamente em torno da estratégia da visita domiciliar, como forma de enfrentar suas dificuldades além de reafirmar e desenvolver potenciais acumulados, tendo como referência cada contexto em particular, suas peculiaridades assim como as interpretações dos indivíduos envolvidos (MANDÚ et al., 2008).

É um imperativo que o profissional enfermeiro busque compreender a puérpera integralmente, contemplando seu potencial e capacidade de se cuidar, pois a presença próxima do profissional de saúde pode facilitar os processos que envolvem o período pós-parto. A integração entre a equipe de saúde e a gestante garante o retorno à Unidade Básica de Saúde após o parto para realização da consulta puerperal, assim como, outros mecanismos de captação das puérperas precisam ser implementados pelas equipes, tais como a consulta de puericultura do recém-nascido, a consulta de planejamento familiar ou a visita domiciliar (LOPES et al., 2011).

No processo educativo realizado pelo enfermeiro, a qualidade do cuidado está vinculada ao entendimento por parte da puérpera do conhecimento que está sendo compartilhado. É essencial que o enfermeiro reconheça a realidade da puérpera e, realize o processo de ensino-aprendizagem de forma efetiva, por meio de conhecimentos e experiências prévias da puérpera e seus familiares, para que estes se sintam realmente amparados.

A visita domiciliar, neste contexto apresenta-se como uma forma especial de encontro entre o enfermeiro e a puérpera junto à família, por se tratar de um ambiente conhecido à mesma. O cuidado em domicílio pode proporcionar conforto e oportunidade para que a puérpera apresente suas reais condições de vida, o que permite ao enfermeiro relacionar esta realidade com as necessidades identificadas, bem como os cuidados de enfermagem necessários e possíveis de serem realizados (tornando-o real e humanizado), voltados tanto para os aspectos físicos quanto emocionais.

Além disso, no cenário da atenção domiciliar, estratégia que requer reflexão sobre as concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas realizadas no domicílio, o profissional precisa considerar elementos como, integralidade do cuidado, racionalidade econômica financeira, sujeitos do cuidado e articulação com os serviços de saúde, para que a implementação desta estratégia proporcione ao usuário e à sua família a centralidade na produção do cuidado (SILVA et al., 2010).

Diante do exposto, é necessário que os profissionais de saúde ofereçam um suporte abrangente, que vise à verdadeira compreensão do que é experienciado pela mulher puérpera, sendo este suporte inserido em todos os contextos de seu viver, oferecido de forma a conscientizar, ou seja, contribuir com a puérpera na percepção de seus problemas ou mudanças pelas quais está passando, acentuando a percepção, seu julgamento e senso crítico (CATAFESTA et al., 2007).

Profissionais e puérperas precisam aproximar-se, pois ambos apresentam necessidades de cuidado. Assim, conjuntamente, podem pensar sobre a realidade, de forma crítica e criativa, buscando a reflexão e a transformação de alguns conceitos do dia-a-dia, em relação à promoção da saúde (SEBOLD; RADÜNZ; CARRARO, no prelo).

## **CONSIDERAÇÕES**

Entende-se que o universo do cuidado de enfermagem pode contemplar tanto os ambientes institucionalizados como os domiciliares, e que a atuação do enfermeiro se faz imprescindível nestes ambientes. Assim, reforça-se as pesquisas sobre a temática para que desta forma os enfermeiros da atenção primária possam buscar subsídios para suas ações de cuidado de enfermagem.

Por meio desta revisão integrativa, por mais que tenha sido encontrada escassa produção de conhecimento sobre cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio, a mesma possibilitou identificar dois temas centrais: Visita domiciliar do enfermeiro na atenção primária como estratégia fundamental de cuidado durante o puerpério; Visita domiciliar na atenção primária: suporte para puérperas.

Neste sentido, observou-se que as necessidades de cuidado no puerpério, relatadas nos artigos referindo-se às mulheres, são semelhantes às necessidades percebidas pelos profissionais enfermeiros.

Pode-se concluir assim que ambos precisam aproximar-se para que o cuidado seja realmente efetivo. Esta aproximação pauta-se na reflexão e troca de conhecimentos, pois desta forma chegarão à construção real do cuidado na visita domiciliar puerperal. Esta perspectiva implica também no cuidado e conforto que as mulheres podem receber neste período, deixando-as mais seguras e valorizadas, não só pelos enfermeiros, mas também em seu ambiente familiar.

Espera-se que este estudo possa suscitar novas pesquisas sobre a temática, bem como demonstrar aos enfermeiros que atuam na atenção primária sobre seu importante papel no cuidado de enfermagem frente ao puerpério.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e ao CNPq.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, M. F. M; SILVA, M. J. da; LEITE, B. M. B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 137-45, jan./mar. 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-99, jul./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CATAFESTA, F. et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 457-75, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a13.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

DRULLA, A. da G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-74, out./dez. 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Research Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, feb. 1987.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. Prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 4, p.645-53, out./dez. 2006.

LOPES, C. V. et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011.

LOPES, W. de O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. , Maringá, v. 7, n.2, p. 241-7, abr./jun. 2008.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-40, mar. 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

SEBOLD, L. F.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Acadêmicos de enfermagem: percepções sobre cuidar de si, promoção da saúde e evitabilidade do sobrepeso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2011. No prelo.



SILVA, K. L., et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.1, p. 166-76, 2010.

SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-76, jul./set. 2010.

SOUZA, K. V de. et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 175-81, jun. 2008.

## 1.5 REFERENCIAL TEÓRICO

“As teorias não são representações  
(certas ou erradas) de determinados fatos,  
mas versões ou perspectivas  
por meio das quais o mundo é percebido”  
(FLICK, 2009, p.98).

O referencial teórico apresenta um ou mais ensinamentos formulados a respeito de um assunto específico, e que ao ser construído para fundamentar uma pesquisa, deve estar relacionado à mesma e bem definido, consistindo em uma base que servirá para sustentar a temática abordada.

De acordo com Trentini e Paim (2004), o mesmo é essencial pelo fato de que proporciona sustentação ao problema de pesquisa, à interpretação, à análise e discussão dos achados, dando ênfase para a necessidade de harmonia entre o marco e o tema de pesquisa, por representar o apoio em cada fase da pesquisa.

Sendo assim, como referencial teórico, utilizou-se nesta pesquisa o Modelo de Cuidado de Carraro, que será apresentado na sequência, por ser identificado como adequado e aplicável à temática e à PCA.

### 1.5.1 Modelo de Cuidado de Carraro

Com o intuito de descrever o MCC desde seu desenvolvimento, a autora, seu Marco Conceitual e seu Modelo de Cuidado serão apresentados.

#### *Apresentando Telma Elisa Carraro*

Telma Elisa Carraro nasceu em 30 de setembro de 1956, na cidade de Ponta Grossa no estado do Paraná (PR). Filha de Ivo Carraro e Maria Pierina Carraro iniciou sua trajetória acadêmica, no jardim de

infância, aos quatro anos de idade no Colégio São Vicente de Paula, em Jacarezinho – PR. Aos seis anos de idade, na Escolinha Tia Paula, em Curitiba, frequentou o curso primário. No Colégio Estadual Regente Feijó na cidade de Ponta Grossa, deu início em 1972, ao curso ginásial.

Após iniciar o 2º. Grau casou-se e mudou-se para Cascavel trazendo assim, nesta bagagem transformações pessoais em sua vida. Desta união nasceram seus filhos: Marcos Vinícius, Eliza e Saulo.

Em 1979 reiniciou seus estudos no Colégio Rio Branco, em Cascavel, onde concluiu o 2º. Grau. Em 1980, ingressou no curso de Enfermagem e Obstetrícia na Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel/Paraná (FECIVEL), atualmente, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). A escolha pelo curso foi influenciada inclusive pelo fato de sua avó materna ter sido parteira.

Ao graduar-se em 1984, iniciou sua vida profissional na Clínica Médica Nossa Senhora da Salete, um hospital com 135 leitos, assumindo a supervisão geral e as unidades de pediatria e centro cirúrgico, sendo responsável também pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), atuando nesta instituição até 1986.

Entre 1985 e 1991, atuou no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), onde ministrou cursos relativos à área da saúde e formulou o projeto do curso de auxiliar de enfermagem, trabalhando na sua implantação. Experiência esta que acredita ter influenciado na sua decisão em prestar concurso para docente na Universidade local (CARRARO, 1994).

A partir de 1986, foi docente nas disciplinas de microbiologia, imunologia, estatística vital, enfermagem em doenças transmissíveis e enfermagem ginecológica na UNIOESTE, como professora titular. Período em que passou “a interligar a Enfermagem em Doenças Transmissíveis à Enfermagem Médico-Cirúrgica e à Enfermagem em Centro Cirúrgico” (CARRARO, 1994, p.3). No entanto, conforme afirma a própria autora,

o saber técnico e teórico não correspondiam completamente às minhas inquietações sobre a vivência do ser humano e de sua família em situação cirúrgica. Devido ao constante contato com estas pessoas, minha maior angústia consistia na busca de um maior entendimento de como se processava este evento, e com o que eu poderia contribuir para minimizar o sofrimento decorrente

dele. Com esta história e estas inquietações, ingressei no Curso de Mestrado, buscando respostas para estas questões e também descobrir maneiras de se chegar a uma prática mais eficaz e gratificante (CARRARO, 1994, p. 3).

Entre 1992 e 1994, realizou seu mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen, onde desenvolveu sua dissertação de mestrado intitulada: “Resgatando Florence Nightingale: A trajetória da Enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções”, sendo que nesta, elaborou sua proposta de cuidado, atualmente conhecida e utilizada como Modelo de Cuidado de Carraro. A opção por desenvolver este conhecimento baseado na Teoria de Florence Nightingale ocorreu pelo fato da autora identificar-se com a Teórica e, por esta ter publicado informações que iam de encontro com a temática estudada por Carraro.

Ressalta-se que, em algumas de suas anotações, datada em 02 de maio de 1994, ano em que defendeu sua dissertação de mestrado, Telma Elisa Carraro descreve:

A Enfermagem pulsa! Desde a formação da enfermagem científica ela pulsa. Nas últimas décadas ela fibrila com os acontecimentos ao seu redor. Cresce individualmente, pouco crescimento enquanto profissão, característica da sociedade individualista. Não é normal para o profissional que tem como filosofia um ser humano holístico. Nível administrativo não quer por a mão no doente. Repensar o que estamos ensinando? Que impulso estamos dando para desfibrilar? O que é nosso currículo oculto. Insegurança, submissão (não publicado)<sup>4</sup>.

A partir destas colocações, é possível perceber a preocupação que a autora já demonstrava quanto ao desenvolvimento científico da Enfermagem, por meio de afirmações e questionamentos como estes, buscava respostas, soluções para que os profissionais deixassem de ser

---

<sup>4</sup> Conteúdo extraído de anotações pessoais de Telma Elisa Carraro, 1994.

individualistas, e incorporassem a filosofia do cuidado ao ser humano holístico, e que soubessem agregar o saber administrativo e prático da profissão, além de refletir sobre a maneira como a profissão está sendo repassada e vivida.

Em 03 de março de 1997, em Curitiba – Paraná, às 9 horas, no auditório do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) aconteceu o lançamento do livro “Enfermagem e Assistência: Resgatando Florence Nightingale”, fruto de sua dissertação.

No dia 20 de março de 1997, ocorreu o lançamento do mesmo livro em Cascavel – Paraná, na UNIOESTE, evento este marcado por um emocionante cerimonial elaborado pelo colegiado de Enfermagem da universidade.

Nesta época, Telma Elisa Carraro já cursava seu doutorado na UFSC, o qual finalizou em 1998 com a Tese: “Mortes Maternas por infecção puerperal: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis”.

De 1994 a 2002 trabalhou na UFPR, como docente em dedicação exclusiva. Neste período participou das atividades as quais uma professora doutora são imputadas, dentre elas destaca-se a coordenação do Grupo de Pesquisa em Assistência de Enfermagem (GEMA) e a Coordenação do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais (ESPENSUL), na modalidade à distância, vinculado à Rede de Enfermagem da Região Sul (REPENSUL). Além disso, se especializou na Formação de Professores em Educação à Distância entre 2000 e 2001, em Investigação aplicada ao fenômeno das drogas entre 2003 e 2004, sendo que neste mesmo período realizou seu estágio pós doutoral na Universidade de São Paulo (USP), como bolsista da Comissão Internacional de Combate ao Alcool e outras Drogas (CICAD).

Na UFSC iniciou sua carreira em 2002, e atualmente, é docente associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C), e atua em pesquisas relacionadas ao cuidado e conforto com ênfase na Saúde da Mulher, em desenvolvimento teórico-conceitual e metodológico do cuidado e conforto ao ser humano em seu processo de viver, ser saudável e adoecer.

Em 2008, Marilene Loewen Wall, utilizando-se do referencial teórico-metodológico do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis, por meio de sua tese de doutorado na UFSC, validou a proposta de cuidado de Carraro como Modelo de Cuidado Carraro, que desde a sua criação, é

utilizado em diferentes trabalhos de conclusão de curso na graduação, especializações, mestrado e doutorado.

### ***Marco Conceitual de Carraro (1994)***

Para sustentar a prática e as decisões no processo de assistir o ser humano e sua família na Situação Cirúrgica, Carraro (1994) elaborou um Marco Conceitual, composto por pressupostos e conceitos construídos a partir da leitura dos escritos de Florence Nightingale, de seus estudiosos, de escritos sobre prevenção de infecções e de sua experiência profissional.

No intuito de orientar crenças e valores que dirigem seu pensamento ao construí-lo, Carraro (1994, p.27-28) evidenciou os seguintes pressupostos:

- A saúde do ser humano e sua família está relacionada com o meio ambiente.
- A enfermagem, assim como toda equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biossegurança e conforto, e o dever de proporcioná-las ao ser humano e sua família.
- O ser humano e sua família têm o direito de conhecer as medidas de prevenção e controle de infecções. Compete à enfermagem e à equipe de saúde, através de estratégias educativas, compartilhar seu conhecimento a respeito.
- A prevenção de infecções hospitalares na situação cirúrgica, está baseada em ações básicas que devem permear o cotidiano da enfermagem, do ser humano e de sua família.
- A instalação de infecção hospitalar coloca em risco a integridade do ser humano e de sua família.
- O ser humano possui poder vital que pode ser fortalecido no processo saúde-doença.
- A mobilização do meio ambiente e a potencialização do poder vital do ser humano requerem princípios de conduta bioética.

- A prevenção de infeções hospitalares possui duas interfaces: a mobilização do meio ambiente através de medidas preventivas e o aumento da resistência do organismo do ser humano.
- A família é ponto de apoio ao ser humano na vivência da situação cirúrgica. Nesta, é fundamental a atuação da família a fim de proporcionar ao ser humano condições de biossegurança.

Além destes pressupostos, definiu os seguintes conceitos:

### **Ser humano**

O ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interage com o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações. Estas ações, sob qualquer forma de expressão, podem ser caracterizadas enquanto saudáveis ou não. A potencialidade manifesta deste ser, até pela sua singularidade, apresenta diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores, que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos. Destaca-se aqui que, segundo Florence, em 1859, o ser humano possui poder vital, usado para vivenciar o processo saúde-doença.

Entendo poder vital como uma força inata ao ser humano. Esta força tende para a vida, projeta-o para a vida. No processo saúde-doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde.

O ser humano se relaciona com outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo. Um dos grupos de que ele participa é a família, entendida como um grupo de pessoas que se percebe como tal e partilha um meio ambiente familiar.

Junto ao ser humano e sua família, a enfermagem atua mobilizando o meio ambiente a fim de proporcionar condições favoráveis à saúde.

### **Meio ambiente**

Meio ambiente é o contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família. Envolve condições e influências internas e externas a estes e apresenta infinita diversidade.

Ao envolver condições e influências que afetam a vida e desenvolvimento do ser humano e sua família, o meio ambiente propicia meios de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença (Florence, 1859). É com o meio ambiente que o ser humano e sua família vivenciam o processo saúde-doença.

O meio ambiente proporciona ao ser humano relacionar-se com outro ser humano, com grupos e com a sociedade como um todo.

Consciente que o meio ambiente é tudo isto, e muito mais do que sou capaz de registrar no meu imaginário, neste marco ele abrange a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e sua família. Neste contexto a enfermagem atua com o intuito de proporcionar ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital.

### **Saúde-Doença**

Saúde-Doença é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e do meio ambiente. Segundo Florence (1859), doença é um processo restaurador que a natureza instituiu. Sob este prisma a saúde não é vista apenas como o oposto de doença, não é somente estar bem, mas inclui ser “capaz de usar bem qualquer poder que nós temos para usar”(Florence, 1882 b/1954, p.334-335, apud Reed Zurakowski, 1983, p.15).

A este processo saúde-doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometam a sua saúde e a sua vida, um deles é o de contrair infecções hospitalares. Infecção hospitalar “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a



hospitalização”(Leme, 1990, p.25). Portanto, no processo saúde-doença, a enfermagem deve estar alerta para mobilizar o meio ambiente, propiciando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde, à potencialização do poder vital e à prevenção de infecções.

### **Enfermagem**

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos científicos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência na sua prática assistencial.

A potencialização do poder vital através da assistência de enfermagem, requer a observação de princípios bioéticos, tais como: o reconhecimento e o respeito a crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e sua família; o princípio de não lhes causar danos e esclarecer-lhes os riscos e benefícios a que estão expostos e a consciência de que a prioridade é a vida.

O objetivo da enfermagem, segundo Florence (1859), é propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Para tanto a enfermagem utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à mobilização junto ao meio ambiente.

O enfermeiro é um ser humano com todas as suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da enfermagem. Relaciona-se com os outros seres humanos, trabalha em equipe, compartilha conhecimentos, observa princípios bioéticos e mobiliza o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde (CARRARO, 1994, p.28-31)

## Florence Nightingale e o Modelo de Cuidado de Carraro

No livro *Notes on Nursing*, Florence Nightingale (1989, p. 4) refere que as alterações que ocorrem no ser humano, quando algo é modificado, prejudicado e necessita de uma melhora/equilíbrio, como no caso de uma doença, trata-se de “um esforço da natureza para restaurar a saúde”, enfatizando a possibilidade de intervenção da enfermagem para favorecer no processo reparativo, por meio do ar puro, luz, calor, limpeza, repouso e dieta, além do cuidado com o desgaste de energias vitais do indivíduo.

Como forma de vivenciar o processo saúde-doença, Florence Nightingale considerava que o ser humano possui um poder. Este poder, segundo Carraro, pode ser potencializado e é capaz de fazer o ser humano reagir frente ao processo que está sendo vivenciado (CARRARO, 1994,1998). Sendo assim, conforme registros em *Notas sobre Enfermagem*, a equipe de saúde e familiares devem respeitar o indivíduo que está em processo de recuperação, não o acordando intencional ou acidentalmente durante a primeira parte do sono, estimulando a leitura e demais tipos de ocupações para assim evitar o aborrecimento, manter ventilação, alimentação e higiene adequada, sempre buscando deixar tudo organizado, limpo e com suprimentos apropriados, tanto no hospital quanto no domicílio (NIGHTINGALE, 1989). Além disso, Florence atuava sempre com o objetivo de fortalecer o poder interior do ser humano, tanto que enfatizava a importância de visitas e familiares não perturbarem com conselhos e diálogos cansativos, além de esperanças inadequadas.

Florence acreditava que a saúde deveria estar presente tanto na alma quanto no corpo.[...] que cada pessoa tinha talentos e habilidades que precisavam ser desabrochados [...] enfatizava que fazer enfermagem era ajudar a pessoa a viver [...] era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico (OGUISSO, 2007, p.76).

Foi então responsável pela elevação do *status* da enfermagem para ser reconhecida como profissão digna, melhorando a qualidade da

assistência e fundando a educação da enfermagem moderna (OGUISSO, 2007).

Além de ser reconhecida como a precursora da enfermagem moderna, pode-se dizer também que Florence foi a primeira enfermeira pesquisadora. Ela não encarava a gestação como uma doença, e recomendava que as instituições que atendiam doentes, fossem afastadas das que atendiam as mulheres para dar à luz; analisou dados relativos à taxa de mortalidade no parto, do Departamento de Partejas do Hospital de King's College, e recomendou algumas modificações ambientais e a lavagem das mãos para diminuir os casos de febre puerperal, que na época era a principal causa de morte materna (NIGHTINGALE, 1971 apud LOBO, 2000).

De acordo com Nightingale (1989), o processo de doença envolve a restauração do indivíduo como um todo, de forma que a enfermagem deve auxiliar neste processo da melhor forma possível. Tanto o indivíduo sadio quanto doente precisa ter uma relação de compreensão com os elementos peculiares de uma boa enfermagem. Ressalta-se a importância dos cuidados serem realizados e orientados com eficiência, para que, na presença ou na ausência da enfermeira houvesse a capacidade de ser multiplicado (NIGHTINGALE, 1989).

Lobo (2000) afirma que, a Teoria de Florence Nightingale pode ser aplicada e é considerada relevante em todos os ambientes, desde a comunidade até a unidade de tratamento intensivo por ter ampla aplicabilidade na prática. Carraro (2001a, p.148) complementa inferindo que, os escritos de Florence, “são os fundamentos de Enfermagem Moderna e podem ser aplicados em qualquer área a que o profissional de Enfermagem queira se direcionar, o que constitui suporte para o desenvolvimento de suas habilidades”, sendo assim os escritos de Florence subsidiaram o desenvolvimento da pesquisa de Carraro (1994) no desenvolvimento de seu modelo de cuidado.

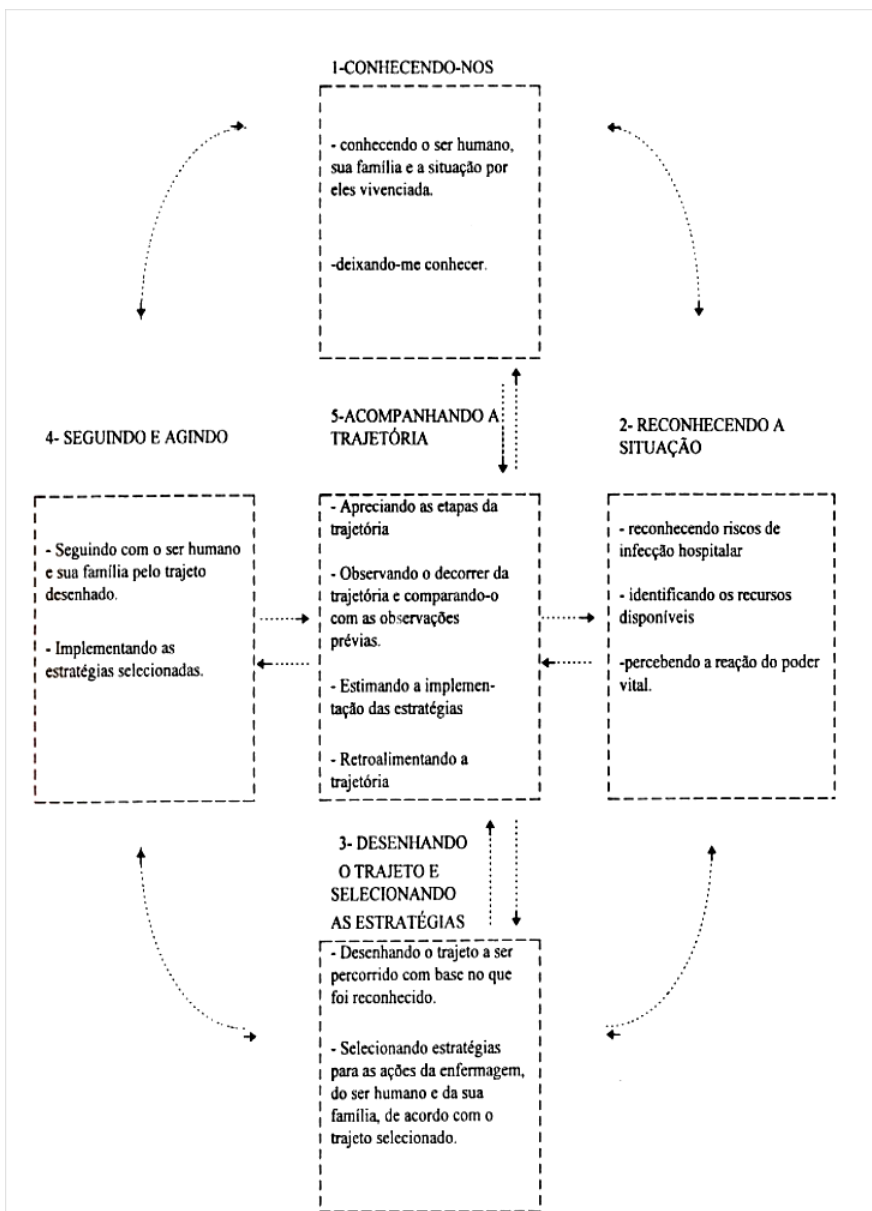
Portanto, neste estudo, como forma de sistematizar e sustentar o cuidado prestado, houve a apropriação e adequação do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC), que se tornou essencial, principalmente pelo fato de que o cuidado de enfermagem deve ser capaz de englobar “o ser e o estar junto à pessoa que cuidamos, respeitando-a em seus momentos de silêncio, de dor, de descontração, de alegria, de individualidade; enfim em seus direitos e independência humana” (CARRARO, 2009, p.3).

O MCC (1994), é considerado por Wall (2008, p.73), como um modelo de cuidado de enfermagem que,

segue um referencial teórico-filosófico, é fruto de reflexões, e se baseia numa prática inserida no contexto sociopolítico brasileiro. Oferece subsídios para um cuidado diferenciado, pois considera o ser humano um ser integral e singular, partindo de sua realidade, valorizando sua experiência, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo de viver.

Além disso, está baseado no processo de enfermagem, que é definido como um “esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem” (PAUL; REEVES, 2000, p. 21).

O MCC (Figura 1) foi embasado nos escritos de Florence Nightingale e elaborado com o objetivo de assistir o ser humano e sua família na vivência da situação cirúrgica, direcionado à prevenção de infecções hospitalares. E, de acordo com o Modelo de Cuidado proposto, existem cinco fases para que a assistência de enfermagem ocorra de forma efetiva, humanizada, e que acima de tudo proporcione cuidado e potencialize o poder vital da mulher na fase em que se encontra.



**Figura 1:** A trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na prevenção de infecções. Fonte: CARRARO, 1994, p. 35.

Descrição das cinco etapas do Modelo de Cuidado de Carraro (CARRARO, 1994, p. 36-40):

### 1. Conhecendo-nos

Sendo a primeira etapa da Trajetória, configura o início do meu relacionamento com o ser humano, sua família e o meio ambiente da situação cirúrgica. Tem por finalidade buscar conhecer e conseguir informações que possibilitem a continuidade deste processo.

De maneira informal, minha apresentação à equipe de saúde dos diversos setores, engloba algumas informações sobre minha história profissional e o porquê do meu interesse nesse tipo de assistência. Ainda consta da apresentação do anteprojeto para a Prática Assistencial. Da mesma forma, no que tange ao cliente e sua família, penso ser de fundamental importância a minha apresentação esclarecendo “quem sou” e como pretendo atuar junto com eles. Observando os princípios bioéticos cabe aqui o esclarecimento ao cliente/família sobre os objetivos e o teor do trabalho, e sobre os seus direitos de participar ou não desta assistência, assim como da possibilidade de interrompê-la quando desejarem.

Para que a Trajetória se desenvolva de maneira efetiva, é fundamental que esta etapa seja bem explorada no sentido de subsidiar a continuidade do processo. Este fato não significa que o conhecimento aqui proposto deva ser esgotado num primeiro momento, mas que deve ser um processo contínuo a permear todo o trajeto.

É fundamental, principalmente neste momento, que haja interação entre as pessoas envolvidas no processo assistencial. Acredito que a assistência e o diálogo são elementos desencadeadores dessa interação e que, juntamente com a observação e a consulta à documentação disponível, subsidiem a Trajetória no que concerne às informações necessárias ao seu desenvolvimento.

No meu entendimento, teoria – Marco Conceitual – e prática – aplicação da Metodologia para Assistência – precisam estar interligadas para que

as ações de Enfermagem transcorram de modo congruente. Ao fazer esse elo teórico-prático, operacionalizo o Marco Conceitual de forma a guiar a etapa Conhecendo-nos [...]. Com a finalidade de nortear essa etapa, elaborei um Roteiro Básico para Coleta de Informações [...] o qual não é um instrumento encerrado, podendo ser aperfeiçoado sempre que houver necessidade. As informações são registradas em diário de campo.

## 2. Reconhecendo a situação

Esta etapa da Trajetória caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior, fazendo uma ponte entre o teórico apreendido, o prático vivido, o teórico a apreender e o prático a viver. Essa reflexão conduz ao reconhecimento de como a situação cirúrgica se desenvolve, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença e à prevenção de infecções.

Optei em embasar o Reconhecendo a Situação no processo saúde-doença, por entender que este permeia o desenvolvimento da Situação Cirúrgica, e que é nele que se processa a prevenção de infecções. Compreendo ainda que, ao focar o processo saúde-doença, estou trabalhando de forma interligada com os demais conceitos do Marco Conceitual. A partir dessa compreensão destaco três pontos fundamentais para o reconhecimento da situação, com vistas à prevenção de infecções hospitalares. São eles: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital.

Este reconhecimento não ocorre de forma estanque; porém, para que haja melhor entendimento e para orientar essa etapa, tentei organizar aqui o que abrange cada um desses ítems.

**Reconhecendo os Riscos de Infecção Hospitalar**  
a que o paciente está exposto na situação cirúrgica. Considerando risco como “a probabilidade de algum evento indesejado” (Fletcher; Fletcher; Wagner, 1989, p. 126) e levando em consideração o que alguns estudiosos

da Prevenção e Controle de Infecções citam como fatores de risco para pacientes cirúrgicos, elaborei um instrumento para facilitar a etapa Reconhecendo no que se refere a Riscos de Infecção Hospitalar (Anexo 3).

**Identificando os Recursos Disponíveis** para facilitar a recuperação e proporcionar medidas de conforto, de educação à saúde, de apoio, de biossegurança e de potencialização do Poder Vital.

**Percebendo a Reação do Poder Vital** à situação cirúrgica, observando como o cliente está se projetando para a vida e reagindo frente a doença. Através de observações subjetivas, tais como sua motivação, seus planos para o futuro, seus sentimentos em relação à cirurgia, seu relacionamento com os outros pacientes, família e equipe; e ainda através de dados subjetivos, por exemplo: sinais vitais, exames laboratoriais, reação medicamentosa, cicatrização. Visando facilitar esse reconhecimento, sistematizo as variáveis que interferem no poder vital [...].

O Reconhecimento da situação pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário, pois é ele que subsidia a etapa subsequente. Os registros referentes ao Reconhecendo a Situação são feitos no diário de campo e sistematizados [...].

### 3. Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias

Tendo iniciado o Conhecimento e o Reconhecimento da Situação Cirúrgica, esta etapa se caracteriza pelo Desenho do trajeto a ser percorrido. Nesta ocasião, ciência e arte se salientam e se complementam. A arte oferece subsídios para desenhar o trajeto; a ciência oferece o embasamento teórico-científico. Desta forma programamos a assistência tendo sempre em mente que o ser humano é um ser singular, integral e indivisível.

É também neste momento que os princípios bioéticos sobressaem, principalmente no que se refere à mobilização do meio ambiente com vistas



a proporcionar condições favoráveis à saúde. A programação, ou Desenho do Trajeto, pode ser realizada pelo enfermeiro, pelo enfermeiro/paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e/ou pelo paciente sua família, conforme a situação se apresentar. Concomitantemente ao Desenho do Trajeto, dá-se a Seleção das Estratégias para as ações de Enfermagem, do ser humano e da sua família. Esta seleção acontecerá de acordo com as possibilidades de cada pessoa integrante deste processo. A atuação de cada um é singular e deve ser analisada no momento da programação do trajeto e da escolha de estratégias. Destas, algumas passíveis de utilização são: cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecções, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e/ou equipe de saúde e visitas domiciliares. [...].

#### 4. Seguindo e Agindo

Esta etapa da Trajetória proporciona à Enfermagem seguir com o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica. É neste momento que se dá a implementação das estratégias selecionadas. As ações seguem o Desenho do Trajeto e são executadas pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a competência exigida pela estratégia escolhida. [...].

#### 5. Acompanhando a Trajetória

Esta etapa é desenvolvida de maneira dinâmica, interligada e contínua através do acompanhamento da trajetória, e didaticamente dividida em 4 fases, que se seguem:

1-Apreciando as etapas: compreende a apreciação de cada etapa. Proporciona subsídios para a sequência do trajeto se existe interligação entre as mesmas;

2-Observando o decorrer da Trajetória e comparando-o com as observações prévias: compreende a observação e comparação de

informações, com vistas a avaliar a evolução do cliente no que concerne à situação cirúrgica;

3-Estimando a implementação das estratégias: compreende a avaliação da escolha das estratégias e de sua implementação, bem como se as ações de Enfermagem são congruentes com o desenho proposto;

4-Retroalimentando a Trajetória: embasados nas avaliações realizadas, compreende a retroalimentação da trajetória com a finalidade de introduzir inovações necessárias.

Essa etapa forma o elo entre as demais, reforçando a articulação entre as mesmas. É fundamental que permeie toda a Trajetória, subsidiando o seu desenvolvimento, retroalimentando-a e estimulando sua preservação, bem como os ajustes que se fizerem necessários.

### **1.5.2 Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática**

O MCC embasado na Teoria de Florence Nightingale, adaptado à temática (Figura 2), busca proporcionar o cuidado à puérpera simultaneamente ao pesquisar, considerando-se que o cuidado não é algo estanque, e que cada mulher vivencia o puerpério de uma forma.

Nesta perspectiva, o marco conceitual e o modelo de cuidado, construídos para esta pesquisa, serão apresentados na sequência.

#### **Definindo o Marco Conceitual**

Para que uma pesquisa seja realizada com ações direcionadas de enfermagem, é de fundamental importância que os enfermeiros compreendam que, embora haja uma divergência quanto aos conceitos de referenciais e/ou marcos conceituais e teóricos, estes, com diferenças e semelhanças, formam um emaranhado de conceitos que se inter-relacionam e iluminam os caminhos da Enfermagem (CARRARO, 2001e).

Constituído por pressupostos e conceitos, Carraro (2001e, p.33) enfatiza que, o marco conceitual “torna-se uma importante ferramenta para embasar, direcionar e clarificar as ações, não apenas do enfermeiro, mas de toda equipe de enfermagem”, assim como, indica e justifica por que selecionar determinado problema para o estudo auxilia na organização do conhecimento, no esclarecimento dos fatos observados e das relações entre eles. Assim sendo, o marco conceitual foi construído principalmente a partir dos conceitos de Carraro, que são fundamentados nos escritos de Florence Nightingale.

### ***Pressupostos***

Trata-se de declarações,

verificações, identificações, constatações, observações ou afirmações, que descrevem conceitos teóricos ou fazem a conexão de dois conceitos baseados em fatos, aceitos como verdadeiros, que representam crenças, valores ou objetivos (WALL, 2008, p. 39).

Portanto, com a intenção de nortear crenças e valores existentes os pressupostos apresentados a seguir foram sustentados nos escritos de Carraro (1994) que tiveram como base Florence Nightingale.

- Os cuidados praticados pela puérpera têm relação com seu ambiente interno e externo;

- O cuidado da enfermeira no domicílio, deve estar embasado em conhecimentos científicos, e proporcionado da forma mais adequada, por meio de um atendimento que inclua o cuidado necessário, conforme a individualidade de cada puérpera;

- O cuidado no puerpério está baseado em ações que devem permear o cotidiano da enfermagem, da puérpera e da sua família;

- Há influência da família quanto à vivência dos cuidados que são realizados no período puerperal;

- A puérpera possui Poder Vital que pode ser fortalecido pela enfermeira durante o cuidado domiciliar.

- O fortalecimento do Poder Vital da puérpera e os cuidados orientados durante a aplicação do Modelo de Cuidado, requerem princípios bioéticos.

### ***Conceitos Interrelacionados***

Um conceito busca descrever um fenômeno ou um grupo de fenômenos (WALL, 2008), além de ser uma forma de teorizar o que se pensa a respeito, esclarecendo equívocos, tecendo ligações e aparando arestas (CARRARO, 1994). Desta forma, os conceitos adotados de modo interrelacionados neste estudo são:

### ***Enfermagem***

De acordo com Florence, enfermagem é uma arte embasada em conhecimentos científicos organizados (CARRARO, 2001d), sendo possível complementar dizendo que,

a arte é expressa principalmente por meio da sensibilidade, da criatividade/imaginação e da habilidade, como instrumentos para a assistência de enfermagem. A 'sensibilidade' auxilia a perceber e externar sentimentos e, por outro lado, é ela que possibilita perceber, entender, e respeitar os sentimentos do outro. A 'criatividade/imaginação' se complementam e conduzem a pensar, criar, inventar, figurar um espírito, com bases na sensibilidade. E é neste momento que a habilidade se configura enquanto aptidão ou capacidade para desenvolver algo, contemplando também a inteligência e a perspicácia que se articulam no conjunto dos componentes já explicitados da arte como um todo. A ciência se evidencia através da aplicação

de conhecimentos sistematizados e instrumentalizados pela arte (CARRARO, 2001d, p.29).

Trata-se de uma profissão que se confunde com o dever, e exige muito mais do que saber prestar o cuidado adequado. Requer disponibilidade, atenção, sabedoria, habilidade, interesse, paciência, atitude e desejo de sempre estar melhorando o cuidado a ser prestado, para que o resultado seja contemplado realmente como uma ciência e arte, e o poder vital dos envolvidos seja fortalecido.

### ***Cuidado em Enfermagem***

O cuidado em enfermagem, de acordo com o conceito estabelecido por Sebold (2008, p.33), é “um momento de interação que ocorre entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, com o objetivo de despertar e/ou fortalecer a energia vital para que o processo restaurador possa acontecer”, de forma que “é impossível pensar em ações isoladas sem relação, sem aproximação com o outro, sem interesse e preocupação” (OLIVEIRA, 2009, p.21). Sendo assim, o cuidar em enfermagem “desabrocha e se desenvolve a partir da sensibilidade e do interesse em estar próximo e fazer com que o outro se sinta melhor” (FRELLO, 2009, p. 73).

Entre os objetivos da assistência de enfermagem, Florence Nightingale ressaltou, a manutenção da saúde, a prevenção de infecções e prejuízos, a recuperação de doenças, a educação em saúde, além do controle do meio ambiente (CARRARO, 2001d). Isso porque, para Florence, é a natureza que institui o processo restaurador no ser humano, e a enfermeira deveria auxiliar neste processo (NIGHTINGALE, 1989).

Neste estudo, mesmo que a puérpera tenha experiência anterior, conhecimentos específicos sobre o período que está vivenciando e tenha como suporte sua família, o cuidado realizado pela enfermeira busca fortalecer seu poder vital, oferecendo apoio, incentivo, compreensão, auxílio, informação e esclarecimento; mostrando-se confiável por meio de palavras, atitudes, respeito e ética profissional.

## *Ser Humano*

Além de possuir um poder vital, o ser humano pode ser definido como “um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo” (CARRARO, 1994, p.28), sendo imprescindível referir que a mulher no período puerperal, encontra-se em “um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca [...] traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam” (CARRARO, 1998, p. 38).

A puérpera muitas vezes, demonstra ser forte, independente, feliz, realizada, animada, compreensiva, paciente, e com muitas expectativas sobre seu filho. No entanto, também possui momentos de angústia, dúvida, medo, ansiedade, insegurança, fraqueza, tristeza, raiva, desânimo. Enfim, diversos são os sentimentos vivenciados, e que estão relacionados ao ambiente, à família, às histórias de vida e experiência gravídico-puerperal.

A enfermeira, que na PCA também deve estar inserida na prática, caracteriza-se como ser humano que acompanha, interage, cuida, zela e atende as necessidades percebidas e relatadas pela puérpera.

Tanto individualmente, quanto em grupos e na sociedade como um todo, o ser humano se relaciona com outros seres humanos, sendo assim, a família é entendida como sendo um grupo de pessoas que se percebe como tal e partilha um meio ambiente (CARRARO, 2001d).

Busca-se que a família seja reconhecida e realmente se torne uma importante fonte para o fortalecimento do poder vital, apoiando, compartilhando e auxiliando no que é necessário para que a puérpera se sinta bem e fortalecida para seu restabelecimento e adequações nesta nova fase de sua vida.

## *Meio ambiente*

Refere-se a um contexto, responsável por estar permeando e afetando a vida do ser humano e de sua família, envolvendo condições e influências tanto externas quanto internas e apresentando infinita diversidade (CARRARO, 1994), além de se considerar que,

o ser humano é também seu meio ambiente, por dentro e por fora, que cada ser humano faz parte do meio ambiente do outro. [...] as condições e influências que compõem o meio ambiente são recursos disponíveis que podem usar na potencialização do seu poder vital (CARRARO, 2001d, p 82-83).

Quando nos referimos ao domicílio como um ambiente apropriado para a realização da pesquisa, infere-se que no mesmo existam recursos apropriados e identificados como importantes complementos para a realização do cuidado. Portanto, neste estudo a enfermagem atua neste espaço, “com intuito de proporcionar ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital” (CARRARO, 1994, p.30).

### *Saúde – Doença*

Florence Nightingale (1989, p.14) chama de doença “o processo restaurador que a natureza instituiu”, e Carraro (1994) complementa afirmando que o processo saúde-doença é dinâmico e influenciável tanto pelo ser humano quanto pelo meio ambiente. “No processo saúde-doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde” (CARRARO, 2001d, p. 26).

Lobo (2000, p.38), interpreta que Florence “pensava que a enfermagem deveria proporcionar atendimento tanto aos sadios quanto aos enfermos e defendia a promoção da saúde como uma atividade na qual as enfermeiras deveriam participar”, além de que, “o papel da enfermeira é colocar o cliente na melhor posição para que a natureza aja sobre ele, encorajando assim a cura”.

O conceito de saúde-doença no puerpério varia de acordo com as crenças e valores que permeiam um determinado contexto, dependendo de fatos, fatores, intercorrências, adaptações, sentimentos, restauração do organismo e reações do poder vital.

## ***Poder Vital***

Carraro (1994, p. 29) entende como sendo, “uma força inata ao ser humano. Esta força tende para a vida, e projeta-o para a vida”, descreve-se também como “energia interior, intrínseca e latente no ser humano, que pode ser direcionada para a vida ou para a morte” (KUNZLER, 2006, p.31). Ou seja, é uma força interior que pode ser potencializada e/ou enfraquecida, dependendo da influência que é exercida pelas variáveis responsáveis pela sua manifestação, de maneira que, pelo fato do poder vital do ser humano ser dinâmico e instável, é necessário incentivo para potencializá-lo (CARRARO, 2001d).

O período puerperal nesta conjuntura é um processo de amadurecimento, reflexão, decisões, cuidados, restabelecimento de funções vitais, coragem para se colocar em uma nova etapa da vida, com mais responsabilidades. Neste caso, Carraro (1994) refere que a enfermagem deve estar sempre alerta para mobilizar o meio em que a puérpera está inserida, propiciando à esta e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital.

Poder Vital trata-se de uma força a ser fomentada e voltada à recuperação durante o puerpério, força esta que envolve e é influenciada por vários fatores, principalmente pelas relações estabelecidas, como, da puérpera com o ambiente, a família, o recém-nascido, a equipe de saúde responsável, entre outros.

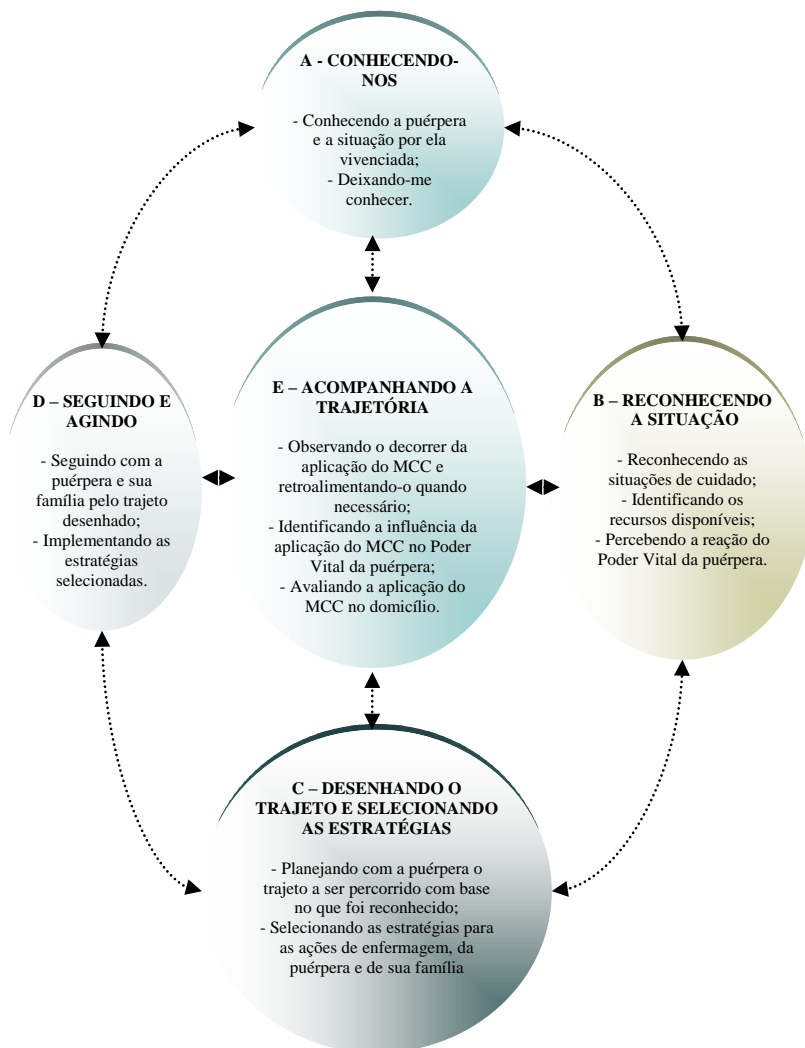
Esta etapa de construção do referencial teórico conceitual tornou-se necessária e fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa convergente-assistencial, visto que, a teoria caracterizou-se como adequada e aplicável, e os termos utilizados formalizaram uma construção mental organizada e aprofundaram formas de direcionar as ações de enfermagem (CARRARO, 2001e).

## **Apresentando o Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática**

O MCC voltado à mulher no puerpério (Figura 2) preza por oferecer cuidados que incluem, “ouvir, observar, perceber, refletir, e agir de uma maneira que inclua o indivíduo, programando em conjunto seus



cuidados, respeitando seu querer, seus valores, seus hábitos” (CARRARO, 2001c, p.19).



**Figura 2:** Diagrama do Modelo de Cuidado de Carraro (1994) adaptado à temática, **Poder vital de puérperas no domicílio:** a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro.

## **A - Conhecendo-nos**

Para que a interação ocorra de forma efetiva, primeiramente é necessário que a enfermeira se apresente, explique o motivo e os objetivos do estudo, e com o desenrolar do mesmo, é importante que se deixe conhecer como possibilidade de viabilizar e tornar a trajetória do estudo mais produtiva e inter-pessoal.

Esta etapa indica o início do relacionamento com a puérpera, momento em que a enfermeira se aproxima e convida a mulher para compartilharem dados e informações a respeito da situação que está sendo vivenciada, de que forma a mulher se coloca, como se sente e que conhecimentos ela já possui.

Por representar o início de todo o envolvimento, é preciso que seja uma etapa bem explorada pela enfermeira quanto aos cuidados que estão sendo realizados pela puérpera, como forma de subsidiar a continuidade da trajetória e identificar de que maneira o Poder Vital da puérpera pode ser identificado. Esta etapa desencadeia possibilidades de coleta de informações, não somente em um, mas em diferentes momentos do estudo, pois novos dados podem emergir em outras etapas do Modelo de Cuidado que será utilizado.

## **B - Reconhecendo a situação**

Enquanto se observa, cuida, auxilia, esclarece e questiona sobre os cuidados que estão sendo realizados no domicílio, enfim enquanto se conhece a situação, é necessário que a enfermeira interprete e reflita sobre todo o contexto, ou seja, tente reconhecer as situações de cuidado que estão sendo vivenciadas pela puérperas.

É nesta etapa que a enfermeira identifica os saberes e recursos já existentes quanto aos cuidados que estão sendo prestados e relaciona com o ambiente e família que acompanha a puérpera, buscando meios para melhorar o cuidado que está sendo vivenciado.

Além disso, é necessário considerar e observar em todos os momentos, as atitudes, expressões verbais e não verbais, ou seja, reações que a puérpera apresenta como forma de potencializar ou não seu Poder Vital durante o puerpério imediato e tardio, e que requerem cuidados adequados, pois a percepção da manifestação do Poder Vital consiste na

base para a escolha de ações e intervenções para o restabelecimento da puérpera em sua integralidade.

### **C - Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias**

“Nesta ocasião, ciência e arte salientam-se e complementam-se”, a arte por oferecer subsídios para desenhar o trajeto e a ciência por oferecer embasamento teórico-científico (CARRARO, 2001d, p. 34).

Com base no que é reconhecido, de acordo com a vivência no domicílio, a enfermeira e a mulher planejam os cuidados e selecionam estratégias para desenvolvê-lo. Ao selecionar estratégias é fundamental despertar na puérpera o interesse pelas ações de cuidado que venham a trazer-lhe benefícios, desenvolver competências que ela ainda não possui valorizar sua capacidade, fortalecendo assim seu Poder Vital.

### **D - Seguindo e agindo**

Esta etapa proporciona à enfermeira seguir com a puérpera e sua família conforme o desenho do trajeto, ou seja, é o momento dos envolvidos realizarem as ações de cuidado planejadas, de acordo com a habilidade de cada um e a competência necessária pela estratégia selecionada.

Trata-se de uma etapa relevante, tendo em vista que serão momentos de identificar se o Modelo de Cuidado adotado realmente está alcançando resultados. É um momento de reflexão, enquanto cuidados são realizados.

### **E - Acompanhando a trajetória**

Esta etapa desenvolve-se de maneira dinâmica, interligada e contínua proporcionando o acompanhamento da trajetória, na qual a enfermeira observa o decorrer da trajetória e retroalimenta-a quando

necessário; identifica a influência da aplicação do MCC no Poder Vital da puérpera e avalia a aplicação do MCC no domicílio.

Portanto, pelo fato do Modelo de Cuidado ser dinâmico, as cinco etapas apresentadas podem ser aplicadas não necessariamente em uma sequência, pois existe a possibilidade de serem intercaladas e/ou realizadas ao mesmo tempo, por serem consideradas indissociáveis.

## 2 INSTRUMENTAÇÃO, PERSCRUTAÇÃO E ANÁLISE

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, utilizando-se da metodologia de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), dimensão metodológica que abrange pesquisa bibliográfica e de campo, sendo necessário envolvimento e participação ativa dos integrantes da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA conduzida na área da enfermagem inclui atividades de cuidado/assistência dos clientes; por isso há quem veja confundida com o ato de cuidar. Tal tipo de pesquisa inclui um gesto de cuidar; no entanto defendemos a posição de que a pesquisa no seu todo não se consubstancia como ato de cuidar ou de assistir somente (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

A PCA visa descobrir alternativas ou então minimizar problemas, realizando mudanças e/ou introduzindo inovações na conjuntura da prática em que ocorre a investigação. Neste tipo de pesquisa Trentini e Paim (2004, p.29) afirmam que, o profissional precisa enfatizar o “pensar” e o “fazer”, ou seja, ele “pensa fazendo e faz pensando”, primeiramente sistematizando o que faz. Sendo assim, esta pesquisa foi desenvolvida conforme o que é estabelecido pela metodologia, por meio de uma proposta refletida, consciente e fundamentada teoricamente.

A fase de instrumentação é caracterizada pelo momento de decisões metodológicas, ou seja, definição do espaço físico da pesquisa, participantes, além de métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004). A fase de perscrutação é evidenciada pelas estratégias utilizadas na obtenção dos dados, ou seja, é o momento da prática, de implementar a teoria, o método e a criatividade, o que pode requerer ajustes, afinamento e exige o pensar o tempo todo (TRENTINI; PAIM, 2004). Enquanto que a fase de análise ocorre concomitantemente às duas fases anteriormente citadas, e deve incluir informações referentes ao processo de assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

## 2.1 ASPECTOS ÉTICOS

No tocante aos aspectos éticos, foram respeitados os preceitos divulgados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996) e suas complementares, de forma que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, e aprovado dia 28 de fevereiro de 2011, pelo processo 1823 (ANEXO A).

A pesquisa contou com duas declarações de consentimento formal de autorização de Instituições, uma do hospital (ANEXO B) onde as participantes da pesquisa foram convidadas a participar do estudo, e outra da Secretaria Municipal da Saúde (ANEXO C), pelo fato dos cuidados terem sido realizados concomitantemente com os profissionais da Atenção Básica. Contou também com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelas puérperas (APÊNDICE B), que participaram da pesquisa, todas maiores de 18 anos. Para garantir o anonimato e preservar a identidade das puérperas que serão citadas neste trabalho, os nomes foram substituídos pela consoante P, representando a palavra puérpera, e números sequenciais.

Por se tratar de um período de mudanças, o puerpério apresenta as seguintes vulnerabilidades: fator emocional, modificações físicas e fisiológicas, condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas e educacionais. No entanto, leva-se em consideração que se tratou de uma pesquisa não clínica, não acarretou risco e o objetivo da mesma foi gerar novos conhecimentos sobre o cuidado em enfermagem.

## 2.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Corbélia – Paraná, que se tratando de instituições de saúde, conta com dois hospitais, sendo um deles conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), e seis Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a unidade central que se caracteriza como Programa de Agentes de Saúde (PAC) e Pronto Atendimento Médico 24 horas (PAM), a unidade do bairro Santa Catarina também com o PAC, e outras quatro que são caracterizadas como Estratégia Saúde da Família (ESF), localizadas nos bairros Jardim Vera Lúcia e

Vila Unida e duas localizadas em diferentes distritos, Nossa Senhora da Penha e Ouro Verde do Piquiri.

As equipes de saúde são multiprofissionais, compostas por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras, fisioterapeutas, médicos, nutricionista, odontólogos, psicóloga, entre outros. Nas UBSs, o município conta com seis enfermeiras, distribuídas da seguinte forma: uma responsável pela UBS central, uma na epidemiologia, uma no PAC do bairro Santa Catarina, uma na ESF do bairro Jardim Vera Lúcia, uma na ESF do bairro Vila Unidade e uma enfermeira responsável pelas unidades de ESF dos distritos de Ouro Verde do Piquiri e Nossa Senhora da Penha.

Este município foi escolhido para a realização da pesquisa devido a familiaridade da pesquisadora com o local e interesse de estar realizando um estudo específico em uma área onde se identificou necessidades e possibilidades para avanços no cuidado de enfermagem.

### 2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo quatro puérperas: P1, 24 anos, residia com o marido, três filhos, mãe e padrasto; P2, 34 anos, solteira, quatro filhos, passava o puerpério na casa da mãe, e depois deste período retornaria a morar com a filha mais velha; P3, 27 anos, residia com seu marido e dois filhos; P4, 34 anos, residia com seu marido, três filhos e seus pais.

Todas estavam vivenciando o período puerperal imediato no hospital selecionado, residiam no município de Corbélia – Pr, eram maiores de 18 anos, aceitaram participar da pesquisa, não apresentaram dificuldades para compreender o objetivo do estudo e tinham capacidade para responder os questionamentos.

As participantes foram esclarecidas de que, a participação era voluntária, o atendimento não seria condicionado à pesquisa, que participando da mesma estariam contribuindo com a ciência, e que o conhecimento gerado poderia ou não modificar o serviço nas UBSs. Assim, caso a puérpera não aceitasse participar da pesquisa, a mesma seria atendida normalmente conforme rotina da unidade. No entanto, as quatro mulheres convidadas aceitaram e foram incluídas após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Isto porque:

Ao optar por determinados participantes, o pesquisador deverá contatá-lo antes de iniciar a coleta de informações, para apresentar o propósito do estudo e os métodos, as vantagens e desvantagens da sua participação. O pesquisador deverá ainda garantir respeito aos desejos dos participantes em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e também direito de desistir de participar durante o processo se desejarem. Após esse diálogo, as pessoas terão condições de decidir se concordam ou não em participar do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 75).

Como se trata de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, Trentini e Paim (2004) referem que não há critérios rígidos para a seleção da amostra, pois neste tipo de estudo não se valoriza o princípio de generalização, e sim a representatividade referente a profundidade e diversidade de informações. Com isso, o número de participantes foi definido conforme a saturação dos dados, ou seja, definiu-se desta forma para “garantir uma amostragem de adequação das informações” (TRENTINI e PAIM, 2004, p.75), pois a amostra costuma ser pequena na PCA, devido a necessidade de estar de acordo com as condições do espaço onde foi prestada a assistência.

## 2.4 COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a captação dos sujeitos, primeiramente foi realizado contato com a enfermeira responsável pela unidade de saúde central, com a enfermeira responsável pela epidemiologia e com o secretário da saúde do município. Após agendamento e encontro com estes profissionais, para maiores esclarecimentos a respeito da pesquisa, a autorização foi solicitada ao secretário, de forma que a proposta foi bem aceita. Além disso, todos se colocaram a disposição caso houvesse necessidade de dados sobre as puérperas e/ou auxílio para a realização da pesquisa. Após, o diretor do hospital onde as puérperas foram convidadas a participar do estudo, autorizou a realização do mesmo.



A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2011, contando com apoio e compreensão de diversos profissionais do município, tanto no hospital quanto na rede básica de saúde. Conforme combinado com a enfermeira responsável pelo hospital, esporadicamente era feito contato com a instituição, buscando-se de saber se havia alguma puérpera internada.

As puérperas selecionadas receberam uma visita no hospital, onde foram convidadas a participar do estudo, uma visita domiciliar (VD) no puerpério imediato e uma no puerpério tardio. Além disto, à P1 foram realizadas duas VDs durante a gestação e dois encontros ocorreram no hospital enquanto ela estava em trabalho de parto; para P3 e P4 uma VD a mais ocorreu durante o puerpério tardio e um encontro aconteceu com P3 na UBS central no puerpério imediato. As VDs eram realizadas conforme disponibilidade e preferência de horário das participantes.

Enfatiza-se que para cada puérpera houve um acompanhamento distinto no que tange ao momento da primeira VD e ao número de encontros realizados, porque o processo decisório de cada acompanhamento ocorreu a partir das necessidades de cada mulher, percebidas por meio da reação de seu Poder Vital, dúvidas e/ou problemas solucionados ou encaminhados aos demais profissionais da saúde, bem como objetivo de pesquisa alcançado.

A aplicação do MCC adaptado à temática, por ser um processo dinâmico e contínuo, além de proporcionar suporte para a coleta de dados por meio do cuidado de enfermagem direto à puérpera e sua família, possibilitou também a utilização da entrevista semifechada (APÊNDICE C), baseada no Diagrama do MCC (Figura 1) e nas variáveis que interferem no Poder Vital do Ser Humano (ANEXO D), da observação participante, e do registro em diário de campo, que ocorreram concomitantemente.

Pelo fato da pesquisa, assistência e participação dos envolvidos serem elementos centrais da PCA, esta pode unir diferentes métodos, estratégias e técnicas para obter as informações desejadas. Pois, “esses métodos se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde dos informantes pela prática assistencial de enfermagem” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.76).

Da articulação dos elementos, cuidado de enfermagem, pesquisa e participação dos envolvidos, emerge outro elemento, unificador, denominado convergência, que articulou neste estudo a teoria com a prática (TRENTINI e PAIM, 2004).

O cuidado pode ser entendido como “algo que dá liga aos elos de uma relação, seja ele no âmbito particular ou profissional. É o que nutre, faz crescer e fortifica os vínculos, podendo ser expresso por atitudes, palavras ou por gestos” (RAMOS, 2011, p. 75).

A entrevista semifechada foi utilizada porque, segundo Trentini e Paim (2004, p.78), a mesma

parte de tópicos relacionados ao tema de pesquisa; à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa. Nessa modalidade, o pesquisador, ao conduzir a entrevista, terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido referente ao tema de pesquisa, que certamente suscitarão direções para o questionamento, e não se condiciona o entrevistador a elaborar exatamente as mesmas perguntas para todos os entrevistados. O pesquisador elaborará um roteiro, não de questões, mas de temas a serem abordados. A maneira de fazer perguntas em relação a cada tema dependerá das características do entrevistado, sua personalidade, linguagem e do nível de interpretação com o entrevistador. Na entrevista semifechada, o pesquisador visa a captar, de forma detalhada, aspectos importantes, em relação aos temas escolhidos. Tal modalidade de entrevista possibilita investigar um tema na sua horizontalidade, verticalidade e profundidade, pois poderá descobrir como ocorrem certos fenômenos.

A observação participante tem como característica principal a necessidade do “pesquisador mergulhar de cabeça no campo, que observará a partir de uma perspectiva de membro, mas deverá, também, influenciar o que é observado graças a sua participação” (FLICK, 2009, p.207), ou seja, trata-se de uma modalidade que possibilita o pesquisador a participar da situação de maneira consciente e com

propósito determinado, para perceber a situação e o fenômeno com detalhes (TRENTINI; PAIM, 2004).

Em um diário de campo os dados foram registrados, sendo que, logo após cada encontro, os mesmos eram organizados conforme a estrutura da entrevista semifechada e complementados de acordo com o que foi vivenciado.

Como estratégia para a obtenção de informações definiu-se por: realizar a primeira visita à puérpera no hospital durante o puerpério imediato, com intuito de possibilitar o vínculo inicial entre pesquisadora-cuidadora e puérpera e tornar mais efetiva a aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro e, realizar uma VD durante o puerpério imediato e uma no puerpério tardio como forma de acompanhar a puérpera em uma etapa reconhecida pela vulnerabilidade e necessidade de cuidado, em um ambiente capaz de proporcionar à pesquisadora-cuidadora uma visão ampla sobre o contexto em que a mulher vivencia este período.

Sendo assim, a aplicação do MCC adaptado a temática, foi colocado em prática em lugares e tempos diferentes, como forma de alcançar a puérpera em instâncias diversas e oferecer cuidados que emergiram das necessidades, tendo sempre como referencial o próprio modelo.

E, como forma de facilitar o reconhecimento do Poder Vital, Variáveis que Interferem no Poder Vital do Ser Humano (ANEXO D), subjetivas e objetivas, sistematizadas por Carraro (1994), foram utilizadas, sendo elas: variáveis **subjetivas**: relações interpessoais; planejamento de seu futuro; percepções e enfrentamento do momento vivido; incentivo/motivação; crenças e valores; estado emocional e sentimentos; auto-imagem e, **objetivas**: consulta de enfermagem; estado nutricional; sono e repouso; ambiente externo; riscos e equipe de saúde. Portanto, para que a reação do Poder Vital seja percebida, é necessário que o enfermeiro observe como o ser humano se projeta para a vida e reage frente a doença. (CARRARO, 1994).

Quanto à análise, esta ocorreu desde a perscrutação, momento de levantamento dos dados, quando a pesquisadora verifica se são suficientes e se realmente estão respondendo a pergunta de pesquisa. Sendo assim, a análise é parte integrante da metodologia. Conforme Trentini e Paim (2004, p.91) referem, na PCA

os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo.

Neste sentido, a análise dos dados ocorreu por meio da quinta etapa do MCC adaptado a temática, “Acompanhando e apreciando a trajetória”, que se divide em:

**- Observando o decorrer da aplicação do MCC e retroalimentando-o quando necessário:** “compreende a apreciação de cada etapa. Proporciona subsídios para a sequência do trajeto e se existe interligação entre as mesmas (...) compreende a observação e comparação de informações” (CARRARO, 1994, p. 40), ou seja, sempre com intuito de avaliar a evolução da puérpera durante o cuidado domiciliar. De maneira que, embasada nestas avaliações, retroalimenta-se a aplicação do MCC com o propósito de introduzir cuidados necessários.

**- Identificando a influência da aplicação do MCC no Poder Vital da puérpera:** envolve a percepção da enfermeira diante da aplicação do MCC a partir das manifestações do Poder Vital da Puérpera durante os cuidados realizados no domicílio.

**- Avaliando a aplicação do MCC no domicílio:** envolve a avaliação do que foi vivenciado, por meio de percepções subjetivas e objetivas de quem está cuidando e de quem está sendo cuidado.

Por meio desta etapa do MCC adaptado à temática, foi possível organizar as informações analisadas de maneira sistematizada conforme o desenvolvimento da pesquisa, já que, a análise neste tipo de estudo convergente-assistencial, ocorre concomitantemente à coleta de dados.

### 3 INTERPRETAÇÃO

Nesta fase da PCA, para que ocorresse a interpretação das informações sobre a prática do cuidado à puérpera no domicílio, foram desenvolvidos os três processos fundamentais: síntese, teorização e transferência.

No processo de síntese, ocorre um trabalho intelectual profundo, é quando as associações e variações das informações são examinadas subjetivamente até que seja alcançada completa familiaridade com as mesmas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na teorização, a interpretação das informações é realizada à luz da fundamentação teórico-filosófica do estudo. Consiste na formulação de novos conceitos, suas definições e inter-relações, o que constitui as conclusões do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Enquanto que, o processo de transferência de resultados, “consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse venha a ser entendido como poder de generalização” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.96).

Vale lembrar que os objetivos desta pesquisa foram: **Identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro; E, apontar trajetos para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro.** Sendo assim, buscando responder a estes objetivos, a partir dos dados obtidos, dois manuscritos foram elaborados e são apresentados na sequência.

3.1 MANUSCRITO 2: Poder Vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio.

## **PODER VITAL DE PUÉRPERAS DURANTE O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO<sup>5</sup>**

Mariely Carmelina Bernardi<sup>6</sup>  
Telma Elisa Carraro<sup>7</sup>

### **RESUMO**

Pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade convergente-assistencial, com objetivo de identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC). A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2011, utilizando-se do MCC adaptado a temática durante as visitas domiciliares para quatro mulheres que vivenciavam o puerpério imediato e tardio. Diversas foram as manifestações das puérperas, de variáveis que interferem no Poder Vital, de modo que estas oscilavam entre a neutralidade, a negatividade e a positividade frente aos cuidados realizados, orientados e discutidos no decorrer das visitas domiciliares. Por meio da identificação das manifestações das variáveis subjetivas e objetivas, acredita-se que a enfermeira possa planejar, atuar e avaliar o cuidado, influenciando positivamente no Poder Vital da puérpera.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Período pós-parto. Visita Domiciliar.

---

<sup>5</sup> Resultado da Dissertação de Mestrado intitulada: Poder Vital de puérperas no domicílio: a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN-UFSC, 2011.

<sup>6</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Bolsista CNPq. Neste manuscrito denominada pesquisadora-cuidadora. Endereço: Rua Ipê Roxo, 1851. Centro - Corbélia - PR. CEP 85420-000. Tel.: (48) 9614-5181. Email: [marielybernardi@yahoo.com.br](mailto:marielybernardi@yahoo.com.br)

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa C&C. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: [telmacarraro@ccs.ufsc.br](mailto:telmacarraro@ccs.ufsc.br).

## INTRODUÇÃO

O puerpério se caracteriza por ser uma fase de adaptação, tanto física quanto emocional, em que a mulher vivencia o dilema entre as expectativas que foram construídas durante a gestação e a realidade do período pós-parto (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o puerpério pode ser didaticamente dividido em: imediato (do 1º ao 10º dia), tardio (do 11º ao 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia). E por mais que seja considerado um período que resulta em maior vulnerabilidade, se comparado com outras fases do ciclo gravídico-puerperal, é o período em que as mulheres menos recebem atenção da equipe de saúde (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Uma transição existencial durante o puerpério ocorre devido a alguns aspectos emocionais, tais como: a relação entre a mãe e o bebê que inicialmente é pouco estruturada; sintomas depressivos por causa da ansiedade despertada pela chegada do bebê; o bebê que não é mais idealizado e, sim um ser real e diferente da mãe; as necessidades do bebê que são priorizadas perante as necessidades da mulher, assim como a proteção e amparo que são essenciais também a ela neste período (BRASIL, 2006).

Para esta fase ser vivenciada de maneira satisfatória, acredita-se que a enfermagem tenha condições para mobilizar o meio em que a puérpera está inserida, propiciando a esta e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do Poder Vital, que se trata de uma força inata ao ser humano, que tende para a vida (CARRARO, 1994), ou seja, uma energia interior, intrínseca e latente, que na realidade pode ser direcionada tanto para a vida quanto para a morte (KUNZLER, 2006). Neste sentido, o Poder Vital é uma força a ser fomentada positivamente e voltada à específica transição que ocorre durante o puerpério, podendo ser realizada pela família, e até mesmo pela enfermeira.

De acordo com Carraro (1994), existem duas categorias de variáveis, as **subjetivas**, que contemplam: relações interpessoais; planejamento de seu futuro; percepções e enfrentamento do momento vivido; incentivo/motivação; crenças e valores; estado emocional e sentimentos; auto-imagem e, as **objetivas**, representadas por: consulta de enfermagem; estado nutricional; sono e repouso; ambiente externo; riscos e equipe de saúde (CARRARO, 1994).

Uma das estratégias para a enfermeira reconhecer estas variáveis pode ser a visita domiciliar (VD), que além de estar preconizada pelo Ministério da Saúde, é uma atenção realizada no domicílio, e é considerada uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, exequível, capaz de humanizar e com potencial resolutível (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC).

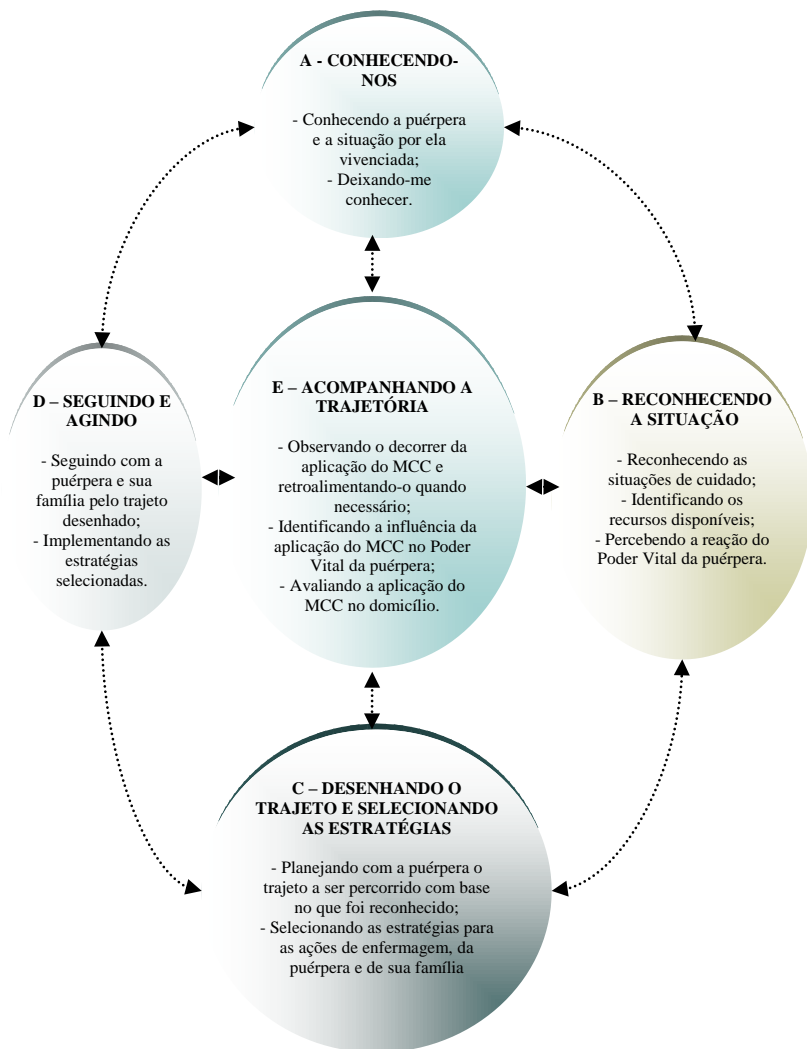
## **CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que visa descobrir alternativas ou então minimizar problemas, realizando mudanças e/ou introduzindo inovações na conjuntura da prática em que ocorre a investigação, sendo que para isso, os integrantes precisam se envolver e participar ativamente, ou seja, é um tipo de pesquisa que articula o conhecimento teórico com a prática profissional (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo utilizou-se o MCC (1994), que contribui para a prática de enfermagem não somente como uma ordenação de procedimentos, mas como um processo dinâmico, mutável e que exige criatividade (CARRARO, 2001b). O Modelo de Cuidado utilizado, composto por cinco etapas inter-relacionadas, proporcionou, como indica a PCA, o pesquisar simultaneamente ao cuidar, neste caso, da puérpera, de forma efetiva, humanizada e voltada à potencialização do seu Poder Vital.

Este modelo foi escolhido por facilitar o raciocínio sobre os conceitos e suas relações, delinear o processo de cuidado de Enfermagem, e representar o mundo vivido expresso verbalmente, por meio de um diagrama, oferecendo ao profissional, subsídios necessários para a atuação que se pretendia realizar (CARRARO, 2001b). O MCC adaptado à temática (Figura 1) serviu como referencial teórico e possibilitou a inter-relação entre os conceitos: Enfermagem, Ser Humano, Meio Ambiente, Saúde-Doença e Poder Vital.





**Figura 1:** Diagrama do Modelo de Cuidado de Carraro (1994) adaptado à temática, **Poder vital de puérperas no domicílio:** a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro.

O período de coleta dos dados ocorreu de abril a junho de 2011, em Corbélia – Paraná, município escolhido devido à experiência profissional, familiaridade da pesquisadora-cuidadora com o local, e interesse de realizar um estudo específico em uma área onde se identificou necessidades e possibilidades de melhoria quanto ao cuidado de enfermagem na área da saúde da mulher.

Os sujeitos participantes do estudo foram quatro mulheres que vivenciavam o puerpério imediato e tardio, as quais receberam visitas da pesquisadora-cuidadora, caracterizando as VDs. Sendo assim, aplicou-se o MCC adaptado à temática, que proporcionou suporte para a coleta de dados por meio do cuidado de enfermagem, entrevista semifechada e observação participante. A análise foi realizada por meio da quinta etapa do MCC, “Acompanhando e apreciando a trajetória”, enquanto que a interpretação desenvolveu-se em três processos fundamentais, de síntese, teorização e transferência.

Todas as mulheres receberam uma visita no hospital, onde foram convidadas a participar do estudo, uma VD no puerpério imediato e uma no puerpério tardio. Além disso, à P1 foram realizadas duas VD durante a gestação e dois encontros ocorreram no hospital enquanto ela estava em trabalho de parto; para P3 e P4 uma VD a mais ocorreu durante o puerpério tardio e um encontro aconteceu com P3 na Unidade Básica de Saúde – UBS central no puerpério imediato.

No tocante aos aspectos éticos, foram respeitados os preceitos divulgados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), de forma que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e aprovado pelo processo número 1823, no início de 2011. Para garantir o anonimato e preservar a identidade das puérperas que serão citadas neste manuscrito, os nomes foram substituídos pela consoante P, representando a palavra puérpera, e números sequenciais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Participaram deste estudo quatro puérperas: P1, 24 anos, residia com o marido, três filhos, mãe e padrasto; P2, 34 anos, solteira, quatro filhos, passava o puerpério na casa da mãe, e depois deste período retornaria a morar com a filha mais velha; P3, 27 anos, residia com seu

marido e dois filhos; P4, 34 anos, residia com seu marido, três filhos e seus pais.

Enfatiza-se que para cada puérpera houve um acompanhamento distinto no que tange ao momento da primeira VD e ao número de encontros realizados. O processo decisório de cada acompanhamento ocorreu a partir das necessidades percebidas por meio da reação do Poder Vital das puérperas, dúvidas e/ou problemas solucionados ou encaminhados aos demais profissionais da saúde, bem como objetivo de pesquisa alcançado.

No decorrer da pesquisa, o envolvimento dos profissionais da atenção primária e secundária com a pesquisadora-cuidadora se fortaleceu, e conforme ocorriam os encontros com as puérperas e surgiam necessidades que indicavam ações de diferentes áreas profissionais o cuidado tornava-se mais efetivo, concretizando a proposta da PCA. Diante disso, serão apresentadas as variáveis que influenciaram no Poder Vital das puérperas, assim como as manifestações durante os cuidados realizados pela pesquisadora-cuidadora.

### **Variáveis subjetivas que interferiram no Poder Vital das puérperas**

Por se tratar de um período potencialmente vulnerável, a puérpera necessita receber apoio nas relações interpessoais para o cuidado. Três participantes deste estudo puderam contar com suas mães, principal fonte de cuidado identificada, o que interveio positivamente no Poder Vital destas mulheres:

*“Estou mais tranquila e aliviada porque tenho minha mãe aqui comigo, aí ela ajuda em tudo, cuida de mim e das crianças” (P1);*

*“Tô bem, minha mãe me ajuda, faz tudo por mim” (P2);*

*“Minha mãe me ajuda pra dar banho nela (bebê), porque tenho dor” (P4).*

Nestes casos, notou-se que a presença e apoio da figura materna neste período proporcionam tranquilidade, segurança, alívio, ajuda, cuidado e conforto. Informações estas que vão ao encontro de outro estudo, onde se evidenciou que as mães das puérperas revelaram-se como pessoas significativas no que tange aos conhecimentos, experiências, contribuição financeira, ajuda nas atividades domésticas e cuidados com a higiene do bebê (MARTINS et al., 2008).

Em contrapartida, expectativas de uma participante que não foram correspondidas no puerpério imediato, tornaram o fato negativo para seu Poder Vital:

*“Quando eu tava grávida tinha outros planos, queria ir na minha mãe sabe [...]. A fase pior passou [...]. Era pra minha mãe ter vindo, mas ela briga direto com meu marido, por isso que ela nem veio aqui ainda” (P3).*

Além do apoio da figura materna, as relações com familiares, vizinhos e companheiro também influenciaram diretamente no Poder Vital das puérperas:

*“Minha irmã tá vindo dá banho nela [...]. A vizinha se ofereceu pra ajudar [...]. Ainda bem que ele (marido) me ajuda quando pode” (P3).*

Ter um companheiro auxiliando e apoiando era o que P2 esperava, mas não ocorreu, tanto que ao comentar sobre o pai da criança mostrou-se triste e também indecisa quanto ao **planejamento de seu futuro**:

*“Já fiz muito plano na vida, agora estou mais tranquila, acho que não vai dar certo com ele porque ele é mais novo sabe [...]. Ele foi ver a filha dele uma vez no hospital e uma vez veio aqui com a irmã dele, só” (P2).*

Para modificar qualitativamente o significado da paternidade, é necessário haver valorização de um modelo paterno mais envolvido, em intensidade afetiva e solidária (MARTINS et al., 2008), pois trata-se de um processo em constante construção, que ocorre através de interações (MEINCKE; CARRARO, 2009). No caso de P2, por mais que sua mãe a estivesse cuidando, a puérpera se sentia fragilizada e incompleta pela falta de cuidado e amparo do pai de seu filho, o que interferiu negativamente em seu Poder Vital. Esta circunstância gerou manifestações de busca por coragem para encarar o momento mais tranquilamente, ocorrência que também caracteriza a variável percepções e enfrentamento do momento vivido, e que é identificada na fala de P2 em um diferente momento:

*“Espero ter uma recuperação rápida como as outras vezes, só que agora quero ver se consigo curtir mais esta filha, quero aproveitar mais, os outros não consegui aproveitar muito enquanto eram pequenininhos. E essa é a última”.*

Fala esta, baseada em uma reflexão prévia, que fez a puérpera perceber a realidade, enfrentá-la e realizar planos para o futuro.

No caso de P3, por não ter o apoio da mãe neste momento, e ao perceber as necessidades de cuidado com seu filho e consigo mesma, desenvolveu habilidades que na experiência puerperal anterior não tinha.

*“Mas depois de tudo que aconteceu dá pra ver que Deus dá ferramentas pra gente [...]. Minha irmã tava vindo aqui todo dia de manhã pra dar banho nela. Eu tinha medo, e como tinha falado pra você, onde eu morava antes era minha vizinha que dava banho no neném da outra vez. Agora tive que me virar né, minha irmã não podia mais me ajudar” (P3).*

Ao olhar da puérpera, o banho do bebê e o curativo no coto umbilical são procedimentos que exigem habilidades de pessoas mais experientes, por isso quase sempre as avós realizam esta tarefa, de forma

que quando estas não estão presentes, são as tias e vizinhas que assumem estes cuidados (MARTINS et al., 2008).

Por tratar de um período de adaptação a novas rotinas, o puerpério requer apoio, tanto físico quanto emocional, para ser enfrentado de forma tranquila e saudável como componente do processo de desenvolvimento humano (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006). Neste sentido, o profissional enfermeiro pode cuidar por meio de estratégias que também proporcione *incentivo/motivação* à puérpera que está sendo acompanhada.

A proposta de VD no puerpério, fez com que todas reagissem com surpresa, como se fosse um cuidado que não cabia à realidade das participantes. Tanto que uma das falas se destacou no momento do convite para participar da pesquisa:

*“Ai que bom, onde moro é tão distante, é tão difícil de sair, ainda mais sem carro, o posto é tão longe, [...]. Mas você vai mesmo? É no sitio!”*  
(P3).

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, uma visita domiciliar é recomendada na primeira semana após o nascimento do bebê, e se este for classificado como de risco a visita deve acontecer nos primeiros três dias após a alta (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, é necessário realizar uma reflexão coletiva em torno da VD, enfrentar as dificuldades que são inerentes a esta estratégia, além de reafirmar e desenvolver os potenciais acumulados, tendo como referência o contexto, peculiaridades e interpretações dos sujeitos envolvidos, de forma específica (MANDÚ et al., 2008). Por se tratar de um período repleto de fragilidades e riscos para as mulheres, percebe-se que o cuidado oferecido por meio da VD, constituiu em um fator potencializador do Poder Vital.

Outro meio de incentivo/motivação para o cuidado, foi um kit com itens para o cuidado do recém-nascido oferecido pelo município, e recebido por P3 na UBS da seguinte maneira:

*“Ai que lindo, tem álcool pra limpar o umbiguinho, gaze, que bom. Eu não tava limpando porque não tinha álcool”.*

Fato este que, demonstra a importância de conhecer o contexto da puérpera como forma de identificar os fatores de risco relacionados aos cuidados indicados neste período.

A valorização dos cuidados realizados pela puérpera por meio de elogios da pesquisadora-cuidadora, também fez com que as mulheres se mostrassem felizes e capazes de cuidar de maneira eficaz, influenciando de maneira positiva no Poder Vital. Sendo assim, é possível afirmar que,

quanto mais a mãe se sente amparada afetiva e materialmente pelo ambiente social, mais ela é capaz de organizar a atividade da criança e prover regras e estímulos de acordo com a necessidade individual e da faixa etária (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010, p.743).

Saber valorizar as *crenças e valores* é fundamental para que o enfermeiro possa atuar e influenciar de maneira positiva no Poder Vital das puérperas. Para isso, é preciso agir de forma compreensiva e saber ouvir atentamente, pois a demonstração de medo pelas puérperas por serem julgadas pelas atitudes, impera durante os cuidados realizados.

Neste estudo, durante a segunda VD à P4 e P2 destacaram-se os seguintes relatos:

*“Olha, eu não acreditava, mas funciona mesmo, vai leite, erva-doce, gengibre e açúcar. Tomei de manhã, e à tardinha eu já estava me sentindo diferente. Senti o seio mais ‘doidinho’ e quando apertei o bico [mamilo] já tinha leite” (P4);*

*“Nossa, se você visse como estava, se não fosse a gordura de galinha nem sei o que seria de mim, foi ela [gordura de galinha] que curou todo aquele machucado” (P2).*

Embora estivessem realizando estas práticas, P4 havia diversificado sua alimentação, além da hidratação também ter aumentado, enquanto que P2 havia realizado banho de sol, estava hidratando os mamilos e aréola com o próprio leite e cuidando com a pega adequada do bebê, conforme orientações na primeira VD, cuidados que podem ter auxiliado nestes processos. Embora existam estudos a respeito de crenças e valores, nenhum está relacionado à utilização de gordura de galinha para cicatrização de fissuras no mamilo ou ao chá citado, de forma específica.

Contudo, é necessário compreender que estes conhecimentos não são superiores nem inferiores aos comprovados cientificamente, visto que são baseados em experiências positivas, e somente revelam diferentes maneiras de enfrentar a realidade, o que permite à enfermeira encontrar a dimensão simbólica dos cuidados e planejar estes de forma congruente, por meio de estímulos, negociação ou reestruturação dos cuidados realizados, buscando sempre o bem-estar da puérpera e recém-nascido (KALINOWSKI et al., 2010).

O estado emocional e sentimentos vivenciados durante o puerpério também são variáveis essenciais para serem observadas pela enfermeira, pois, a partir destas é possível dimensionar como a puérpera se encontra e, qual a melhor maneira de intervir. P2, por exemplo, demonstrava-se satisfeita e segura quando relatava sobre os cuidados e o apoio oferecidos por sua mãe, porém, decepcionada quanto à falta de apoio e suporte do pai de sua filha. Todas as puérperas demonstraram e/ou relataram, insegurança para o cuidado com o coto umbilical, dúvidas relacionadas à amamentação e cuidados com as mamas, além do medo quanto aos riscos relacionados ao puerpério. Portanto, com vista ao fortalecimento e autonomia da puérpera diante das mudanças e novidades vivenciadas nesta fase da vida, é essencial que a enfermeira ofereça apoio e vínculo, por meio da escuta dos anseios (VIEIRA et al., 2010).

Quanto à auto-imagem, notou-se que há dificuldade para as puérperas exporem como se percebem neste período. Somente P1 referiu:

*“Tô me achando lindona, sem a pançona horrorosa [durante a gestação]. Tô me sentindo a Gisele Bundchen. Antes tava me sentindo uma pata”.*



Sugere-se que, para esta mulher a gestação foi considerada como um peso, algo desconfortável, deixando-a com formas corporais não satisfatórias, enquanto o puerpério é encarado como uma fase de renovação e recuperação da beleza. Neste sentido, a percepção sobre o próprio corpo neste período se relaciona à forma como cada mulher encara e reage com as mudanças ocorridas frente à subjetividade, aos relacionamentos e à cultura de cada mulher (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

Sendo assim, as variáveis subjetivas até aqui apresentadas e discutidas que interferem no Poder Vital das puérperas se inter-relacionam, o que determina a necessidade e a importância da enfermeira ser sensível e perceber o contexto de cada indivíduo, e a partir disso realizar o cuidado domiciliar, com vistas a exercer suas competências e potencializar o Poder Vital da mulher que vivencia este período repleto de mudanças.

### **Variáveis objetivas que interferiram no Poder Vital das puérperas**

Como forma de respaldar decisões de práticas de cuidado, é essencial que se reconheça as situações de cuidado, os recursos disponíveis e a reação do Poder Vital. Diante disso, a interação estabelecida na consulta de enfermagem realizada durante a VD, constitui-se em um meio de cuidado efetivo à puérpera, e que neste estudo influenciou de maneira positiva o Poder Vital da mulher:

*“É bom quando você vem me sinto melhor, e é melhor do que ter que ir no posto [...]. Não posso nem pensar em sair de casa, é difícil, tenho crianças pequenas, não temos carro, o posto é longe pra ir caminhando, ainda mais depois de ter feito cesárea” (P1).*

A enfermeira pode exercer um papel fundamental por meio do exercício de planejar, atuar e avaliar o cuidado e, ao mesmo tempo influenciar de forma positiva no Poder Vital da puérpera, para que a mesma enfrente momentos difíceis da melhor forma possível,

reconhecendo que é capaz. Acontecimento que foi reconhecido e valorizado por P3:

*“Nossa, você não faz idéia do quanto você me ajudou. Apreendi muita coisa que não sabia (...). Como minha irmã não veio mais, lembrei das dicas que você me deu e tomei coragem pra dar banho nela (bebê) (...). Mas agora tô prática pra cuidar direitinho, sem contar que tô me alimentando melhor, me sentindo mais forte, me cuidando mais”.*

Sendo assim, o cuidado oferecido no domicílio se destina a proporcionar ações mais integrais ao indivíduo e sua família, além de favorecer uma integração entre os diferentes serviços de saúde (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

No que se refere ao estado nutricional, percebeu-se que por mais que ocorram orientações sobre a necessidade de diferentes tipos de nutrientes neste período, a maioria das puérperas prefere seguir as indicações provenientes da cultura familiar, o que é importante ser respeitado pelo enfermeiro, enquanto não haja percepção de prejuízos para a saúde, tanto da puérpera quanto do recém-nascido.

P2 tinha uma consulta agendada com a nutricionista. Por mais que a pesquisadora-cuidadora tivesse ressaltado a importância do acompanhamento nutricional, a puérpera não compareceu na consulta, justificando que estava seguindo uma dieta indicada pela mãe, à base de sopa, bolachas e chás, mas que já estava sendo modificada devido às orientações realizadas durante as visitas domiciliares e, suas próprias percepções sobre a necessidade de uma alimentação mais diversificada.

Enquanto que P3 mencionou:

*“Desta vez, eu comi tudo que eu queria na gravidez”.*

Pois, na vivência do primeiro puerpério:

*“Comi carne de porco na outra vez e arruinou minha cesárea. Na verdade eu comi pra ver se era mito ou verdade, aí comprovei que faz mal mesmo” (P3).*

Além disso, afirmou:

*“Se eu como pimentão dá grosseirão na pele do neném, aí quem vai querer uma filha com problema?” (P3).*

Todas as puérperas relataram sobre os cuidados com a alimentação, de forma que a ingestão de sopas e chás impera nos resultados. Neste sentido, certos tipos de alimentos são evitados porque as mulheres entendem como sendo inapropriados para este período, principalmente porque podem inflamar os pontos e passar para o leite ocasionando cólica no bebê (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008). Ou seja, há um conflito neste período quanto a esta variável, pois quando a mulher se priva de um alimento que gosta, há uma intervenção negativa no seu Poder Vital, enquanto que, ao evitar algo por acreditar que está beneficiando seu filho e favorecendo seu processo restaurador, acaba fortalecendo esta força interna.

Na variável sono e repouso, P4 refere:

*“Ela [bebê] gosta de mamar muito, à noite também, é cansativo sabe, mas aí de manhã, quando ela dorme mais, eu aproveito pra dormir também”.*

Ressalta-se neste contexto, a importância da puérpera ter discernimento e definir o quanto é necessário se organizar para encarar este período de maneira que ela não se sobrecarregue. Nesta conjuntura, o enfermeiro pode colaborar prezando por oferecer cuidados a um “ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo” (CARRARO, 1994, p.28).

O ambiente externo de cada puérpera possuía suas peculiaridades, oferecia sustentação para influências tanto negativas quanto positivas para seu Poder Vital. Enquanto P1 permanecia no hospital, referiu:

*“Se eu estivesse em casa não tinha pegado essa dor de cabeça, porque lá eu tenho minha mãe pra ajudar [...]. Não vejo a hora de voltar pra casa, pra poder me alimentar melhor”.*

Os domicílios eram limpos e arejados, propiciando a adequada recuperação da mulher. Ao mobilizar o meio em que a puérpera está inserida, a enfermagem pode propiciar a esta e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do Poder Vital (CARRARO, 1994). Afinal, o cuidado envolve a promoção e manutenção da saúde da mulher e de seu filho, promove também um ambiente que proporciona ajuda e apoio para a família, para isso, os cuidados preconizados devem ser individualizados para atender as necessidades e haver o reconhecimento de sinais de perigo para tomar medidas adequadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os principais Riscos identificados nas puérperas participantes foram, para infecção, ingurgitamento mamário, e de integridade da pele prejudicada. Por conta destes fatos a pesquisadora-cuidadora utilizou uma abordagem individualizada e reflexiva, junto a puérpera e familiares, como estratégia de busca por alternativas que minimizassem os fatores destes riscos e influenciassem positivamente o Poder Vital.

A amamentação é uma das principais preocupações das puérperas, por ser uma prática complexa que exige diversos cuidados. Estes muitas vezes são orientados de maneira equivocada pelos profissionais da saúde. Durante a segunda VD à P2, esta referiu que esteve na UBS para levar sua filha para ser vacinada, e aproveitou a oportunidade para conversar com a enfermeira sobre dores que sentia nas mamas devido ao ingurgitamento mamário, o que também estava dificultando a amamentação. A puérpera referiu que a profissional,

*“[...] olhou como estava e mandou eu ir pra casa fazer compressa quente e pediu se eu tinha ‘maquininha’ pra tirar o leite” (P2).*

Práticas estas não realizadas pela puérpera devido as orientações desempenhadas pela pesquisadora-cuidadora na primeira VD. P2 referiu que houve uma diminuição considerável na quantidade de leite de um dia para outro após ter se estressado.

Neste contexto, os cuidados inerentes ao puerpério e realizados pela variável ***equipe de saúde***, precisaram ser reavaliados, discutidos, e reorganizados perante a necessidade e relevância de um cuidado interdisciplinar. Afinal, o cuidado em enfermagem propicia um momento de interação entre quem cuida e quem é cuidado, e tem como objetivo despertar e/ou fortalecer a energia vital responsável pelo processo restaurador (SEBOLD, 2008).

Envolvendo também a equipe de saúde, P1 referiu que uma profissional que realizava em seu domicílio o curativo na incisão cirúrgica da cesárea, após alguns dias de acompanhamento, forneceu o material para que realizasse o procedimento sozinha. Quando questionada pela pesquisadora-cuidadora sobre a forma de cuidado com a incisão, descobriu-se que P1 estava utilizando álcool a 70% para a limpeza, fornecido pela Unidade em uma almotolia, para a limpeza do coto umbilical de sua filha. Pelo fato do profissional ter utilizado um frasco semelhante, a puérpera deduziu que estava utilizando a mesma solução. Neste caso, identificaram-se sinais flogísticos em três pontos da incisão, houve a necessidade de sanar as dúvidas do ser cuidado, e entrar em contato com a enfermeira responsável pela Unidade para encaminhá-la para avaliação médica. Este encaminhamento foi um cuidado que fortaleceu o Poder Vital da puérpera. Sendo assim, a articulação entre os profissionais da saúde, contribuiu para uma assistência integral e facilitou a identificação de necessidades de saúde presente no período (TREVISAN; LEWGOY, 2009).

Deste modo, as variáveis objetivas que interferem no Poder Vital das puéperas geraram informações relevantes para serem refletidas pelas enfermeiras. O ambiente externo, representado pelo domicílio neste estudo, trata-se de um meio a ser transformado constantemente com vista a beneficiar a puérpera no que tange ao sono, repouso e a minimização de riscos. Realizando a consulta de enfermagem na VD, fundamentado no MCC adaptado à temática, identificou-se a

possibilidade de influenciar também na nutrição da puérpera assim como na relação desta com a equipe de saúde e demais envolvidos, o que consequentemente fortaleceu seu Poder Vital.

Diante das variáveis apresentadas, subjetivas e objetivas, observou-se que as mudanças nos cuidados aconteceram não somente pela questão dos sujeitos estarem sendo acompanhados e orientados, mas pela compreensão e sentimento de necessidade de mudança das próprias participantes para alterar alguns cuidados que estavam impregnados na cultura familiar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As variáveis subjetivas e objetivas que interferem no poder vital se manifestam nas puérperas de diferentes maneiras durante os cuidados realizados, orientados e discutidos no decorrer das visitas domiciliares, oscilando entre a neutralidade, positividade e negatividade. Sendo assim, para que o Poder Vital da mulher seja fomentado positivamente, diversas podem ser as ações da enfermeira durante a realização do cuidado no domicílio.

A aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática por meio da Pesquisa Convergente-Assistencial, subsidiou a enfermeira para realização do cuidado domiciliar no puerpério de maneira integral, o que foi visto positivamente pelas puérperas.

Considerando que o puerpério é um período que merece atenção, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de que a enfermeira respeite a trajetória da mulher neste período, observando como as variáveis objetivas e subjetivas aqui apresentadas interferem no seu Poder Vital. A enfermeira, utilizando-se destas variáveis, pode ser capaz de planejar, atuar e avaliar o cuidado, sempre com o propósito de influenciar positivamente o Poder Vital da puérpera, promovendo assim um “cuidar pensando” e “pensar cuidando”.

O Poder Vital, pela sua complexidade, é um tema que incita reflexão, exige do enfermeiro sensibilidade para ser percebido, sabedoria para ser compreendido e conhecimento para ser trabalhado por meio das interações estabelecidas, por isso, torna-se um desafio, um objeto de estudo instigante e que suscita e exige novas pesquisas com objetivo de ser melhor compreendido, percebido e fortalecido no cuidado ao ser humano.

Destarte, finaliza-se este manuscrito com a seguinte reflexão e questionamento feitos por uma das puéperas:

*“Nossa, seria tão bom se pelo menos nos primeiros dias a gente sempre tivesse um atendimento assim. Das outras vezes que ganhei neném não tive isso e foi difícil, ainda bem que eu tinha minha mãe, e quem não tem?” (P2).*

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CARRARO, T. E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001 b. p.147-157.

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: uma trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 1994. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A. da; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.738-746, abr. 2010.

KALINOWSKI, L. C. et al. Beliefs and popular practice during postpartum period: integrated review of nursing productions. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 3, s/p, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3140/html>>. Acesso em: 07 de agosto de 2011.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar. 2008.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no purpério de alto risco:** aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2006.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 1, p. 131-40, jan./mar. 2008.

MARTINS, C. A. et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.4, p. 1015-25, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>>. Acesso em: 07 de agosto de 2011.

MEINCKE, S. M. K.; CARRARO, T. E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 83-91, jan./mar, 2009.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 448-455, dez. 2006.



SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-9. jul./ago, 2010.

SEBOLD, L. F. **Acadêmicos de enfermagem: o cuidar de si para promoção da saúde e evitabilidade do sobrepeso**. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.2, p. 275-281, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a07v21n2.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.

TREVISAN, M. L.; LEWGOY, A. M. B. Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n.2, p. 255-273, jul./dez. 2009.

VIEIRA, F. et al. Utilização da taxonomia II da NANDA para avaliação da ansiedade puerperal na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 544-51, set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care**. Geneva, 2010.

### 3.1 MANUSCRITO 3: **Modelo de Cuidado de Carraro:** cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio

#### **MODELO DE CUIDADO DE CARRARO: CUIDADO DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA NO DOMICÍLIO<sup>8</sup>**

Mariely Carmelina Bernardi<sup>9</sup>  
Telma Elisa Carraro<sup>10</sup>

#### **RESUMO**

Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) com objetivo de apontar trajetórias para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC). Será apresentada a trajetória com uma puérpera do estudo desenvolvido no município de Corbélia – Paraná, entre abril e junho de 2011, utilizando-se do MCC adaptado a temática durante as visitas domiciliares. Deste modelo emergiram estratégias de cuidado direcionando a um cuidar único ao um ser humano também único, visto que, não é possível cuidar de todas as puérperas da mesma maneira. É preciso haver cautela, flexibilidade, demonstrar interesse, agir de maneira reflexiva junto à mulher, exercendo a enfermagem de modo a valorizar sua ciência e arte. Utilizando-se do MCC é possível despertar o Poder Vital da puérpera e de seus familiares para um cuidado dinâmico, que valoriza o contexto biográfico relacional, onde o meio externo e interno estão vinculados às relações interpessoais.

**Palavras-chaves:** Período pós-parto. Visita domiciliar. Cuidado de enfermagem.

---

<sup>8</sup>Manuscrito oriundo da Dissertação de Mestrado em Enfermagem: “Poder Vital em puérperas no domicílio: utilização do Modelo de Cuidado de Carraro”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

<sup>9</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Bolsista CNPq. Neste manuscrito denominada pesquisadora-cuidadora. Endereço: Rua Ipê Roxo, 1851. Centro - Corbélia - PR. CEP 85420-000. Tel.: (48) 9614-5181. Email: [marielybernardi@yahoo.com.br](mailto:marielybernardi@yahoo.com.br)

<sup>10</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa C&C. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: [telmacarraro@ccs.ufsc.br](mailto:telmacarraro@ccs.ufsc.br)

## INTRODUÇÃO

O puerpério é reconhecido como um trajeto de modificações e aceitação, trata-se de um período que propicia à mulher o preparo para uma nova fase de sua existência, na qual vai atuar como mãe, ou seja, um ser responsável por outro, que vivencia avalanches de sentimentos capazes de fazer com que surjam sensações únicas e muitas vezes inesquecíveis.

Ressalta-se neste período, didaticamente dividido em: imediato (do 1º ao 10º dia), tardio (do 11º ao 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001), a importância do profissional da saúde abordar a mulher na sua totalidade, considerando diversos fatores, como, história de vida, sentimentos e ambiente em que vive, como forma de estabelecer uma relação entre os sujeitos e a valorizar a unicidade e individualidade de cada caso e pessoa (BRASIL, 2006). Faz-se “necessário que o profissional de Enfermagem **esteja e seja** junto ao ser humano e não apenas **faça** as atividades de assistência **para** o ser humano” (CARRARO, 2001a, p. 148).

Ao abordar o domicílio como ambiente de cuidado, tem-se como finalidade promover, manter e recuperar a saúde, ou potencializar o nível de independência dos sujeitos, minimizando ao mesmo tempo, efeitos de dependência nas atividades vitais (ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008). Neste sentido, o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC), embasado na Teoria de Florence Nightingale, foi adaptado à temática com intuito de subsidiar o cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio. As cinco etapas deste Modelo de Cuidado: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória, por serem indissociáveis e interligadas, possibilitam cuidados integrais, dinâmicos e humanizados.

A realização deste trabalho justifica-se pela necessidade de uma estratégia adequada de cuidado de enfermagem durante o puerpério, necessidade esta identificada na vivência de uma das pesquisadoras na prática da Estratégia Saúde da Família, onde as puérperas esperam ser melhor compreendidas, apoiadas, incentivadas, informadas, esclarecidas, cuidadas e confortadas.

Percebe-se que, quando não há uma metodologia de assistência, a falta de cuidado se torna evidente e reflete na prática de enfermagem devido a “falta de consideração com o ser humano em sua humanidade,

sem sua essência humana, desviando a centralidade do cuidado para o serviço e o desempenho” (CARRARO, 2001a, p.148).

Diante disso, o objetivo deste manuscrito é apontar trajetórias para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA), cuja dimensão metodológica visa descobrir alternativas ou então minimizar problemas por meio de mudanças e/ou introdução de inovações na conjuntura da prática em que ocorre a investigação. É o tipo de pesquisa em que os integrantes precisam se envolver e participar ativamente, pois articula o conhecimento teórico com a prática profissional (TRENTINI; PAIM, 2004).

O cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio, a coleta de dados, sua organização e análise, foram subsidiados pelo MCC embasado na Teoria de Florence Nightingale, elaborado em 1994 com o objetivo de assistir o ser humano e sua família na vivência da situação cirúrgica. Selecionou-se este modelo porque o mesmo é composto por cinco etapas inter-relacionadas que proporcionam o pesquisar simultaneamente ao cuidar do Ser Humano de forma efetiva e voltada a potencialização do seu Poder Vital, além de facilitar o raciocínio sobre os conceitos e suas relações, delinear o processo de cuidado de Enfermagem, e representar o mundo vivido expresso verbalmente, por meio de um diagrama, oferecendo ao profissional, subsídios necessários para o cuidado que se pretende realizar (CARRARO, 2001b).

O Modelo de Cuidado de Carraro (1994), é considerado por Wall (2008, p.73), como um modelo de cuidado de enfermagem que,

segue um referencial teórico-filosófico, é fruto de reflexões, e se baseia numa prática inserida no contexto sociopolítico brasileiro. Oferece subsídios para um cuidado diferenciado, pois considera o ser humano um ser integral e singular, partindo de sua realidade, valorizando sua

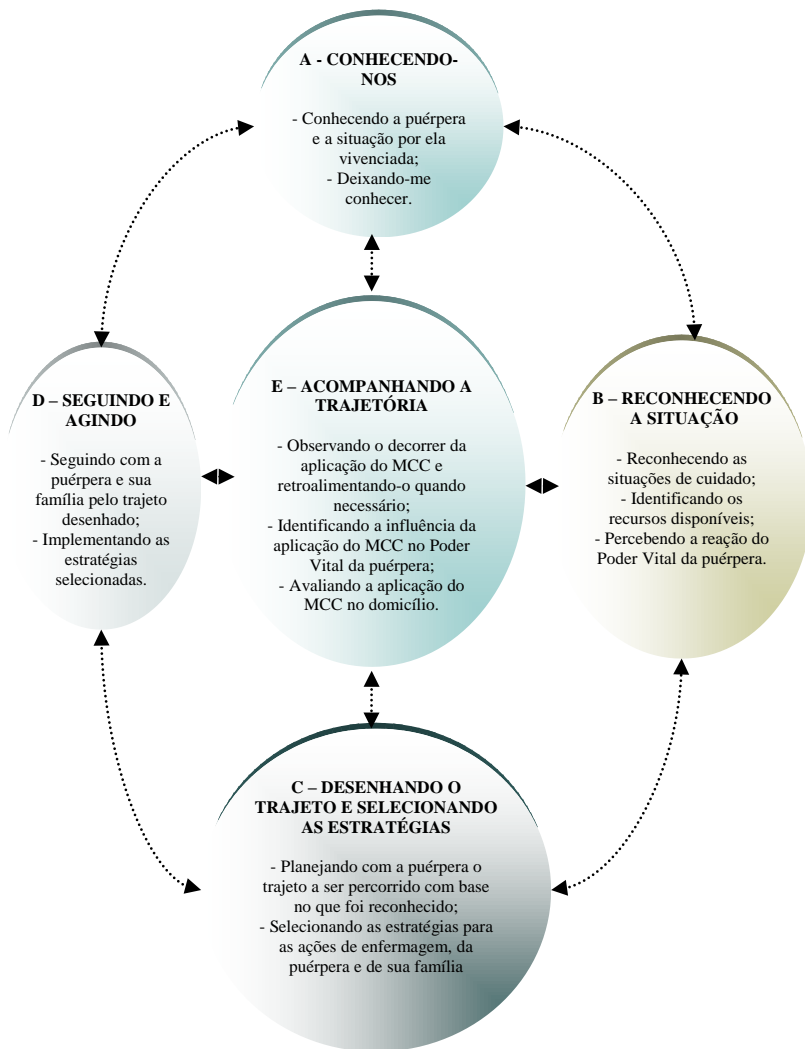
experiência, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo de viver.

Este modelo, adaptado à temática (Figura 1) serviu como referencial teórico e possibilitou a inter-relação entre os conceitos: **Enfermagem** vista como ciência e arte; **Ser Humano**, como um ser único e indivisível; **Meio Ambiente**, como o contexto, meio interno e externo do ser humano; **Saúde-Doença**, como um processo dinâmico e influenciável; e **Poder Vital**, como sendo uma força inata ao ser humano, que tende tanto para a vida quanto para a morte, dependendo da influência que o mesmo recebe.

De abril a junho de 2011 a coleta de dados ocorreu no município de Corbélia – Paraná, local selecionado devido a experiência profissional, familiaridade da pesquisadora-cuidadora, e interesse de realizar um estudo onde se identificou necessidades e possibilidades de melhoria quanto ao cuidado de enfermagem na área da saúde da mulher.

No hospital, quatro puérperas foram convidadas a participar do estudo, que após aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, receberam uma visita domiciliar (VD) no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto) e uma no tardio (11º ao 42º dia pós-parto). No que tange ao momento da primeira VD e ao número de encontros realizados, as puérperas foram acompanhadas distintamente, pois o processo decisório de cuidado ofertado ocorreu a partir das necessidades de cada mulher, percebidas por meio da reação do Poder Vital, dúvidas e/ou problemas solucionados ou encaminhados aos demais profissionais da saúde, bem como objetivo de pesquisa alcançado.

No entanto, para este manuscrito, no intuito de demonstrar a aplicação do MCC adaptado à temática e apontar caminhos para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, optou-se por apresentar, analisar e interpretar os dados específicos de P2, pois as informações viabilizaram informações identificadas como suficientes e relevantes diante da proposta de realizar VD, uma durante o puerpério imediato e outra no tardio.



**Figura 1:** Diagrama do Modelo de Cuidado de Carraro (1994) adaptado à temática, **Poder vital de puérperas no domicílio:** a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro.

Por ser um processo dinâmico e contínuo, o MCC adaptado à temática foi utilizado por proporcionar suporte para a coleta de dados por meio do cuidado de enfermagem à puérpera e sua família, da

observação participante, e da entrevista semifechada (baseada no Diagrama do MCC e nas variáveis que interferem no Poder Vital do Ser Humano). O registro dos dados se deu em diário de campo durante os encontros, enquanto que a análise foi realizada por meio da quinta etapa do MCC, “Acompanhando e apreciando a trajetória”, e a interpretação desenvolveu-se em três processos fundamentais, de síntese, teorização e transferência.

Para facilitar a imersão gradativa nos dados, os processos de cuidado, coleta e análise das informações ocorreram simultaneamente, o que possibilita, de acordo com Trentini e Paim (2004), a reflexão sobre como fazer as interpretações e descobrir os vazios que podem ser preenchidos no decorrer do processo.

Respeitando os aspectos éticos divulgados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo processo número 1823, no início de 2011. E, como forma de garantir o anonimato e preservar a identidade da puérpera que será citada neste manuscrito, seu nome foi substituído pela consoante P, representando a palavra puérpera, e pelo número 2, por ter sido a segunda participante do estudo.

## **RESULTADOS**

Por mais que os dados tenham sido expostos sequencialmente com as etapas do MCC no intuito de facilitar a compreensão do leitor, as informações não foram obtidas desta maneira, e sim, a partir da inter-relação das etapas, conforme o desenvolvimento da interação entre pesquisadora-cuidadora e puérpera no decorrer de cada VD.

### **Visita domiciliar durante o puerpério imediato**

A primeira VD realizada pela pesquisadora-cuidadora, no puerpério imediato de P2, iniciou-se com a recepção e interação com a mãe da puérpera, as quais se apresentaram e se encaminharam a um dos

cômodos internos do domicílio, onde estavam a puérpera com a bebê no colo e a filha com 3 anos de idade, aguardando sentadas em um sofá.

P2, 34 anos, solteira, referiu que tinha quatro filhos, sendo que a filha mais velha era casada, um menino adolescente morava com o pai em outra cidade, e as duas mais novas estavam aos seus cuidados. Durante o puerpério imediato e tardio, P2 permaneceria na casa de sua mãe, justificando que seria a melhor alternativa porque neste ambiente poderia ser cuidada e teria acesso facilitado aos serviços de saúde, já que, depois deste período voltaria a viver na casa da filha mais velha, na área rural.

De acordo com parte de sua história obstétrica, P2 caracterizava-se como: Gesta IV; Para IV; Cesárea 0; Aborto 0. Informou que a última filha nasceu de parto normal com episiorrafia no dia 29 de abril às 11:00 horas, pesando 3,870 quilogramas. Ao falar sobre o pai da neném, P2 referiu que já fez muitos planos na vida em relacionamentos anteriores e que não deram certo, e que com este também não tinha esperanças. No momento, esperava somente poder ter,

*“uma recuperação rápida como as outras vezes, [...] curtir mais esta filha”*(P2).

Após exame físico, realizado em um quarto, e diálogo a respeito dos cuidados que estavam sendo realizados, foi possível conhecer e compreender a vivência de P2 no puerpério imediato. Estava decidida de que seria o último filho. Durante esta visita, pouco foi questionado ou informado sobre a pesquisadora-cuidadora, pois o cuidado naquele momento estava voltado às protagonistas do estudo, ou seja, para a puérpera e sua família, dados estes que caracterizaram a etapa **Conhecendo-nos**.

A partir dos dados objetivos e subjetivos, a pesquisadora-cuidadora foi **Reconhecendo a situação** de cuidado vivenciado por P2, que inicialmente se apresentava pouco comunicativa e receosa, e no transcorrer mostrou-se interessada e participativa. Durante a VD demonstrou afeto e carinho com suas filhas, e por meio de olhares e palavras expôs o respeito e agradecimento pelo que sua mãe estava fazendo por ela. Sua filha de 3 anos interagiu com os envolvidos de maneira educada e agradável. P2 mostrou-se decidida quanto à questão



de não ter mais filhos, mas confusa quando questionada sobre método contraceptivo.

P2 apresentava mamas ingurgitadas e com fissuras, de maneira que, conforme orientações de sua mãe, estava aplicando gordura de galinha nos mamilos, e de acordo com sugestão de uma vizinha, utilizava uma bombinha para esgotamento das mamas. O leite que já tinha sido retirado estava sendo armazenado em um vidro aberto, e fora da refrigeração.

Mantinham o domicílio aberto e arejado pelo fato dos costumes terem sido alterados no decorrer dos anos, ou seja, por não ser mais necessário permanecer com o domicílio fechado durante o puerpério, evitando que o bebê tenha contato com a luz solar, ou então, que a puérpera deixe de lavar a cabeça neste período.

Acreditavam que a sopa por ser um alimento leve e quente é capaz de restaurar mais rapidamente o organismo. Em seu contexto, P2 contava com sua mãe, seus filhos, vizinhos, o pai da bebê e sua família, profissionais da UBS do bairro e central e pesquisadora-cuidadora, para diferentes tipos de cuidados. Tinha interesse de se cuidar e cuidar de suas filhas para manterem-se saudáveis. Demonstrou necessidade constante de ser apoiada e cuidada pela mãe para que seu Poder Vital fosse fortalecido.

Sendo assim, a partir de cada cuidado reconhecido, a pesquisadora-cuidadora juntamente a P2 desenvolviam a terceira etapa do MCC adaptado à temática: **desenhando o trajeto e selecionando as estratégias**. Ou seja, para despertar ou aumentar o interesse da puérpera pelas ações de cuidados, discussões eram realizadas com enfoque nos benefícios buscados, e quando se tratava de cuidados para os quais a puérpera precisava desenvolver competências e habilidades, verificava-se as possibilidades, a compreensão e o desejo de realizá-los.

Portanto, na etapa **Seguindo e agindo** foram realizadas: orientações referentes às fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, pega correta, armazenamento do leite materno, alimentação, hidratação, métodos contraceptivos e cuidados com a episiorrafia. Além da escuta ativa, massagem em uma das mamas e ordenha de um pouco de leite de P2 também foram realizados pela pesquisadora-cuidadora. Isto gerou conforto pela minimização de dor no local, além de interesse e iniciativa da puérpera para realizar tais procedimentos. Durante a amamentação também foi possível interagir de maneira efetiva, por meio de indicações de posicionamentos.

## Visita domiciliar durante o puerpério tardio

Na segunda VD, P2 se encontrava na residência ao lado, que era de sua irmã, observando e fazendo companhia para sua mãe que estava organizando um cômodo externo. Animada recepcionou a pesquisadora-cuidadora convidando-a para sentar na varanda. Questionada se estava passeando, alegre respondeu:

*“ah sim, já estou bem, estou passeando. Já fui caminhando até no posto de saúde”.*

Comentou que era para ter ido para a casa da filha dias atrás, quando a mesma veio buscá-la, mas decidiu esperar a próxima VD da pesquisadora-cuidadora.

Referiu ter que sair de casa um pouco porque se sentia muito “fechada”, e que foi na UBS dias antes porque estava sentindo frio, suas mamas estavam ingurgitadas novamente e sentia dor para amamentar. Contou que o enfermeiro,

*“[...] olhou como estava e mandou eu ir pra casa fazer compressa quente e pediu se eu tinha ‘maquininha’ para tirar o leite. Eu contei que tinha e que tinha usado uma vez, mas estava fazendo massagem e tirando o leite com a mão porque você [pesquisadora-cuidadora] tinha me ensinado e doía menos. Então ele falou pra continuar fazendo daquele jeito e mais a compressa quente. Caso piorasse era pra voltar no posto”(P2).*

No entanto, um dia depois de ter ido à UBS, P2 relatou que a quantidade de leite diminuiu consideravelmente, relacionando este fato ao estresse.

P2 referiu estar inconformada com o pai da neném, pois o mesmo solicitou um dia de folga no trabalho para registrar a menina, foi ao

cartório com a Declaração de Nascido Vivo e os documentos dos pais, porém não aceitaram, devido a necessidade da sua presença no momento, então ele resolveu deixar para fazer outro dia.

Nesta segunda VD, a puérpera demonstrou curiosidade e questionou a pesquisadora-cuidadora sobre sua vida pessoal e profissional, o que fortaleceu a interação e permitiu que o vínculo fosse potencializado, ou seja, possibilitou que a etapa **Conhecendo-nos** fosse aprofundada.

Assim, no início desta VD, a pesquisadora-cuidadora foi **Reconhecendo a situação** por meio de expressões de alegria, disposição e receptividade. P2 mostrava-se mais comunicativa e participativa, além de que, referiu buscar o bem-estar, em alguns momentos, realizando breves caminhadas.

P2 contou que estava se hidratando com chás (cidreira e erva-doce) e mate-doce (leite, açúcar queimado e côco, na “cuia” com erva-mate) para aumentar a produção de leite e se acalmar. Mesmo assim, estava oferecendo leite artificial à filha por achar que a mesma ficava com fome após receber o leite materno.

Enquanto estava com as mamas ingurgitadas, P2 referiu não ter realizado compressa quente porque lembrou das orientações realizadas na primeira VD, então preferiu fazer a massagem aprendida. Devido as fissuras nos mamilos, realizou banho de sol, utilizou o próprio leite e gordura de galinha. Neste dia, não apresentava qualquer alteração no exame físico.

Desde a primeira VD permaneceu com as mesmas relações interpessoais, identificadas como recursos para os cuidados, contudo, decepcionada com o pai da criança e com o atendimento na UBS, o que influenciou negativamente o seu Poder Vital.

Na etapa **Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias**, discussões foram realizadas com relação ao que estava sendo vivenciado e questões eram feitas com objetivo de que P2 refletisse sobre os cuidados que estava realizando.

**Seguindo e Agindo** foi a etapa desenvolvida por meio de alguns cuidados que foram lembrados, outros esclarecidos, enquanto que algumas informações mostraram-se como novas. Sentiu-se a necessidade de esclarecer sobre os principais métodos contraceptivos, tema que gerou interesse e questionamentos por parte da puérpera, como por exemplo:

*“Como é o DIU? Como funciona?” (P2).*

Após, foi orientada a realizar uma consulta com o obstetra que a acompanhou durante a gestação para decidir qual método iria utilizar.

Informações sobre como manter a filha acordada, permanência, posições e importância da amamentação foram discutidas. Enquanto P2 amamentava, sua mãe e uma tia interagiram por um tempo sobre os cuidados realizados, sendo que após, a pesquisadora-cuidadora fez, utilizando uma folha em branco, um passarinho de origami para a filha de P2 de 3 anos, que demonstrou-se alegre e vinculada ao contexto.

## DISCUSSÃO

A interpretação das informações que envolvem o cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio, na perspectiva do MCC, iniciou-se a partir da análise obtida por meio da quinta etapa deste modelo, Acompanhando a trajetória, e foi desenvolvida pelos processos de síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004).

### **Observando o decorrer da aplicação do MCC e retroalimentando-o quando necessário**

A PCA aqui apresentada foi conduzida com vistas a refletir sobre os fenômenos vivenciados, valorizando o **saber pensar e saber fazer** (TRENTINI; PAIM, 2004). Condução esta vinculada ao MCC, que possibilitou **“fazer, fazendo e aprendendo e teorizando à luz da prática”** (CARRARO, 1994, p.121).

A partir dos resultados expostos, buscou-se demonstrar a importância de conhecer o ser humano e deixar-se conhecer, perceber suas potencialidades e fragilidades, facilidades e dificuldades, permitindo que os envolvidos se conheçam dentro de sua unicidade e individualidade, pois “a enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano em sua complexidade e multidimensionalidade” (GELBKE et al., 2011, p. 119).

A etapa **Conhecendo-nos** caracterizou-se pelo favorecimento da interação, pois viabilizou conhecer a puérpera e deixar-se conhecer nos momentos dos encontros. O processo permitiu que a cada ser humano se deixasse conhecer por livre e espontânea vontade, necessidade e pelo desejo de expor sua vida.

Percebeu-se que o vínculo entre pesquisadora-cuidadora, puérpera e família se fortaleceu, e a troca de informações a respeito de sentimentos, histórias de vida, ambiente, expectativas de cuidado e planos para o futuro se somavam no decorrer das interações.

Dados referentes à recepção no domicílio, reações da puérpera, sentimentos, perspectivas quanto ao puerpério domiciliar, fatos relacionados ao período gravídico-puerperal e informações sobre a pesquisadora-cuidadora, foram discutidos e percebidos, de modo a emergir espontaneamente o reconhecimento de cada situação.

Desta forma, foi possível **reconhecer** dentre outros componentes: ações, conhecimentos, motivos, crenças, valores e dúvidas referidas e demonstradas quanto à realização de cuidados durante o puerpério; identificou-se por meio das relações interpessoais, do ambiente externo e interno, os recursos disponíveis para o cuidado puerperal; além do que, por meio das variáveis subjetivas e objetivas estabelecidas por Carraro (1994), o Poder Vital da puérpera foi percebido.

Para todos os cuidados identificados, orientados e realizados durante as visitas, primeiramente buscou-se observar o contexto, as relações e os significados dos cuidados que estavam sendo executados. A partir disso, **os trajetos foram estruturados e as estratégias de cuidado selecionadas** em conjunto com a puérpera, por meio do diálogo embasado na reflexão sobre conhecimentos científicos e cuidados culturalmente estabelecidos. Sendo assim, alguns destes cuidados foram reconhecidos como adequados, enquanto que outros puderam ser alterados, melhorados ou mesmo excluídos por serem identificados como desnecessários ou contra-indicados.

Quanto às fissuras mamilares, por exemplo, reconheceu-se que P2 estava aplicando gordura galinha (cuidado orientado pela mãe), e que após diálogo estabelecido durante a primeira VD, a puérpera resolveu utilizar o próprio leite, realizar banho de sol, e adequar a maneira como estava higienizando os mamilos, conforme orientação profissional. Neste sentido, a puérpera manteve o cuidado orientado por sua mãe e colocou em prática novos cuidados, sendo que na segunda VD não haviam fissuras nos mamilos e P2 estava amamentando normalmente.

Tendo em vista que o cuidado no puerpério é uma prática feminina permeada de crenças e tabus, concede-se às mulheres um poder de agentes nesse processo, pois trazem consigo conhecimento de muitas gerações, ao mesmo tempo em que atuam como sujeitos e reinventam sistemas estabelecidos, construindo-se como mães (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008). Dessa forma, a própria identidade do ser humano vai sendo construída na coexistência e na inter-relação, sendo que, com base nesta percepção, “está o cuidado, compreendido como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro” (SILVA et al., 2009, p. 699).

Por meio de diferentes estratégias, buscou-se despertar ou aumentar o interesse de P2 por ações de cuidado, além disso, auxiliar para que desenvolvesse, quando necessário, novas competências e habilidades; enfatizando-se sempre os benefícios à puérpera, RN e família. Ao final de algumas conversas, solicitava-se o que ela havia compreendido, se permanecia alguma dúvida e se realmente ela concordava. A demonstração de compreensão e a busca pelos motivos e significados dos cuidados realizados, por parte da pesquisadora-cuidadora, fortaleceram a interação e a confiança entre os envolvidos.

Antes de desenhar qualquer trajeto ou selecionar estratégias, considerou-se as variáveis subjetivas e objetivas capazes de influenciar no Poder Vital, o que possibilitou percebê-lo em P2, e serviu como base para a escolha de ações e intervenções para o restabelecimento da puérpera em sua integralidade. “Nesta ocasião, ciência e arte salientam-se e complementam-se”, a arte por oferecer subsídios para desenhar o trajeto e a ciência por oferecer embasamento teórico-científico (CARRARO, 1994, p. 38).

Os momentos de **seguir e agir** com a puérpera e sua família proporcionaram um caminhar conforme o desenho tracejado, oportunizando desenvolver as ações de cuidado planejadas. Identificava-se nesta etapa, a partir de cada cuidado realizado, se o MCC adaptado a temática estava alcançando resultados. De modo que, por meio de uma reflexão sobre os cuidados realizados e a possibilidade de retornar a qualquer etapa, fosse viabilizado um cuidado efetivo.

Neste contexto, independente da etapa do MCC que estava sendo implementada, a retroalimentação era feita, pois a relação entre as mesmas apontava a possibilidade de ir e vir diante do contexto vivenciado.

## **Identificando a influência da aplicação do MCC no Poder Vital da puérpera**

Na primeira VD percebeu-se que P2 tinha expectativas de cuidados e ao mesmo tempo receio por ser avaliada, observada e julgada. A liberdade de estar com suas filhas em um ambiente familiar e a possibilidade de envolver indivíduos do contexto participando ativamente do processo, identificou-se como fatores que influenciaram na efetividade da interação entre os envolvidos durante a aplicação do MCC. Percebeu-se que a puérpera sentia-se à vontade e apoiada durante os cuidados. Tanto que, referiu ter achado agradável e mais cômodo o cuidado por meio da VD, pois no caso dela, seria difícil ir à UBS com uma filha no colo, outra pequena e sentindo desconforto devido à episiorrafia. Sendo assim, considera-se que,

o ser humano é também seu meio ambiente, por dentro e por fora, que cada ser humano faz parte do meio ambiente do outro. [...] as condições e influências que compõem o meio ambiente são recursos disponíveis que podem usar na potencialização do seu poder vital (CARRARO, 1994, p. 103-104).

Tendo em vista que o Poder Vital da puérpera oscilava durante a VD, diversas foram as manifestações, tanto subjetivas quanto objetivas que respaldaram as decisões tomadas durante o estudo. Percebeu-se que P2 estava se esforçando para encarar este momento. Por mais que estivesse sendo cuidada por sua mãe, foi possível notar que se sentia fragilizada. Sendo assim, “trabalhar com os aspectos positivos da família, resgatar forças e atitudes significa a oportunidade de construir pontes, a partir de um horizonte saudável” (SOUZA et al., 2006, p.272).

Por meio do diálogo e observação participante, foi possível analisar alguns cuidados que estavam sendo realizados e a partir destes, refletir com P2 e familiares sobre as práticas. Por mais que ela tivesse outras três experiências relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, e estivesse se mostrando auto-suficiente quando dizia que não tinha esperanças de ficar com o pai da menina, notou-se que seu Poder Vital

estava comprometido, e que o apoio oferecido pela sua mãe era fundamental, assim como, o cuidado da pesquisadora-cuidadora, que veio ao encontro, para complementação do cuidado.

A aplicação do MCC adaptado a temática fez com que a puérpera percebesse e valorizasse o cuidado que foi realizado por meio da VD; tornou a interação progressivamente efetiva; articulou o cuidado no meio familiar proporcionando maior visibilidade no contexto em que a mulher estava inserida; além do que, o fato de não ter algo sistematizado de maneira sequencial, para a realização do cuidado de enfermagem durante a visita domiciliar, possibilitou que a mulher se sentisse cuidada de forma natural e individualizada.

### **Avaliando a aplicação do MCC no domicílio**

No contexto da mulher puérpera, é necessário que os profissionais da saúde utilizem estratégias de cuidado que ultrapassem os cenários hospitalares e incluam espaços como o domicílio, para dar continuidade ao cuidado às mães e recém-nascidos, ao mesmo tempo que envolvem e cuidam da família como uma rede de apoio (GAMBA et al., 2009). Neste sentido, pelo fato de o ser humano ser único em suas escolhas, quando este recebe alguém, não o realiza somente em sua casa, mas em sua vida (BARRA et al., 2010).

O cuidar em enfermagem “desabrocha e se desenvolve a partir da sensibilidade e do interesse em estar próximo e fazer com que o outro se sinta melhor” (FRELLO, 2009, p. 73). Além disso, o cuidado e o conforto se caracterizam por condutas frente a vida humana as quais requerem habilidades técnicas, fundamentação teórica, pensamento crítico e responsável, capaz de reconhecer diferenças e limitações que existem no cotidiano (CARRARO et al., 2011).

Diante disso, acredita-se que o MCC aplicado no domicílio possibilitou o cuidar de maneira reflexiva e organizada, por meio de embasamento teórico e prático. Buscou tratar a puérpera, como um ser único, fazendo com que esta fosse e se sentisse a protagonista do cuidado.

Fez com que no decorrer da VD seu Poder Vital fosse potencializado, pois se mostrava mais comunicativa, interessada, inteirada e participativa nas ações de cuidado. Tanto que, ao final da



primeira VD, P2 agradeceu e aceitou prontamente quando solicitada se a segunda poderia ser realizada.

Durante a segunda VD à P2, que ocorreu no puerpério tardio, o MCC se tornou ainda mais claro e ao mesmo tempo complexo devido as reflexões que emergiram, afinal, o olhar sobre os fatos e gestos se expandiram. Notou-se que, ao comparar com a VD anterior, a puérpera estava se cuidando mais efetivamente, com melhor aparência e disposição. Reconheceu-se que os cuidados orientados estavam sendo executados, em alguns casos juntamente aos cuidados culturalmente inseridos na família.

Sendo assim, com o modelo respaldando e orientando os cuidados a serem realizados houve maior segurança por parte da pesquisadora-cuidadora, que conseqüentemente interagiu e obteve resultados satisfatórios com a troca de conhecimentos. O fato de haver um bom relacionamento, gerando vínculo entre os envolvidos, fez com que o cuidado fosse realizado com tranquilidade, segurança e entusiasmo, possibilitando não apenas a participação da puérpera, mas também de pessoas próximas. Desencadeou a percepção de quais são as influências existentes, tanto no ambiente interno da puérpera, quanto no ambiente externo, para que a partir disso, fossem planejados os cuidados de acordo com suas necessidades e possibilidades.

A trajetória do cuidado à puérpera no domicílio por meio do MCC, se caracterizou como um meio adequado e humanizado. Corroborou com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde que, aponta caminhos para o cuidado que envolve a promoção e manutenção da saúde da mulher e de seu filho, promovendo também um ambiente que proporcione ajuda e apoio à família, com cuidados individualizados com vista a atender as necessidades e haver o reconhecimento de sinais de perigo para tomar medidas adequadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática e aplicado no domicílio por meio da pesquisa convergente-assistencial emergiram estratégias de cuidado direcionadas a um cuidar único ao um ser humano que também é único, ou seja, não é possível cuidar de todas as

puérperas da mesma maneira, é preciso haver flexibilidade, exercer a enfermagem de modo a valorizar sua ciência e arte.

Ao apreciar que cada mulher vivencia o puerpério de uma forma, e que o cuidado é dinâmico, é preciso que o enfermeiro tenha subsídios teóricos e práticos para poder proporcionar cuidados possíveis/emergentes e não impostos em um contexto onde crenças e costumes são por vezes colocados em primeiro lugar.

No domicílio da puérpera, o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer e reconhecer cada situação de maneira ampla, e ao mesmo tempo individualizada e única. O envolvimento com a mulher e seus familiares neste período, o interesse demonstrado e o respeito às crenças e costumes fazem com que os envolvidos se sintam valorizados e não julgados. Além disso, o local é visto como adequado e confortável à puérpera.

As dificuldades vinculadas aos recursos de cada indivíduo geram a necessidade de um atendimento domiciliar específico e efetivo. Sendo assim, enquanto os cuidados são identificados, reconhecidos, planejados e implementados, reflexões precisam ser feitas sobre o todo, para que o cuidado ocorra de maneira adequada.

Diante disso, acredita-se que a enfermeira utilizando-se do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática, possa despertar e/ou potencializar o Poder Vital da puérpera e de seus familiares por meio de um cuidado dinâmico, que valoriza o contexto biográfico relacional, onde o meio externo e interno estão vinculados às relações interpessoais.

Para o profissional enfermeiro aplicar o Modelo de Cuidado de Carraro, ou seja, conhecer, deixar-se conhecer, reconhecer a situação vivenciada, desenhar o trajeto e selecionar estratégias, seguir e agir, além de acompanhar a trajetória do cuidado prestado à puérpera no domicílio, por mais que seja um desafio, trata-se de um respaldo frente à necessidade de cuidados mais humanizados. Trata-se de possibilidades de trajetos apontados para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M.; SILVA, M. J. da; LEITE, B. M. B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da

família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 137-45, jan./mar. 2008.

BARRA, D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CARRARO, T. E. Humanização: subsídio para a metodologia da assistência de enfermagem. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia (GO): AB; 2001a. p. 147-157.

CARRARO, T. E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia (GO): AB; 2001b. p.5-15.

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: uma trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 1994. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

CARRARO, T. E.; KEMPFER, S. S.; SEBOLD, L. F.; et al. Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los cuidados**, año XV, n. 29, 1er. cuatrimestre, 2011.

FRELLO, A. T. **Componentes do cuidado de enfermagem de Carraro**: o processo do parto sob a lente das puérperas. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

GAMBA, O. A. B. et al. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. **Avances em Enfermería**, v. 27, n.2, p.139-149, jul./dic. 2009.

GELBCKE, F. L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, Brasília: v.2, n.2, p.116-119, 2011.

SILVA, I. de J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SOUZA, A. I. J. de et al. Construindo movimentos para o fortalecimento da família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.8, n.3, p.265-272, set./dez. 2006.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.2, p. 275-281, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a07v21n2.pdf>>. Acesso em: 02 de julho de 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. 142 f. Tese (Doutorado

em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Technical consultation on postpartum and postnatal Care.** Geneva, 2010.



## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de uma revisão integrativa de literatura que buscou identificar as contribuições do conhecimento produzido sobre cuidado de enfermagem no puerpério em domicílio, destacaram-se estudos que abordam: as práticas utilizadas nos problemas mamários, o domicílio como espaço educativo e de cuidado, a vivência no pós-parto, os diagnósticos de enfermagem, os cuidados desempenhados pelo pai, o cuidado envolvendo a família, além de crenças e tabus. Neste sentido, confirmou-se escassa produção científica sobre a temática, o que é relevante, pois indicou uma lacuna no conhecimento e a necessidade de investigações sobre o cuidado de enfermagem durante a visita domiciliar à puérperas.

Quanto ao desenvolvimento desta Pesquisa Convergente-Assistencial: *Poder Vital de puérperas no domicílio: a enfermeira utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro*, pode-se confirmar que esta possibilitou à enfermeira-pesquisadora proporcionar o cuidado à puérpera no domicílio simultaneamente ao pesquisar, de maneira que, o cuidado de enfermagem, a entrevista semiestruturada, e a observação participante, utilizados na coleta de dados, ocorressem naturalmente.

Com a metodologia utilizada, notou-se que, pelo fato dos encontros não terem sido gravados por meio digital para uma posterior transcrição, exigiu-se da pesquisadora-cuidadora uma atenção e habilidade maior para perceber e registrar os acontecimentos vivenciados em um diário de campo, durante e após os encontros. No entanto, esta questão pode ser vista como um ponto frágil da pesquisa realizada. Por outro lado, como um ponto forte, porque a pesquisadora-cuidadora não conhecia previamente as participantes, o que talvez tivesse gerado um desconforto para as mesmas se os encontros tivessem sido gravados. Sendo assim, durante as visitas foi necessário ter cautela, para que a puérpera, com o passar do tempo, se sentisse à vontade para expor seus reais sentimentos.

Conforme o primeiro objetivo do estudo, que buscou identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro, desvelou-se que diversas são as manifestações das puérperas, e que estas oscilam entre a neutralidade, a negatividade e a positividade frente aos cuidados realizados, orientados e discutidos no decorrer das visitas domiciliares.

Devido a sua complexidade, o Poder Vital manifestado é um tema que incita reflexão, exige da enfermeira sensibilidade para ser percebido, sabedoria para ser compreendido e conhecimento para ser trabalhado, de modo que, torna-se um objeto de estudo instigante e que suscita e aponta para novos estudos.

Neste contexto, destaca-se a necessidade da enfermeira respeitar a trajetória vivenciada pela mulher no puerpério e conhecer/observar tanto as variáveis subjetivas quanto objetivas que interferem no Poder Vital, o que possibilita a profissional planejar, atuar e avaliar o cuidado, com intuito de fomentar positivamente esta força interna que é inata do ser humano, promovendo assim um “cuidar pensando” e “pensar cuidando”.

Quanto ao objetivo de apontar trajetórias para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro, contemplou-se que cada mulher vivencia o período puerperal de forma diferenciada, e exige da enfermeira subsídios teóricos e práticos com vista a proporcionar cuidados emergentes, possíveis e não impostos, em um contexto onde crenças e costumes se evidenciam.

Além disso, infere-se que no domicílio da puérpera a enfermeira consiga conhecer e reconhecer cada situação de maneira ampla, e ao mesmo tempo individualizada e única. Percebe-se que o envolvimento com a mulher e seus familiares neste período, o interesse demonstrado e o respeito às crenças e costumes fazem com que os envolvidos se sintam valorizados e não julgados.

Sendo assim, do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática e aplicado no domicílio por meio da pesquisa convergente-assistencial, emergiu como uma estratégia de cuidado particular, direcionado a um cuidar único a um ser humano que também é único, ou seja, não é possível cuidar de todas as puérperas da mesma maneira, é preciso haver flexibilidade, exercer a enfermagem de modo a valorizar sua ciência e arte.

Observou-se que a aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática subsidiou a pesquisadora-cuidadora na realização do cuidado domiciliar no puerpério de forma integral. Acredita-se portanto que, a enfermeira utilizando-se deste modelo, possa influenciar o Poder Vital da puérpera e de seus familiares, despertando-os para um cuidado que valoriza o contexto biográfico relacional, onde o meio externo e interno estão vinculados às relações interpessoais.

Diante dos resultados apontados neste estudo, surge uma nova visão sobre a prática de cuidado da enfermeira no puerpério no âmbito



da vivência domiciliar, cuidado este que pode ser viabilizado pela utilização do Modelo de Cuidado de Carraro adaptado à temática. Modelo este, desafiador, mas que no entanto, é capaz de direcionar as ações da enfermeira, oferecendo respaldo para o desenvolvimento de um cuidado, além de particular, sistematizado e acima de tudo humanizado.



## 5 REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. et al. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p.416-27, Out/Dez, 2007.

Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10063/6918/>>. Acesso em: 01 de setembro de 2009.

ARAÚJO, M. F. M.; SILVA, M. J. da; LEITE, B. M. B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 137-45, jan./mar. 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-99, jul./dez. 2007.

BARRA, D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, abr. 2010.

BIREME. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: base de dados na Internet. São Paulo: BIREME. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em 02 de setembro de 2010.

BRASIL. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 9 de outubro de 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

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

CARRARO, T. E. Humanização: subsídio para a metodologia da assistência de enfermagem. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB; 2001a. p. 147-157.**

CARRARO, T. E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB; 2001b. p.5-15.**

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB; 2001c. p.17-27.**

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. 2. ed. Goiânia: AB, 2001d.**

CARRARO, T. E. Sobre as teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB; 2001 e. p.29-38.

CARRARO, T. E. Editorial. **Revista Enfermagem Atual**, Ano 9, nº 49, jan./fev. 2009.

CARRARO, T. E. **Mortes maternas por infecções puerperais**: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. 1998. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1998.

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale**: uma trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. 1994. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

CARRARO, T. E.; KEMPFER, S. S.; SEBOLD, L. F.; et al. Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los cuidados**, año XV, n. 29, 1er. cuatrimestre, 2011.

CATAFESTA, F. et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 457-75, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a13.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. **Resolução n. 159, de 19 de abril de 1993**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em 9 de outubro de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15**

**de outubro de 2009.** Disponível em:

<<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em 9 de outubro de 2010.

DRULLA, A. da G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-74, out./dez. 2009.

FENWICK, J., et al. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. **Women and Birth**. Australian, v. 23, n.1, p. 10-21, 2010. Disponível em:<[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B82XB-4WVCT5R-1&\\_user=687353&\\_coverDate=03%2F31%2F2010&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_acct=C000037882&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=687353&md5=37120a82fbbf4cf6bc0670942d95b62](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B82XB-4WVCT5R-1&_user=687353&_coverDate=03%2F31%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=37120a82fbbf4cf6bc0670942d95b62)>. Acesso em: 01 jul 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A. da; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.738-746, abr. 2010.

FRELLO, A. T. **Componentes do cuidado de enfermagem de Carraro**: o processo do parto sob a lente das puérperas. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

GAMBA, O. A. B. et al. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. **Avances em Enfermería**, v. 27, n.2, p.139-149, jul./dic. 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Research Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, feb. 1987.

GELBCKE, F. L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, Brasília: v.2, n.2, p.116-119, 2011.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. Prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 4, p.645-53, out./dez. 2006.

KALINOWSKI, L. C. et al. Beliefs and popular practice during postpartum period: integrated review of nursing productions. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 3, s/p, 2010. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3140/html>>. Acesso em: 07 de agosto de 2011.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar. 2008.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo (SP): Perspectiva; 2009.

KUNZLER, I. M. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale**. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2006.

LOBO, M. L. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes médicas sul, 2000. p. 32 a 44.

LOPES, C. V. et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011.

LOPES, W. de O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. , Maringá, v. 7, n.2, p. 241-7, abr./jun. 2008.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-40, mar. 2008.

MARTINS, C. A. et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.4, p. 1015-25, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>>. Acesso em: 07 de agosto de 2011.

MEINCKE, S. M. K.; CARRARO, T. E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 83-91, jan./mar, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

OGUISSO, T. Florence Nightingale. In: OGUISSO, T. (org.). **Trajectoria histórica e legal da enfermagem**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 58-97.

OLIVEIRA, M. de F. V. **Modos de ser de mulheres puérperas de Belém – PA: uma hermenêutica heideggeriana do cuidado**. 2009. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática**



profissional. 4 ed. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes médicas sul, 2000.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 448-455, dez. 2006.

RAMOS, D. J. da S. **Fisioterapia no cuidado e conforto da puérpera em ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro**. 2011. 187p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2011.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.2, pág. 109-112, Jul-Dez, 1998.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-9. jul./ago, 2010.

SEBOLD, L. F. **Acadêmicos de enfermagem: o cuidar de si para promoção da saúde e evitabilidade do sobrepeso**. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

SEBOLD, L. F.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Acadêmicos de enfermagem: percepções sobre cuidar de si, promoção da saúde e evitabilidade do sobrepeso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2011. No prelo.

SILVA, I. de J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

- SILVA, K. L., et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.1, p. 166-76, 2010.
- SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-76, jul./set. 2010.
- SOUZA, A. I. J. de et al. Construindo movimentos para o fortalecimento da família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.8, n.3, p.265-272, set./dez. 2006.
- SOUZA, K. V de. et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 175-81, jun. 2008.
- STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.2, p. 275-281, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a07v21n2.pdf>>. Acesso em: 02 de julho de 2010.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.
- TREVISAN, M. L.; LEWGOY, A. M. B. Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n.2, p. 255-273, jul./dez. 2009.
- VIEIRA, F. et al. Utilização da taxonomia II da NANDA para avaliação da ansiedade puerperal na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 544-51, set. 2010.
- WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan. 1998.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **WHO technical consultation on postpartum and postnatal Care**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2005: make every mother and child count**. Geneva, 2005.






ZAGONEL, I.P.S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.F.; ATHAYDE, J. - O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32, 2003. Disponível em:  
<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/materno.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/materno.pdf)>. Acesso em: 02 jul 2010.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Protocolo para Revisão Integrativa de Literatura

     <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p> <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p align="center"><b>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</b></p>
<p>I. RECURSOS HUMANOS:</p> <p>Pesquisadora responsável: <b>Mda. Mariely Carmelina Bernardi (1)</b></p> <p>Pesquisadora orientadora: <b>Dra. Telma Elisa Carraro (2)</b></p> <p>Pesquisadoras colaboradoras: <b>Dra. Vera Radünz, Dra. Marta Lenise do Prado, Dda. Ariane Thaise Frello (3)</b></p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração protocolo: <b>1</b></li> <li>- Avaliação do protocolo: <b>2 e 3</b></li> <li>- Coleta de dados: <b>1</b></li> <li>- Seleção dos estudos: <b>1</b></li> <li>- Checagem dos dados coletados: <b>1</b></li> <li>- Avaliação crítica dos estudos: <b>1</b></li> <li>- Síntese dos dados: <b>1</b></li> <li>- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: <b>1</b></li> <li>- Apreciação final, avaliação e sugestões: <b>2</b></li> <li>- Revisão final a partir de sugestões das orientadoras: <b>1</b></li> <li>- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: <b>1 e 2.</b></li> </ul> <p><b>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</b></p>
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Maria Gorete M. Savi, Bibliotecária, Coordenadora da BSCCS/UFSC</p>

**IV. PERGUNTA:** Quais as contribuições do conhecimento sobre cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio nas publicações científicas em enfermagem?

**V. OBJETIVOS:** Realizar uma revisão integrativa de literatura sobre o conhecimento do cuidado de enfermagem no puerpério em domicílio, evidenciando e discutindo as diferentes contribuições para a prática.

**VI. DESENHO DO ESTUDO:** **Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):**

1. Seleção da pergunta de pesquisa;
2. Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
3. Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
4. Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
5. Discussão e interpretação dos resultados;
6. Apresentação de forma clara a evidência encontrada.

**VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** **Artigos de periódicos publicados entre 2006 e 2010 indexados nas bases de dados selecionadas (Medline/PubMed; CINAHL; LILACS; BDENF e SciELO), em português, espanhol ou inglês, que contenham descritores e/ou palavras chaves listados neste protocolo, no resumo, no título ou no assunto/descritor.**

**VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** **Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.**



## IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada):

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) listados abaixo, complementados por palavras chaves.

### - Descritores – DeCS (Descritores em Ciências da Saúde):

#### 1. Período pós-parto

Período de Posparto

Postpartum Period

Sinônimos / Palavras-chave: Puerpério/ Postpartum

#### 2. Cuidados de Enfermagem

Atención de Enfermería

Nursing Care

Sinônimos / Palavras-chave: Assistência de Enfermagem/ nursing care  
Atendimento de Enfermagem/ nursing care  
Enfermagem/ Nursing  
Cuidado/ Care

### - Bases Eletrônicas de Dados:

#### Medline/PubMed

**PubMed:** Serviço da [U.S. National Library of Medicine](http://www.nlm.nih.gov) (NLM) que indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública., tendo a base de dados MEDLINE como principal fonte de informação integrante do serviço.

**MEDLINE** é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

#### CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

O CINAHL indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde produzidos a partir de 1981. Pertence e é operado pela EBSCO Publishing.

**LILACS:** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

Base de dados relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS, coordenado pela BIREME.

**BDENF:** Base de Dados de Enfermagem

Fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

**SciELO:** Scientific Electronic Library Online

SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos on-line.

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse à Revisão Integrativa de Literatura.

- **Período de busca:** janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

**X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS:** A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de *primeira peneira*. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de *segunda peneira*.

**XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:** Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.

**XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES**

- **Ano de publicação**
- **Título**
- **Autor(es)**



**XV. REFERÊNCIAS:**

BIREME. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [base de dados na Internet]. São Paulo: BIREME; [acesso em 02 Set 2010]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

Ganong LH. Integrative reviews of nursing. Res Nurs Health, 1987 Mar; 10(1):1-11.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Mariely Carmelina Bernardi, enfermeira obstetra e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC, sob orientação da professora Doutora Telma Elisa Carraro. Estou realizando a pesquisa: **“PODER VITAL EM PUÉRPERAS NO DOMICÍLIO: utilização do Modelo de Cuidado de Carraro”**, que tem como objetivos: **Identificar como se manifesta o Poder Vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio, na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro; E, apontar caminhos para a enfermeira cuidar da mulher no domicílio durante o puerpério imediato e tardio na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro.** Para alcançar os objetivos propostos, venho por meio deste, solicitar para que você, mulher que se encontra no puerpério, participe desta pesquisa. Caso aceite, o primeiro atendimento será realizado durante o puerpério imediato (entre o 1º e o 10º dia pós-parto), e o segundo encontro será agendado no puerpério tardio (entre o 11º e o 42º dia pós-parto) de acordo com a sua disponibilidade, com data, horário e local por você determinados. A sua colaboração é fundamental nesta pesquisa, por estar contribuindo com a produção do conhecimento no mestrado e possibilitando a melhoria da assistência à mulher no período puerperal no município. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua saúde ou de sua família, a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, e além disso, participando ou não da pesquisa seu acompanhamento não será diferente na unidade de saúde. Comprometo-me em assumir, no desenvolvimento da pesquisa, o cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Caso você sinta necessidade de mais encontros, tenha alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente, por meio do telefone (0xx48) 9614-5181, (0xx45) 3242-1923 ou e-mail: marielybernardi@yahoo.com.br. Os nomes das participantes não serão identificados em nenhum momento, sendo minha a responsabilidade de manter sigilo e anonimato. As informações coletadas serão utilizadas em minha dissertação de mestrado, e eventualmente na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

\_\_\_\_\_  
Mariely Carmelina Bernardi

Endereço: Rua Ipê Roxo, n. 1851. Centro. Corbélia – Pr.

\_\_\_\_\_  
Drª Telma Elisa Carraro

Orientadora

### Consentimento Pós-esclarecido

Eu,....., fui esclarecida sobre a pesquisa **“VIVÊNCIA DOS CUIDADOS ORIENTADOS PELA ENFERMEIRA NO PUERPÉRIO: à luz do Modelo de Cuidado de Carraro”**, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Corbélia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE C – Entrevista Semifechada

(Baseada no Modelo de Cuidado de Carraro, no roteiro básico para coleta de informações e nas variáveis que interferem no Poder Vital do Ser Humano estabelecidas por Carraro, 1994)

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Como gosta de ser chamada: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Grau de instrução: \_\_\_\_\_  
 História obstétrica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### A - CONHECENDO-NOS:

**- Conhecendo a puérpera e a situação por ela vivenciada.**

- Recepção:
- Reações da puérpera:
- Sentimentos relatados pela puérpera:
- Perspectivas quanto ao puerpério no domicílio:
- Dados e fatos relacionados ao período gravídico-puerperal relatados:

**- Deixando-me conhecer:**

### B - RECONHECENDO A SITUAÇÃO

**- Reconhecendo as situações de cuidado:**

- Ações de cuidados demonstrados pela puérpera durante a visita:
- Motivos para realização de cuidados durante o puerpério:
- Conhecimento relatado sobre os cuidados neste período:
- Crenças e valores:
- Dúvidas relatadas ou demonstradas sobre cuidados no puerpério:

**- Identificando os recursos disponíveis:**

- Relações interpessoais para o cuidado puerperal:
- Ambiente externo:
- Ambiente interno:

**- Percebendo a reação do PV:**

- Auto-imagem:
- Sentimentos vivenciados:
- Interesse/necessidade da puérpera para realização de cuidados neste período:
- Motivação da puérpera para realizar os cuidados orientados:

- Aceitabilidade dos cuidados oferecidos pela pesquisadora:
- Reações da puérpera quanto aos cuidados realizados:
- Poder Vital manifestado pela puérpera durante o planejamento dos cuidados:

### **C - DESENHANDO O TRAJETO E SELECIONANDO AS ESTRATÉGIAS**

#### **- Planejando com a puérpera o trajeto a ser percorrido com base no que foi reconhecido.**

- Estratégias para despertar ou aumentar o interesse da puérpera pelas ações de cuidados:
- Estratégias para a puérpera desenvolver novas competências e habilidades de cuidados:

### **D - SEGUINDO E AGINDO**

#### **- Orientando a puérpera a partir das situações de cuidados reconhecidos.**

- Orientações realizadas:
- Cuidados planejados junto à puérpera utilizando estratégias que valorizem sua capacidade e desejo de realizá-los:

#### **- Implementando as estratégias selecionadas**

- Cuidados planejados em conjunto com a puérpera e realizados durante a visita:

### **E - ACOMPANHANDO E APRECIANDO A TRAJETÓRIA**

#### **- Observando o decorrer da aplicação do MCC e retroalimentando-o quando necessário**

#### **- Identificando a influência da aplicação do MCC no Poder Vital da puérpera**

#### **- Avaliando a aplicação do MCC no domicílio**



## **ANEXOS**



## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

Certificado

[http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto\\_cep/cer...](http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO Nº 1823**

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584/GR-89 de 04 de novembro de 1989, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o pedido no Regulamento Interno do CEPSH, **CERIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

**APROVADO**

PROCESSO: 1823 FR: 403321

TÍTULO: VIVÊNCIA DOS CUIDADOS ORIENTADOS PELA ENFERMEIRA NO PUERPERIO; à luz do Modelo de Cuidado de Carraro

AUTOR: Telma Elisa Carraro, Marilely Carmelina Bernardi

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.

  
 Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Azevedo  
 Coordenador do CEPSH/UFSC



## ANEXO B – Autorização para coleta de dados do hospital



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “VIVÊNCIA DOS CUIDADOS ORIENTADOS PELA ENFERMEIRA NO PUERPÉRIO: à luz do Modelo de Cuidado de Carraro”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Corbélia, 07/04/2011.

Dr. José Antônio Brito  
CPF 000.411.249-11  
CRM 12.158

ASSINATURA  
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL



## ANEXO C – Autorização para coleta de dados da Secretaria Municipal de Saúde



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “**VIVÊNCIA DOS CUIDADOS ORIENTADOS PELA ENFERMEIRA NO PUERPÉRIO: à luz do Modelo de Cuidado de Carraro**”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Corbélia, 14 de outubro de 2010.

*Thiago Daross Stefanello*  
Secretário Municipal de Saúde  
Corbélia - Paraná  
Portaria 06/2009

**Thiago Daross Stefanello**  
Secretário Municipal de Saúde de Corbélia - Pr







**ANEXO D – Variáveis que interferem no *Poder Vital* do ser humano  
(CARRARO, 1994)**

**SUBJETIVAS:**

Relações Interpessoais (família, amigos, equipe de saúde, companheiros de trabalho...);  
Percepção e enfrentamento do puerpério;  
Estado emocional;  
Crenças e Valores;  
Auto-imagem;  
Planos para o futuro;  
Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações,...);  
Incentivo/Motivação.

**OBJETIVAS:**

Consulta com a enfermeira;  
Puerpério;  
Riscos (Hemorragia, trombose, ingurgitamento mamário, infecção,...);  
Ambiente externo;  
Equipe de saúde;  
Estado nutricional;  
Sono e repouso.