



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

DAYSI JUNG DA SILVA RAMOS

**FISIOTERAPIA NO CUIDADO E CONFORTO DA PUÉRPERA
EM AMBIENTE HOSPITALAR À PARTIR DO MODELO DE
CUIDADO DE CARRARO**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

DAYSY JUNG DA SILVA RAMOS

**FISIOTERAPIA NO CUIDADO E CONFORTO DA PUÉRPERA
EM AMBIENTE HOSPITALAR À PARTIR DO MODELO DE
CUIDADO DE CARRARO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para 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

R175f Ramos, Daysi Jung da Silva
Fisioterapia no cuidado e conforto da puérpera em
ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro
[dissertação] / Daysi Jung da Silva Ramos ; orientadora, Telma
Elisa Carraro. - Florianópolis, SC, 2011.
187 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. Fisioterapia. 3. Cuidados. 4. Conforto
humano. 5. Puerpério. I. Carraro, Telma Elisa. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

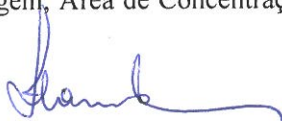
DAYSI JUNG DA SILVA RAMOS

**FISIOTERAPIA NO CUIDADO E CONFORTO DA PUÉRPERA
EM AMBIENTE HOSPITALAR À PARTIR DO MODELO DE
CUIDADO DE CARRARO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 27 de maio de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



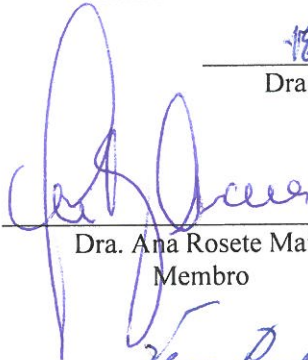
Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:




Dra. Telma Elisa Carraro
Presidente



Dra. Ana Rosete Maia
Membro



Dra. Elza Berger Salema Coelho
Membro



Dra. Vera Radünz
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos Anjos de Luz por me guiarem e protegerem a cada dia de minha vida.

À minha mãe, Arlete Corina da Silva, pelo amor incondicional, sempre incentivando, apoiando e alegrando-se com minhas conquistas profissionais e realizações pessoais. Te amo!!!

Ao meu marido, Sandro Lauro Ramos, que nos últimos 19 anos vem me incentivando na superação dos desafios profissionais. Agradeço pelo companheirismo, amor e alegrias. Te amo!!!

À nossa pequena e querida Amanda, que em meu ventre já me incentiva a prosseguir simplesmente pela sua existência!

À amiga/irmã Nayala Lírio Gomes Gazola pelo apoio e momentos de descontração.

À minha orientadora Dr^a. Telma Elisa Carraro, que sempre considerou primeiramente o bem-estar durante o processo do mestrado, buscando constantemente a potencialização do nosso poder vital para que pudéssemos concluir esta pesquisa. Agradeço pelo acolhimento, pelas orientações e confiança.

Ao Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando, tanto à Prof^a Vera Radüinz e à Prof^a Telma Elisa Carraro, quanto às demais colegas que me acolheram com carinho. Agradeço especialmente “às poderosas” Ari (Ariane Thaise Frello), Fabi (Luciara Fabiane Sebold) e Sil (Silvana Kempfer), por podermos compartilhar experiências e momentos agradáveis.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC e seus professores, especialmente à Prof^a Marisa Monticelli que como coordenadora do mestrado mostrou-se compreensiva e solícita nos momentos em que precisei me afastar do curso por complicações gestacionais. Aos colegas da turma de Mestrado de 2009, pelas reflexões e experiências compartilhadas.

Aos membros da banca, Prof^a Dr^a Vera Radüinz, Prof^a Dr^a Elza Berger Salema Coelho, Prof^a Dr^a Ana Rosete Maia, Dda Luciara Fabiane Sebold por apreciarem esta dissertação e por suas contribuições.

À UNISUL, especialmente ao coordenador do curso de Fisioterapia Prof^o M.Sc. Alexandre de Paula Aguiar, pelas adequações de horário para que eu pudesse frequentar as atividades do mestrado. Às colegas de trabalho Inês Alessandra Xavier Lima e Luana Meneghini Belmonte pelo apoio e parceria.

Ao Hospital Regional de São José e equipe do Alojamento Conjunto pelo acolhimento e oportunidade de realizar esta pesquisa.

Às participantes da pesquisa pela disponibilidade em me receber e compartilhar suas vivências.

À prima Aline Jung Simões e à fisioterapeuta Bruna Branãs Mitke que realizaram as traduções para os idiomas inglês e espanhol, respectivamente.

À todos que em algum momento tenham oferecido uma palavra de apoio ou incentivo e que não foram citados neste momento.

RAMOS, Daysi Jung da Silva. **Fisioterapia no cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar a partir do modelo de cuidado de Carraro**. 2011. 187p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Telma Elisa Carraro

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

A atuação do fisioterapeuta é cada vez mais importante no processo de atenção à saúde, envolvendo-se inclusive no cuidado à puérpera. Os objetivos desta pesquisa foram analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC) em ambiente hospitalar e compreender as percepções de puérperas sobre o cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica embasada no MCC em ambiente hospitalar. Foi uma pesquisa qualitativa, tipo convergente-assistencial (PCA) onde quatro puérperas internadas num hospital público de SC receberam cuidado fisioterapêutico aplicando-se o MCC e as ações fisioterapêuticas foram aplicadas de acordo com as necessidades de cada puérpera. Como resultados observou-se que o uso do MCC através da PCA foi apropriado para este estudo e o cuidado fisioterapêutico transcendeu a aplicação de técnicas, focando-se na busca do conforto à puérpera. Pode-se concluir que questionar e valorizar a percepção da mulher sobre o cuidado e conforto recebidos pode pautar mudanças nas ações e atitudes dos profissionais envolvidos no processo. Destaca-se ainda que ambos sejam estimulados a perceber o poder vital, considerando a todos como co-autores do processo de cuidado no papel de facilitadores. A percepção das mulheres sobre a fisioterapia no cuidado e conforto no puerpério no ambiente hospitalar foi bastante positiva. As ações fisioterapêuticas foram relacionadas ao cuidado e alívio de desconfortos, tendo destaque para a crioterapia que apresentou bons resultados na redução da dor na região da episiotomia. As puérperas evidenciaram ainda a importância da inserção do acompanhante nos cuidados, deixando-as mais seguras e confortáveis e ressaltaram a importância da atenção individualizada na busca do cuidado e conforto, principalmente quanto ao posicionamento, à crioterapia e à cinesioterapia. Os dados demonstraram que o fisioterapeuta pode influenciar de forma positiva no

poder vital da puérpera avaliando atentamente suas necessidades e oferecendo cuidado e conforto com ações específicas da fisioterapia.

Descritores: Fisioterapia; cuidado; conforto; puerpério.

RAMOS, Daysi Jung da Silva. **Physiotherapy in the care and comfort of women in immediate puerperium in the hospital applying Carraro's care model.** 2011. 187p. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Advisor: Dr. Telma Elisa Carraro

Research Lines: The Care and Process of living, being healthy and getting sick.

ABSTRACT

This is a qualitative, assistential convergent research (ACR), aiming to join research and practice. The objectives were to analyze how the physiotherapist may influence the vital power of the puerperal woman in hospital applying Carraro's Care Model (CCM), and understand the perceptions of puerperal women on the care and comfort in relation to the action of physical therapy based on the CCM in hospital. Four puerperal women staying in a public hospital in SC in May 2010 participated in this study, and received physiotherapy care by applying the CCM and the actions of physical therapy were applied according to the needs of each puerperal woman. The results showed that the use of CCM through the ACR was appropriate for this study and physical therapy care transcended the application of techniques, focusing on the comfort of the puerperal woman. It can be concluded that questioning and valuing the woman's perceptions on the care and comfort received can lead to changes in the actions and attitudes of the professionals involved in the process. It is noticeable that both must be encouraged to realize the vital power, which is the vitality per se, the inner energy and responsiveness, considering all co-authors of the care process as facilitators. The women's perception on physiotherapy in the care and comfort while in the puerperium period in hospital was positive for relieving their pain and solving their doubts. The actions of physiotherapy were related to the care and relief of discomfort, especially with cryotherapy which presented positive results in reducing pain in the episiotomy area. The puerperal women also emphasized the importance of integrating companionship to the care, which makes them feel safer and more comfortable, and stressed the importance of individualized attention in the search for care and comfort, especially on positioning, cryotherapy and kinesiotherapy. The results showed that the physiotherapist may influence positively on the vital power of the puerperal woman carefully assessing their needs and providing care and

comfort with specific actions of physiotherapy.

Keywords: Physiotherapy; care, comfort, puerperium.

RAMOS, Daysi Jung da Silva. Fisioterapia em la atención y la comodidad de mujeres em el puerpério inmediato em el hospital desde el modelo de atención de Carraro. 2011. 187 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Santa Catarina. Programa de Postgrado en Enfermería, Florianópolis. 2011.

Asesor: Dra. Telma Elisa Carraro

Líneas de investigación: el proceso de atención y vivir, estar sanos y enfermos

RESÚMEN

Se trata de un estudio cualitativo de la convergente-asistencial (PCA), esta última trata de combinar la investigación y la práctica. Los objetivos de la busca fueron: analizar cómo el fisioterapeuta puede influir en el poder vital de la puerpera com la aplicación del modelo de atención de Carraro (MCC) en un ambiente hospitalario y comprender las percepciones de las madres sobre el cuidado y la comodidad de la acción de la fisioterapia basada en el MCC en el hospital. El estudio incluyó a cuatro puerperas internadas en un hospital público de SC en mayo de 2010, recibindo atención de fisioterapia mediante la aplicación de la MCC y las acciones fisioterapeuticas se aplicaron de acuerdo a las necesidades de cada puerpera. Los resultados mostraron que el uso del MCC através de la PCA era apropiada para este estudio y la atención fisioterapeutica trascendió la aplicación de técnicas, centrándose en la búsqueda de la comodidad de la puerpera. Se puede concluir que el cuestionamiento y la valoración de las percepciones de las mujeres sobre el cuidado y la comodidad recibidos pueden orientar los cambios en las acciones y actitudes de los profesionales involucrados en el proceso. Es importante que la gente sea estimulada a darse cuenta de la potencia vital, que es la misma vitalidad, la energía interna y la capacidad de reacción,, teniendo en cuenta todos los co-autores del proceso de atención en un papel de apoyo. La percepción de las mujeres sobre la fisioterapia en el cuidado y comodidad en el período post-parto en el hospital fue positivo para aliviar su dolor y resolver dudas. Las acciones fisioterapeuticas estaban relacionadas a la atención y el alivio del malestar, especialmente com la crioterapia, que mostró resultados positivos en la reducción del dolor en la región de la episiotomía. Las puerperas destacaran la importancia de integrar la atención de la compañía, haciéndolas más seguras y más cómodas y destacaran también la importancia de la atención individualizada en la búsqueda de

atención y comodidad, sobre todo en el posicionamiento a la crioterapia y la kinesioterapia. Los resultados mostraron que los fisioterapeutas pueden tener una influencia positiva en el poder vital del posparto evaluando cuidadosamente sus necesidades y dedicando el cuidado y confort con acciones específicas de fisioterapia.

Palabras clave: Fisioterapia, atención, comodidad, puerperio.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: A trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções.....68

FIGURA 2: Representação gráfica do Modelo de Cuidado de Carraro (1994) proposto para esta pesquisa (2001)88

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CONTEXTO SOBRE CUIDADO, CONFORTO E FISIOTERAPIA NO PUERPÉRIO	24
2.1 MANUSCRITO 1: CUIDADO E CONFORTO NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO	24
2.2 O PUERPÉRIO E SUAS PARTICULARIDADES	37
2.3 FISIOTERAPIA NA OBSTETRÍCIA: CUIDANDO E CONFORTANDO NO PUERPÉRIO.....	43
2.3.1 Fisioterapia no puerpério: avaliação e possibilidades de cuidado e de conforto	49
3 REFERENCIAL TEÓRICO	57
3.1 APROXIMAÇÃO ENTRE O REFERENCIAL TEÓRICO E A FISIOTERAPIA	57
3.2 MODELO DE CUIDADO DE CARRARO	60
3.3 BUSCANDO UM MARCO CONCEITUAL.....	73
4 PERCURSO METODOLÓGICO	80
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	80
4.2 ESPAÇO DA PESQUISA	82
4.3 PARTICIPANTES	82
4.4 O MODELO DE CUIDADO DE CARRARO COMO CELEIRO PARA O PROCESSO DE PESQUISA	83
4.5 CUIDADOS ÉTICOS	89
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	91
5.1 MANUSCRITO 2: FISIOTERAPIA NO CUIDADO E CONFORTO DA MULHER NO PUERPÉRIO IMEDIATO EM AMBIENTE HOSPITALAR À PARTIR DO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO	91
5.2 MANUSCRITO 3: PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO E CONFORTO À PARTIR DA AÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EMBASADA NO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO EM AMBIENTE HOSPITALAR	112

2.3 MANUSCRITO 4: MODELO DE CUIDADO DE CARRARO: SISTEMATIZANDO O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO À PUÉRPERA EM AMBIENTE HOSPITALAR	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS.....	157
APÊNDICES.....	170
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	171
APÊNDICE B – Roteiro para coleta de informações.....	173
APÊNDICE C – Roteiro para coleta de informações sobre o poder vital.....	176
APÊNDICE D – Parecer CEP	177
ANEXOS	179
ANEXO A – Anexo 1 de Carraro (1994)	180
ANEXO B - Anexo 2 de Carraro (1994)	184
ANEXO C - Anexo 4 de Carraro (1994)	186
ANEXO D - Anexo 5 de Carraro (1994)	187

1 INTRODUÇÃO

O puerpério, principalmente o imediato que é o período compreendido entre 48 a 72 horas após o parto, é uma fase delicada na vida da mulher, pois compreende a fase de adaptação à maternidade, na qual é importante o apoio do companheiro, da família, da equipe de saúde, da empresa em que trabalha, da sociedade, e até do Estado. Isso demonstra que o puerpério é um período do ciclo reprodutivo da mulher, que requer olhares multidisciplinares e pluriabrangeantes, dizendo respeito às ciências da saúde, ciências sociais e humanas.

Nesta fase, várias mudanças ocorrem no corpo da mulher, e o bebê, através do contato com a mãe, começa a ter contato com o mundo externo, de forma confortável, segura, calorosa e cuidadosa. Conforme Kunzler (2006), as mudanças do puerpério envolvem a transição quanto ao papel materno, significando não só alterações físicas, mas também um novo momento de vida, isto é, o deixar de ser exclusivamente mulher, para ser mãe, sem deixar o “ser mulher” de lado. Pensando-se na mulher como um ser integral, indivisível, vivenciando transitoriamente um momento de estresse, torna-se difícil determinar a duração e estratégias de adaptação particulares a essa condição. Esse período de mudanças faz refletir sobre a necessidade de potencializar o poder vital da mulher puérpera, contribuindo para que ela não perca energia, de modo a manter ou recuperar sua saúde, evitando também, como afirma Carraro (1998), que mulheres, ao trazerem à vida uma nova vida, paradoxalmente, morram ou tenham complicações por falta de cuidados puerperais.

O poder vital, que também pode ser chamado de capacidade vital, significa a energia interior, intrínseca e latente no ser humano, que pode ser direcionada para a vida ou para a morte. É direcionada para a vida, quando o ser humano mantém uma atitude de equilíbrio entre o ambiente interno e externo, em que as suas energias são direcionadas para um viver saudável; as atitudes em contrário produzem a perda dessa energia vital, direcionando-a ou para a morte, ou para a impossibilidade de recuperar e manter a saúde. (KUNZLER, 2006).

A partir da situação posta de que é necessário o trabalho de uma equipe de profissionais para atender a mulher no puerpério, penso que o fisioterapeuta também deve estar envolvido nesta equipe, tendo em vista sua dedicação ao cuidado e conforto à mulher tanto no período gestacional, quanto no parto e puerpério. A intenção é acrescentar esforços, sendo mais um profissional preparado para apoiar, cuidar e confortar a mulher durante o período pós-parto, podendo, inclusive, auxiliar na solução de problemas. Ações de apoio, cuidado e conforto são mais do que simples atos, representam atitudes de preocupação, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. (RADÜNZ, 1999).

Para Collière (1999) cuidar ou prestar cuidados ou ainda tomar conta é um ato individual que se presta a si próprio, desde que se adquira autonomia, mas também é um ato de reciprocidade que se presta à pessoa que tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (temporária ou definitivamente). Logo, é um ato de vida, no sentido de obter manutenção/sustentação da vida. Carraro (2009), considera o cuidado como uma aproximação repleta de significados, englobando o ser e o estar junto àquele que cuidamos, respeitando-o em seus momentos de silêncio, de dor, de descontração, de alegria, de individualidade; enfim, em seus direitos e em sua independência humana.

Já Boykin (1998) ao falar sobre conforto enfatiza que esta experiência é vivenciada em relações fundamentadas no respeito pela pessoa, utilizando-se múltiplas formas de percepção (empírica, intuitiva, ética e espiritual), pondo em evidência a promoção do conforto. Coelho et al. (2005) complementam que para o conforto é necessário um ambiente favorável em que a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo cuidada, através de afeto, calor, atenção e amor. As vantagens do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, do crescimento, da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento, do desempenho dos papéis usuais, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação à condição que se está vivenciando.

Em virtude de minha atuação como docente na área da saúde da mulher e coordenadora de estágios do curso de Fisioterapia (Universidade do Sul de Santa Catarina - unidade Pedra Branca), transito pelos serviços de atenção à saúde da mulher de Florianópolis, e tenho conhecimento que somente uma maternidade conta com o trabalho de uma fisioterapeuta em seu quadro funcional. Na prática, este trabalho fica limitado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal,

prestando cuidado e conforto através da fisioterapia, principalmente visando a recuperação de disfunções respiratórias que acometem a grande maioria dos bebês internados na referida unidade. Outra forma de encontrarmos algum atendimento de fisioterapia nas maternidades é através de estágios obrigatórios oferecidos em parceria com instituições de ensino superior, que ocorrem em horários limitados e somente no período letivo. Sendo assim, percebe-se a carência de profissionais de fisioterapia na atenção à saúde da mulher, principalmente nos serviços públicos, e é importante que o fisioterapeuta se capacite para buscar tal espaço, integrando-se à equipe. Deve-se levar em conta que a fisioterapia é uma profissão jovem e com apenas 40 anos, já conquistou muitos espaços, mas há muito mais a fazer, tanto na assistência quanto na pesquisa.

O fato é que pergunta-se como o fisioterapeuta pode atuar após o parto e tal pergunta muitas vezes é seguida de uma observação comum: fisioterapia serve para reabilitação em caso de fratura, acidente vascular encefálico, pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva ou algo semelhante. É importante ressaltar que tais colocações não são exclusividade das mulheres puérperas e seus acompanhantes, pois alguns componentes da equipe de saúde também questionam a atuação do fisioterapeuta no puerpério. Talvez isso se deva à restrita divulgação científica do conhecimento fisioterapêutico.

Weiss (2005) buscou demonstrar o conhecimento de puérperas em relação à atuação da fisioterapia no puerpério. Sua pesquisa foi realizada numa maternidade do município de Palhoça (SC) e a amostra composta por 15 multíparas que foram abordadas no primeiro dia após o parto. Os resultados indicaram que as puérperas da amostra tinham conhecimento restrito da atuação do fisioterapeuta e pode-se perceber a necessidade de divulgação da profissão para população e para profissionais da saúde, sendo que 87% das pacientes não recebeu qualquer informação sobre a fisioterapia durante o pré-natal e 59% tinha queixa de incontinência urinária, tendo, portanto indicação de fisioterapia. Além disso, 73% nunca ouviu falar em fisioterapia para puérperas. Após o cuidado fisioterapêutico prestado no ato da coleta, 100% da amostra fez comentários positivos sobre a fisioterapia, demonstrando a possibilidade de melhora na qualidade de vida de mulheres no puerpério através da atuação do profissional de fisioterapia.

Meu interesse pela saúde da mulher vem desde a época da graduação, há 16 anos, porém naquela época o campo de atuação era limitado para a fisioterapia, sendo que acabei seguindo por outros caminhos. A primeira oportunidade na docência foi num curso de

graduação em fisioterapia como professora substituta, numa disciplina sobre ginecologia e obstetrícia e pude identificar o quanto o conteúdo é apaixonante. Minha inexperiência trazia insegurança e medo. Um ano depois (2000) surgiu a oportunidade de participar do processo de seleção de docentes em outra instituição de ensino superior (UNISUL), onde permaneço até os dias atuais, para assumir a supervisão do estágio de fisioterapia na área de ginecologia, obstetrícia e pediatria. Poderia diariamente estar em contato com gestantes, parturientes, puérperas e seus bebês. Nesta ocasião, iniciei o Mestrado em Saúde Coletiva, com um plano de estudos que visava a atenção fisioterapêutica ao puerpério na unidade básica de saúde. O mestrado foi concluído em 2005, mas a dissertação abordou a integralidade da atenção à saúde e a formação de fisioterapeutas. Busquei neste mesmo intervalo de tempo uma especialização na área de fisioterapia na saúde da mulher cujo objetivo era alicerçar a teoria e a prática da docência nos estágios. Após cinco anos de docência na saúde da mulher recebi o convite para conhecer o Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando (PEN-UFSC), no qual nos últimos seis anos venho aprendendo muito sobre cuidado, conforto e muito mais.

Além da prática assistencial através dos estágios também dediquei-me ao aprofundamento teórico orientando trabalhos de conclusão de curso voltados à atuação do fisioterapeuta no puerpério. Alguns exemplos são:

- O conhecimento das puérperas sobre a atuação do fisioterapeuta no pré-natal (BROGNI, 2001);
- Leite humano X *Laser*: um estudo sobre a proteína (WENSING, 2003);
- Fisioterapia no puerpério imediato: um estudo comparativo em múltiparas (WEISS, 2005);
- Amamentação após mastectomia radical: um relato de caso (ORELLANO, 2007);
- O uso do ultra-som e da manobra de evacuação dos linfonodos axilares no tratamento do ingurgitamento mamário em puérperas (FUTCH; SIMAS, 2007);
- O efeito da aplicação do *laser* de hélio-neônio sobre a fissura mamilar (BRAÑAS; BOPPRÉ, 2008);
- Frequência de fissuras mamilares em puérperas residentes nos municípios de Biguaçu e Palhoça e sua influência no processo de amamentação (CRISTOFOLINI; CLAUDINO, 2010);
- Crioterapia após a episiotomia: efeito sobre a dor (HAMMES; OLIVEIRA, 2010).

Outra atividade voltada à esta clientela foi um projeto de extensão chamado “Encontro de puérperas” desenvolvido no Hospital Universitário (UFSC), onde alunos e profissionais ficavam à disposição das mulheres e seus familiares para troca de experiências e esclarecimentos, além de orientações para a alta hospitalar.

Os resultados dos trabalhos citados (já concluídos) puderam reforçar a necessidade do envolvimento do fisioterapeuta no cuidado e conforto da puérpera, principalmente pela dificuldade de encontrar registros bibliográficos sobre o assunto específico. Contudo, na fisioterapia o cuidado e conforto não são discutidos em sua essência e esta lacuna vem, pelo que percebo na prática, desde a academia. Por nossa formação voltada ao paradigma biomédico, é muito comum vermos alunos e fisioterapeutas já graduados, assim como outros profissionais da saúde, focados na doença, seus sintomas e nada mais. Cito portanto, Nightingale (1989), que traz em seus escritos o cuidado e o conforto enfocados não somente no aspecto físico, mas também no social e no psicológico.

Algumas vezes, o fisioterapeuta considera em sua prática o conforto do paciente prestando-lhe diversos cuidados, mas com certa frequência realiza o atendimento de forma automática sem realmente refletir o que isso pode representar para o paciente e sua família. Não posso deixar de lembrar que também existem profissionais que podem ser citados como exemplo de dedicação, compromisso e preocupação para com o cuidado e conforto de pacientes e familiares. Enfim, há profissionais com interesses, formações e culturas diferentes, com condutas variadas, mas seria interessante se pudéssemos reafirmar uma proposta profissional mais voltada à dedicação para com o cuidado e conforto.

Penso, então, ser importante listar resumidamente como se dá esta atuação do fisioterapeuta. Para prestar cuidado fisioterapêutico a uma puérpera, assim como a qualquer outro paciente, é necessário realizar uma avaliação inicial (que envolve consulta ao prontuário, anamnese, exame físico, queixas e restrições, entre outras questões importantes ou que surjam no momento). À partir dessa coleta de informações o fisioterapeuta estará apto a selecionar as ações que necessitará para atender à puérpera, ou seja, para que possa cuidar e confortar adequadamente. Como exemplo, cito o uso de técnicas de analgesia, através de eletroestimulação, crioterapia, massoterapia, pompagens (tração manual), desativação de *trigger points* (pontos gatilho ou pontos de tensão); o uso constante da drenagem linfática manual, tanto para os edemas de membros inferiores, quanto para os

edemas pericatriciais (em cesáreas ou episiorrafias), e ainda, para aliviar o ingurgitamento mamário; o uso do ultra-som terapêutico também para o ingurgitamento mamário; o uso da laserterapia para o tratamento das fissuras mamilares; as orientações sobre a postura durante a amamentação; o uso de posturas do RPG (Reeducação Postural Global) para iniciar o realinhamento postural, após a redução abrupta do volume abdominal; o uso da cinesioterapia para promover alongamento e/ou fortalecimento muscular do assoalho pélvico ou outro grupo muscular ou, ainda, prevenir o tromboembolismo; a indicação de exercícios respiratórios e do método RTA (Reequilíbrio Tóraco-Abdominal) para oferecer vantagem mecânica ao sistema respiratório, com conseqüente melhora na oxigenação tecidual e relaxamento. Enfim, muitas opções podem ser consideradas a partir da avaliação realizada e da disponibilidade da mulher em receber o cuidado fisioterapêutico proposto. Todas as ações citadas visam oferecer conforto à puerpera, considerando que, geralmente, ela se encontra no ambiente hospitalar nas primeiras horas após o parto e isso significa que ela está em pleno processo de adaptação à condição puerperal.

O trabalho do fisioterapeuta exige, então, que ele permaneça ao lado da mulher durante um tempo relativamente maior do que alguns dos profissionais componentes da equipe. Além da equipe de enfermagem, que dedica horas ininterruptas para cuidar e confortar, o fisioterapeuta também dedica seu tempo ao cuidado e conforto dos pacientes e familiares. Não me refiro àquele profissional preocupado apenas na execução de técnicas e repetição de protocolos, mas àquele que procura perceber o contexto da situação, levantar as necessidades, respeitar os espaços, crenças e valores da mulher e sua família, ao mesmo tempo que atua profissionalmente.

A execução correta de técnicas e, em alguns casos, o uso de tecnologias avançadas (agentes eletro-termo-fototerapêuticos, por exemplo) são importantes para o sucesso da atenção prestada, mas na fisioterapia precisamos de algo que vai além. O fisioterapeuta se utiliza muito do toque como caminho para a intervenção. Contudo, questiona-se a qualidade deste toque quando não há cuidado e muito menos se oferece conforto ao executá-lo.

De acordo com Carraro et al. (2005), os avanços tecnológicos são importantes para auxiliar o trabalho da equipe e permitir mais tempo para cuidar do paciente, mas ao mesmo tempo, exigem domínio técnico e acabam por afastar a equipe do paciente, chegando a substituir o corpo e o toque, o olhar carinhoso, o aperto de mãos, que parecem não ser mais necessários. A máquina “executa o cuidado” e o cuidador se ocupa

de manusear a mesma. Não se tem mais tempo ou paciência para cuidar do paciente, mas não podemos deixar morrer a ideia de que há necessidade de construção de vínculo afetivo entre usuários e equipe, principalmente se tratando de um ser humano que acaba de dar à luz.

Observa-se no dia-a-dia que os profissionais de saúde tendem a chegar no quarto hospitalar de uma puérpera e imediatamente passam a explicar, corrigir e aconselhar em relação aos cuidados necessários com o bebê e com a própria puérpera, sem ao menos dar tempo para perceber como o processo puerperal está acontecendo. Entendo que é importante primeiramente conhecer a mulher-puérpera, buscando saber como se percebe no puerpério, o que sente, como percebe o parceiro no processo, a família, quais são seus receios, crenças, dúvidas e expectativas. Só após estas preliminares é que o profissional estará apto a verificar as necessidades e como agir para prestar cuidado e conforto de acordo com as demandas específicas.

Percebo na prática que no cuidado à puérpera materiais impressos são distribuídos com orientações diversas, sendo geralmente de grande valia, variando desde aqueles com linguagem científica aos de linguagem acessível, mas não chegam a ter o mesmo efeito do contato pessoal. Já tive a oportunidade de utilizar este tipo de recurso na prática profissional, mas atualmente não costumo utilizá-lo de forma isolada. Na fisioterapia, o uso de material impresso para orientar a realização de exercícios é bem-vindo e utilizado como uma estratégia para o cuidado e para o conforto, mas saliento que a entrega do material necessita ser acompanhada de explicação verbal e demonstração dos movimentos, quando for o caso. É comum que a pessoa que recebe o material não compreenda totalmente as informações ali contidas e em alguns casos estas não se aplicam à sua situação, podendo inclusive se tornar prejudiciais, invertendo o resultado esperado.

No grupo Cuidando & Confortando (Programa de Enfermagem – UFSC) pude fortalecer a ideia do cuidado e do conforto como base não só para o dia-a-dia da atuação profissional (seja com as pacientes e seus acompanhantes, seja com os alunos ou com os colegas da equipe de saúde), mas também para a vida pessoal. A realização do exercício constante na tentativa de incluir tais termos no dia-a-dia dos atendimentos e também na minha fala diante dos alunos já mostra resultados. Pude observar informalmente que isso tem alterado a linguagem dos alunos e melhor do que isso tem alterado sua forma de ver a fisioterapia. De certa forma, posso dizer que a fisioterapia passa a ser vista não só como um conjunto de técnicas a serem reproduzidas, de forma mecânica, mas como um caminho para cuidar e confortar

integralmente, de forma contextualizada, respeitando o ser humano, criando-se um vínculo de confiança e estabelecendo a relação de cuidado propriamente dita.

No Cuidando & Confortando pude conhecer minha orientadora, prof^a Dra^a Telma Elisa Carraro e com a oportunidade de ingressar no mestrado da UFSC aproveitei para buscar respostas às inquietações que foram surgindo através da docência, bem como o aprofundamento na área da saúde da mulher, sendo uma dessas inquietações a que está contemplada na presente pesquisa. O desafio torna-se ainda maior pela ideia da utilização de um modelo de cuidado já utilizado na área da enfermagem e criado pela orientadora do presente estudo, porém ainda não aplicado à fisioterapia. Entender, apreender e aplicar o Modelo de Cuidado de Enfermagem de Carraro (apresentado adiante) voltado para ações fisioterapêuticas junto à puérpera fizeram parte deste desafio.

Este é um estudo com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial, que visa pesquisar, cuidar e confortar as mulheres que vivenciam o puerpério imediato. O problema em questão surge do meu dia-a-dia e percebo que as puérperas gostam do cuidado prestado, mas não há sistematização desta prática.

Perante este contexto propus a realização desta pesquisa, direcionando-a para o cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato no ambiente hospitalar, trazendo como **questões norteadoras**: Como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera a partir de suas ações aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro? Quais as percepções das puérperas em relação ao cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica embasada no Modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar?

Os objetivos são: analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro; e, Identificar as percepções das puérperas em relação ao cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica embasada no Modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar.

2 CONTEXTO SOBRE CUIDADO, CONFORTO E FISIOTERAPIA NO PUERPÉRIO

Neste capítulo serão abordados tópicos relevantes ao entendimento do assunto em questão, iniciando com o estudo bibliométrico sobre cuidado e conforto no puerpério, que compõe o primeiro manuscrito desta dissertação. Na seqüência, um levantamento sobre puerpério e a atuação do fisioterapeuta nesta etapa da vida da mulher.

2.1 MANUSCRITO 1 – CUIDADO E CONFORTO NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Manuscrito de revisão teórica, a ser submetido à Revista Acta Médica Portuguesa apresentado conforme instrução aos autores da própria revista disponível no site www.actamedicaportuguesa.com, ressaltando que a mesma exige resumo apenas em português e em inglês.

**CUIDADO E CONFORTO NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO
BIBLIOMÉTRICO**
**CARE AND COMFORT IN THE PUERPERIUM: A
BIBLIOMETRIC STUDY**

Daysi Jung da Silva RAMOS (1)

Telma Elisa CARRARO (2)

Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC)

(1) Fisioterapeuta. Mestre em saúde coletiva. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando (PEN/UFSC). Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina. daysi.ramos@unisul.br

(2) Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Vice-Líder do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando (PEN/UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Correspondência:

Avenida Pedra Branca, 25 – Cidade Universitária Pedra Branca –
Palhoça/SC

Cep 88.137-270

Fisiopb@unisul.br

CUIDADO E CONFORTO NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

RESUMO Trata-se de um estudo bibliométrico de artigos científicos com o objetivo de traçar o perfil de publicações sobre o tema Cuidado e Conforto no Puerpério. O levantamento bibliométrico realizado foi retrospectivo ao período de 2006 a 2010. A base de dados consultada foi a *Medline* e os descritores foram “*care*” or “*comfort*” e “*puerperium*” or “*postpartum*”. Foi desenvolvido um instrumento com as variáveis para organização dos dados. A busca na base resultou em 77 publicações, sendo excluídos 17, resultando numa amostra de 60 elementos. Como resultados percebeu-se que das 60 publicações 30 eram suporte de pesquisa (*research suport*), 20 eram artigos (*journal article*) e 10 eram de revisão. O país com maior representatividade nas publicações analisadas foi os Estados Unidos (56,66%), seguido pela Inglaterra e Áustria. O idioma de publicação mais freqüente foi o inglês (95%). Das 43 instituições envolvidas, houve destaque para as universidades, salientando-se uma do Canadá que apareceu em 7 publicações. Foram 224 autores em 46 periódicos diferentes, destacando-se os periódicos *Birth* e *Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing* com 4 publicações no período cada um. Sobre a distribuição das publicações no período, pode-se dizer que houve homogeneidade, variando entre 10 e 14 publicações por ano. Nos títulos dos estudos analisados 83,3% continham o termo cuidado, 95% continham o termo pós-parto e 8,33% continham o termo puérpera/puerpério. Um termo que emergiu como sub-temática foi depressão pós-parto presente em 28,33% dos títulos analisados. 86,66% das publicações relacionam os termos considerados para este estudo e o termo conforto não estava presente nos títulos analisados.

Palavras-chaves: Puerpério, Cuidado; Conforto; Bibliometria.

CARE AND COMFORT IN THE PUERPERIUM: A BIBLIOMETRIC STUDY

ABSTRACT This is a bibliometric study of scientific articles in order to trace the profile of publications on the topic Care and Comfort in the Puerperium. The retrospective bibliometric survey was conducted referring to the period from 2006 to 2010. The database consulted was the *Medline* and the descriptors were "care" or "comfort" and "puerperium" or "postpartum". An instrument with the variables for organizing data was developed. The search on the base resulted in 77 publications, 17 were excluded, resulting in a sample of 60 elements. As a result, it was observed that 30 out of 60 publications were research support, 20 were articles (journal article) and 10 were review. The country with the largest representation in the publications analyzed was the United States (56.66%), followed by England and Austria. The more frequent publication language was English (95%). From the 43 institutions involved, the universities showed more results, emphasizing a Canadian one which appeared in seven publications. There were 224 authors in 46 different journals, especially the journals *Birth* and *Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing* with 4 publications in the period each. On the distribution of the publications in the period, it can be said that there was homogeneity, ranging between 10 and 14 publications per year. In the titles of the studies analyzed 83.3% contained the term care, 95% contained the term postpartum and 8.33% contained the term puerperal/puerperium. A term that emerged as a sub-theme was postpartum depression present in 28.33% of the titles analyzed. 86.66% of publications relate terms considered for this study and the term comfort was not present in the titles analyzed.

Keywords: *Puerperium; Care; Comfort; Bibliometrics.*

INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser de cuidado, pois nasce com este potencial e sendo assim, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, serem cuidadas. Contudo, esta capacidade será mais ou menos desenvolvida dependendo de como foram cuidadas em diferentes etapas de suas vidas⁽¹⁾.

O cuidado é expresso frente à lente do olhar de cada cuidador, pois o ato do cuidado reflete uma linguagem muito pessoal. As relações interpessoais se estabelecem quando ocorre uma reflexão do cuidador e um *feedback* de quem está sendo cuidado. As pessoas aprendem habilidades interpessoais quando refletem e recebem retorno⁽²⁾.

É imprescindível cuidar e confortar nas diferentes fases da vida, inclusive a fase do puerpério a qual abordamos neste artigo. Durante esta fase acontecem adaptações fisiológicas e de comportamento, o que demonstra a peculiaridade do puerpério e reforça a necessidade de cuidado para a mulher puérpera e seu entorno.

As questões voltadas à necessidade de pesquisa sobre o cuidado e conforto no puerpério são fundamentadas a partir do entendimento de que o cuidado é prática de todos aqueles que estão envolvidos com a atenção à saúde, sendo profissionais ou não. Desta forma, este manuscrito apresenta os resultados de um estudo bibliométrico, que teve por objetivo traçar um perfil bibliométrico de artigos científicos sobre o tema cuidado e conforto no puerpério no período de 2006 a 2010 na base Medline.

A bibliometria é a ciência que permite a análise quantitativa e qualitativa da produção científica através da análise da literatura que produz. Os indicadores bibliométricos aplicam-se fundamentalmente a artigos científicos já que estes são a manifestação mais elaborada de um investigador, permitindo o seu reconhecimento profissional, refletindo sua produção científica. Por outro lado os artigos estão normalizados e acessíveis nas revistas científicas, que são vias de transmissão importantes da comunicação formal da informação e conhecimento científico⁽³⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo bibliométrico, retrospectivo ao período de 2006 a 2010. A bibliometria representa uma forma de pesquisa que tem o objetivo de quantificar os processos de comunicação escrita

fornecendo subsídios na formulação da política científica e tecnológica nas diferentes áreas do conhecimento⁽⁴⁾. Está inserida na cienciometria, com o objetivo de estudar a atividade científica como fenômeno social mediante indicadores de modelos matemáticos⁽⁵⁾.

Assim, considerando que a bibliometria tornou-se uma ferramenta para determinar os avanços e o estado de consolidação de produtos da ciência e de disciplinas incipientes em matéria de investigação⁽²⁾, este estudo utilizou como campo a base de dados *Medline* (via portal CAPES), que é uma base de literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine (USA)*.

A indexação de periódicos científicos em bases de dados tem por finalidade a visibilidade científica, a promoção da disseminação nacional e internacional de seus artigos, bem como o controle bibliográfico da produção científica⁽⁶⁾. Para operacionalização da coleta de dados a base foi utilizada por meio de busca avançada usando-se os descritores (MESH) “*care*”, “*comfort*” e “*puerperium*” ou “*postpartum*”, na categoria palavras do título, da seguinte forma: “*care and puerperium*”, “*care and postpartum*”, “*comfort and puerperium*”, “*comfort and postpartum*”.

A coleta dos dados foi realizada no mês de março de 2011 e os critérios de inclusão das publicações no estudo, contemplaram artigos originais ou de pesquisa disponíveis na base publicados entre janeiro de 2006 a dezembro de 2010, nos idiomas português, espanhol e inglês. Como critérios de exclusão: ausência de descritores; texto caracterizado comentário/carta ou editorial; pesquisas com animais; situação “*in process*”.

Os dados oriundos do levantamento feito na base consultada foram organizados em um instrumento desenvolvido por uma das autoras em conjunto com outros parceiros¹, no formato de tabela que continha as seguintes variáveis a serem consideradas: título; descritores de cada estudo; autor(es); instituição de vínculo; nome do periódico; tipo de estudo; ano de publicação; idioma e país de publicação. É importante ressaltar que tais variáveis estavam disponíveis na própria base e as publicações não foram lidas. A análise das variáveis seguiu a estatística descritiva, apresentando as frequências absoluta e relativa⁽⁷⁾. A expressão do cuidado e conforto no puerpério foi analisada nos títulos dos artigos, considerando-se suas variações e interligações.

1 O instrumento foi desenvolvido numa disciplina de doutorado oferecida pelo PEN-UFSC, não foi publicado e foi adaptado para o presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca na base de dados utilizada resultou em 77 publicações. Considerando-se os critérios de inclusão e de exclusão apresentados anteriormente, foram excluídas 17 publicações, sendo: duas por estar em *status* “*in process*”; quatro por utilizarem animais na amostra; três por ausência de descritores; duas carta/comentário; um editorial e cinco devido ao idioma, destes, dois em coreano, um em polonês, um em alemão e um em sueco.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para análise 60 artigos, os quais compuseram o escopo da análise. Nestes, o número total de autores envolvidos foi de 224, uma média de 3,73 autores por publicação. Um autor tinha quatro publicações, dois dos autores tinham três publicações e dez dos autores tinham duas publicações. Percebeu-se que somente sete publicações foram assinadas por um único autor, demonstrando uma tendência de co-autoria.

Sobre as instituições envolvidas nas publicações, constatou-se que foram 43, sendo que dois trabalhos não informaram a instituição de origem. Dentre as instituições envolvidas, houve destaque para uma universidade do Canadá que surgiu em sete publicações e outras três instituições se repetem por três vezes cada uma delas, sendo duas universidades (uma da Austrália e uma dos Estados Unidos) e um instituto (na Suécia). Além disso, cinco instituições são repetidas por duas vezes, sendo quatro universidades e um hospital. Cabe destacar que na amostra analisada das 43 instituições, 29 são universidades, quatro são hospitais e quatro são institutos, o que demonstra que os dados bibliométricos aqui apresentados apontam que o vínculo das pesquisas está mais voltado às instituições de ensino do que às instituições de serviço. As instituições brasileiras envolvidas no levantamento realizado foram Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade de São Paulo, Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira (Pernambuco) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estas duas últimas instituições tiveram seus trabalhos publicados na Inglaterra. Isso demonstra claramente que o país de origem da publicação não representa o país de origem da pesquisa.

Considerando o país de origem da publicação, verificou-se que os Estados Unidos tiveram a maior representatividade nas publicações analisadas (34 = 56,66%). Em seguida aparece a Inglaterra com um total de 10 publicações (16,6%) e a Áustria com três (5%).

Reflete-se sobre o dado, a quantidade de periódicos indexados que possuem estes países, o que deflagra a capacidade de divulgar a maior parte de suas produções científicas. Na seqüência, aparecem o Brasil, Bangladesh e a Irlanda com duas publicações cada. Um dos fatores que pode influenciar para que o Brasil ocupe o terceiro lugar em publicações, é que poucas são as revistas brasileiras indexadas. Os demais países que publicaram sobre o assunto foram Canadá, Chile, Uganda, Índia, Dinamarca, Paquistão e Países Baixos com uma publicação cada um deles.

Quanto ao idioma de publicação 95% (57) eram em inglês, 3,33% (2) em português e 1,66% (1) em espanhol. Este resultado aponta para a evidência quanto à hegemonia da comunicação em língua inglesa sobre o puerpério, considerando que mesmo os países que não têm o inglês como língua oficial publicam neste idioma, consolidando-o cada vez mais como língua universal e seu domínio como condição essencial para acompanhar os avanços da ciência.

Quanto à distribuição dos artigos no período de 2006 a 2010, percebeu-se que pode ser considerada homogênea, sendo o ano de 2006 com 14 publicações (23,3%); 2007 e 2009 com 13 publicações (21,6%) cada; 2008 e 2010 com 10 publicações (16,6%) cada. A tendência descendeu de 2006 a 2008, ascendeu em 2009 e novamente descendeu em 2010. No ano de 2010 cabe citar que além dos 10 publicados, dois trabalhos encontravam-se “*in process*” e foram excluídos da amostra atual, o que poderia ter elevado a quantidade de publicações deste ano para 12.

Considerando-se as publicações por periódicos, verifica-se que foram 46 periódicos diferentes e no quadro abaixo foram destacados somente aqueles que apresentaram mais de uma publicação, sendo que os demais (37 periódicos) parecem publicar mais esporadicamente artigos sobre o tema (apenas um no período). Dentre os periódicos analisados observou-se que a temática principal de 16 deles era a ginecologia/obstetrícia e em seis deles a temática era saúde mental. Outra constatação do estudo é que nove dos 46 periódicos eram diretamente direcionados à enfermagem, nove à medicina, apenas dois à nutrição e nenhum à fisioterapia. Esta informação pode embasar justificativas para a realização de pesquisas envolvendo a fisioterapia neste contexto.

Figura 1: Distribuição do número de artigos por periódico e por ano, no período de 2006 a 2010.

	2006	2007	2008	2009	2010	Total
<i>Birth</i>	1	2		1		4
<i>Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing</i>	1			3		4
<i>Archives of women's mental health</i>		1	2			3
<i>International journal of gynaecology and obstetrics</i>				1	1	2
<i>Journal of health, population, and nutrition</i>				1	1	2
<i>Maternal and child health journal</i>	1				1	2
<i>Qualitative Health Research</i>		1	1			2
<i>Obstetrics and gynecology clinics of North America</i>		1		1		2
Revista Gaúcha de Enfermagem		1	1			2

Em relação aos títulos dos estudos, foram analisados de acordo com a presença dos descritores pesquisados (cuidado ou conforto e puerpério ou pós-parto). Sendo assim, 50 publicações (83,3%) continham o termo cuidado, 57 (95%) continham o termo pós-parto ou após o parto e cinco (8,33%) continham o termo puérpera ou puerpério. Muitos artigos (52 = 86,66%) têm relação com mais de um dos termos considerados. O termo conforto não estava presente apontando para uma lacuna no conhecimento sobre o assunto nos títulos analisados.

De forma convergente, um estudo feito em 2010 identificou uma precária quantidade de produtos científicos acerca do conforto como objeto de investigação em Enfermagem. A conclusão foi que a palavra conforto não é reconhecida como um descritor e o mais utilizado pelos autores consultados na ocasião foi cuidado⁽⁸⁾.

Ainda a partir da análise dos títulos, percebeu-se que uma sub-temática que se destacou foi a depressão pós-parto, presente em 28,33% (17) dos trabalhos, outra observação foi sobre os termos que vieram associados ao cuidado, podendo-se destacar que cuidado pós-parto (ou cuidado após o parto) apareceu 11 vezes; cuidado de mulheres (ou para mulheres) quatro vezes; cuidados primários, cuidados de

enfermagem e cuidados intensivos três vezes cada um; e cuidado terciário surgiu duas vezes.

Outra variável investigada diz respeito às palavras-chaves (termos que aparecem na base como *MeSH*). *MeSH* (*Medical Subject Headings*) é um vocabulário controlado usado na indexação dos artigos do *Medline*, provendo uma forma consistente de recuperar informações que podem aparecer de diferentes formas terminológicas para descrever o mesmo conceito. Sendo assim, buscou-se verificar se os descritores utilizados na busca – “cuidado/*care*”, “conforto/*comfort*”, “puerpério/*puerperium*”, e “pós-parto/*postpartum*” – estavam presentes como termos do *MeSH* nos trabalhos selecionados. Foi feita uma contagem da frequência destes descritores e no total foram identificados 15 termos diferentes, trazendo de forma simples ou conjugada os descritores usados, como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro I: Palavras-chaves que contém algum dos descritores usados na busca de artigos na base de dados.

Descritores	Palavras-chaves - <i>MeSH</i> (Frequência)
Cuidado / <i>care</i>	Cuidado Pré-Natal (46) Cuidado Pós-Natal (24) Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde (5) Cuidado do Lactente (3) Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde) (4) Cuidados de saúde (2) Cuidados intensivos (1) Cuidados pré-concepcional (1) Custos de cuidados de Saúde (1) Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde (1) Avaliação de Programas e Cuidados de Saúde (1)
puerpério/ <i>puerperium</i> pós-parto/ <i>postpartum</i>	Transtornos puerperais (5) Depressão Pós-Parto (26) Período Pós-Parto (16) Hemorragia Pós-Parto (7)
conforto/ <i>comfort</i>	-----

Este quadro sugere um aspecto a ser observado em futuras iniciativas de pesquisa do tipo revisão da literatura/bibliometria sobre a temática, tendo em vista que vários termos e descritores relacionados foram diversificadamente utilizados nos artigos analisados neste estudo bibliométrico.

Em relação ao tipo de estudo 30 foram classificados pela própria base como suporte de pesquisa (*research suport*), 20 foram classificados como artigo (*journal article*) e 10 eram de revisão.

CONCLUSÕES

Remetendo-nos ao objetivo deste estudo acreditamos que foi possível traçar um perfil bibliométrico dos estudos sobre cuidado e conforto no puerpério no período de 2006 a 2010 através do levantamento bibliométrico. A bibliometria é aqui entendida como forma de medir e “diagnosticar” a produtividade científica, caracterizando as produções sobre o tema abordado.

Seguranyes et al.⁽⁹⁾ afirmam que a bibliometria é uma linha de investigação para a qual se tem dedicado muita atenção nos últimos anos e a transformação de dados bibliográficos em dados bibliométricos exige minucioso trabalho operacional e tempo, pois nem sempre os registros apresentam-se de uma forma simples e de fácil manuseio. Mugnaini, Jannuzzi e Quoniam⁽⁵⁾, avaliam que a maior parte do tempo despendido é no reconhecimento da forma em que os dados estão estruturados na base e no tratamento efetivo na cadeia de transformação da informação bibliográfica em dados quantitativos. Invariavelmente, a informação não se encontra perfeitamente padronizada, exigindo reprocessamento e retorno às etapas anteriores da cadeia.

Bojo et al.⁽¹⁰⁾ e Aleixandre et al.⁽¹¹⁾, acrescentam que os estudos bibliométricos baseiam-se numa análise estatística de dados não só quantitativos, mas também qualitativos procedentes da literatura científica, constituindo uma ferramenta para o estudo da atividade de pesquisa, fornecendo dados sobre a situação científica de um país ou tema de investigação e o seu impacto na comunidade.

Após o levantamento bibliométrico o presente estudo foi constituído por uma amostra de 60 publicações, que apresentaram como perfil: 50% da amostra foi classificada como suporte de pesquisa (*research suport*). O país que mais publicou foi os Estados Unidos (56,66%), tendo como idioma principal de publicação o inglês (95%). Foram 43 instituições envolvidas com destaque para as universidades, observando-se homogeneidade na distribuição das publicações no período. O total de periódicos envolvidos foi de 46, sendo os que mais

publicaram *Birth* e *Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing* (4 publicações no período cada um). Nos títulos dos estudos analisados 83,3% continham o termo cuidado, 95% continham o termo pós-parto e 8,33% continham o termo puérpera/puerpério. O termo conforto não estava presente nos títulos analisados ressaltando aqui um vácuo no conhecimento sobre o termo conforto nos estudos analisados.

Desta forma pode-se conhecer, à partir dos indicadores quantitativos baseados no número de publicações e as respectivas variáveis analisadas, características da produção científica sobre a temática do puerpério em um período de cinco anos, disponível numa base de dados de livre acesso.

Cabe salientar que para a realização deste estudo bibliométrico houve a tentativa de utilizar também como descritor o termo fisioterapia, porém, ao ser utilizado a busca nas bases, era zerada. Embora tenha-se ciência de que nem tudo que é produzido é publicado, tal informação se comprova na prática, onde percebe-se um déficit de divulgação nas atividades do fisioterapeuta e resultados do seu trabalho, principalmente com produções em língua portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - WALDOW VR: Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichan 2008; 8 (1): 85-96.
- 2 - WHITMAN BL, ROSE WJ: Using Art to Express a Personal Philosophy of Nursing. Nurse Educator 2000; 28 (3): 166-169.
- 3 - DONATO HM, OLIVEIRA CF de: Acta Med Port 2006; 19: 225-234.
- 4 - IDCZAK SE: I am a nurse: nursing students learn the art and science of nursing. Nursing Education perspectives 2007; 28(2): 66-71.
- 5 - MUGNAINI R, JANNUZZI P, QUONIAM L: Indicadores bibliométricos da produção científica brasileira: uma análise a partir da base Pascal. Ciência da Informação 2004; 33 (2): 123-131.
- 6 - DOMINGUES D: A criação de vida artificial, pesquisas científicas e artísticas e a arte do pós-humano. In: Domingues D, Venturrelli S, org. Criação e poéticas digitais. Caxias do Sul (RS): Educ 2005.
- 7 - WILSON S: A arte como pesquisa: a importância cultural da pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico. In: Domingues D, org. Arte e vida no século XXI: Tecnologia, ciência e criatividade. São Paulo: UNESP 2003.
- 8- VAZ DC, SILVA CRL, FIGUEIREDO NMA. A utilização da bibliometria na análise do referente conforto. Cogitare Enferm 2010; 15(4): 736-41

9 - SEGURANYES G, FORCE E, FUENTELES AZ C, ANDREU L, COSTA D: Características de los artículos publicados em lãs revistas “Matronas Profesi3n” y “Enfermería Nefrol3gica” durante los años 2001-2004. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2006; 9 (3): 211-217.

10 - BOJO CANALES C, CARABANTES ALARCON D, VEIGA DE CABO J, MARTINEZ HERNANDEZ D: Analisis bibliometrica de la Revista Espanola de Quimioterapia (1996-2000). Rev Esp Quimioter 2004; 17 (2): 161-8.

11 - ALEIXANDRE BENAVENT R, VALDERRAMA ZURIAN JC, CASTELLANO GOMEZ M, SIMO MELENDEZ R, NAVARRO MOLINA C: Factor de impacto de las revistas m3dicas espanolas. Med Clin (Barc) 2004; 123 (18): 697-701.

Sendo assim, após este estudo bibliométrico, fez-se uma busca em materiais impressos, disponíveis na biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), sites de periódicos nacionais, sites de universidades buscando trabalhos de conclusão de cursos de graduação ou pós-graduação que abordassem o puerpério e as dificuldades que as mulheres enfrentam neste período, mas principalmente a fisioterapia na obstetria.

Baseado neste apontamento a presente pesquisa utilizou referências predominantemente neste idioma, percebendo-se que existem produções suficientes para embasar a atuação do fisioterapeuta no puerpério, mas realmente ainda com divulgação em periódicos não indexados ou até mesmo limitando-se a materiais não publicados em meio científico impactante. Foi necessária a utilização inclusive de trabalhos de conclusão de curso de graduação nos quais foram encontrados dados e resultados interessantes, com rigor científico através da apreciação de comitês de ética, porém não publicados em forma de artigos.

No intuito de contextualizar o tema e sua relação com a fisioterapia formulou-se o texto que será apresentado a seguir.

2.2 O puerpério e suas particularidades

A palavra puerpério tem origem no latim “*puer*” que significa criança e “*parare*” que significa carregar, sendo que consiste no período no qual o sistema reprodutor retorna ao seu estado não gravídico dando início ao aleitamento materno propriamente dito e retorno à função ovariana. (FREDERICKSON; WILKINS-HAUG, 2000; KRETZER, 2004).

Conforme Freitas et al. (2002) o puerpério é composto por um período de tempo de seis semanas, iniciando após o parto (via vaginal ou cesariana). Nesse período, ocorre a readaptação do organismo alterado pela gestação e pelo parto.

De acordo com Kunzler (2006) as mudanças, a partir do parto, são bruscas: num momento há uma mulher grávida e um feto em seu ventre; no outro, há uma mulher-mãe e um bebê. Após meses de gestação, que exigiram da mulher, gradualmente, sua particular adaptação, repentinamente surge outra novidade: o bebê nasceu. Este novo momento, desconhecido, causador de ansiedades, fantasias,

temores, entre outros sentimentos, além das alterações orgânico-fisiológicas características desta fase, implica em capacidades individuais de transição e novas adaptações. Essas adaptações podem provocar uma diminuição da força ou energia interior, diminuindo também, segundo Nigthingale (1989), o poder vital e a capacidade de restaurar a saúde.

Esse período de mudanças conduz, portanto, à reflexão sobre a necessidade de potencializar, o poder vital, protegendo essa mulher de tudo que a faça perder energia, de modo a manter ou recuperar a saúde. (NIGHTINGALE, 1989). Para Zagonel (1999) as características dos eventos que produzem mudança, variáveis individuais e de contexto podem influenciar no cuidado facilitando a compreensão do processo de interação e assimilação da mudança.

Além disso, Carraro (1999) ainda complementa que a mulher é a articuladora da família, pois além de mãe, faz seu papel de esposa, dona de casa e educadora dos filhos. A mulher então torna-se o eixo da família, pois todas essas atribuições lhe dão um poder e uma enorme força, trazendo o respeito da família e da sociedade. Nesta posição de articuladora de sua família, geralmente é a mulher quem estrutura, organiza e dirige o cotidiano familiar, fazendo o elo entre a esfera do privado e do social. É esta mesma mulher que, além de tudo isso, vivencia as transformações do puerpério.

Sobre o puerpério o Ministério da Saúde preconiza que a mulher tem necessidades de atenção física e psíquica. Não deve ser tratada como um número que corresponda ao seu leito ou enfermaria, e sim pelo nome, com respeito e atenção. Nos momentos iniciais após o parto, a relação mãe-filho não está ainda bem elaborada, portanto não se deve concentrar todas as atenções apenas à criança, pelo risco de que isso seja interpretado como desprezo às suas necessidades ou queixas. Deve-se lembrar que o alvo da atenção é a puérpera, pois neste momento ela apresenta estado de exaustão, principalmente se ficou um longo período sem hidratação adequada e/ou alimentação. (BRASIL, 2001).

Didaticamente, Edwards (2002), considerando questões físicas e emocionais, apresenta três fases para o puerpério, focadas na dependência da mulher que o vivencia:

- Fase dependente: onde ocorre a habilidade de adaptar-se com o preenchimento das necessidades básicas de conforto, repouso e nutrição do bebê; constitui um período de grande excitação em que a mulher está focada em si e necessita explicar a experiência da gestação e do parto; dura de um a dois dias;

- Fase dependente/interdependente: onde ocorre a necessidade de aceitação, ânsia em aprender a lidar com desconfortos físicos e mudanças emocionais; a mulher está focada no cuidado com o bebê e na competência em desempenhar e direcionar esse cuidado; inicia-se no segundo dia e dura de dez dias a várias semanas;

- Fase interdependente: quando a mulher e sua família interagem tranquilamente e movimentam-se sob a forma de uma unidade, pois toda a família está envolvida com a chegada do novo membro; inicia com o nascimento e prossegue no domicílio.

Já Rezende (2005), apresenta uma outra forma de ver o puerpério, enfocando basicamente as questões físicas, dividindo-o em etapas subsequentes, sendo:

- Puerpério imediato: inicia após a dequitação da placenta estendendo-se até o 10º dia. Neste período prevalece o fenômeno da involução das estruturas hipertrofiadas durante a gestação, através de contrações uterinas, o fundo uterino desce para a reborda pubiana (após o 3º dia). O colo uterino após o parto apresenta-se flácido e após o 10º dia espessa-se retomando o aspecto pré-gestacional. Os lóquios estarão presentes até o 3º e 4º dia com aspecto sangüinolento, depois toma forma serossangüinolenta, permanecendo até meados do puerpério tardio, indo de serossangüíneo a seroso;

- Puerpério tardio: ocorre do 10º ao 45º dia e é considerado o período de maior recuperação genital. O útero continua a involuir, porém mais lentamente que no puerpério imediato, voltando para a região pélvica em até 14 dias após o 1º pós-parto (REZENDE, 2005);

- Puerpério remoto: é a mais longa das três fases. Ocorre a partir do 45º dia até aproximadamente a oitava semana a partir do parto, tendo duração indefinida. Neste período a menstruação retorna, sendo que as mulheres que amamentam regularmente podem ficar amenorréicas de 8-12 meses e as não lactantes até 2 meses. (REZENDE, 2005).

Conforme Polden e Mantle (2000), após a placenta ser expelida do útero (chamado de período de dequitação ou secundamento do parto) iniciam-se as modificações decorrentes do puerpério, cessando a produção do hormônio placentário causando um declínio dos níveis hormonais de estrogênio e progesterona do sangue, modificando o funcionamento dos sistemas respiratório, cardiovascular, digestivo e o metabolismo materno, que estavam sob efeito de tais hormônios.

No sistema digestivo ocorrem alterações como a volta das vísceras às suas disposições anatômicas e diminuição do peristaltismo intestinal, mesmo com ingesta alimentícia e hidratação normal. (SOUZA, 2002; REZENDE, 2005).

No sistema osteomioarticular o afrouxamento ligamentar do corpo da mulher, que ocorreu durante a gestação, demanda meses ou anos para retornar ao estado anterior. O hormônio responsável por este acontecimento é a relaxina (produzida após a 2ª semana de gestação pelo corpo lúteo e a partir da 12ª semana pela placenta) que age nos ligamentos aumentando a quantidade de água das fibras de colágeno, aumentando seu tamanho e elasticidade. (REZENDE, 2005; DIFIORE, 2000). A ação da relaxina associada ao crescimento uterino durante a gestação e outras alterações biomecânicas influenciam na diástase dos retos abdominais, que é o afastamento dos retos abdominais ao longo da linha Alba. (SPITZNAGLE; LEONG; VAN DILLEN, 2007).

No sistema cardiovascular ocorre o retorno aos seus valores normais em 6 a 12 semanas, pois se estima uma perda sanguínea de 1 litro após uma cesariana e 500 ml para um parto via vaginal. A pressão arterial aumenta cerca de 10 a 20 mmHg em relação à gestação. (SOUZA, 2002; REZENDE, 2005).

Para Rezende (2005) após a expulsão do feto o diafragma desce e o coração que estava moderadamente deslocado na horizontal volta a sua posição habitual.

Também após o parto a ferida placentária, através do fenômeno de Pinard (constricção dos vasos parietais, logo após a expulsão da placenta), entra em hemostase por meio das contrações do miométrio. Já a vulva, no puerpério imediato, apresenta-se edemaciada, com apagamento dos pequenos lábios e, em alguns casos, com lacerações (parto via vaginal). (ZIEGEL; CRANLEY, 1999).

Da mesma forma, o aparelho urinário pode sofrer lesões traumáticas com o parto ocorrendo uma predisposição à incontinência urinária nos primeiros dias do puerpério sem a tendência de perpetuar. Outro fator determinante é que durante a gestação o peso adquirido pela mulher pode ser excessivo criando predisposição à incontinência urinária. (SOUZA, 2002; NETO, 2001).

Polden e Mantle (2000) esclarecem que o ato do bebê sugar a mama estimula a hipófise posterior, que libera ocitocina, causando um aumento das contrações uterinas. Da mesma forma, o cheiro e a visão da imagem do bebê podem propiciar este estímulo. Rezende (2005) denomina este de “reflexo útero-mamário” (onde a estimulação dos mamilos despertam as contrações uterinas) devido ao efeito de Fergusson e por isso as puérperas que amamentam têm um ritmo de involução uterina mais rápido.

Halbe (2000) afirma que, independentemente do tipo de parto, a atividade sexual pode ser iniciada após 30 dias, pois a área de inserção

da placenta leva aproximadamente este mesmo tempo para se regenerar e o relacionamento sexual precoce predispõe infecções.

Contudo, o puerpério não se resume à alterações e adaptações orgânicas. Carraro (1998, p. 38) entende que o puerpério é um tempo de restauração, mudanças, encontro, interação, troca, trazendo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam. “Esta carga cultural, que muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo”.

Atualmente, por recomendação do Ministério da Saúde, as puérperas são acomodadas em estruturas denominadas alojamento conjunto, onde permanecem acompanhadas do bebê durante todo o tempo até a alta da maternidade. Tal sistema, possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mulher sobre a sua saúde e de seu bebê. (BRASIL, 2009). Conforme Santos (2002), durante a internação hospitalar (48 a 72 horas que se seguem ao parto), a puérpera e o recém-nascido devem permanecer no alojamento conjunto onde receberão toda a assistência e orientação necessárias.

O alojamento conjunto, de acordo com Monticelli e Elsen (2006), considerado como uma realidade clínica, é interpretado como um espaço simbólico, onde vários atores sociais se relacionam e onde as práticas e os saberes da enfermagem, e por que não dizer, da equipe de saúde, e das famílias, relacionados ao nascimento, são um campo fértil de aproximações e distanciamentos.

Segundo Mottola et al. (2002), com as mulheres adquirindo maior independência profissional e familiar, houve reflexo na obstetrícia, pois cada vez mais a mulher retarda a gravidez para a 3ª e 4ª década de vida, estando teoricamente mais preparada para a experiência da maternidade. Porém, acredito que o fato de a mulher estar mais madura não garante a minimização dos desconfortos do puerpério. Também não deixo de registrar que, antagonicamente, tem-se um número crescente de adolescentes experimentando a maternidade.

Independente da idade da mulher e de sua bagagem cultural, imagino quão nova e poderosa deva ser a sensação de conhecer e iniciar a jornada de descobertas em relação ao seu bebê, principalmente na primeira hora de vida. Quantas dúvidas e novos sentimentos são despertados. Quantas crenças e tabus a mulher traz consigo, muitas vezes influenciada pela família e amigos. Concordo com Carraro (1998) que todos estes fatores precisam ser respeitados, mas, infelizmente, em minha prática, não vejo com a frequência esperada esta iniciativa por

parte da equipe de saúde, talvez pela formação calcada no modelo biomédico.

Como já dito, o puerpério traz consigo uma série de transformações e até muitos desconfortos, como por exemplo, dores gerais (na epiorrafia, na ferida operatória da cesariana, na região cervical, lombar), constipação, anúria, edema de membros inferiores e região peri-incisional, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, vícios posturais, entre outros. Estes desconfortos apresentam-se com intensidades diferentes para cada mulher, podendo até mesmo limitar suas funções e interferir em seu poder vital. Cabe aos profissionais de saúde a identificação das prioridades junto à puérpera para prestar um cuidado adequado, contrapondo o que dizem Candiotti e Figueiredo (1993), que afirmam que no Brasil puerpério é uma etapa esquecida.

No entanto, Kunzler (2006) alerta que ao considerar a situação de que a mulher-puérpera é capaz, é dotada de percepções, de sentimentos e conhecimentos próprios, que está inserida num contexto social e vivenciando uma condição de estresse momentâneo, é preciso conhecer mais sobre a percepção da mulher quanto ao cuidado prestado à ela na fase puerperal, quais são as suas necessidades, bem como a visão da equipe de saúde sobre o cuidado prestado.

Parada e Tonete (2008) buscando apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério, em um contexto regional de serviços públicos de saúde do interior paulista, verificaram que a perspectiva das puérperas sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal evidenciou a importância das relações interpessoais, a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que o sujeito da atenção é a mulher e, como tal, dela deve participar efetivamente.

Carraro e Radünz (1996) propõem aos profissionais de saúde uma reflexão sobre o processo de cuidar. As autoras questionam sobre o relacionamento desses profissionais com seus pacientes/clientes: Como são essas pessoas? Serão iguais umas as outras por estarem em condições de clientes? São todos seres humanos, mas cada um em sua singularidade e chegam até esses profissionais acrescidas de um problema de saúde, trazendo consigo suas crenças, seus valores, seus conceitos, seus objetivos de vida.

Para Nascimento et al. (2006) neste relacionamento entre pacientes/clientes e profissional de saúde, este último, numa relação de ajuda, exprime e compartilha seu conhecimento, sua sensibilidade, habilidade técnica e espiritualidade, no intuito de ajudar o outro. O outro, por sua vez, acrescentará e compartilhará o seu ser, seus rituais e

suas características pessoais que auxiliarão no processo de cuidar. Por outro lado, Padilha et al. (2004) alertam que no cotidiano das interações do processo de cuidar entre clientes e profissionais da saúde podem ocorrer práticas de não-cuidado/violência. Estas práticas estão embasadas num problema de Poder e podem ser expressas pela irresponsabilidade, desatenção, desrespeito, desconforto, preconceito e/ou discriminação.

Não só sobre os profissionais de saúde recai a responsabilidade de cuidar da puérpera, pois desde a internação no alojamento conjunto a família é envolvida no processo de cuidar/confortar através da figura do acompanhante. Kocalba (2003) afirma que o engajamento do familiar no processo de confortar reforça o alcance do conforto. Sobre esse assunto Monticelli e Boehs (2007) revelam em seu estudo que a equipe, diferentemente de algumas famílias, demonstra a preferência pelas mulheres como acompanhantes, geralmente por serem mais experientes e pelo vínculo físico e simbólico representado pelo papel feminino, sendo a ordem de prioridade: mãe da puérpera, sogra, irmã, ou outras mulheres. Já as famílias, muitas vezes, preferem homens acompanhantes (o pai do bebê, por exemplo) e percebem a resistência explícita ou velada da equipe, que argumenta e insiste para que seja uma mulher a acompanhar, principalmente no período noturno.

Penso então, que a preocupação para com o bem-estar da mulher puérpera deva ser um compromisso de todo profissional de saúde, podendo-se contar com a colaboração da família. Muitas vezes o puerpério é tido como “um pacote”, que traz os mesmos efeitos e transformações para todas as mulheres que o vivenciam, porém cada ser é único e portanto, cada mulher vivenciará o puerpério de seu modo, com suas particularidades, limitações, angústias, seus medos, desejos, com satisfação e prazer. Assim sendo, cada uma terá necessidades de cuidados diferenciados e me pergunto por que privá-los (puérpera e bebê) dos benefícios que este cuidado representa?

Creio que o fisioterapeuta poderá colaborar principalmente no que diz respeito à postura da mulher e aos desconfortos músculo-esqueléticos que pode apresentar após iniciar o puerpério, particularmente nos primeiros dias, quando ainda não está adaptada e se recupera do parto, seja ele natural ou cirúrgico.

2.3 Fisioterapia na obstetrícia: cuidando e confortando no puerpério

A fisioterapia é uma profissão que pode ser considerada oficialmente jovem, pois no ano de 2009, comemorou seus 40 anos, mas, segundo Licht (1980, p.01), “devemos admitir que os exercícios terapêuticos são usados desde a pré-história”.

Petri (2006) e Giustina (2009) afirmam que a origem da fisioterapia no Brasil está ligada com a chegada da família real portuguesa em 1808, quando trouxe consigo uma série de recursos para servi-la durante a estada aqui. A partir daí, surgiram as primeiras escolas de ensino médico na então capital brasileira, Rio de Janeiro, desenvolvendo assim, os primeiros serviços com recursos terapêuticos. Setenta e seis anos depois, foi fundado o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, por um médico no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. (GAVA, 2004).

Diz-se ainda que a fisioterapia teve um grande impulso na Segunda Guerra Mundial (1945), com o uso de recursos físicos para o tratamento e alívio dos desconfortos dos mutilados da guerra. (PETRI, 2006; GIUSTINA, 2009).

Segundo Ceccato et al. (1992), foi em 1954 surgiu a primeira escola de reabilitação chamada Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. Contudo, o primeiro documento oficial que definiu a ocupação do fisioterapeuta, os limites de seu trabalho e de sua atividade foi o Parecer nº388/63 do Conselho Federal de Educação. O segundo foi o Decreto-lei nº938, de 13 de outubro de 1969, que regulamentou a profissão de fisioterapeuta. A partir daí, a fisioterapia é uma das profissões da área da saúde que mais vem crescendo e principalmente nestes primeiros anos do século XXI, o fisioterapeuta ampliou suas possibilidades, atuando na prevenção de doenças e principalmente na promoção da saúde, revalorizando o toque como recurso para o cuidado.

O campo de trabalho é vasto e muitas são as áreas em que a fisioterapia pode atuar, indo muito além das conhecidas atuações nas áreas “clássicas” de neurologia, ortopedia e traumatologia. “Desde o século XIX os fisioterapeutas e os profissionais de obstetrícia vêm dividindo um espaço comum. (...) Hoje, a organização profissional para esta especialização é conhecida como a Associação de Fisioterapeutas Licenciados em Obstetrícia e Ginecologia (AFLOG)”, surgida nos anos 40. (POLDEN; MANTLE, 2000, p. xi, xii).

Buscando mais além, Polden e Mantle (2000) diferentemente da teoria que diz que a fisioterapia surgiu na Segunda Guerra, informam que a origem da fisioterapia deu-se através de uma enfermeira do London Hospital, chamada Dame Rosalind Paget. Em 1886, ela interessou-se por uma nova terapia, a massagem sueca. Passou por um

treinamento e ao retornar ao seu hospital repassou a técnica aos colegas. Porém, preocupada em treiná-los adequadamente e para evitar a confusão com os massagistas de má-reputação, tornou-se um dos membros fundadores da Sociedade de Massagistas em 1895. Ao longo dos anos o grupo prosperou e surgiu a Sociedade Licenciada de Fisioterapia, sendo Dame Rosalind a número um entre os membros.

Minnie Randall, fisioterapeuta, foi uma das pioneiras a levar os princípios da fisioterapia à obstetrícia. Em 1912, ela era Reitora da Escola de Massagem e Ginásticas Médicas no St. Thomas Hospital, Londres, e o obstetra chefe, J. S. Fairbain, que acreditava em “obstetrícia preventiva”, pediu a ela que planejasse um sistema de “exercícios de cama” para o pós-parto, sendo que naquele tempo as mulheres permaneciam na cama durante aproximadamente três semanas após o parto. Ela planejou exercícios que auxiliavam a recuperação física após o parto e ensinava a mulher a repousar através de relaxamento. Mais tarde, Randall voltou sua atenção para a orientação pré-natal, mais uma vez influenciada por Fairbain, que achava que o trabalho deveria ser feito mais preventivamente para ajudar as gestantes. (POLDEN; MANTLE, 2000).

Lapierre (1982) afirma que os serviços de obstetrícia da Universidade de Berlim iniciaram a prática de exercícios para pré e pós-natais em 1926. No ano de 1949, iniciam na França os primeiros serviços de cinesioterapia pré-natal. A partir de então a inclusão destes cuidados nos atendimentos só tem crescido, ainda que lentamente, pois a equipe obstétrica, incluindo o fisioterapeuta obstetra provê educação no preparo do nascimento e maternidade. Esta é uma forma importante de medicina preventiva e educação para a saúde, e os pais recebem o máximo benefício onde opera uma equipe. O papel do fisioterapeuta obstetra é o de ajudar a mulher a ajustar-se às mudanças físicas do começo ao fim da gravidez e do puerpério de modo que o estresse possa ser minimizado. (POLDEN; MANTLE, 2000).

Para o Instituto Ávili (2010), a fisioterapia ginecológica, além de acompanhar esse momento único na vida da mulher, promove alívio de dores e sintomas músculo- esqueléticos decorrentes da gestação, trabalha a humanização do parto dentre outras atribuições, fazendo com que a mulher fique mais disposta e com uma qualidade de vida mais adequada.

A fisioterapia em ginecologia e obstetrícia, apesar de pouco conhecida, é uma especialidade de grande importância no cuidado à mulher (Pontifícia Universidade Católica, 2010). Brogni (2001), por exemplo, realizou um estudo no puerpério imediato através de

questionário sobre o conhecimento das puérperas em relação à atuação do fisioterapeuta no pré-natal e observou que 89% das pacientes da amostra não conheciam a atuação da fisioterapia, 6% conheciam e 5% ouviram falar.

Para Backes et al. (2006) a história da civilização humana demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. Neves (2002) reforça afirmando que, independente do pouco (ou nenhum) valor atribuído ao cuidado, ele continuará sendo essencial para a sobrevivência das espécies. O cuidado orienta a condição essencial do ser humano e determina a estrutura da prática e o modo de ser e agir nos sistemas sociais e de cuidados em saúde. Posso incluir que o cuidado não se esgota na prática e nem mesmo na pesquisa e o fisioterapeuta, além de empreender grande parte do seu tempo numa relação de interatividade e reciprocidade com o paciente e seus familiares também está buscando a pesquisa em torno do cuidado.

Conforme Radünz (1999) cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro. Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha antes de toda atitude do ser humano. (BOFF, 1999). Potencialmente, o ser humano tem, em sua essência, disponibilidade para cuidar e ser cuidado, confortar e ser confortado.

Confortar, aliviar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar e fazer, podem ser citados, de acordo com Waldow (2001), entre os objetivos do cuidar. O cuidado é imprescindível em todas as enfermidades ou na ausência delas. Wall (2008) complementa defendendo um cuidado humano, integral, complexo e contextualizado. Para tal, consciente ou inconscientemente, os profissionais de saúde utilizam um modelo que guia os objetivos e os métodos para alcançá-los, indicando valores e metas de cuidado desejado.

Bauer e Pinheiro (1998) registram que há quem veja o cuidado estabelecendo uma ponte de interesse no tocar; há os que imaginam a utilização das teorias na prática profissional; outros acreditam que os caminhos do cuidado residem no interior dos seres. Acima de tudo é importante considerar que a esperança, o amor, a responsabilidade, o respeito e o conhecimento se adaptam na relação de quem cuida e de quem é cuidado.

Já, Maia et al. (2003), afirmam que o processo de cuidar humano pode ser caracterizado como uma forma de ser, de se expressar, de estar com o outro. O ser cuidado, em sua experiência genuína,

contribui no processo de atualização do profissional de saúde, no seu aprimoramento e no vir a ser mais.

Indo ao encontro de informações encontradas nas cartas e outros escritos de Florence, Collière (1999) apresenta uma divisão dos cuidados, de acordo com sua natureza em relação às funções vitais, sendo: cuidados cotidianos/habituais e cuidados de reparação.

Os cuidados cotidianos e habituais estão ligados às funções de manutenção, sustentação ou continuidade da vida, reabastecendo a energia que pode ser de natureza alimentar (água, calor, luz) ou de natureza afetiva, psico-social ou outros aspectos que interferem entre si e se fundamentam em hábitos, costumes e crenças. Os cuidados de reparação estão associados à necessidade de reparar o que for considerado obstáculo à vida (como fome, doenças, acidentes, guerras) e têm como objetivo limitar os efeitos da doença, lutando contra ela e atacando suas causas. (COLLIÈRE, 1999).

Porém Waldow (2001), salienta que o cuidado não possui receita pronta, não pode ser prescrito, surgindo a partir do sentir, viver e exercitar junto do outro. Geralmente a execução do cuidado está ligada à figura da mulher, que além de prover a atenção, o afeto e o conforto, cuida de desempenhar as demais atividades que possibilitem o bem-estar, a restauração do corpo, da alma e da dignidade.

Os fenômenos referentes ao cuidado estão se tornando mais complexos e diversos, por estarem relacionados a um conjunto de fatos, situações, culturas e vivências, ou seja, a múltiplos aspectos que atingem o ser humano e seu ambiente. Seu estudo aponta para a necessidade de apoio e incentivo ao desenvolvimento de teorias, pesquisas e práticas de Enfermagem inter-relacionadas que incorporem a diversidade exigida para o cuidado ao ser humano durante o processo saúde-doença. (WALL, 2008). Penso que, indo além da esfera da enfermagem, poderia interpretar que este apoio e incentivo ao desenvolvimento de teorias, pesquisas e práticas possa também envolver outros profissionais da equipe, como o fisioterapeuta, por exemplo. Maia et al. (2003) chamam a atenção para o quanto o profissional de saúde participa num evento tão significativo como o cuidar, apresentando quatro princípios contidos no cuidar humano:

1) Autoconhecimento e o cuidado de si (mostra que para cuidar do outro, é preciso que o cuidador conheça primeiramente suas próprias condições e sentimentos, para, a partir daí, propor-se a cuidar do outro);

2) Conhecimento e o cuidar terapêutico (implica na necessidade de aquisição de conhecimentos tanto na esfera técnico-científica como também ética, comportamental, social e estética);

3) Despertar da humanidade e sensibilidade (indica a necessidade de reconhecer que o ser humano é vulnerável, frágil, delicado e precisa de cuidado sensível para desenvolver seu potencial existencial, tendo assim sua humanidade preservada);

4) Solidariedade e compaixão (evoca a finalidade última do cuidado humano, através dos vínculos de interdependência entre o cuidador e o ser humano cuidado, mantendo-os unidos).

Com estes princípios do cuidar e com o compromisso do profissional de saúde, em especial o fisioterapeuta, envolvido neste cuidar, é importante lembrar que todas essas considerações devem ser refletidas quando se pretende realizar um trabalho envolvendo o cuidado e o conforto.

O conforto é o efeito desejado após receber os cuidados e para Kunzler (2006) ao se tomar o desconforto como fator que provoca dispêndio de energia, é necessário pensar em “conforto”; confortar significando motivação, fortalecimento. Essa promoção do conforto, através do cuidado, já detalhada por Florence Nightingale em 1859, com atenção às roupas de cama macias, cheirosas, limpas, ao ar puro, à iluminação adequada, à eliminação de ruídos desnecessários, gera a reflexão sobre a importância que se dá a esses cuidados, muitas vezes entendidos como cuidados de pouco ou menor valor, frente aos cuidados técnicos e complexos.

Conforme Mussi (2005) tratar o conforto como um estado subjetivo implica centrar o foco na interação dos profissionais de saúde com o indivíduo, rompendo e extrapolando as concepções que reduzem o indivíduo a paciente. Rosa et al. (2008) complementam que viver com conforto não significa estar confortável em todos os aspectos simultaneamente, mas sim a capacidade de manter ou recuperar o bem-estar subjetivo, dentro de suas possibilidades, no equilíbrio entre suas limitações e potencialidades.

Na enfermagem, o conforto faz parte do cotidiano desde a época de Florence Nightingale, que afirmava que prover conforto ao ser humano é uma das funções de uma enfermeira. Por que então não inserir esta prática de forma consciente também no cotidiano da fisioterapia?

Uma busca rápida na literatura já aponta que o termo conforto não está diretamente presente na fisioterapia, mas de forma indireta, o desconforto é estudado, como exemplo cito o estudo “Percepção das gestantes sobre a relação entre trabalho remunerado e desconforto corporal”. (GRUDTNER; SPERANDIO, 2008).

Para Coelho et al. (2005), como já citado anteriormente, a condição principal para que ocorra o conforto é o ambiente favorável,

isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta cuidada (que seja acolhedor, atencioso, amoroso, caloroso, afetuoso e que propicie alívio, segurança, proteção, bem-estar). As conseqüências do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, do crescimento, da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento, do desempenho dos papéis usuais, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação à condição que se está vivenciando, enfim pode-se dizer, do poder vital.

Na vida, o conforto é uma busca constante e, no puerpério, não é diferente. Então, se o cuidado e o conforto estão intimamente ligados em todas as fases da vida, a fisioterapia pode se propor a contribuir para que a mulher consiga enfrentar as mudanças do puerpério, momento de mudanças em seu ambiente externo e interno, envolvendo seu parceiro e sua família.

2.3.1 Fisioterapia no puerpério: avaliação e possibilidades de cuidado e de conforto

Sendo o puerpério uma fase especial em que a mulher está se adequando aos cuidados consigo, com o bebê e ainda está experimentando as transformações para que seu corpo retorne ao estado não-gravídico, este conjunto de fatores pode influenciar para que a mulher necessite de atenção profissional e o fisioterapeuta entre suas habilidades está preparado para prestar atendimento às puérperas.

Em 1988, Fernández (1988) já afirmava que a fisioterapia tem lugar preferencial no que diz respeito à preparação da mulher para a gestação e também à restauração de algumas afecções físicas que poderão ocorrer após o parto. Então, não é tão nova a ideia de que através de exercícios ou outros recursos o fisioterapeuta pode prestar cuidado integral à puérpera.

Kisner e Colby (1998) enfatizam que a fisioterapia no puerpério consiste em prevenir e tratar alterações musculoesqueléticas, respiratórias e circulatórias que possam surgir, englobando orientações gerais como posicionamento para amamentar e assistência à mulher em relação ao bem-estar físico e mental. À partir da necessidade prática, a tendência na fisioterapia tem sido a busca da fundamentação científica de sua atuação e estudos como o de Rett et al. (2008) que analisou o atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada e apresentou resultados positivos; o estudo de Melo de

Paula, Molinero de Paula e Dias (2006) que verificou o efeito da aplicação da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) no quadro algico de pacientes submetidas à cirurgia de cesariana e apresentou como resultado principal uma diferença estatisticamente significativa entre as intensidades da dor, antes e após a aplicação da TENS, nos indivíduos participantes do grupo que recebeu a aplicação e nenhuma diferença na intensidade de dor nos indivíduos que compuseram o grupo placebo; o estudo de Mesquita, Machado e Andrade (1999), que aplicou a fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto, verificando uma melhora na diástase de 12,5% do grupo tratamento e 5,4% no grupo controle, mostrando que a fisioterapia contribuiu positivamente na redução da diástase; ou ainda o estudo de Grabner (2000), que verificou a incidência de problemas no pós-parto imediato. Os estudos apontam não só para a atenção ao puerpério considerado normal, mas também para o puerpério “patológico” ou de risco, como o estudo de Bastos, Andrade e Oliveira (1999), que verificou o efeito do atendimento fisioterápico no puerpério imediato para pacientes portadoras de hipertensão arterial induzida pela gravidez.

Para tanto, uma avaliação minuciosa, incluindo consulta ao prontuário, entrevista e avaliação física e do estado emocional oferecem suporte ao fisioterapeuta para que juntamente com a puérpera, possa verificar as prioridades do momento e selecionar a conduta a ser adotada.

É importante, também, que se respeite o período de repouso após o nascimento do bebê, por estresse físico, emocional e pela instabilidade hemodinâmica. (SOUZA, 2002). Esse período varia em cada instituição de saúde, mas de forma geral, seis horas para o parto via vaginal e um tempo um pouco mais prolongado na cesariana (8 horas). Este primeiro momento é importante para o restabelecimento inicial da mulher, que passou horas sem se alimentar, às vezes com dor e/ou outros desconfortos e acabou de se submeter a um parto (seja vaginal ou cirúrgico).

É comum que os profissionais da equipe de saúde, os acompanhantes e a própria mulher se preocupem com a dor que o parto possa ter causado e que pode perdurar no puerpério imediato (seja pela episiorrafia ou pela ferida operatória da cesárea). Contudo, não se deve focar apenas na redução da dor quando se pensa em cuidado e conforto no puerpério, há muito mais que se fazer. Muitas vezes aquela puérpera que não apresenta queixa de dor sente-se desconfortável, cheia de dúvidas e inseguranças e o profissional deve estar atendo para esta

situação, transformando a intervenção em cuidado que traga como consequência o conforto.

Beleza e Carvalho (2006) referem que o cuidado fisioterapêutico no puerpério imediato tem como objetivos: proporcionar e orientar quanto ao posicionamento no leito, reeducar a função respiratória, estimular o sistema circulatório, restabelecer a função intestinal, reeducar os músculos abdominais, reeducar a musculatura do assoalho pélvico, promover analgesia no local da incisão perineal ou cesárea e orientar em relação aos cuidados com as mamas, quanto às posturas assumidas durante o cuidado com o bebê e da necessidade de continuar o acompanhamento fisioterápico em nível ambulatorial.

A conduta utilizada pelo fisioterapeuta precisa respeitar os princípios de humanização propostos pelo Ministério da Saúde, buscando atender as necessidades do corpo materno e melhorar a qualidade de vida. O respeito à puérpera e o compromisso de uma atuação eficaz são iniciados no momento da avaliação fisioterapêutica, realizada de forma organizada, oferecendo confiança à mulher.

Não há uma seqüência pré-determinada para a realização da avaliação, porém, é importante que o profissional tenha noção de todos os fatores que devem ser avaliados. Deste modo, elaborei uma proposta avaliação com embasamento nos autores que seguem.

Inicialmente realiza-se a verificação dos sinais vitais. Pode-se, na seqüência, contemplar a avaliação do aparelho respiratório, pois segundo Souza (2002) e Artal, Wiswell e Drinkwater (1999), durante a gestação, este passa por alterações fisiológicas, mecânicas e bioquímicas, entre elas pode-se citar a elevação do diafragma em função do aumento progressivo do volume uterino, o aumento do diâmetro transversal e ântero-posterior do tórax, a elevação da progesterona sérica levando a um aumento do volume-minuto ocasionado por uma elevação do volume corrente. Assim, verifica-se o padrão muscular respiratório (apical, diafragmático ou misto), a mobilidade diafragmática, ainda a expansibilidade da caixa torácica e a ausculta pulmonar.

Após o término da avaliação do aparelho respiratório, verifica-se as mamas. Camano et al. (2003) afirmam que observa-se os mamilos (classificando-os dentre os tipos protruso, semi-protruso, plano e invertido), a consistência das mamas (flácida, túrgida ou ingurgitada), inspecionando-se ainda as aréolas e a presença de colostro.

Uma alteração comum no puerpério é o estiramento da musculatura abdominal, chamada diástase dos retos abdominais, que durante a gestação ocorre devido o crescimento uterino. Em uma mulher nulípara a diástase dos retos abdominais é considerada normal até dois

centímetros, porém durante e após a gestação pode-se encontrar entre 2 a 20 cm de largura. Desta forma com a diástase, o abdome fica enfraquecido com pouco controle mecânico aparente, acompanhando uma hiperlordose lombar, influenciando na biomecânica postural e déficit na sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais. (POLDEN; MANTLE, 2000; SOUZA, 2002; PAVESI et al., 2003). Rett et al. (2009), verificou a prevalência da diástase dos músculos retos abdominais em 467 puérperas (primíparas e múltiparas) no pós-parto imediato e os resultados apontaram semelhança entre os grupos na prevalência da diástase supra-umbilical, porém quando verificada a região infra-umbilical percebeu-se maior prevalência nas múltiparas.

A altura de fundo uterino avaliada pelo fisioterapeuta tem como intuito a clareza sobre a involução uterina e excreção de lóquios, pois em uma puérpera com quadro sugestivo de atonia uterina, não é indicada a realização de exercícios vigorosos sob o risco de aumentar a possibilidade de hemorragia.

Ainda na avaliação abdominal há possibilidade de encontrarmos uma outra condição comum no puerpério imediato, a constipação intestinal, por isso é importante que o fisioterapeuta realize a ausculta dos ruídos hidro-aéreos. Conforme Pavesi et al. (2003) a constipação intestinal apresenta-se com frequência principalmente em mulheres que tenham feito uso de anestésico, pois este tem o efeito de diminuir as contrações da musculatura lisa, reduzindo os movimentos peristálticos. É considerada uma afecção grave, pois poderá contribuir para o aparecimento da incontinência urinária, causando fraqueza na musculatura do assoalho pélvico. Quando está constipada, a puérpera realiza a manobra de valsalva, sem sucesso, causando aumento de pressão na musculatura do assoalho pélvico, podendo ser predisponente a prolapso (como cistocele, uretrocele, retocele e histerocele), além de provocar distensão e dores abdominais.

Também na avaliação inspeciona-se a ferida operatória pós-cesariana ou a genitália após o parto vaginal, verificando se existem lacerações, episiorrafia, edema e/ou hematomas. (BRASIL, 2001).

Maffei et al. (2002) e Souza (2002) alertam que a incidência de trombose venosa profunda (TVP) no puerpério torna-se maior pela diminuição da atividade fibrinolítica no último trimestre de gravidez, liberação de tromboplastina tecidual e estase venosa pela contração uterina. Por isso, torna-se importante a avaliação minuciosa dos membros inferiores verificando a presença de edema, presença de cacifo (e onde está instalado) ou ainda de sinais flogísticos (calor, rubor e dor),

além da realização de testes para verificação de TVP (como o teste da bandeira).

Para finalizar, avalia-se no puerpério imediato o assoalho pélvico, que necessita de grande atenção, pois durante toda a gestação sustentou o peso abdominal e pélvico, além de auxiliar na continência urinária e fecal. Se realizado parto vaginal poderão ser encontradas lacerações (podendo haver lesão de mucosa, pele, fâscias e até músculos) ou ainda a episiorrafia (corte no períneo para aumentar o perímetro vaginal auxiliando a passagem do bebê). (DIFIORE, 2000; PAVESI et al. 2003; BELEZA; NAKATO, 2004). Difiore (2000) e Pavesi et al. (2003) afirmam ainda que durante a gestação o assoalho pélvico tende a ficar mais fraco, devido à sobrecarga (peso do bebê, útero, placenta e líquido amniótico) podendo atingir quase seis quilos. A consequência deste excesso de peso poderá ser a incontinência urinária que é caracterizada pela perda involuntária de urina.

Em um estudo realizado por Marshall et al. (1998) entre 7.771 puérperas 68,3% apresentaram incontinência urinária, mostrando que na amostra, esta foi a consequência mais encontrada no puerpério.

No estudo de Rett et al. (2005) comparando a diferença entre a contratilidade da musculatura do assoalho pélvico em diversas posições, as amplitudes das contrações foram maiores em decúbito dorsal, decrescendo sucessivamente para a posição sentada e ortostática. A explicação dada para a menor ativação muscular na posição ortostática é que a gravidade incide sobre as vísceras pélvicas e musculatura do assoalho pélvico sendo que isto poderia diminuir a capacidade de gerar contrações satisfatórias. Posso incluir que esta explicação deve ser considerada quando se fala em gestação, parto e puerpério, pois a sobreposição de situações que sobrecarregam o assoalho pélvico nestes momentos da vida da mulher justificam a preocupação do fisioterapeuta em prevenir o enfraquecimento e se necessário tratar (fortalecendo e alongando) o assoalho pélvico.

A Organização Mundial da Saúde afirma que 10% da população do Brasil sofre de incontinência urinária. Dentre o número de incontinentes 70% são mulheres, principalmente puérperas, menopausadas ou atletas. (ABAFI, 2003).

Segundo a Abafi - Associação Brasileira de Ajuda e Formação sobre Incontinência Urinária (2003), a fisioterapia tem grande importância na reabilitação do paciente incontinente através da reeducação da musculatura do assoalho pélvico, antes ou durante a gestação e sobretudo no puerpério. Na Europa toda puérpera realiza dez

sessões de fisioterapia no puerpério como forma de prevenção de incontinência urinária.

A avaliação da musculatura do assoalho pélvico precisa ser atenciosa, pois conforme Difiore (2000) e Souza (2002), é uma musculatura constituída por fibras do tipo I (contração lenta, que constituem cerca de 70% do assoalho pélvico, possuem maior quantidade de mitocôndrias que mantém o metabolismo de oxigênio mais alto, permitindo uma contração contínua e prolongada, com maior vascularização e maior resistência) e fibras tipo II (contração rápida, possuindo grande quantidade de enzimas glicolíticas caracterizadas por realizarem a contração rápida). Esta composição exige que o profissional verifique não só a força do assoalho pélvico através da tabela AFA (que oferece parâmetros para a força do assoalho pélvico), mas que também use o PERF (que oferece parâmetros de resistência, *endurance* - repetições - e capacidade de contração rápida).

Assim, o cuidado para melhora do tônus muscular (não só do assoalho pélvico), promovido pelos cuidados fisioterapêuticos no puerpério imediato é importante e indispensável. Difiore (2000) informa que muitas mulheres que passaram pelo parto cirúrgico (cesárea) não gostam da necessidade de prosseguir com os exercícios para o assoalho pélvico. Apesar desta musculatura não ter passado pelo alongamento e pelo trauma excessivos de um parto vaginal, teve a sua elasticidade aumentada pela relaxina e a sustentação durante nove meses do bebê em crescimento. Portanto, os exercícios para o assoalho pélvico continuam sendo bastante recomendados, independentemente do tipo de parto.

Após o término da avaliação física, uma conversa com a puérpera a fim de eleger suas prioridades é importante para que se possa iniciar o cuidado fisioterapêutico através da aplicação das ações fisioterapêuticas. Este cuidado deve ser prestado de forma organizada, higiênica e oferecendo confiança à puérpera. Assim como não há na avaliação uma seqüência a ser seguida, para as ações fisioterapêuticas também não há um roteiro pré-determinado, até mesmo porque cada puérpera apresentará necessidades diferentes e conseqüentemente as ações fisioterapêuticas deverão estar de acordo com tais necessidades.

Dentre as ações fisioterapêuticas cito:

- Treino do padrão respiratório diafragmático, que é eficaz e válido como método profilático contra complicações respiratórias no puerpério imediato. (SOUZA, 2002);

- Massoterapia para a musculatura posterior do tronco, visando o relaxamento de tensões musculares que podem surgir em virtude do parto, das acomodações, de tensões emocionais;

- Drenagem linfática manual, buscando minimizar edemas (seja em membros inferiores, região peri-incisional – episiorrafia ou ferida operatória da cesárea);

- Cuidados com as mamas, entre eles: exposição das mamas ao sol em horários adequados (antes das 10 horas e após as 17 horas), utilização de *soutien* para sustentação das mamas, realização de ordenha quando necessário, não utilização de cremes ou óleos nos mamilos (CAMANO et al., 2003); posicionamento adequado para a amamentação (com os cotovelos apoiados, apoio para os pés para manutenção dos joelhos a 90°, com um travesseiro sob o bebê para minimizar o esforço realizado pela cintura escapular, entre outros). Deve-se respeitar a posição escolhida pela mulher, porém prioriza-se que o bebê fique alinhado de forma com que a sua barriga esteja em contato com o corpo da mulher, facilitando a respiração, sucção e deglutição (BRASIL, 2005);

- Uso de manobra de evacuação dos linfonodos axilares para favorecer o fluxo linfático em puérperas que se queixarem de ingurgitamento mamário;

- Cuidados com os retos abdominais, que no puerpério necessitam de atenção o mais precoce possível. Boissonnault e Blaschak (1988) indicam uma relação significativa entre a diástase dos retos abdominais e a progressão da gestação. Além disso, afirmam que uma grande diástase pode potencializar alterações em diversas funções da musculatura abdominal, inclusive em sua função respiratória. Contudo, três a quatro dias após o parto os retos abdominais devem começar a retornar à posição original e os exercícios abdominais (adaptados) podem ser iniciados a qualquer momento após o parto vaginal, assim que a dor abdominal diminuir após a cesariana. A contração com expiração forçada e o basculamento pélvico quando a mulher estiver deitada podem ser utilizados como exercícios no puerpério imediato (SOUZA, 2002);

- Exercícios de retroversão e anteversão de pelve, deambulação, exercícios isométricos de abdome e massagem abdominal são opções da fisioterapia para as puérperas que se queixam de constipação intestinal. (PAVESI et al., 2003). Para Benson (1981) a deambulação precoce oferece apoio psicológico e sensação de bem-estar, apressando a involução uterina, melhorando a drenagem uterina, podendo reduzir a ocorrência de flebotrombose e tromboflebite por aumentar a circulação para a pelve e extremidades inferiores.

- Fortalecimento, alongamento e relaxamento do assoalho pélvico (SOUZA, 2002; DIFIORE, 2000). A reeducação do assoalho

pélvico no puerpério deve ser realizada gradativamente e progressivamente, proporcionando à mulher a percepção dos movimentos de contração associada ao trabalho postural (POLDEN; MANTLE, 2000; HANLON, 1999);

- Crioterapia para alívio da dor perineal ou peri-incisional (cesárea), que é uma das morbidades mais comuns que acometem as mulheres no período puerperal. Recursos farmacológicos e não farmacológicos têm sido investigados para aliviar tal sintoma. Beleza (2008), buscou em sua tese de doutoramento avaliar o efeito da crioterapia no alívio da dor da região perineal em primíparas submetidas ao parto normal com episiotomia e contou com uma amostra de 50 mulheres (26 no grupo controle e 24 no grupo experimental). Dentre seus resultados cabe destacar que 87,5% das mulheres que usaram a crioterapia referiram estar satisfeitas com o recurso e 12,5% referiram estar muito satisfeitas.

- Exercícios metabólicos e deambulação precoce, pois Cabral (2002) os recomenda por auxiliarem na atividade circulatória, padrão respiratório e prevenção de acúmulo de secreções, reabilitação cardiovascular, constipação intestinal, metabolismo celular e como forma de prevenção de estase venosa prevenindo a TVP;

- Uso de eletroterapia, como eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS) em casos de dor localizada; ultra-som para casos de ingurgitamento mamário;

Fernández (1988) e Souza (2002) reforçam que qualquer atividade e exercícios devem ser iniciados após a avaliação minuciosa, respeitando as possibilidades e a vontade da puérpera. Desta forma, a fisioterapia no puerpério ocupa um lugar de destaque no que diz respeito à restauração da mulher e, porque não dizer, do seu poder vital.

Após este levantamento bibliográfico, ao meu ver, torna-se evidente a necessidade do aprofundamento sobre a fisioterapia na cuidado e conforto à mulher puérpera e reforço minha crença sobre a importância deste estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo busquei a aproximação da fisioterapia à uma teórica de enfermagem (Florence Nightingale) e ao Modelo de Cuidado de Carraro, passando por conceitos importantes para contextualização do trabalho, compondo o marco conceitual.

3.1 Aproximação entre o referencial teórico e a fisioterapia

Um referencial teórico, como o próprio nome já diz, é aquele que dá a direção teórica ao que se vai fazer, que permeia todo o estudo - da concepção às considerações finais. Para isso é necessário haver uma teoria. Wall (2008), abordando teorias de enfermagem, com base em outros estudiosos de teorias, afirma que as mesmas são criadas para delinear, descrever, explicar, predizer ou correlacionar fenômenos de Enfermagem, e que todas almejam proporcionar mudanças para a saúde e o bem-estar do cliente ou paciente, enfim, ao ser humano, por meio do cuidado de Enfermagem.

A fim de ter uma referência teórica, este trabalho será sustentado pelo Modelo de Cuidado de Carraro, o qual foi elaborado a partir da teoria de Florence Nightingale. Utilizei subsídios da Enfermagem por não haver na Fisioterapia teorias para o embasamento do presente estudo.

Ao optar por este suporte teórico, foi necessário conhecer Florence Nightingale e buscar inter-relações entre seus escritos e a Fisioterapia e, ao meu ver, já na origem da fisioterapia pude encontrá-las, pois a Fisioterapia teve seu grande marco numa guerra, a Segunda Guerra Mundial. Segundo Carraro (1997), a grande atuação de Florence deu-se também numa guerra, a Guerra da Crimeia, no final do século XIX, onde iniciou as primeiras descrições dos objetivos e ações da

Enfermagem motivada pelo propósito de angariar apoio nacional e despertar para a necessidade de um serviço de Enfermagem, bem como para o desenvolvimento de programas para a formação de enfermeiras, além de denunciar as condições precárias em que viviam os soldados ingleses hospitalizados.

Florence foi ainda a primeira mulher creditada a fundar uma escola para formação de enfermeiros, sendo que, naquela época, o aprendizado da massagem com finalidade terapêutica era uma das exigências para a qualificação das enfermeiras. (GOLDSTONE, 1999). Desta forma, a prática da massagem pelas enfermeiras constituiu-se em importante terapêutica no cuidado aos pacientes. (NICHOLLS; CHEEK, 2006). Encontramos aqui mais uma aproximação entre a fisioterapia e Florence, pois para o fisioterapeuta o toque e a massagem são opções terapêuticas importantes e historicamente são citados como base para a fisioterapia.

Outro ponto que posso citar é que Florence preocupava-se com o doente e sua família, envolvendo-os no cuidado. Na fisioterapia temos esta prática, embora infelizmente de forma isolada, mas principalmente em casos oncológicos, pacientes acamados e também pacientes atendidos em domicílio. Enfim, Florence Nightingale teorizou à luz da prática, propôs o fazer aprendendo, preocupava-se com o ser humano e seu meio ambiente e na fisioterapia esta é uma preocupação bastante presente.

Mas quem foi Florence Nightingale? A partir de uma pequena síntese biográfica de Florence Nightingale cabe registrar que nasceu em 1820, no dia 12 de maio, em Florença (origem do seu nome), na Itália, durante as freqüentes viagens de seus pais ao exterior. Descendente de uma rica família vitoriana recebeu ampla educação, com conhecimento de vários idiomas e temas relacionados a ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia. Assim, era culta e tinha pensamento crítico, transformando-se na idade adulta numa personagem central da história da enfermagem, sendo conhecida como a Dama da Lâmpada e considerada a precursora da enfermagem moderna. Usava “suporte epidemiológico” para sua atuação e ficou conhecida como sanitarista e administradora. Florence Nightingale, embora de forma empírica e inconsciente desse fato, principalmente no que se refere às visões atuais, atuou embasada num Modelo de Enfermagem e no ano de 1859, documentou a primeira teoria de Enfermagem. (CARRARO, 1994; CARRARO, 2001a).

Carraro, Madureira e Radünz (1999) pontuam que conforme os escritos de Florence, a mesma não se utilizava de uma terminologia para

definir o método utilizado em sua assistência. Seu modelo voltava-se à metodologia empírica, fundamentada na lógica, valorizando a observação, as experiências e o registro de dados, fundamentais para planejar ações e para desenvolver uma metodologia de trabalho que acentue a resolubilidade.

Contudo, Florence não tinha a intenção de criar uma teoria, e sim, apenas deixar registros que fundamentassem um cuidado planejado, alicerçado no conhecimento. Registrava seus feitos, pensamentos e princípios em cartas e outros escritos. O mais conhecido de seus 147 trabalhos escritos é *Notes on Nursing*, escrito naquele mesmo ano de 1859 e traduzido para o português em 1989. (NIGHTINGALE, 1989). A obra traz orientações e reflexões importantíssimas não só para o profissional de enfermagem, mas que também se adequam a outros componentes da equipe de saúde, entre eles o fisioterapeuta.

Segundo vários autores, a teoria de Enfermagem de Nightingale enfoca três componentes – o físico, o social e o psicológico – retratando com ênfase o ambiente do paciente. Os componentes precisam ser inter-relacionados e não entendidos como partes distintas, pois o asseio do ambiente físico relaciona-se diretamente à prevenção de infecções e às taxas de mortalidade relacionadas ao ambiente social da comunidade e ao ambiente psicológico dos pacientes. Ou seja, o ambiente físico influencia enormemente o ambiente social e o ambiente psicológico. (GEORGE, 1993).

Para Nightingale (1989, p.137), a observação tem um valor especial no cuidado e “ao tratar da vital importância da observação minuciosa, nunca se pode perder de vista o seu valor intrínseco. Não se trata de coletar uma pilha de informações variadas ou fatos curiosos, mas de salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto”.

A autora então, além de preocupar-se com os aspectos físico, intelectual e social da pessoa, evidenciava sua preocupação com o meio ambiente interno do ser humano, ou seja, o estado emocional, espiritual, suas forças interiores, sua reação ao tratamento, que denominava como força ou poder vital, vendo o indivíduo de forma integral, cuidando da pessoa doente e não da doença. (WALL, 2008).

Para operacionalizar os escritos de Florence, Carraro (1994) criou uma Proposta de Cuidado, a qual foi validada por Wall (2008), como Modelo.

Carraro (1994) utilizou esse referencial, influenciada pela linha de pesquisa na qual desenvolveu seus estudos e pesquisas, uma vez que a proposta foi desenvolvida durante sua qualificação no mestrado realizado na UFSC. Atualmente, essa autora desenvolve seus projetos

com base no referencial do cuidado e conforto e utiliza o termo cuidado em seus escritos.

3.2 O Modelo de Cuidado de Carraro

O Modelo de Cuidado de Enfermagem de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale, resultou da pesquisa de Carraro (1994) em sua dissertação de mestrado intitulada “Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções”. Até 2008, o modelo era tratado como proposta, pois somente no referido ano é que Wall (2008) a partir de sua tese de doutoramento, confirmou que a proposta poderia ser identificada como um modelo. Partindo da análise feita por Wall (no sentido de clarificar características da proposta à luz do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis), inclusive há potencial para ser uma teoria com nível de abstração mais amplo, necessitando ainda do desenvolvimento dos demais componentes de uma estrutura teórica, explorando novas propriedades, metodologias de desenvolvimento e conceitualizações.

Segundo Ferreira (2004), “modelo” é aquilo que serve de exemplo ou norma. O verbo relacionado ao termo é modelar, que significa delinear intelectualmente, traçar. Já, “modelo de cuidado de Enfermagem”, pode ser definido como um conjunto teórico, formado minimamente pelos quatro conceitos básicos da Enfermagem e pressupostos baseados num referencial teórico-filosófico, com função de guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações. Esse modelo é uma estrutura teórica formada por conceitos e pressupostos e traz ainda uma metodologia para implementação e evolução do cuidado, que pode ser representada por um diagrama que guia a prática do cuidado. (WALL, 2008). Partindo desta colocação e tentando uma aproximação com a fisioterapia pode-se considerar que o cuidado de fisioterapia também tem condições de ser guiado por uma estrutura teórica e ações sistematizadas. Porém, como não há modelos de cuidado de fisioterapia ou algo semelhante, penso que pode-se utilizar um modelo já reconhecido pela enfermagem, com as devidas adequações.

Os modelos de cuidado fundamentam a prática e muitos procedimentos de enfermagem, e não só de enfermagem, são ensinados e praticados rotineiramente, simplesmente porque eles sempre foram

feitos daquela forma. Porém, quando sugere-se a aplicação de um modelo para mudar a prática, a alternativa pode ser considerada à luz deste conhecimento e uma escolha informada pode ser feita para implementá-lo. (CARRARO, 2001b).

Wall (2008) sugeriu ainda que devem ser incentivados estudos que apliquem o Modelo de Carraro (1994) em diferentes contextos, na íntegra ou parcialmente, para contribuírem com a construção e desenvolvimento da mesma. Segundo a autora, até o ano de 2008, foram contados dezessete estudos que utilizaram essa proposta: um em nível de doutorado, cinco em nível de mestrado, um em especialização e dez na graduação.

- Estudos desenvolvidos como trabalho de conclusão de curso na Graduação:
 - “O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si”. UFSC (GONÇALVES; FRELLO, 2007);
 - “A Enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera”. UFSC (SILVA; MATOS; BRAMBATI, 2006);
 - “A vivência do climatério na atualidade”. Centro Universitário FEEVALE (MACARINI, 2006);
 - “Uma caminhada com Florence Nightingale: cuidado de mulheres gestantes / puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital”. UFSC (MOCELLIN; RODRIGUEZ; JUSTINO, 2005);
 - “Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de Enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência”. Universidade Federal do Paraná (SOUZA, 2003);
 - “A trajetória da enfermeira junto à mulher com diagnóstico de câncer uterino submetida ao procedimento de braquiterapia ginecológica”. Universidade Federal do Paraná (SILVA, 2003);
 - “Cuidado é o bem que se quer: aplicação de uma metodologia da assistência de Enfermagem a um grupo de mulheres voluntárias”. Universidade Federal do Paraná (MARTINS, 2003 apud WALL, 2008);
 - “A trajetória da enfermeira junto ao ser humano oncológico traqueostomizado e sua família”. Universidade Federal do Paraná (HERVIS, 2002);
 - “Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise”. Universidade Federal do Paraná (JUNG, 2001);
 - “Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de Enfermagem na

promoção à saúde da gestante”. Universidade Federal do Paraná (GROSS, 2001);

- Estudos desenvolvidos na pós-graduação:

→ Especialização:

- “Promoção à saúde da mulher no período gestacional: um enfoque multiprofissional”. Monografia de conclusão de Curso de Especialização. Universidade Federal do Paraná (MAZUR, 2004).

→ Mestrado:

- “O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale”. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina (KUNZLER, 2006);

- “O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção a saúde”. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina (PORTELA, 2006);

- “A Enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca”. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina (GASPERI, 2005);

- “Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o Modelo de Cuidado de Carraro”. Dissertação de Mestrado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina (BERTOLDO, 2003);

- Doutorado:

- “Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis”. Tese de doutorado. PEN / Universidade Federal de Santa Catarina (WALL, 2008).

Wall (2008) verificou que, por tratar-se de um processo, o Modelo de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) permite adaptações. O mesmo foi utilizado para outras situações que requerem o cuidado, tanto em ambiente hospitalar como na saúde pública, com pessoas que não vivenciavam a situação cirúrgica num ambiente hospitalar, mas vivenciavam outro fenômeno. Cada estudo apresentou outros pressupostos e realizou adaptações principalmente na metodologia do cuidado, na etapa “reconhecimento da situação de risco de infecção hospitalar”, em que foram reconhecidas outras situações que poderiam ser um risco para a pessoa cuidada. As demais etapas, por serem mais amplas, não sofreram adaptações. Além disso, as definições dos conceitos sofreram alterações, em especial a definição do conceito saúde-doença, pois no modelo, Carraro (1994) refere-se de forma

específica a situações cirúrgicas e riscos de contrair infecções hospitalares.

Sendo assim, pensamos em experimentar aqui a aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro na fisioterapia, principalmente sendo o presente estudo orientado pela própria Carraro.

Telma Elisa Carraro é enfermeira, docente e pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atuando na graduação e pós-graduação (doutorado e mestrado) de Enfermagem. Graduiu-se em Enfermagem em 1984, na Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel-Paraná (FECIVEL) atualmente denominada Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Seu mestrado foi concluído em 1994, o doutorado em 1998 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o pós-doutorado na Universidade de São Paulo (USP – Ribeirão Preto). Entre 2002 e 2010 foi líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) da UFSC, exercendo atualmente a função de vice-líder do grupo, que é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento (enfermagem, fisioterapia, farmácia, psicologia e medicina). Suas áreas de interesse são o cuidado e o conforto de Enfermagem, a mulher, o fenômeno das drogas, a epistemologia do cuidado e conforto em Enfermagem e seu desenvolvimento teórico-conceitual e metodológico. Durante sua graduação iniciou a atuação docente, o que realiza até o momento. Já atuou como enfermeira em um hospital (na assistência e também na chefia, além de integrar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).

À partir dessa experiência profissional, interessou-se pelo ser humano e sua família em situação cirúrgica e, baseada nos escritos de Florence Nightingale, buscou contribuir teórica e tecnicamente para o cuidado de Enfermagem, criando a Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro. Tal proposta, que foi desenvolvida durante o mestrado da autora, como citado anteriormente, além de ter orientado outros estudos, foi publicada em livros e artigos como podemos ver ao longo deste trabalho.

A Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994) reconhecida em 2008 como “Modelo de Cuidado de Enfermagem ao ser humano e sua família vivenciando a situação cirúrgica”, foi construída, aplicada, analisada e avaliada através da inter-relação teoria-prática e apresenta uma abordagem de prevenção de infecções hospitalares, com a participação tanto do ser humano quanto de sua família, buscando a potencialização do poder vital e a ativação do sistema imunológico. (WALL, 2008).

Essa proposta/ modelo foi fundamentado na teoria de Florence Nightingale e apresenta nove pressupostos inter-relacionados com os quatro conceitos básicos da Enfermagem (ser humano, meio ambiente, saúde-doença e Enfermagem). As ações de Enfermagem estão apontadas claramente na metodologia de cuidado, enfocando, entre outros, os riscos de infecção hospitalar e a necessidade de fortalecimento do poder vital. (WALL, 2008; CARRARO, 1994).

Conforme Carraro (1994, p. 27-28), os nove pressupostos, que são parte integrante do marco conceitual do Modelo de Cuidado, são:

A saúde do ser humano e sua família está relacionada com o meio ambiente;

A Enfermagem, assim como toda a 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 infecções 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 (CARRARO, 1994, p. 27-28).

Seguem os quatro conceitos básicos apresentados nessa proposta que, de acordo com Carraro (1994, p. 28-31), são resultado de reflexões e teorizações, buscando harmonia entre o seu pensamento e o de Florence Nightingale:

Ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interage como 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 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 o 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 é o 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 bem-estar, 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 esse processo saúde-doença, o ser humano e sua família estão constantemente expostos, e para viverem de forma saudável devem usar os recursos disponíveis no meio ambiente. Na vivência do processo saúde-doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometem a sua saúde e a sua vida, um dos quais é contrair infecções hospitalares. Infecção hospitalar “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a hospitalização ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização” (LEME, 1990, p.25). Portanto, no processo saúde-doença, a Enfermagem deve estar alerta para mobilizar o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde, à potencialização do poder vital e à prevenção de infecções.

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte por usar criatividade, habilidade 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 saúde e 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 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).

O Modelo de Cuidado de Carraro compreende várias etapas, que se complementam e são articuladas entre si, podendo ou não ocorrer simultaneamente. As etapas são: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória (CARRARO, 1994, 1997, 2001b). Estas etapas foram representadas por Carraro através de um diagrama que está demonstrado a seguir na Figura 1:

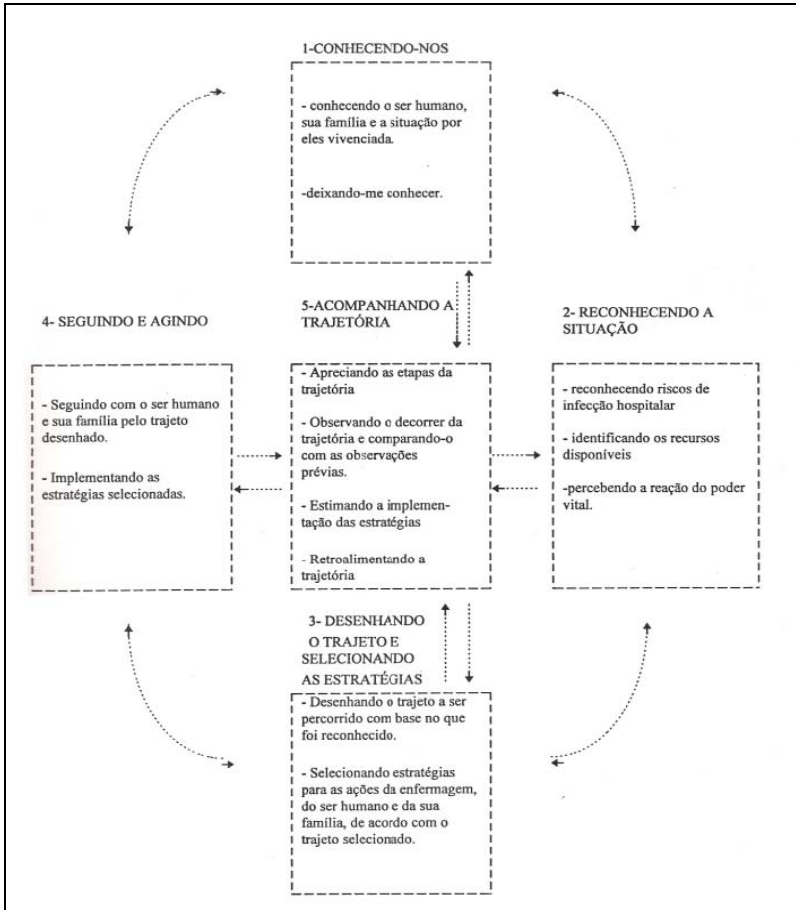


Figura 1: A trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na prevenção de infecções.

Fonte: CARRARO (1994, p. 35).

A seguir a descrição de cada uma das etapas (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 etapa se desenvolva de maneira efetiva, é fundamental que seja bem explorada no sentido de subsidiar a continuidade do processo. Esse 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 Conhecendonos (Anexo 1). Com a finalidade de nortear essa etapa, elaborei um Roteiro Básico para Coleta de Informações (Anexo 2) 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

Essa 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 como 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. Esse 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 itens. Reconhecendo os Riscos de Infecção Hospitalar a que o paciente está exposto na situação cirúrgica, considerando “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 sentimento em relação à cirurgia, seu relacionamento com os outros pacientes, família e equipe; e ainda através de dados objetivos, por exemplo: sinais vitais, exames laboratoriais, reação medicamentosa, cicatrização. Visando facilitar esse reconhecimento, sistematizo as variáveis que interferem no poder vital (Anexo 4). O Reconhecimento da situação pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário, pois é ele que subsidia a e etapa subsequente. Os registros referentes ao Reconhecendo a Situação são feitos no diário de campo e sistematizados no Anexo 5.

3. Desenhando a 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 teóricocientífico. 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 da Enfermagem, do ser humano e da sua família. Essa 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. Os registros desta etapa são realizados no diário de campo e no Anexo 5.

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 habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida. O seguimento desta etapa é registrado no diário de campo e no Anexo 5.

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 de 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. Seus registros são realizados no diário de campo e no Anexo 5. (CARRARO, 1994; p. 36-40).

O anexo 3 (citado por Carraro, 1994), não será utilizado na presente pesquisa por não ter relação direta com a mesma. Os anexos 1, 2, 4 e 5 elaborados por Carraro (1994), encontram-se anexos ao presente estudo a fim de oferecer um melhor entendimento sobre sua aplicação, na seguinte ordem:

- No anexo A do presente estudo está o Anexo 1 de Carraro (1994): trata da “Operacionalização do marco conceitual”, incluindo quatro quadros, correspondentes aos conceitos utilizados pela autora (um para ser humano, outro para meio ambiente, outro para saúde-doença e outro para enfermagem). Em cada quadro estão listados os elementos que compõem cada um dos conceitos, seguidos de uma lista de tópicos do que é importante se conhecer e como é possível conhecê-los.

- No anexo B do presente estudo está o Anexo 2 de Carraro (1994): trata do “Roteiro para coleta de informações”, sendo um instrumento para coleta de dados e informações sobre o paciente e sua família.

- No anexo C do presente estudo está o Anexo 4 de Carraro (1994): trata das “Variáveis que interferem no Poder Vital do ser humano”, incluindo as variáveis tanto subjetivas quanto objetivas a serem observadas pelo enfermeiro, pois interferem no poder vital do paciente.

- No anexo D do presente estudo está o Anexo 5 de Carraro (1994): intitulado “Diário de Campo”. Trata-se de uma ficha para registro das etapas da trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família durante a situação cirúrgica, sendo elas já demonstradas na figura 1 do presente projeto.

Após esta explanação sobre o que é o Modelo de Cuidado de Carraro e suas etapas torna-se importante conhecermos o marco conceitual que permeará o presente estudo.

3.3 Buscando um marco conceitual

Na visão de Wall (2000, p.24) “marco conceitual é um conjunto de elaborações mentais sobre aspectos ligados ao objeto em estudo. Um ponto que serve como força, como orientação. Uma proposta da qual queremos nos aproximar”. Compreendo então que marco conceitual é uma reunião de conceitos, geralmente pré-determinados, que orientam a construção de uma proposta de trabalho.

Os conceitos e pressupostos usados para a contextualização de um tema devem ser expostos para que o leitor possa ter a real dimensão do que o autor quis expressar ao usar determinados termos. Segundo Trentini (1987, p. 136) “conceitos são abstrações ou imagens de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade (...) Um conceito pode ter diferentes significados”. Minayo (2004, p. 92) complementa afirmando que “os conceitos são as vigas mestras que sustentam a construção teórica”.

Sendo assim, como pressupostos do presente estudo, posso citar:

1) O fisioterapeuta é um profissional que pode atuar na prevenção de agravos e promoção da saúde da mulher no puerpério, fortalecendo seu poder vital, podendo atuar também na educação em saúde visando não somente o bem-estar da mulher e do bebê, mas também envolvendo a família.

2) O fisioterapeuta é um profissional, que no cuidado à puérpera, está apto para realizar a avaliação fisioterapêutica, prestar apoio, realizar ações fisioterapêuticas, oferecer conforto, além de orientações de preparo para a alta, respeitando as crenças, valores, necessidades e limitações de cada mulher.

3) O ambiente hospitalar deve ser adequado (ter boa higiene, ser arejado, oferecer tratamento adequado, oferecer o mínimo de conforto em relação às instalações) e os profissionais devem estar preparados para atender as necessidades da puérpera e do bebê.

4) O puerpério é um período de descobertas e de novas experiências, onde a mulher no desempenho da maternidade, necessita de apoio não só dos familiares, mas também da equipe de saúde, incluindo-se aqui o fisioterapeuta.

Como conceitos, apresento os que seguem:

- **Poder vital:** Carraro (1994, p.29) afirma que, para Nightingale, “o ser humano possui poder vital, usado para vivenciar o processo saúde-doença”. Além disso, acrescenta ainda que o poder vital é algo próprio do ser humano, uma força inata, utilizada para superar o

processo saúde/doença, tendendo para a restauração da vida, agindo contra a doença, quando canalizada para a saúde.

Posso elaborar que, poder vital é a própria vitalidade, é a energia interior, é a capacidade de reação, é uma força essencial para a restauração e manutenção da saúde e da vida.

- **Cuidado:** no senso comum, significa atenção, zelo, responsabilidade, inquietação de espírito. (FERREIRA, 2004). Na prática, o cuidado assume diversas conotações, não se traduzindo apenas em atividade realizada no sentido de tratar uma ferida, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença. (SENA et al., 2008). O cuidado humano é mais amplo e se revela como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro e com o mundo, vivendo plenamente. (WALDOW, 2001). Para ações de cuidado alguns sentimentos são fundamentais, como o amor, a ternura, a carícia, a cordialidade, a convivalidade e a compaixão, garantindo a humanidade ao ser humano. (SILVA et al., 2005). O cuidar de pessoas, de acordo com Nightingale (1989) deve estar fundamentado no conhecimento e no calor humano.

Pessoalmente, entendo o cuidado como algo que dá liga aos elos de uma relação, seja ela no âmbito particular ou profissional. É o que nutre, faz crescer e fortifica os vínculos, podendo ser expresso por atitudes, palavras ou por gestos. No presente estudo, o cuidado é expressado através de atitudes, palavras ou gestos (incluindo as ações fisioterapêuticas) direcionados à puérpera em ambiente hospitalar. Entendo ainda que este cuidado pode influenciar no poder vital da mesma.

- **Conforto:** significa consolo, alívio, bem-estar, comodidade. (FERREIRA, 2004). Para Carraro et al. (2006), a condição essencial para o conforto é criar um ambiente favorável. Existem várias formas de se oferecer conforto, mas se deve pesar riscos e benefícios. Entendem ainda que cuidado e conforto estão intimamente ligados. Para haver conforto é necessário o cuidado, pois sentir-se confortável é um estado de bem-estar.

Penso que o conforto é um componente importante para o bem-estar. Pode ser oferecido de forma concreta, através dos cuidados com o ambiente externo, por exemplo, água, ar, higiene, ou de forma abstrata, através de atitudes, palavras ou por gestos. Torna-se indissociável do cuidado e assim como este, pode influenciar no poder vital da puérpera.

- **Fisioterapia:** é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes nos órgãos e sistemas

do corpo humano, que podem ter sido gerados por alterações genéticas, traumas e/ou doenças adquiridas. Suas ações são fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, morfologia, fisiologia, patologia, bioquímica, biofísica, biomecânica, da cinesia e da sinergia funcional de órgãos e sistemas do corpo humano, além das disciplinas comportamentais e sociais. (COFFITO, 2010).

No meu entendimento, a fisioterapia é uma ciência da área da saúde que se dedica tanto aos distúrbios cinético-funcionais do corpo humano, tratando ou prevenindo-os, quanto à restauração, manutenção e promoção da saúde. Os recursos utilizados pela fisioterapia como opções terapêuticas para cuidado, conforto e reação do poder vital incluem recursos naturais (água, calor, frio), tecnológicos (eletroterapia) e especialmente o toque. A fisioterapia pode ainda ser considerada uma arte, por buscar recursos para aplicar na prática os conhecimentos que a ciência oferece.

- **Fisioterapeuta:** o fisioterapeuta pode ser definido como um profissional da área da saúde, graduado em fisioterapia, autônomo, pleno, que atua isoladamente ou em equipe, em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção de doenças, promoção da saúde, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas, ou comunidade. É o profissional de saúde que se ocupa do movimento humano em toda sua plenitude, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade dos órgãos, sistemas e funções corporais. (REBELLATO; BOTTOMÉ, 1999).

Posso então dizer que o fisioterapeuta é um profissional da área da saúde, responsável pelo monitoramento do movimento humano, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (diagnóstico cinesiológico funcional), a prescrição e realização da fisioterapia (neste trabalho denominada ação(ões) fisioterapêutica(s)), bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta fisioterapêutica. Em suas ações busca a funcionalidade e tem como principal recurso para o cuidado e conforto o toque. É um profissional que tem direitos e deveres garantidos através do código de ética da profissão e que além de ser ético, deve ser responsável, sensível, crítico, criativo, cuidadoso e compreender o ser humano como um ser integral. Na equipe de saúde, pode contribuir para o bem-estar do indivíduo cuidado desenvolvendo atividades inerentes à sua formação e deve estar preparado para interagir com o grupo no intuito de prover o crescimento coletivo.

Creio que o fisioterapeuta pode colaborar principalmente no que diz respeito à postura e aos desconfortos músculo-esqueléticos da puérpera, podendo também influenciar na reação do seu poder vital, particularmente nos primeiros dias após o parto.

- **Puerpério:** de acordo com Carraro (1999, p. 57) “puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontros, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam”. Para Carvalho (1990) é o período onde ocorrem manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna. Inicia-se após o parto e termina quando a fisiologia da paciente volta ao estado anterior à gestação. Isso ocorre aproximadamente em seis semanas após o parto. (ZAMPIERI, 2005).

Entendo que o puerpério é um período de restabelecimento, de reorganização integral, com desafios e dúvidas, com novas experiências e descobertas, com acertos e erros, aprendizado e interação, onde a mulher no desempenho da maternidade, necessita de apoio que envolve observação, audição, compreensão, orientação, ação, entre outros. Neste período os vários acontecimentos simultâneos podem influenciar no poder vital da mulher. É um período único, dinâmico, influenciado culturalmente, que envolve sentimentos diversos e intensos por parte da mulher e sua família, onde o cuidado e o conforto são indispensáveis.

- **Puérpera:** segundo Kunzler (2006) a mulher puérpera é um ser capaz, dotado de percepção e conhecimento próprio, integral, indivisível, insubstituível, inserida em um contexto social. Conforme Mendes, Coelho e Calvo (2006) após o parto a puérpera passa por um período de transição, estando vulnerável a certos problemas, podendo contar com diversos cuidadores, desde a equipe de saúde às pessoas de seu convívio social (família, amigos e outros).

Entendo a puérpera como uma mulher, única, indivisível, que vivencia a experiência do pós-parto, com suas adequações fisiológicas além da emoção e satisfação da maternidade, necessitando de conforto e de cuidados oriundos de sua família e/ou de profissionais da área da saúde. Esta mulher pode e deve ser ativa no processo de restabelecimento de seu poder vital.

- **Família:** Wright e Leahey (2002), conceituam família como um grupo de pessoas no qual seus membros dizem fazer parte dela, podendo essas pessoas ser ou não ligadas por consangüinidade e aliança. Para Miotto (1998), a família, célula *mater* da sociedade, é o local onde os integrantes estabelecem relações e interações, propagam valores e sentimentos através de suas gerações, em seu contexto ou fora dele. Já

Grüdtner (1997), salienta que a família é um grupo de indivíduos que interagem entre si, consigo e com o mundo, buscando o sentido da vida. Portanto, saudável é a família que fomenta o enfrentamento das crises através do diálogo, ajudando seus componentes a construir seu sentido de vida. De acordo com Amazonas et al. (2003) a família é o principal agente da socialização e reprodução de padrões culturais no indivíduo.

Monticelli e Boehs (2007), afirmam que é cada vez mais freqüente a presença de um membro da família que acompanha o cliente em unidades de internação, tanto na assistência à criança e ao adolescente, quanto em maternidades, e mais recentemente, com a aprovação do estatuto do idoso, esta também passa a ser uma realidade nesta faixa etária.

Na minha visão a família é uma unidade composta por pessoas que estejam convivendo no “ambiente doméstico” por laços consanguíneos ou por opção, através de laços afetivos. Considero esta unidade um alicerce que oferece suporte ao ser humano independente da situação vivida e que tem a capacidade de influenciar no seu poder vital. Especificamente, para este estudo, considerou-se aquele(a) que estava como acompanhante da puérpera no alojamento conjunto, fornecendo apoio tanto emocional quanto às ações de cuidado para com a puérpera ou com o bebê. Essas ações de cuidado estão diretamente ligadas ao conforto que a mulher pode experimentar.

- **Ambiente hospitalar:** Carraro (1994) entende que meio ambiente é o contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família. Envolve condições e influências internas e externas e apresenta infinita diversidade. Nightingale (1989) já afirmava que o ambiente externo deve assegurar a higiene, através dos cinco pontos essenciais (ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação) e o ambiente interno necessita manter o equilíbrio necessário para a potencialização do poder vital. Kunzler (2006) complementa afirmando que o ambiente hospitalar é dotado de particularidades como ruídos, cheiros, pessoas, procedimentos.

Neste estudo, o ambiente hospitalar é entendido como o local onde a puérpera recebe os cuidados e experimenta também o conforto oferecidos pela equipe de saúde apoiados pela sua família. É neste meio ambiente que a puérpera inicia o processo de reação de seu poder vital e onde permanece nos primeiros dias após o parto.

Após a apresentação dos conceitos utilizados como base para o presente estudo, cabe concordar com Monticelli (1994, p.42), quando afirma que “os conceitos são extremamente úteis para orientar o estudo,

porém não são necessariamente herméticos, como se fossem variáveis *a priori*".

É importante também considerar a proximidade dos conceitos em relação ao tema do trabalho que envolve o cuidado, o conforto, o puerpério, a fisioterapia, o ambiente hospitalar e o Modelo de Cuidado de Carraro.

Este marco conceitual serviu como embasamento para a adequação do Modelo de Cuidado de Carraro para a presente pesquisa. Existem outras iniciativas que seguiram este trajeto, dentre elas cito Kunzler (2006) que foi uma das pesquisadora que utilizou o Modelo de Cuidado de Carraro e afirma que o mesmo, ao sistematizar conhecimentos, fornece instrumentos para o cuidado da mulher puérpera, no sentido de oferecer as melhores condições para que seu poder vital seja potencializado e, conseqüentemente, para que essa mulher possa vivenciar de modo mais saudável sua passagem pela vivência do puerpério de alto risco.

Acredito poder considerar esta informação de grande relevância para o presente estudo, pois embora as mulheres não sejam especificamente puérperas de alto risco, o Modelo de Cuidado de Carraro já foi utilizado e se mostrou adequado ao cuidado com puérperas. Apresentamos aqui os resultados sobre seu uso na fisioterapia.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos que orientaram o presente estudo, assim descrito: caracterização da pesquisa, espaço da pesquisa, participantes, o Modelo de Cuidado de Carraro como celeiro para o processo de pesquisa e ainda os cuidados éticos.

4.1 Caracterização da pesquisa

O objeto a ser compreendido no presente estudo trata-se de um fenômeno da área da saúde, portanto de caráter interdisciplinar. Baseado em Trentini e Paim (2004) esta é uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente-assistencial, pois consiste na articulação intencional com a prática assistencial, tendo pesquisa e ações de assistência incorporadas uma à outra, buscando a solução para problemas, realizando mudanças e introduzindo inovações na situação social. Para isso, é necessária a participação ativa dos sujeitos de pesquisa, resultando em cooperação mútua entre pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada.

Ainda, de acordo com Trentini e Paim (2004), a pesquisa convergente-assistencial não se propõe a generalizações, sendo, pelo contrário, conduzida para descobrir a realidade, e caracteriza-se como trabalho de investigação, porque se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. O ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo de pesquisa. O profissional assume o papel de cuidador inclusive durante a etapa da coleta de informações e, ainda, que siga normas de rigor científico em relação à obtenção, registro e análise da informação deve agir conforme as exigências da prática, ou seja, dar retorno ao cliente. Nesse tipo de pesquisa o profissional invoca o pensar e o fazer; ele pensa fazendo e faz pensando.

Sendo assim, este trabalho seguiu os passos da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que conforme Trentini e Paim (2004), é uma proposta metodológica que está alicerçada em cinco pressupostos:

1) O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa em suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer.

2) O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.

3) O espaço das relações entre pesquisa e assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo de campo na prática assistencial e no da investigação científica.

4) PCA implica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.

5) O profissional da saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza.

Segundo estas autoras, a PCA caracteriza-se por fases distintas, sendo elas: Fase de Concepção; Fase de Instrumentação; Fase de Perscrutação; Fase de Análise/Fase de interpretação. Uma das características da PCA, como já foi citado, é que o tema para pesquisa precisa emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e a situação-problema é da prática. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Sendo assim, apresentou-se nos capítulos iniciais deste trabalho a Fase de Concepção na qual abordei o tema a ser pesquisado, as leituras acerca da temática e a definição do suporte teórico. Na seqüência, apresento como foi realizada a aplicação da metodologia, composta pelas fases de Instrumentação, de Perscrutação e de Análise.

A fase da Instrumentação consta da elaboração dos procedimentos metodológicos, incluindo a escolha do local da pesquisa, a forma de seleção dos participantes, as opções das técnicas para a obtenção e análise das informações e ainda a observação às questões éticas. Na fase de instrumentação, é necessário voltar-se para a questão de pesquisa e os objetivos da mesma, pois na PCA o contato com a prática e ao mesmo tempo o distanciamento provoca espaços de superposição, assim, o desenho da pesquisa convergente deverá necessariamente contemplar múltiplas modalidades, de modo que esta superposição demonstre como o processo de pesquisa flui concomitantemente com o processo da prática. (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fase da Perscrutação consistiu na obtenção dos dados e a fase da Análise e Interpretação, constou da apreensão das informações, síntese, teorização e recontextualização ou transferência.

Cabe registrar que, na presente pesquisa, as fases de instrumentação, perscrutação, análise e interpretação foram apoiadas no Modelo de Cuidado de Carraro, que permite cuidar e pesquisar simultaneamente, em outras palavras, permite o desenvolvimento da PCA.

4.2 Espaço da pesquisa

“O espaço da pesquisa foi definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa”. (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 73-74). No caso deste estudo, o espaço foi o alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José – Homero de Miranda Gomes.

Este serviço foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987 com 36 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto. A nova maternidade foi inaugurada em 26 de dezembro de 2002, iniciando com o atendimento de Emergência Obstétrica e Neonatologia. Em agosto de 2004, foi ativada a sala de recuperação pós-parto, propiciando um ambiente mais tranquilo e acolhedor às puérperas, acompanhantes e recém-nascidos. Em maio de 2005, contando com novos equipamentos, foi ativada também a Sala de Cesariana e Curetagem, que funcionava no Centro Cirúrgico Geral do Hospital. (www.saude.sc.gov.br/hrsj).

Dados de 2007 disponíveis no site do hospital informam uma média mensal de atendimentos 505 pacientes na maternidade e 1748 pacientes na emergência obstétrica, com uma média de 322 nascimentos. A missão é oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades de usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e principalmente ética (www.saude.sc.gov.br/hrsj). O serviço não conta com o profissional fisioterapeuta, a não ser quando há estágios curriculares obrigatórios de instituições de ensino superior da região.

4.3 Participantes

Na PCA, os participantes constituem parte integrante do estudo e sua participação é ativa no processo da pesquisa. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esta pesquisa foi realizada com 4 puérperas internadas no alojamento conjunto do Hospital Regional de São José, no mês de maio de 2010. Os critérios de inclusão foram: puérperas em alojamento conjunto, maiores de 18 anos, que aceitassem participar, sem problemas para a compreensão do objetivo do estudo e capacidade de responder aos questionamentos.

Desde 1994, Minayo (1994, p. 43) afirmava que “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”, sendo assim, a coleta do presente estudo foi finalizada quando considerou-se a densidade dos dados suficiente para atender aos objetivos do mesmo.

Na seqüência, o perfil de cada participante:

P01: 30 anos, ensino médio completo, amasiada, do lar, 4 gestações (1 aborto); bem disposta, acompanhada do marido, sentada na cama amamentando o bebê. Submeteu-se à terceira cesárea há 2 dias associada à laqueadura, queixou-se de dor nos membros superiores, na região abdominal e abaixo das costelas.

P02: 30 anos, ensino médio completo, casada, recepcionista; 2 gestações; deitada no leito, com o bebê dormindo no berço, sem acompanhante, pois o marido foi registrar a criança no cartório que fica dentro do hospital. Submeteu-se ao segundo parto normal com episiotomia há 7 horas, queixou-se de dor nos pontos.

P03: 20 anos, ensino médio incompleto, casada, atendente de *lan house*, 1 gestação, comunicativa, com fâscies de cansaço, pálida, deitada no leito e ainda com a roupa do centro obstétrico; acompanhada pela mãe. Submeteu-se ao primeiro parto normal com episiotomia há 5 horas, referiu dor nos pontos.

P04: 21 anos, ensino fundamental completo, amasiada, do lar. Encontrava-se deitada no leito, sem acompanhante, sem o bebê (internado na neonatal por prematuridade), contudo animada, pois o bebê viria para o alojamento conjunto no mesmo dia. Submeteu-se ao primeiro parto normal com episiotomia há 2 dias, queixando-se de dor na episiotomia (com edema e hematoma local).

4.4 O Modelo de Cuidado de Carraro como celeiro para o processo de pesquisa

O Modelo de Cuidado de Carraro, com as devidas adequações, além de subsidiar teoricamente, pode ser considerado como o instrumento para o presente estudo, pois foi utilizado para a coleta, para o registro e também para a análise dos dados. As adequações do MCC para uso da fisioterapeuta foram necessárias tendo em vista que sua versão original destinou-se ao uso na enfermagem. Tais adequações não alteraram de forma significativa o modelo preservando todas as suas etapas.

Definiu-se portanto, a sequência abaixo:

Primeiramente as pacientes foram selecionadas partindo de um contato com a enfermeira do alojamento conjunto, respeitando os critérios de inclusão. Na sequência fiz o primeiro contato com a paciente apresentando-me, explicando a intenção do estudo e convidando-a a participar, caracterizando a etapa “Conhecendo-nos” do Modelo de Cuidado de Carraro. Àquelas que aceitassem foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), informando-as sobre os cuidados éticos. Nesta etapa foi feita uma avaliação física utilizando um roteiro (Apêndice B), bem como a verificação da percepção da puérpera sobre o processo proposto - cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica (Apêndice C).

O apêndice B auxiliou a consulta ao prontuário, bem como a anamnese e o exame físico que foram realizados com a puérpera em seu quarto hospitalar. O apêndice C auxiliou no que se refere ao poder vital e às percepções da puérpera. Estes instrumentos também deram subsídios para uma entrevista informal (semi-estruturada), que foi gravada em mp3 (a fim de manter maior fidedignidade dos dados) e que conforme Trentini e Paim (2004), é o tipo de entrevista mais apropriado para a pesquisa convergente-assistencial.

Além da utilização dos referidos instrumentos, utilizei a observação como técnica para a coleta de dados, pois gestos, feições ou outras manifestações corporais e atitudes da puérpera poderiam trazer dados referentes à sua satisfação ou aceitação das ações fisioterapêuticas propostas.

O registro dos dados provenientes das três técnicas utilizadas (aplicação do MCC, entrevista e observação) foi feito no diário de campo.

A exigência de rigores e a criação de estratégias para a obtenção de informações são fundamentais na PCA, pois assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de

ação, mas presas ao interesse comum em potencializar a qualidade da unidade assistencial. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na pesquisa convergente-assistencial é humanamente impossível o pesquisador-assistencial registrar tudo o que ocorre, pois está prestando assistência, mas precisa fazer seus registros para a pesquisa. É recomendado, portanto, que lance mão de técnicas mistas de registros, para assegurar maior montante de informações. As entrevistas informais são registradas inicialmente de forma telegráfica, ou seja, com o uso de expressões-chave e assim que possível, de preferência no mesmo dia para evitar perdas, o pesquisador deve completar suas anotações com detalhes das observações e das falas dos participantes. (TRENTINI; PAIM, 2004). Além da gravação em mp3, utilizei o diário de campo para tais anotações, principalmente em relação à expressão corporal, interrupções, manifestação de familiares, entre outras.

Prossigui com a aplicação do Modelo, aplicando a etapa “Reconhecendo a situação” na qual fiz o reconhecimento das situações de cuidado e conforto, a identificação dos recursos disponíveis para a ação fisioterapêutica e a percepção de situações que pudessem influenciar o poder vital, subsidiada pelos dados coletados na etapa “Conhecendo-nos”.

Na etapa “Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias”, juntamente com a puérpera e seu familiar, programamos as prioridades e as ações fisioterapêuticas, a fim de minimizar seus desconfortos e potencializar seu poder vital, configurando assim o cuidado como um todo. Nesta fase, foi importante o envolvimento da família no processo de cuidado e conforto, pois ao ser orientado e participar do processo o familiar assume o papel de colaborador para a recuperação da puérpera.

O cuidado pode envolver a aplicação de diversas ações fisioterapêuticas incluindo a drenagem linfática, alongamento e relaxamento muscular através da cinesioterapia, o treino de padrão muscular respiratório, a massoterapia e outras manobras da terapia manual (já citadas anteriormente). Esta etapa é caracterizada como “Seguindo e agindo”. A escolha do tipo de cuidado dependeu das queixas da puérpera e sua disponibilidade de receber tal cuidado e conforto. É importante registrar que esta pesquisa não interferiu nas ações dos demais componentes da equipe de saúde do hospital.

A seguinte etapa “Acompanhando, analisando e compreendendo a trajetória”, consistiu na reavaliação integral da puérpera, da retomada da sua percepção sobre o processo agora já efetuado (cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica) e do registro das ações fisioterapêuticas (evolução) no prontuário da

puérpera, que fica no posto de atendimento do alojamento conjunto. Neste momento também foram realizadas as notas expandidas no diário de campo.

Este processo ocorreu de maneira dinâmica, indo e vindo de acordo com a proposta da PCA, ou seja, pesquisar e cuidar/cuidar e pesquisar. O processo proporcionou ainda analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro e compreender as percepções da puérpera em relação ao cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica em ambiente hospitalar.

A seguir, para melhor visualização, cada etapa do Modelo de Cuidado de Carraro será apresentada, conforme proposta para esta pesquisa.

1 - Conhecendo-nos:

- Conhecer a mulher, sua família e a situação de puerpério vivenciada;
- Deixar-me conhecer;
- Conhecer como o poder vital se apresenta.

2 - Reconhecendo a situação:

- Reconhecer as situações de cuidado e conforto no puerpério;
- Identificar os recursos disponíveis para a ação fisioterapêutica;
- Perceber situações de cuidado e conforto que influenciam no poder vital.

3 - Desenhando o trajeto e selecionando estratégias:

- Desenhar o trajeto a ser percorrido com base no que foi reconhecido junto à puérpera através da seleção das ações fisioterapêuticas para seu cuidado e conforto observando a reação do poder vital.

4 - Seguindo e agindo:

- Implementar as ações fisioterapêuticas selecionadas junto à puérpera e sua família, buscando a reação do poder vital.

5 – Acompanhando, analisando e compreendendo a trajetória:

- Observar o decorrer da trajetória, comparando-o com as observações prévias;
- Estimar a implementação das ações fisioterapêuticas visando a reação do poder vital;
- Verificar as percepções da puérpera em relação às ações fisioterapêuticas;

- Analisar cada etapa da trajetória, proporcionando subsídios para a seqüência do caminho, buscando conhecer a reação do poder vital;
- Retroalimentar a trajetória, introduzindo inovações para ampliar o cuidado e conforto oferecidos pelas ações fisioterapêuticas visando a reação do poder vital.

Cabe ressaltar que a qualquer o momento o Modelo de Cuidado de Carraro permite que a inter-relação entre as etapas, com o intuito de retroalimentação de toda a trajetória, conforme segue no diagrama proposto para esta pesquisa:

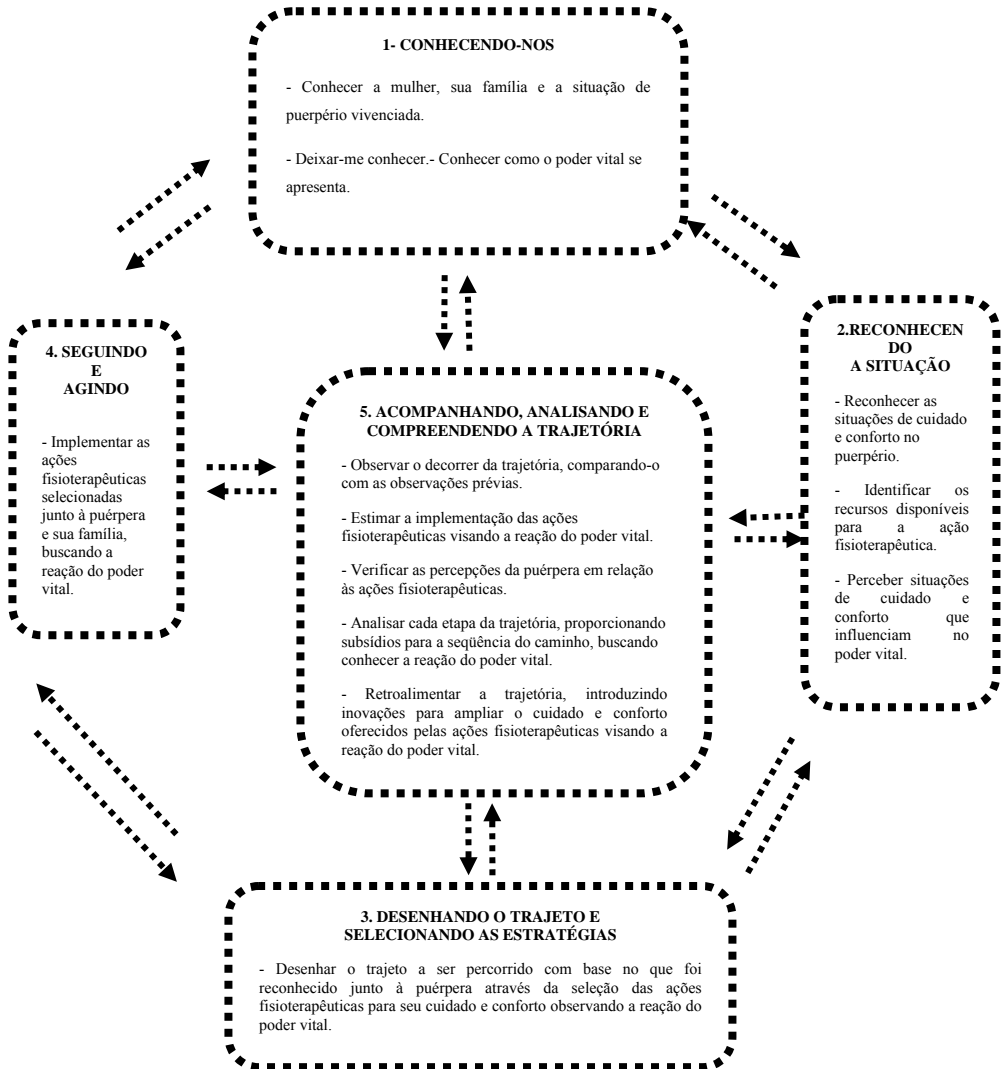


Figura 2 – Representação gráfica do Modelo de Cuidado de Carraro (1994), proposto para esta pesquisa (2011).

Para a realização da análise dos dados Trentini e Paim (2004) propõem que os mesmos sejam organizados em um mapa estruturado com colunas, contendo as transcrições das falas e observações, notas teóricas, metodológicas e de cuidado. Esta organização ocorreu num segundo momento, fora do ambiente de coleta de dados.

Assim como qualquer outra pesquisa qualitativa, Trentini e Paim (2004) apontam que a análise de informações consta de quatro processos genéricos: Apreensão, Síntese, Teorização e Transferência, conforme a descrição a seguir.

A apreensão iniciou com a coleta de informações, cujos relatos foram organizados através de expressões-chave. Os dados recebiam um primeiro olhar durante esta organização, ainda que superficialmente, com indícios de interpretação, buscando-se respostas para as perguntas de pesquisa.

A síntese consistiu em analisar subjetivamente as associações e variação das informações.

A teorização envolveu o desenvolvimento de um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese, descobrindo os valores contidos nas informações, originando pressupostos e novos conceitos.

A transferência de resultados pressupõe a possibilidade de dar significado a determinados achados e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que haja generalização desse processo.

Todo o processo foi realizado pela própria pesquisadora e a análise desenvolvida a partir do Modelo de Cuidado de Carraro, elaborado à luz da teoria de Florence Nightingale.

4.5 Cuidados éticos

De acordo com Mesquita (2000) a dimensão ética necessita ser observada em todo tipo de estudo que envolve a vida humana e na PCA não é diferente, pois para Trentini e Paim (2004) a PCA requer uma explicitação ética que demonstre os avanços possíveis do conhecimento e das novas ações a partir delas mesmas. Compreende assim, os comportamentos que caracterizam a cultura de um grupo profissional ao desenvolver investigação científica no contexto da própria assistência, por preservar e respeitar alguns valores reconhecidos como princípios morais os que entendem a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce das relações interpessoais.

O presente estudo foi permeado com a preocupação de respeito aos valores e crenças trazidos pelas puérperas e seguiu os seguintes princípios:

- Submissão do projeto desta pesquisa à apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado conforme processo nº 709 FR 330247 e apreciado também pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital envolvido obtendo aprovação conforme o protocolo 08/10;
- Assinatura do TCLE (anonimato, privacidade, dignidade no relacionamento, autodeterminação, bem-estar, segurança e não sofrimento de agravos);
- Os dados foram digitalizados e arquivados em computador pessoal, de uso individual, protegido por senha, durante 5 anos. Além disso, permanecem num arquivo de nuvem computacional (Sousa, Moreira e Machado, 2011), também protegidos por senha. Os registros realizados em papel foram destruídos (queimados) após sua digitalização (escaneamento).
- Divulgação dos resultados da pesquisa através de manuscritos já elaborados e relatório de pesquisa ao hospital envolvido.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 MANUSCRITO 2: FISIOTERAPIA NO CUIDADO E CONFORTO DA MULHER NO PUERPÉRIO IMEDIATO EM AMBIENTE HOSPITALAR À PARTIR DO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO

Para submissão à Revista Fisioterapia Brasil.

Apresentado conforme a Instrução aos Autores da própria revista, disponível no site www.atlanticaeditora.com.br. Destaca-se que a Revista Fisioterapia Brasil solicita que se numere as referências de forma consecutiva, em números arábicos entre colchetes conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e que sejam identificadas pelo mesmo número sempre que citadas. Não usar sobrescrito. A revista exige resumo apenas em português e em inglês.

MANUSCRITO 2 – para submissão à Revista Fisioterapia Brasil**Fisioterapia no cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar a partir do modelo de cuidado de Carraro ²****Physiotherapy in the care and comfort of women in immediate puerperium in the hospital applying Carraro's care model**

Daysi Jung da Silva Ramos

Fisioterapeuta, Mestre em saúde coletiva;

Membro do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando - PEN/UFSC;

Docente do curso de fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina UNISUL/unidade Pedra Branca.

Telma Elisa Carraro

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo PEN/UFSC;

Vice-líder do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando –

PEN/UFSC; Docente do Programa de Pós-Graduação e do

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa

Catarina – UFSC.

Autor correspondente: e-mail: daysi.ramos@unisul.br

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25 - Cidade Universitária Pedra

Branca – Palhoça – Santa Catarina / CEP 88130-000

Telefone: (048)3279-1047

² Este manuscrito é um recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da fisioterapeuta Daysi Jung da Silva Ramos orientada pela Prof^ª Dr^ª Telma Elisa Carraro.

RESUMO

A atuação do fisioterapeuta é cada vez mais importante no processo de atenção à saúde, envolvendo-se inclusive no cuidado à puérpera. O objetivo deste trabalho foi analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC) em ambiente hospitalar. Foi uma pesquisa qualitativa, tipo convergente-assistencial (PCA). Quatro puérperas internadas num hospital público de SC receberam cuidado fisioterapêutico aplicando-se o MCC. Como resultados observou-se que o uso do MCC através da PCA foi apropriado para este estudo e o cuidado fisioterapêutico transcendeu a aplicação de técnicas, focando-se na busca do conforto à puérpera. Percebeu-se diferença entre o comportamento dos profissionais da “porta de entrada” (triagem e centro obstétrico) e os profissionais da enfermaria, demonstrando necessidade de conscientização da equipe para um atendimento adequado. Destaca-se ainda que puérperas e profissionais sejam estimulados a perceber o poder vital, considerando a todos como co-autores do processo de cuidado no papel de facilitadores. Os dados demonstraram que o fisioterapeuta pode influenciar de forma positiva no poder vital da puérpera avaliando atentamente suas necessidades e oferecendo cuidado e conforto com ações específicas da fisioterapia.

Palavras-chave: Cuidado; Conforto; Fisioterapia.

ABSTRACT

The role of the physiotherapist is increasingly important in the process of health care, including getting involved in the puerperal woman care. The aim of this study was to analyze how the therapist can influence the vital power of the puerperal woman applying Carraro's Care Model (CCM) in the hospital. It was a qualitative, assistential convergent research (ACR). Four puerperal women in a public hospital in SC received physiotherapy care applying CCM. The results showed that the use of CCM through the ACR was appropriate for this study and physical therapy care transcended the application of techniques, focusing on the comfort of the puerperal woman. Differences between the behavior of professionals in the "gateway" (screening and obstetrics center) and professionals in the ward were perceived, demonstrating a need for awareness of the staff for an appropriate service. It is noticeable that mothers and professionals are encouraged to perceive the vital power, considering all co-authors of the care process as facilitators. The data demonstrated that the physiotherapist may have a positive influence on the vital power of the puerperal women, carefully assessing their needs and providing care and comfort with specific actions of physiotherapy.

Key-words: *Care; Comfort; Physiotherapy.*

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como parte integrante do processo de reabilitação, porém cada vez mais este profissional revela-se importante em outras funções dentro do processo de atenção à saúde, envolvendo-se inclusive no cuidado à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.

O puerpério, principalmente o imediato, abrange a adaptação à maternidade, sendo importante o apoio do companheiro, da família, da equipe de saúde, da empresa em que trabalha, da sociedade, e também do Estado. Isso demonstra que é um período do ciclo reprodutivo da mulher, que requer olhares multidisciplinares e pluriabrangentes, dizendo respeito às ciências da saúde, sociais e humanas. Segundo Santos [1], durante a internação hospitalar (48 a 72 horas que se seguem ao parto), a puérpera e o recém-nascido devem permanecer no Alojamento Conjunto onde receberão a assistência e orientações necessárias.

Partindo deste entendimento de que é necessário o trabalho de uma equipe de profissionais para atender a puérpera, acreditamos que o fisioterapeuta também deve estar envolvido nesta equipe, tendo em vista sua dedicação ao cuidado e conforto à mulher nas diversas fases de sua vida. O trabalho deste profissional exige sua permanência ao lado da mulher durante um tempo relativamente maior do que alguns dos profissionais componentes da equipe de saúde. A intenção é acrescentar esforços, estando preparado para apoiar, cuidar e confortar a mulher durante o período pós-parto, podendo, auxiliar na solução de problemas.

Muitas vezes o puerpério é tido como “um pacote”, que traz os mesmos efeitos e transformações para todas as puérperas, porém considerando que cada ser é único e, portanto, cada mulher vivencia este momento à seu modo, com suas particularidades, suas limitações e angústias, seus medos e desejos, com satisfação e prazer. Assim sendo, cada uma terá necessidades de cuidados diferenciados e pensando-se na mulher como um ser integral, indivisível, vivenciando transitoriamente um momento de estresse, torna-se difícil determinar a duração e estratégias de adaptação particular a essa condição. Esse período de mudanças faz refletir sobre a necessidade de potencializar o poder vital da mulher puérpera, contribuindo para que ela não perca energia, de modo a manter ou recuperar sua saúde, evitando também, como afirma Carraro [2], que mulheres, ao trazerem à vida uma nova vida, paradoxalmente, morram ou tenham complicações por falta de cuidados puerperais.

Neste estudo o cuidado é entendido como algo que faz a ligação aos elos de uma relação, seja ela no âmbito particular ou profissional. É o que nutre, faz crescer e fortifica os vínculos, podendo ser expresso por atitudes, palavras ou por gestos (incluindo as ações fisioterapêuticas), neste caso direcionados à puérpera em ambiente hospitalar. Entendemos ainda que este cuidado poderá influenciar no poder vital da mesma.

O poder vital está definido nesta pesquisa como a própria vitalidade, é a energia interior, é a capacidade de reação, é uma força essencial para a restauração e manutenção da saúde e da vida. Partindo deste conceito, percebe-se que tudo o que puder alterar essa energia interior, essa capacidade de reação, enfim esse poder vital pode interferir no restabelecimento da mulher no pós-parto.

A fim de ter uma referência teórica, esta pesquisa está sustentada pelo Modelo de Cuidado de Carraro, o qual foi elaborado a partir da teoria de Florence Nightingale. Foram utilizados subsídios da Enfermagem por não haver na Fisioterapia teorias para o embasamento do presente estudo.

O Modelo de Cuidado de Enfermagem de Carraro resultou da sua dissertação de mestrado intitulada “Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções” [3]. Até 2008, o modelo era tratado como proposta, pois somente no referido ano é que Wall [4] a partir de sua tese de doutoramento confirmou que a proposta pode ser identificada como um modelo.

Este Modelo compreende várias etapas, que se complementam e são articuladas entre si, podendo ou não ocorrer simultaneamente. As etapas representadas por Carraro são: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória [3, 5, 6]. Sendo assim, aplicou-se o Modelo de Cuidado de Carraro, com as devidas adequações, para a fisioterapia e seguem aqui alguns resultados desta experiência. O MCC precisou ser adequado para uso da fisioterapeuta, tendo em vista que sua versão original destinou-se ao uso na enfermagem. Tais adequações não alteraram de forma significativa o modelo preservando todas as suas etapas.

Diante desse contexto, fundamenta-se a preocupação de **analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar**, sendo este o objetivo deste manuscrito.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo apresentado trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial (PCA). Proposta por Trentini e Paim [7] a PCA consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial, tendo pesquisa e assistência incorporadas uma à outra, buscando a solução para problemas, realizando mudanças e introduzindo inovações na situação social. Para isso, é necessária a participação ativa dos sujeitos de pesquisa, resultando em cooperação mútua entre pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada.

O texto apresentará os passos da pesquisa realizada entrelaçados à fundamentação da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), num movimento de ir e vir, como elos.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado conforme processo nº 709 FR 330247 e apreciado também pelo comitê de ética em pesquisa do hospital envolvido obtendo aprovação conforme o protocolo 08/10. As participantes foram 4 puérperas, acompanhadas ou não de seus bebês, internadas no alojamento conjunto de um hospital público de Santa Catarina. Os critérios de inclusão foram: puérperas em alojamento conjunto, maiores de 18 anos, que aceitassem participar, sem problemas para a compreensão do objetivo do estudo e capacidade de responder aos questionamentos.

A PCA caracteriza-se por fases distintas, sendo elas: Concepção (abordagem do tema com leituras acerca da temática e a definição do suporte teórico); Instrumentação (elaboração dos procedimentos metodológicos); Perscrutação (obtenção/coleta dos dados) e Análise/ interpretação (apreensão das informações, síntese, teorização e recontextualização). Uma das características da PCA, é que o tema para pesquisa precisa emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e, a situação-problema é da prática [7].

As fases de perscrutação (coleta de dados realizada no mês de maio de 2010), análise e interpretação tiveram como subsídio o Modelo de Cuidado de Carraro, com as devidas adequações para esta pesquisa. Para tanto, definiu-se as seguintes etapas:

Primeiramente as pacientes foram selecionadas partindo de um contato com a enfermeira do alojamento conjunto e de acordo com os critérios de inclusão citados anteriormente. Na seqüência instituiu-se o primeiro contato com a paciente realizando a apresentação da pesquisadora responsável pela coleta de dados, explicando a intenção do estudo e convidando-a a participar, caracterizando a etapa

“Conhecendo-nos” do Modelo de Cuidado de Carraro. Àquelas que aceitaram, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, informando-as sobre os cuidados éticos (anonimato, privacidade, dignidade no relacionamento, autodeterminação, bem-estar, segurança e não sofrimento de agravos). Nesta etapa após consulta ao prontuário foi realizada a anamnese e a avaliação física, no próprio quarto hospitalar, utilizando um roteiro para o conhecimento do estado de saúde da puérpera e conseqüente escolha das ações fisioterapêuticas. Um segundo roteiro auxiliou no que se refere ao poder vital.

As questões norteadoras dos roteiros de entrevista que cabem ser destacadas para o presente manuscrito são: Opinião da puérpera sobre o parto atual, sobre a equipe de saúde, em relação às condições do ambiente hospitalar; Preocupações neste momento; Dúvidas e expectativas; Aprendizagem; Conforto; Alimentação; Sono e repouso; Higiene; Eliminações; Cuidados com o bebê; Estado emocional.

Adicionando a anamnese e o exame físico aos dados levantados com as questões acima, pode-se eleger as ações fisioterapêuticas que foram realizadas visando o cuidado necessário à cada puérpera, buscando seu conforto e satisfação.

Os instrumentos citados deram subsídios para uma entrevista informal (semi-estruturada), que foi gravada em mp3 (a fim de manter maior fidedignidade dos dados) e que conforme Trentini e Paim [7], é o tipo de entrevista mais apropriado para a PCA. Além disso, utilizou-se a observação como técnica para a coleta de dados, pois gestos, feições ou outras manifestações corporais e atitudes da puérpera trouxeram dados referentes à sua satisfação ou aceitação do tratamento proposto. O registro dos dados provenientes das três técnicas utilizadas foi feito no diário de campo, principalmente expressões corporais, interrupções, manifestações de familiares, entre outras.

A exigência de rigores e a criação de estratégias para a obtenção de informações são fundamentais na PCA, pois assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de ação, mas presas ao interesse comum em potencializar a qualidade da unidade assistencial [7].

Proseguiu-se a aplicação do Modelo com a etapa “Reconhecendo a situação” na qual foi realizado o reconhecimento das situações de cuidado e conforto, a identificação dos recursos disponíveis para a ação fisioterapêutica e a percepção de situações que influenciavam o poder vital da mulher, subsidiada pelos dados coletados na etapa “Conhecendo-nos”.

Na etapa “Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias”, juntamente com a puérpera e seu familiar, programou-se as prioridades e as ações fisioterapêuticas, a fim de minimizar seus desconfortos e potencializar seu poder vital, configurando assim o cuidado como um todo. Nesta fase, foi importante o envolvimento da família no processo de cuidado e conforto, pois ao ser orientado e participar do processo entende-se que o familiar torna-se um colaborador para a recuperação da puérpera.

O cuidado envolveu a aplicação de diversas ações fisioterapêuticas incluindo exercícios respiratórios, crioterapia, massoterapia, alongamento e relaxamento muscular através da cinesioterapia, bem como orientações gerais sobre postura e amamentação. Esta etapa caracteriza-se como “Seguindo e agindo”. A escolha do tipo de cuidado dependeu das queixas da puérpera e sua disponibilidade para receber tal cuidado e conforto. É importante registrar que esta pesquisa não interferiu nas ações dos demais componentes da equipe de saúde do hospital.

A seguinte etapa “Acompanhando, analisando e compreendendo a trajetória”, consistiu na reavaliação integral da puérpera, da retomada da sua percepção sobre o processo agora já efetuado (cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica) e do registro das ações fisioterapêuticas (evolução) no prontuário da mesma, que fica no posto de atendimento do alojamento conjunto. Neste momento também foram realizadas as notas expandidas no diário de campo.

Este processo, que ocorreu de maneira dinâmica, indo e vindo de acordo com a proposta da PCA, ou seja, pesquisar e cuidar/cuidar e pesquisar, proporciona analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro. Cabe ressaltar que a todo momento o Modelo de Cuidado de Carraro permite a inter-relação entre as etapas, com o intuito de retroalimentação de toda a trajetória.

Todas as entrevistas foram transcritas fielmente, sendo os dados submetidos a uma pré-análise (fase de organização) para que pudessem ser interpretados. Assim como qualquer outra pesquisa qualitativa, Trentini e Paim [7], apontam que a análise de informações consta de quatro processos genéricos: Apreensão (coleta de informações, cujos relatos devem ser organizados, sendo neste estudo empregadas expressões-chave); Síntese (consiste em analisar subjetivamente as associações e variação das informações); Teorização (desenvolvimento de um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o

processo de síntese, descobrindo os valores contidos nas informações, originando pressupostos e novos conceitos) e Transferência de resultados (pressupõe a possibilidade de dar significado a determinados achados e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que haja generalização desse processo).

Todo o processo foi realizado pelas próprias pesquisadoras e a análise foi desenvolvida a partir do Modelo de Cuidado de Carraro, elaborado à luz da teoria de Florence Nightingale incluindo relações com a literatura pesquisada. Cabe registrar que as puérperas envolvidas estão aqui apresentadas como P01, P02, P03 e P04, o que garante o compromisso ético de não revelar suas identidades. O presente estudo foi permeado ainda pelo respeito aos valores e crenças trazidos pelas puérperas.

Os dados foram digitalizados e arquivados em computador pessoal, de uso individual, protegido por senha, onde permanecerão por 5 anos. Além disso, permanecem num arquivo de nuvem computacional, também protegidos por senha. Os registros realizados em papel foram destruídos (queimados) após sua digitalização (escaneamento).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo das etapas do MCC descritas no item material e métodos deste manuscrito, analisando os instrumentos já preenchidos e pensando no objetivo do presente manuscrito, iniciamos a discussão dos resultados partindo da opinião da puérpera em relação ao parto atual, tendo em vista que esta experiência pode influenciar seu poder vital principalmente nas primeiras horas que se seguem. Conforme Tedesco et al [8], conhecer opiniões da principal envolvida no processo de nascimento permite realizar a integração da realidade à teoria, pois seus depoimentos clamam por atenção e bem-estar.

Assim, levantou-se que P01, que fez a terceira cesárea há 2 dias, enfatizou a dor como um incômodo importante no pós-parto e não recomenda tal cirurgia, justificando que no seu caso foi por falta de dilatação para o parto normal. P02 que submeteu-se ao seu segundo parto normal com episiotomia há 7 horas, queixou-se de dor no local dos pontos e descreveu a experiência do parto como “terrível”, destacando o mau atendimento recebido na sala de triagem e também no centro obstétrico. P03 que experimentou o primeiro parto normal com episiotomia há 5 horas, também referiu dor nos pontos e relatou ter ficado muito ansiosa, nervosa e preocupada por pensar que o parto não estava transcorrendo normalmente, sendo que o médico disse que tudo seria mais rápido após o rompimento da bolsa e isso não aconteceu.

Além disso, queixou-se da falta de atenção dos profissionais no centro obstétrico dizendo “*Acham que para a gente tudo é normal como é para eles. Acontece que foi meu primeiro parto e eu estava com medo mesmo. Eles estão ali o tempo todo, eu não*”. Contrariamente, a Puérpera 04 que também experimentou o primeiro parto normal com episiotomia há 2 dias, referiu que foi bem atendida e que sua única preocupação era a prematuridade do bebê, embora também tenha se queixado de dor na episiotomia. De acordo com Monticelli [9], no contexto hospitalar a mulher está num ambiente desconhecido, sem um ponto de referência. Já os profissionais de saúde encontram-se em seu ambiente de trabalho, ao qual estão habituados, agindo com rapidez e segurança no desempenho técnico, porém desconhecendo a especificidade de cada mulher e como ela está vivenciando o processo do nascimento.

Pode-se perceber que as feições das mulheres ao se referirem sobre a experiência do parto demonstravam o quanto tal vivência influenciou (negativa ou positivamente) no seu poder vital. As puérperas 01, 02 e 03 que estavam de certa forma insatisfeitas com o tipo de parto ou com o atendimento tinham o semblante sério e fâscies de dor. Já a P04, que estava satisfeita com o atendimento recebido, embora também tenha se queixado de dor, estava sorridente e com o semblante tranqüilo.

No exame físico as Puérperas 01, 02 e 03 o destaque foi o padrão muscular ventilatório apical e abdômen distendido com ruídos hidro-aéreos reduzidos (não haviam ainda evacuado). Todas as puérperas queixaram-se de dor peri-incisional. P01 queixou-se de dor nos braços, na região abdominal e abaixo das costelas, apresentando edema em pés e mãos. P02, assim como P04, apresentava edema e hematoma na região da episiotomia. P03 apresentava edema importante em pequenos e grandes lábios, além de extenso hematoma na região perineal.

Percebeu-se aqui dados importantes que tangenciam a atuação do fisioterapeuta no cuidado à puérpera no ambiente hospitalar. Segundo Beleza e Carvalho [10], a intervenção fisioterapêutica no puerpério imediato tem como objetivos: orientar o posicionamento no leito, reeducar a função respiratória, estimular o sistema circulatório, restabelecer a função intestinal, reeducar os músculos abdominais, reeducar a musculatura do assoalho pélvico, promover analgesia no local da incisão (perineal ou abdominal) e oferecer orientações gerais em relação aos cuidados com as mamas, quanto às posturas assumidas durante o cuidado com o bebê e da necessidade de continuar o acompanhamento fisioterápico em nível ambulatorial.

Foi sugerida à cada uma das mulheres a realização de treino de padrão muscular ventilatório diafragmático principalmente pela distensão abdominal, dor e padrão próprio da gestação; auto-massagem abdominal para auxiliar no trânsito intestinal e movimento de bacia de pelve que auxilia na melhora da irrigação da região abdômino-pélvica e também no relaxamento local. Todas aceitaram as sugestões realizando as ações propostas e aquelas que estavam com acompanhante solicitaram que o mesmo permanecesse atento ao que era realizado para auxiliá-la posteriormente na execução. As mulheres apontaram que se sentem mais seguras com a presença do acompanhante, pois este se torna sua referência dentro do ambiente hospitalar que é repleto de desconhecidos. Segundo Monticelli [9], havia uma época em que a gravidez, o parto e os cuidados posteriores com a mãe e o bebê transcorriam em família, com fortes vínculos humanos e suportes sociais, o que não ocorre mais, pois estes fenômenos passaram a transcorrer em instituições hospitalares, onde os vínculos se resumem aos contatos superficiais, muitas vezes longe das pessoas que lhes são significativas.

“Quero ter sempre um acompanhante” (P03). Este desejo recebe apoio legal através da Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005, que prevê a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS [11]. Conforme Frello e Carraro [12], para a mulher puérpera, a presença do acompanhante promove tranquilidade e segurança, não apenas quanto ao estar próximo, mas quando ele é incluído nos cuidados à mulher.

Outras sugestões foram feitas (e aceitas pelas mulheres) de acordo com as necessidades apresentadas por cada uma durante o exame físico.

Para P01 foi sugerido ainda alongamento para a musculatura peitoral e dos membros superiores, exercícios metabólicos para pés e mãos e ainda orientações posturais, sendo que a paciente estava sentada na cama, sem apoio para os pés, sem encosto para as costas e com o tronco fletido, suspendendo o bebê até a mama, sobrecarregando os membros superiores e a cintura escapular. Para Morari-Cassol et al [13] deve-se considerar que durante a amamentação a mulher permanece por longos períodos e várias vezes ao dia em uma mesma postura, quando esta é incômoda ou inadequada, podem surgir queixas de desconfortos músculo-esqueléticos e até dificuldades para a amamentar.

Para P02 foi sugerido o exercício abdominal adaptado (com expiração forçada e sem deslocamento de segmentos) para correção de

diástase dos retos abdominais; alongamentos para peitorais e musculatura cervical em virtude da protusão de ombros observada e da sobrecarga desta musculatura durante o período expulsivo do parto; a crioterapia na região da episiotomia com o intuito de beneficiar-se dos efeitos analgésico e anti-edematoso do gelo. Além disso, foi realizada a manobra de evacuação dos linfonodos inguinais com o objetivo de potencializar a drenagem linfática da região pélvica e abdominal; deambulação visando melhora da circulação sanguínea geral e estímulo à função intestinal; orientação para a pega do bebê tendo em vista que o mesmo não fez uma boa pega no momento em que foi amamentado e posicionamento para a amamentação. Morari-Cassol et al [13] alertam que a utilização de posturas inadequadas para a amamentação favorecem a retroversão pélvica, por exemplo, originando ou exacerbando sintomas dolorosos.

Para P03 foi sugerida ainda a crioterapia na região da episiotomia e manobra de evacuação dos linfonodos inguinais. Para P04 foi sugerida também a crioterapia na região da episiotomia; manobra de evacuação dos linfonodos inguinais; o exercício abdominal adaptado (com expiração forçada e sem deslocamento de segmentos); alongamentos para peitorais; orientações posturais e para o uso do *soutien*, tendo em vista que a mesma não utilizava tal proteção e queixava-se de sensação de peso nas mamas.

As três puérperas submetidas à crioterapia (Puérperas 02, 03 e 04), se mostraram mais animadas ao final da aplicação devido ao resultado obtido. Entende-se aqui que a dor era um fator negativo ao poder vital e com a ação fisioterapêutica este pode ser fortalecido, o que foi percebido pelo sorriso de cada uma ao falar sobre a redução da dor local e a possibilidade de sentar-se.

Além disso, para as puérperas que foram submetidas à episiotomia foi confeccionado coxim para a posição de sedestação, consistindo de um lençol enrolado em formato de uma rosca colocado sob as nádegas para que a paciente possa permanecer sentada sem que a região perineal seja pressionada pela superfície de apoio (cadeira ou cama). As três puérperas que fizeram episiotomia referiram medo de evacuar e estavam preocupadas com a recuperação do corte (possibilidade de infecção). O medo e a ansiedade são fatores que podem influenciar negativamente o poder vital, portanto atitudes, tais como as ações fisioterapêuticas propostas, que possa oferecer cuidado e conforto a fim de minimizar tais sentimentos é positiva.

As puérperas 03 e 04, provavelmente por serem primíparas, demonstraram-se preocupadas com os cuidados para com seus bebês e

atribuíram às suas mães a tarefa de auxiliá-las. Conforme Monticelli [9], a gestante ou a puérpera, principalmente aquelas que estão sendo mães pela primeira vez, são ajudadas por suas famílias e por seus pares. Acrescenta-se ainda que, por influência cultural, a tarefa de dar suporte à puérpera e cuidar do bebê é uma responsabilidade eminentemente feminina envolvendo, por exemplo, mães, avós, irmãs, madrinhas, sogras, tias, amigas e vizinhas.

Algumas informações coletadas no item “fatores que interferem no poder vital” merecem ser ressaltadas. As Puérperas 01, 02 e 03 se queixaram do acolhimento no centro obstétrico, da falta de atenção de alguns profissionais e elogiaram o serviço da equipe de enfermagem do alojamento conjunto. Esta falta de acolhimento e de atenção pode influenciar o poder vital da puérpera negativamente. Wolff e Waldow [14 p. 139], afirmam que a relação de confiança com os profissionais de saúde fortalece os sentimentos positivos da mulher. Mesmo se sentindo "maltratada" a mulher pode não se queixar, seja por medo, opressão ou por estar vivenciando o nascimento de seu bebê. Ao final do processo, “tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos”.

Após leituras realizadas sobre o poder vital para a composição deste manuscrito é conveniente destacar que o comportamento dos profissionais pode influenciar no poder vital daquele que recebe o (des)cuidado. Os profissionais de saúde, tendem a chegar no quarto hospitalar de uma puérpera e imediatamente passam a explicar, corrigir e aconselhar em relação aos cuidados com o bebê e com a própria puérpera, enfatizando a amamentação como principal foco do momento, sem ao menos dar tempo para perceber como o processo puerperal está acontecendo. É importante primeiramente conhecê-la, buscando saber como se percebe no puerpério, o que sente, quais são seus receios, crenças, valores, dúvidas e expectativas, como percebe o parceiro e a família no processo que vivencia. Só após estas preliminares é que o profissional poderá verificar necessidades e formas de ação para prestar cuidado e conforto de acordo com as demandas específicas. Outro cuidado importante quando se trabalha com puérperas é considerar que elas geralmente estão acompanhadas de seus bebês, demandando atenção especial aos mesmos, podendo ser necessário interromper as atividades para a amamentação, para a higiene ou para acalotá-lo quando somente o colo da mãe é capaz de fazê-lo. Durante o presente estudo foi necessária tal interrupção, o que é fundamentado pelo Modelo de Cuidado de Carraro, sendo que sempre que o bebê chorava era oferecida à puérpera a possibilidade de atendê-lo prioritariamente. Uma situação que cabe destacar é a de P01, pois seu marido estava segurando

o bebê no colo, mas isso não o acalmava, ele permanecia resmungando e ela os acompanhava com o olhar atentamente. Então, lhe foi oferecida a possibilidade de interrupção das atividades para que ela o atendesse e sua resposta foi: *“Deixe ele com o pai, pois se for por conta do pequeno eu nem posso ir ao banheiro. Além disso ele tem que me ajudar a cuidar”*. Este achado vai de encontro ao que foi exposto por Monticelli [9], que afirma que em seu estudo o homem permanecia arredio, não se incluindo e não sendo incluído pelas mulheres na execução direta dos cuidados.

Sobre o auto-cuidado todas as puérperas evidenciaram a higiene e a alimentação como seu principal foco, embora o repouso também tenha sido citado. Os cuidados com os pontos, sejam da cesárea ou da episiotomia, lavando-os e secando-os bem, foram citados por todas com ar de preocupação. As puérperas submetidas à episiotomia apresentaram certa inquietação em relação à evacuação. Expuseram o medo de romper pontos ou de ter infecção local. Para todas foram reforçadas as orientações de higiene, retirando dúvidas como por exemplo em relação ao uso da cinta compressiva e a troca frequente de absorventes. Para Gonçalves e Frello [15], a atuação da enfermagem no puerpério é fundamental para a potencialização do poder vital da mulher puérpera, estimulando o cuidado de si (mulher) para cuidar do outro (bebê), facilitando a travessia por este período. Pode-se dizer o mesmo em relação à fisioterapia, tendo em vista que os objetivos ao oferecer o cuidado e o conforto à puérpera são semelhantes entre estes profissionais.

Quando questionadas sobre suas expectativas e preocupações as puérperas evidenciaram o desejo de uma recuperação rápida e de obter a alta hospitalar para que pudessem seguir para suas residências, unindo-se aos demais familiares. P04 ainda complementou sua resposta colocando sua apreensão quanto à recuperação do bebê que estava internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A Puérpera 03 fez questão de salientar que em casa será cuidada pela sogra, mas imagina que não receberá a mesma atenção que sua mãe lhe ofereceria. Monticelli [9], também encontrou em seu estudo, pelas colocações das mulheres participantes, a sugestão de que a presença da mãe parece uma condição imprescindível neste momento para decidir o que deve ser feito e o que não deve. Cita ainda que *“aprender a ser mãe é aprender a cuidar e quem ensina a ser mãe (cuidar) são as próprias mulheres”* [9, p. 142].

Frello [16], afirma que a mulher em processo do parto experiencia este momento de forma única junto à sua família, variando

de acordo com características influenciadas pela cultura, pelo círculo social, pelo conhecimento prévio e outros. É importante que sentimentos e expectativas das mulheres sejam valorizados na prática e em pesquisas, pois a difusão destes resultados de forma sistematizada pode influenciar positivamente na ação dos profissionais para cada situação da prática e pesquisa. Para Castro e Clapis [17], exige-se da parturiente uma postura passiva para que os profissionais realizem procedimentos que nem sempre são benéficos e desejados pela mulher, além de desvalorizarem aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto.

Pode-se dizer que o mesmo se aplica ao puerpério, por isso sugere-se que fortalecer a auto-estima da mulher, bem como seu poder vital podem ser atitudes fundamentais para uma recuperação rápida e segura. Tal ideia apóia-se em Carraro [3], que defende o poder vital como uma força inata que tende para a vida, projetando o ser humano para o viver. Estudando a mulher-mãe Wall [18], percebeu que em sua amostra todas as mulheres fortaleciam seu poder vital ao olhar para a vida em sua nova condição com esperança e expectativas.

Sobre o ambiente hospitalar, P01 destacou uma questão importante “*Não me sinto em casa, falta privacidade por exemplo, mas eu já sabia que ficaria no hospital, então tudo bem. O hospital é bom, mas é hospital*”. Para as Puérperas 02, 03 e 04 o importante do ambiente hospitalar é o acesso aos recursos e as orientações que são repassadas “*Não tenho muita preocupação com riscos porque aqui estou dentro do hospital e terei atendimento se precisar... e já me explicaram um monte de coisas*” (P02). As Puérperas 03 e 04 acrescentam sorridentes que a vista do hospital é muito boa, tem janelas grandes e pode-se ver o mar, sentir uma brisa, ver as ruas, o movimento das pessoas do lado de fora e isso distrai, principalmente para P04 que tinha seu bebê internado na UTI neonatal e ficava no quarto sem ele. Nightingale [19, p.18], já previa como “primeira regra de enfermagem conservar o ar ambiente da habitação tão puro quanto o ar exterior”. Deduz-se, portanto que o ambiente agradável pode influenciar positivamente no poder vital da puérpera.

Percebe-se nas falas das puérperas que o ambiente hospitalar lhes traz segurança, informações e mesmo o ambiente externo ao hospital (natureza, movimento) contribui para o fortalecimento do poder vital das mesmas. Pode-se confluir tais observações para o que afirma Carraro [2], que falando sobre Florence Nightingale enfatiza que ao olhar além da doença, ela deixava sobressair sua visão humanista ao

proporcionar um ambiente saudável, potencializando o poder vital dos pacientes.

As companheiras de hospitalização também foram citadas por todas as puérperas como referência para a troca de experiências. P03 demonstrou certa preocupação, pois a cama ao seu lado estava desocupada: *“Espero que venha uma companheira, pois à noite vou ficar com meu marido e se tiver alguém com ela pode ajudar a gente numa emergência”*. Para P04 foi fundamental a presença das outras duas puérperas que ocupavam o mesmo quarto, pois ela estava sem seu bebê, apontou as colegas como companheiras preocupadas e com quem já pode aprender alguns cuidados com o bebê.

Em alguns momentos os acompanhantes também se pronunciaram, expuseram suas opiniões e influenciaram as puérperas para a participação ativa na pesquisa, colocando-se à disposição para os cuidados com o bebê durante o atendimento.

Sobre seu estado emocional as puérperas responderam que estavam tranqüilas e felizes. Cabe destacar o depoimento emocionado de P04: *“Estou feliz e dando mais valor à minha mãe. Agora tenho a certeza do que é o amor verdadeiro”*.

Para finalizar, elogiaram a atenção dispensada à elas pela pesquisadora, sendo atendidas com calma e de forma individualizada, oferecendo atenção às suas dúvidas e queixas. *“Nem todo mundo entra aqui sorrindo como você, dando bom-dia, assim animados. E principalmente se apresentando. E nos outros filhos eu não tive essa atenção que tá me dando agora, com esse cuidado da fisioterapia”* (P01). Para Marque, Dias e Azevedo [20], o profissional de saúde deve proporcionar um plano de cuidados individualizado, considerando desejos e sentimentos da mulher e seus familiares. Para um cuidado efetivo é essencial ponderar que cada mulher é única, com seus valores, suas crenças e necessita ser respeitada em suas vontades e direitos, como acreditam Moura, Costa e Teixeira [21], ao afirmar que a satisfação das puérperas depende da valorização de suas emoções, carências e da intenção de entenderem seu estado puerperal frágil. Complementando, Busanello [22], afirma que os trabalhadores da saúde são os principais responsáveis pela implementação de uma atenção humanizada à saúde.

4 CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo, que pretende funcionar como subsídio aos que trabalham por mudanças no cuidado e conforto à mulher puérpera, convidando à reflexão, algumas considerações

surgiram, principalmente durante a análise e discussão dos dados, sendo agora apontadas para a possibilidade de aprofundamento deste tema.

Primeiramente cabe colocar que o uso do Modelo de Cuidado de Carraro através da PCA a qual propõe a inter-relação entre assistência e pesquisa, foi apropriado para a proposta deste estudo e que o cuidado fisioterapêutico transcende a aplicação de técnicas, podendo focar-se no ouvir e na busca do conforto que a puérpera carece, sem descuidar-se do que é científico.

Muitas vezes os profissionais esperam que a mulher tenha uma postura passiva enquanto eles elegem o que é adequado e prioritário, desconsiderando sua autonomia enquanto indivíduo e conseqüentemente fragilizando seu poder vital. A humanização tem sido destaque nas capacitações dos técnicos da área da saúde e percebe-se neste estudo que é necessário resgatar características essenciais ao ser humano como sensibilidade, respeito e solidariedade, pois um dos pontos críticos foi justamente em relação ao atendimento recebido no serviço hospitalar. Percebeu-se uma diferença entre o comportamento dos profissionais da “porta de entrada” composta pela triagem obstétrica e pelo centro obstétrico e os profissionais da enfermagem/alojamento conjunto, pois de forma geral os primeiros não demonstraram cuidado e atenção necessários à ocasião, o que preocupa, pois como esperar que a mulher possa apresentar-se confiante se não recebe o apoio da equipe de saúde? Os resultados demonstram portanto, a necessidade de maior conscientização da equipe para um atendimento mais adequado.

Destaca-se ainda que puérperas e profissionais devem ser estimulados a perceber o poder vital, considerando os outros (puérperas e seus familiares) e a si próprios (profissionais de saúde) como co-autores do processo de cuidado no papel de facilitadores. Torna-se importante a valorização dos profissionais não pelo número de atendimentos, mas pelos cuidados oferecidos e pela relação interpessoal estabelecida com a mulher e sua família. Pode-se pontuar então, que a ação profissional pode resultar no cuidado/conforto e isso pode repercutir no fortalecimento do poder vital.

Focando no objetivo do presente manuscrito, os dados demonstram que o fisioterapeuta pode influenciar de forma positiva no poder vital da puérpera avaliando atentamente suas necessidades e oferecendo cuidado e conforto com ações específicas da fisioterapia, além de ouvi-la atentamente, pois no puerpério imediato surgem queixas e dúvidas que às vezes não são valorizadas ou sequer é dada à mulher a oportunidade de expô-las. Registra-se ainda que o uso do MCC

propiciou o desvelar da contribuição do fisioterapeuta para o conforto e o fortalecimento do poder vital.

Entende-se então que o fisioterapeuta pode colaborar para o fortalecimento do poder vital principalmente no que diz respeito à postura da mulher, aos desconfortos músculo-esqueléticos e à dor que pode apresentar durante o puerpério, particularmente nos primeiros dias, quando ainda não está adaptada e se recupera do parto, seja ele natural ou cirúrgico.

Algo que não poderíamos deixar de citar é que com a saída da pesquisadora do campo de coleta, as puérperas contam somente com o atendimento do estágio obrigatório de uma Instituição de Ensino Superior local no período letivo, tendo em vista que o hospital, na ocasião da coleta de dados, dispunha apenas de duas fisioterapeutas em seu quadro funcional, que estão lotadas na Unidade de Terapia Intensiva Geral e enfermarias clínica e cirúrgica.

O assunto não se esgota e espera-se que outros pesquisadores explorem mais resultados para que se tenha na prática a contribuição do fisioterapeuta para o poder vital da mulher puérpera. Espera-se que este trabalho tenha contribuído no sentido de despertar nos envolvidos, a puérpera e seus familiares e os profissionais da equipe de saúde incluindo-se aí os fisioterapeutas, para a prática da integralidade do cuidado preocupando-se com o poder vital.

5 REFERÊNCIAS

- 1 Santos VEP. Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 73p. Mestrado em Enfermagem.
- 2 Carraro TE. Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. 164p. Doutorado em Enfermagem.
- 3 Carraro TE. Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. 146p. Mestrado em Enfermagem
- 4 Wall ML. Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis. [Tese]. Florianópolis:

Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 142p. Doutorado em Enfermagem.

5 Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB; 1997.

6 Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. 2ª. ed. Goiânia: AB; 2001. 118 p.

7 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. 2ª. ed. Florianópolis: UFSC; 2004. 143p.

8 Tedesco RP, Maia FN, Mathias L, Benez AL, Castro VC, Bourroul M et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004; 26 (10): 791-8.

9 Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe; 1997. 346p.

10 Beleza AC, Carvalho GP. Atuação fisioterapêutica no puerpério. Revista Hispeci & Lema Online. [periódico on line]. 2009 ago. [capturado em: 26 jan. 2011]; I (1). Disponível em: <http://www.fafibe.br/revistasonline/arquivos/hispecielemaonline>

11 Diário do Senado Federal. Ano LX – 201 - 06 dez. 2005. Brasília – DF.

12 Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das Puérperas. Rev. enferm. UERJ. 2010 jul./set.; 18 (3): 441-5.

13 Morari-Cassol EG, Campos Jr D, Haeffner LSB. Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação. Rev Fisioterapia Brasil 2008 jan./fev.; 9 (1): 9 - 16

14 Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde soc. 2008; 17 (3): 138-51.

15 Gonçalves A, Frello AT. O Cuidado Domiciliar às Mulheres Puérperas e suas Famílias Enfatizando o Cuidado de Si. [Trabalho de

Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. 85p. Graduação em Enfermagem.

16 Frello AT. Componentes do Cuidado de Enfermagem de Carraro: O Processo do Parto sob a Lente das Puérperas. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 81p. Mestrado em Enfermagem.

17 Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. latinoam. enferm. 2005 nov./dez.; 13 (6): 960-7.

18 Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001. 104p.

19 Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989. 175p.

20 Marque FC, Dias IM, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc. Anna Nery. Rev. Enferm. 2006 dez.; 10 (3): 439-47.

21 Moura MA, Costa GR, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. Rev. enferm. UERJ. 2010 jul./set.; 18 (3): 429-34.

22 Busanello J. As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do Extremo Sul do Brasil. [Dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2010. 124 p. Mestrado em enfermagem.

5.2 MANUSCRITO 3: PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO E CONFORTO À PARTIR DA AÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EMBASADA NO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Para submissão à Revista de Enfermagem da UERJ.

Apresentado conforme a Instrução aos Autores da própria revista disponível no site www.facenf.uerj.br/revenfermuerj. Destaca-se que a Revista de Enfermagem da UERJ solicita que todo o texto deve ter 1,5 cm de espaçamento e sem parágrafos. Não se deve citar nome de autores no corpo do texto. Incluir documento de transferência de direitos autorais conforme modelo fornecido pela revista.

Rio de Janeiro, Junho de 2011.

À Comissão de Editoração
Revista Enfermagem UERJ

Declaração de transferência de Direitos Autorais para
Revista Enfermagem UERJ

Encaminhamos, em anexo, o artigo intitulado **Percepções de puérperas sobre o cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica**. Declaramos seu ineditismo e envio exclusivo a esta Revista. Concordamos que, em caso de aceitação, os direitos autorais referentes ao artigo serão de propriedade restrita da **Revista Enfermagem UERJ**, estando vedada qualquer reprodução — total ou parcial —, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem autorização prévia e necessária do seu Conselho Deliberativo. Ressaltamos também que respeitamos todos os procedimentos éticos exigidos em lei.

Autores:

Daysi Jung da Silva Ramos

Telma Elisa Carraro

Manuscrito 3 – a ser submetido à Revista de Enfermagem da UERJ

Percepções de puérperas sobre o cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica

Perceptions of puerperal women on the care and comfort in relation to the action of physiotherapy

Las percepciones de las puerperas en el cuidado y el comodidad de la acción fisioterapêuticas

Daysi Jung da Silva Ramos

Fisioterapeuta, Mestre em saúde coletiva;

Membro do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando - PEN/UFSC;

Docente do curso de fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina UNISUL/unidade Pedra Branca. Brasil.

daysi.ramos@unisul.br

Telma Elisa Carraro

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo PEN/UFSC;

Vice-líder do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando –

PEN/UFSC; Docente do Programa de Pós-Graduação e do

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa

Catarina – UFSC. Brasil.

telmacarraro@ccs.ufsc.br

RESUMO

Objetivou-se compreender as percepções de puérperas sobre o cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica embasada no Modelo de Cuidado de Carraro (MCC) em ambiente hospitalar. Pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, envolvendo 4 puérperas internadas num hospital público de Santa Catarina. As ações fisioterapêuticas foram aplicadas de acordo com as necessidades das puérperas seguindo o MCC. A percepção das mulheres sobre a fisioterapia no cuidado e conforto no puerpério no ambiente hospitalar foi bastante positiva. As ações fisioterapêuticas foram relacionadas ao cuidado e alívio de desconfortos, tendo destaque para a crioterapia que apresentou bons resultados na redução da dor na região da episiotomia. As puérperas evidenciaram ainda a importância da inserção do acompanhante nos cuidados, deixando-as mais seguras e confortáveis e ressaltaram a importância da atenção individualizada na busca do cuidado e conforto, principalmente quanto ao posicionamento, à crioterapia e à cinesioterapia.

Palavras-chave: Cuidado; conforto; fisioterapia; puerpério.

ABSTRACT

The objective was to understand the perceptions of puerperal women on the care and comfort in relation to the action of physiotherapy based on Carraro's Care Model (CCM) in the hospital. Qualitative, assistential convergent research, involving four puerperal women staying in a public hospital in Santa Catarina. Physiotherapeutic actions were applied according to the needs of puerperal women subjected to CCM. The women's perception on physiotherapy in the care and comfort while in the puerperium period in hospital was very positive. The actions of physiotherapy were related to the care and relief of discomfort, especially with cryotherapy which presented good results in reducing pain in the episiotomy area. The puerperal women also emphasized the importance of integrating companionship to the care, which makes them feel safer and more comfortable, and stressed the importance of individualized attention in the search for care and comfort, especially on positioning, cryotherapy and kinesiotherapy.

Keywords: Care, comfort, physiotherapy; puerperium.

RESUMEN

El objetivo del estudio es comprender las percepciones de las puerperas en el cuidado y la comodidad de la acción de la fisioterapia basado en el modelo de atención de Carraro (MCC) en el medio hospitalario. Investigación cualitativa, de la convergente-asistencial, en el que participaron 4 puerperas internadas en un hospital público de Santa Catarina. Las acciones fisioterapeúticas se aplicarán de conformidad con las necesidades de las puerperas tras el MCC. La percepción de las mujeres sobre la fisioterapia en el cuidado y la comodidad en el puerperio en el entorno hospitalario fue positiva. Las acciones fisioterapeúticas estaban relacionados con la atención y el alivio del malestar, y destacar a la crioterapia que mostró buenos resultados en la reducción del dolor de la episiotomía. Las puerperas destacaron la importancia de la integración del compañero en el cuidado, dejándolos más seguras y cómodas, y destacaron la importancia de atención individualizada en la búsqueda de atención y comodidad, aobre todo en el posicionamiento, la crioterapia y kinesioterapia.

Palabras clave: Atención, comodidad, fisioterapia, puerperio.

INTRODUÇÃO

O puerpério ou pós-parto, tem duração média de seis a oito semanas e é o período em que as modificações imprimidas no corpo materno durante a gestação retornarão ao estado pré-gravídico. Este período pode ser dividido em três momentos: pós-parto imediato (1º ao 10º dia), pós-parto tardio (11º ao 45º dia) e pós-parto remoto (além do 45º dia, com duração imprecisa)^{1,2}.

O parto é, portanto, o ponto de partida do puerpério e o interesse em conhecer a percepção das mulheres acerca de suas experiências no parto é crescente, pois pouco se sabe sobre elas, sobre seus sentimentos, como vivem em seus corpos e em seus pensamentos³. Ao participarem de estudos sobre o cuidado a elas prestado as parturientes contribuem muito, sendo importante ouvi-las com profundidade⁴. Pensamos que o mesmo possa ser dito sobre o puerpério.

No puerpério imediato ocorrem intensas alterações fisiológicas e podem surgir complicações. Nesta fase domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas durante a gravidez^{5,2}. Contudo, cabe salientar que o puerpério é uma fase natural, caracterizada por modificações, transformações e adaptações, mas que não representa desequilíbrio das funções vitais, a menos que apresente complicações⁶.

Quando nasce o bebê, há uma certa tendência de relegar a mulher a segundo plano⁷. Muitas vezes as queixas por ela referidas são consideradas inerentes ao processo de parturição⁸. Sobre a atuação da fisioterapia no pós-parto as autoras afirmam que pouco se encontra na literatura científica⁸, mas há registros de que profissionais atuam há tempos nesta área, entretanto não se encontra descrito detalhadamente esta fundamental assistência.

Diante desse contexto, buscou-se compreender as percepções de puérperas sobre o cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica, embasada no Modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar, sendo este o objetivo deste manuscrito.

Como referência teórica, esta pesquisa usou o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC), que foi elaborado a partir da teoria de Florence Nightingale. Foram utilizados subsídios da Enfermagem por não haver na Fisioterapia teorias para o embasamento do presente estudo.

O Modelo de Cuidado de Enfermagem de Carraro resultou da sua dissertação de mestrado intitulada “Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções”⁹. Até 2008, o modelo era tratado como proposta de cuidado, pois somente no referido ano é que uma tese de

doutoramento, confirmou que a proposta poderia ser identificada como um modelo¹⁰.

Este Modelo compreende cinco etapas, que complementam-se e articulam-se entre si, podendo ou não ocorrer simultaneamente, sendo eles: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória^{9,11}. Assim, aplicou-se o MCC, com as devidas adequações, para a fisioterapia e seguem alguns resultados desta experiência. O MCC precisou ser adequado para uso da fisioterapeuta, tendo em vista que sua versão original destinou-se ao uso na enfermagem. Tais adequações não alteraram de forma significativa o modelo preservando todas as suas etapas.

METODOLOGIA

O presente manuscrito origina-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial, apresentando seus passos num movimento de ir e vir. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial, incorporando-as uma à outra, buscando a solução de problemas, realizando mudanças e introduzindo inovações na situação social. Neste tipo de pesquisa é necessária a participação ativa dos sujeitos envolvidos, resultando em cooperação mútua entre pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada¹².

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado conforme processo nº 709 FR 330247 e apreciado também pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital envolvido obtendo aprovação conforme o protocolo 08/10. As participantes foram 4 puérperas internadas no alojamento conjunto de um hospital público de Santa Catarina, acompanhadas ou não de seus bebês. Os critérios de inclusão foram: puérperas em alojamento conjunto, maiores de 18 anos, que aceitassem participar e capazes de responder aos questionamentos.

A PCA tem como uma das características que o tema para pesquisa precisa emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e a situação-problema é da prática. Este tipo de pesquisa apresenta fases distintas: Fase de Concepção (abordagem do tema com definição do suporte teórico e leituras acerca da temática); Fase de Instrumentação (elaboração do percurso metodológico); Fase de Perscrutação (obtenção/coleta dos dados) e Fase de Análise/de interpretação (apreensão das informações, síntese, teorização e recontextualização)¹².

As fases de perscrutação (coleta de dados realizada no mês de maio de 2010), análise e interpretação tiveram como subsídio o MCC, com as devidas adequações para esta pesquisa. Para tanto, definiu-se as seguintes etapas:

Contato com a enfermeira do alojamento conjunto para seleção das pacientes de acordo com os critérios de inclusão. Na seqüência aplicou-se a etapa “Conhecendo-nos” do Modelo de Cuidado de Carraro, instituindo-se o primeiro contato com a paciente, realizando a apresentação da pesquisadora responsável pela coleta de dados, explicando a intenção do estudo e convidando-a a participar. Àquelas que aceitaram, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, informando-as sobre os cuidados éticos (anonimato, privacidade, dignidade no relacionamento, autodeterminação, bem-estar, segurança e não sofrimento de agravos). Após consulta ao prontuário foi realizada, no próprio quarto hospitalar, a anamnese e a avaliação física utilizando um roteiro para o conhecimento do estado de saúde da puerpera e consequente escolha das ações fisioterapêuticas.

Os instrumentos citados deram subsídios para uma entrevista informal (semi-estruturada), que foi gravada em mp3 (a fim de manter maior fidedignidade dos dados). Este é o tipo de entrevista mais apropriado para a PCA¹². Além disso, utilizou-se a observação como técnica para a coleta de dados, pois gestos, feições ou outras manifestações corporais e atitudes da puerpera trouxeram dados referentes à sua satisfação ou aceitação do tratamento proposto. O registro dos dados provenientes das três técnicas utilizadas foi feito no diário de campo, principalmente expressões corporais, interrupções, manifestação de familiares, entre outras.

A exigência de rigores e a criação de estratégias para a obtenção de informações são fundamentais na PCA, pois assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de ação, mas presas ao interesse comum em potencializar a qualidade da unidade assistencial¹².

Prosseguiu-se a aplicação do Modelo com a etapa “Reconhecendo a situação” na qual foi realizado o reconhecimento das situações de cuidado e conforto, a identificação dos recursos disponíveis para a ação fisioterapêutica, subsidiada pelos dados coletados na etapa “Conhecendo-nos”.

Na etapa “Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias”, juntamente com a puerpera e seu familiar, programou-se as prioridades e as ações fisioterapêuticas, a fim de minimizar seus desconfortos, configurando assim o cuidado como um todo. Nesta fase, foi importante

o envolvimento da família no processo de cuidado e conforto, pois ao ser orientado e participar do processo entende-se que o familiar torna-se um colaborador para a recuperação da puérpera.

As ações selecionadas foram aplicadas visando o cuidado necessário à cada puérpera, buscando seu conforto e satisfação. O cuidado envolveu a aplicação de diversas ações fisioterapêuticas incluindo exercícios respiratórios, crioterapia, massoterapia, alongamento e relaxamento muscular através da cinesioterapia, bem como orientações gerais sobre exercícios perineais, postura e amamentação. Esta etapa caracteriza-se como “Seguindo e agindo”. A escolha do tipo de cuidado dependeu das queixas da puérpera e sua disponibilidade de receber tal cuidado e conforto. Cada puérpera participante recebeu cuidado fisioterapêutico de acordo com suas necessidades. É importante registrar que esta pesquisa não interferiu nas ações dos demais componentes da equipe de saúde do hospital.

A seguinte etapa “Acompanhando, analisando e compreendendo a trajetória”, consistiu na reavaliação integral da puérpera, da captação da sua percepção sobre o processo agora já efetuado (cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica) aplicando um roteiro de entrevista. As questões norteadoras do roteiro que cabem ser destacadas para o presente manuscrito são: Como se sentiu após a fisioterapia? Qual o cuidado fisioterapêutico que você destaca como positivo? Você se sentiu confortável durante a fisioterapia? O que lhe causou conforto?

Nesta etapa realizou-se ainda o registro das ações fisioterapêuticas (evolução) no prontuário da puérpera, que fica no posto de atendimento do alojamento conjunto. Neste momento também foram realizadas as notas expandidas no diário de campo.

Este processo, que ocorreu de maneira dinâmica, indo e vindo de acordo com a proposta da PCA, ou seja, pesquisar e cuidar/cuidar e pesquisar, proporciona analisar as percepções da puérpera em relação ao cuidado e conforto à partir das ações fisioterapêuticas aplicando o MCC. Cabe lembrar que a todo o momento o MCC permite a inter-relação entre as etapas, com o intuito de retroalimentação de toda a trajetória.

Todas as entrevistas foram transcritas fielmente, sendo os dados submetidos a uma pré-análise (fase de organização) para que pudessem ser interpretados. Assim, como qualquer outra pesquisa qualitativa, na PCA a análise de informações consta de quatro processos genéricos: Apreensão (coleta de informações, cujos relatos devem ser organizados, sendo neste estudo empregadas expressões-chave); Síntese (consiste em analisar subjetivamente as associações e variação das informações); Teorização (desenvolvimento de um esquema teórico a partir das

relações reconhecidas durante o processo de síntese, descobrindo os valores contidos nas informações, originando pressupostos e novos conceitos) e Transferência de resultados (pressupõe a possibilidade de dar significado a determinados achados e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que haja generalização desse processo)¹².

Todo o processo foi realizado pelas próprias pesquisadoras e a análise foi desenvolvida a partir do MCC. Cabe registrar que as puérperas envolvidas estão aqui apresentadas como P01 (puérpera 01), P02 (puérpera 02), P03 (puérpera 03) e P04 (puérpera 04), o que garante o compromisso ético de não revelar suas identidades. O presente estudo foi permeado ainda pelo respeito aos valores e crenças trazidos pelas puérperas.

Os dados foram digitalizados e arquivados em computador pessoal, de uso individual, protegido por senha, onde permanecerão por 5 anos. Além disso permanecem num arquivo de nuvem computacional também protegidos por senha. Os registros realizados em papel foram destruídos (queimados) após sua digitalização (escaneamento).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a organização das informações coletadas, foi realizada a análise utilizando o próprio Modelo de Cuidado de Carraro, incluindo relações com a literatura pesquisada e considerando o objetivo do presente manuscrito.

Inicialmente apresenta-se o perfil das puérperas participantes do estudo, dados de sua avaliação e cuidados fisioterapêuticos prestados. Todas as informações e ações surgiram da aplicação do MCC.

P01: 30 anos, ensino médio completo, amasiada, do lar, 4 gestações (1 aborto); bem disposta, acompanhada do marido, sentada na cama amamentando o bebê. Submeteu-se à terceira cesárea há 2 dias associada à laqueadura, queixou-se de dor nos membros superiores, na região abdominal e abaixo das costelas. Ao exame físico apresentava padrão muscular ventilatório apical; abdômen distendido com ruídos hidro-aéreos reduzidos (não havia ainda evacuado); edema em pés e mãos. O teste de diástase dos retos abdominais não pode ser realizado devido à dor local. Os demais itens avaliados apresentavam-se dentro da normalidade. Foi sugerido à P01 treino de padrão muscular ventilatório diafragmático; auto-massagem abdominal; movimento de balsa de pelve; alongamento para a musculatura peitoral e dos membros superiores; exercícios metabólicos para pés e mãos e ainda orientações posturais. Observou-se que a paciente estava sentada na cama, sem

apoio para os pés, sem encosto para as costas e com o tronco fletido, suspendendo o bebê até a mama, sobrecarregando os membros superiores e a cintura escapular. As sugestões foram aceitas e as ações propostas realizadas. Embora o bebê tenha resmungado durante todo o tempo e a paciente, mesmo aparentando vontade e interesse em realizar as atividades, não desprendia a atenção dele.

Após o parto a puérpera ocupa grande parte de seu tempo amamentando, trocando fraldas e banhando o bebê, sendo comum o aparecimento de dores na coluna, especialmente na região cervical em função da má posição adotada pela mulher⁸. Justifica-se desta forma a necessidade de orientá-la em relação às posturas corretas.

P02: 30 anos, ensino médio completo, casada, recepcionista; 2 gestações; deitada no leito, com o bebê dormindo no berço, sem acompanhante, pois o marido foi registrar a criança no cartório que fica dentro do hospital. Submeteu-se ao segundo parto normal com episiotomia há 7 horas, queixou-se de dor no local dos pontos. Apresentava ao exame físico padrão muscular ventilatório apical e abdômen distendido com ruídos hidro-aéreos reduzidos (não havia ainda evacuado); teste de diástase dos retos abdominais: 5 cm; apresentava edema e hematoma na região da episiotomia. Os demais itens avaliados apresentavam-se dentro da normalidade. Foi sugerido à P02 treino de padrão muscular ventilatório diafragmático; alongamentos para peitorais e musculatura cervical em virtude da protusão de ombros e da sobrecarga musculaturar durante o período expulsivo do parto; automassagem abdominal; movimento de bacia de pelve; exercício abdominal adaptado (expiração forçada, sem deslocamento de segmentos corporais); crioterapia na região da episiotomia; manobra de evacuação dos linfonodos inguinais; deambulação; orientação para a realização de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e orientação para a pega do bebê tendo em vista a observação de que o mesmo não fez uma boa pega no momento em que foi amamentado, bem como posicionamento para a amamentação. Além disso, foi confeccionado coxim para a posição de sedestação, consistindo de um lençol enrolado em formato de uma rosca colocado sob as nádegas para que a paciente possa permanecer sentada sem que a região perineal seja pressionada pela superfície de apoio (cadeira ou cama). As sugestões foram aceitas e as ações propostas realizadas.

É importante dar atenção ao assoalho pélvico feminino já no pós-parto imediato, pois esta musculatura parece estar sendo injustamente

negligenciada no tocante à prevenção primária de problemas relacionados à falta de condicionamento físico¹³.

Para a normalização da função intestinal sugere-se realizar exercícios de mobilização da pelve em decúbito lateral, dorsal com flexão de quadril e joelhos ou sentada na bola suíça, de forma lenta com movimentos curtos e repetidos até dez vezes, associado à respiração, onde a puérpera inspira durante a anteversão e expira na retroversão contraíndo a musculatura abdominal. A deambulação precoce também é importante para estimular o peristaltismo intestinal, além de medida profilaxia para tromboembolismo. Além disso, para a amamentação, a mulher precisa estar sentada confortavelmente, com um travesseiro para apoiar a coluna lombar, um outro sobre os joelhos para elevar o bebê e os pés bem apoiados no chão ou sobre um banco¹⁴.

P03: 20 anos, ensino médio incompleto, casada, atendente de *lan house*, 1 gestação, comunicativa, com fâscies de cansaço, pálida, deitada no leito e ainda com a roupa do centro obstétrico; acompanhada pela mãe. Submeteu-se ao primeiro parto normal com episiotomia há 5 horas, referiu intensa dor nos pontos padrão muscular ventilatório apical e abdômen distendido com ruídos hidro-aéreos reduzidos (não havia ainda evacuado). Apresentava edema importante em pequenos e grandes lábios, além de extenso hematoma na região perineal, o que impossibilitou a realização do teste de diástase dos retos abdominais. Já neste momento o cuidado fisioterapêutico começou a ser prestado, como prevê o MCC, através da aplicação da crioterapia no local da episiotomia, tendo em vista a intensidade da queixa de dor. Foi também sugerido à P03 treino de padrão muscular ventilatório diafragmático; auto-massagem abdominal; movimento de báscula de pelve; manobra de evacuação dos linfonodos inguinais; realização de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico; confeccionado coxim para a posição de sedestação. A puérpera aceitou as sugestões e realizou as atividades propostas.

A dor perineal após o parto é uma das morbidades que mais frequentemente acometem as mulheres no puerpério e a crioterapia é uma técnica utilizada nesta situação frequentemente. Um estudo em 2008 encontrou satisfação em 100% da amostra com o uso da crioterapia pós-episiotomia¹⁵.

P04: 21 anos, ensino fundamental completo, amasiada, do lar. Encontrava-se deitada no leito, sem acompanhante, sem o bebê (internado na neonatal por prematuridade), contudo animada, pois o

bebê viria para o alojamento conjunto no mesmo dia. Submeteu-se ao primeiro parto normal com episiotomia há 2 dias, queixando-se de dor na episiotomia (com edema e hematoma). No exame físico apresentou padrão muscular ventilatório misto; teste de diástase dos retos abdominais: 6cm; protrusão de ombros e rotação interna de membros superiores. Foi sugerido o treino de padrão muscular ventilatório diafragmático; auto-massagem abdominal; movimento de bacia de pelve; crioterapia na região da episiotomia; manobra de evacuação dos linfonodos inguinais; confeccionado coxim para a posição de sedestação; exercício abdominal adaptado (com expiração forçada e sem deslocamento de segmentos); alongamentos para peitorais; orientações posturais, para a realização de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e para o uso do *soutien*, tendo em vista que a mesma não utilizava tal proteção e queixava-se de sensação de peso nas mamas. A puérpera aceitou as sugestões realizando as ações propostas.

Percebe-se aqui que cada puérpera recebeu os cuidados de acordo com suas necessidades e com os dados coletados nas etapas “Conhecendo-nos” e “Reconhecendo a situação”. Estes dados tangenciaram a atuação da fisioterapeuta no cuidado à puérpera no ambiente hospitalar.

Os cuidados fisioterapêuticos durante o puerpério podem iniciar logo após o parto, respeitando-se apenas um período de repouso inicial de acordo com o tipo de parto⁵. Os objetivos destes cuidados no puerpério imediato são: orientar o posicionamento no leito, reeducar a função respiratória, estimular o sistema circulatório, restabelecer a função intestinal, reeducar os músculos abdominais, reeducar a musculatura do assoalho pélvico, promover analgesia no local da incisão (perineal ou abdominal) e oferecer orientações gerais em relação aos cuidados com as mamas, quanto às posturas assumidas durante o cuidado com o bebê e da necessidade de continuar o acompanhamento fisioterápico em nível ambulatorial⁸.

O assoalho pélvico deve ser trabalhado já no puerpério imediato independente do tipo de parto, pois seus músculos são enfraquecidos durante a gestação. Caso a mulher tenha sido submetida à episiotomia e queixar-se de dor local no pós-parto, a crioterapia pode ser utilizada para promover analgesia, diminuir o edema e a inflamação⁸.

A dor é um fenômeno universalmente estudado e a busca para sua compreensão e alívio se dá desde os primórdios da humanidade¹⁶. As três puérperas submetidas à crioterapia (P02, P03 e P04), se mostraram mais animadas ao final da aplicação devido à redução da dor.

Um estudo que buscou qualificar o grau de dor decorrente da episiotomia das puérperas no pós-parto imediato de um hospital apontou

que 93% sentiu dor na região da episiotomia com intensidade variando de leve a severa, sendo a maioria multigestas. Em relação ao posicionamento das puérperas no momento da entrevista a maioria apresentava-se deitada. Afirma ainda que a efetiva inclusão do fisioterapeuta no pré e pós-parto torna-se imprescindível, a fim de aliviar o desconforto físico, melhorar a dor na região perineal, bem como favorecer a cicatrização do local¹⁷.

À partir do roteiro de entrevista aplicado para a captação da percepção das puérperas em relação à fisioterapia, os seguintes resultados foram obtidos:

Para a questão “Como se sentiu após a fisioterapia?” P01, P02 e P04 deram respostas positivas:

Bem. Tudo o que se faz para melhorar nossa condição de saúde é importante, então só posso dizer que te agradeço. Das outras vezes que tive meus filhos não tinha isso de fazer fisioterapia. (P01)

P01 ressalta em sua fala a fisioterapia no cuidado à puérpera como uma novidade. Essa é uma percepção observada também em um estudo que indicou que as puérperas estudadas apresentavam conhecimento restrito sobre a fisioterapia no puerpério, percebendo a necessidade de reconhecimento da profissão junto à população e aos profissionais de saúde para que por meio destes a fisioterapia também seja divulgada e favoreça a qualidade de vida das mulheres¹⁸.

Ainda para a mesma questão, obteve-se como respostas:

Muito bem. Aliviou bastante a pressão que estava dando ali na episio. Ficou meio dormente por ali, ali embaixo, sabes, né? (P02 falou apontando com o dedo indicador para a região perineal)

Deu uma boa aliviada no desconforto da episio. Para falar a verdade nem estou sentindo nada agora. (P04)

Percebe-se nas falas das puérperas que as ações fisioterapêuticas foram relacionadas com o bem-estar e alívio de desconforto após sua aplicação, portanto trouxe conforto para as mesmas. Sobre a classificação do cuidado fisioterapêutico prestado à puérperas um estudo apontou que ao final do atendimento a maioria delas classificou como bom, sendo de grande valia para o puerpério, devendo o profissional desta área estar integrado à equipe interdisciplinar com o intuito de cuidar desta paciente da melhor forma¹⁸.

Para a questão “Qual o cuidado fisioterapêutico que você destaca como positivo?” P02, P03 e P04 destacaram a crioterapia como fundamental

para o alívio da dor na região da episiotomia, inclusive P02 demonstrou interesse em continuar aplicando o gelo.

Gostei do gelo. Das orientações que você deu também. Como é bom o gelo. No começo fiquei desconfiada que ia ser desconfortável, mas que nada. Posso fazer em casa se precisar? (P02)

Foram então fornecidas orientações para que ela pudesse fazê-lo. Sobre o uso da crioterapia uma pesquisadora estudou em sua tese de doutorado 50 primíparas com dor perineal após a episiotomia (26 no grupo controle e 24 no grupo experimental) e verificou alívio da dor para o grupo experimental comparado ao controle. Antes da aplicação, as puérperas de ambos os grupos apresentavam limitações para sentar, deitar e deambular e após a aplicação 87,5% referiu estar satisfeita com o recurso e 12,5% referiu estar muito satisfeita¹⁵.

Já P01, que não usou a crioterapia, demonstrou outra preferência:

Gostei muito da massagem na barriga e do alongamento. Ah, as orientações de como sentar para amamentar, como segurar, como apoiar o braço também foram bem boas. Ainda bem que meu marido está prestando atenção também, que é para eu não me esquecer de nada. Espero que alivie o meu braço. (P01)

Na percepção de P01 ficou evidente a importância da inserção do acompanhante nos cuidados, deixando-a mais segura e confortável neste momento. A aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005¹⁹, passou a garantir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, o parto e também no pós-parto imediato²⁰. Um estudo publicado em 2011 destacou que nos cuidados com a puérpera, o acompanhante aparenta assumir uma postura mais ativa, tomando muitas vezes a iniciativa, embora sob a ótica dos profissionais, que dificilmente os incluem nas atividades assistenciais, e sob a ótica das próprias puérperas, que se sentem as personagens principais nos cuidados com o bebê, o acompanhante ainda é visto no desempenho de um papel secundário²¹.

Na visão da puérpera, a participação do acompanhante, como recurso para o conforto, representa um apoio importante, pois, além de ser inserido nos cuidados, dá à ela a segurança de uma presença familiar²².

Para a questão “Você se sentiu confortável durante a fisioterapia? O que lhe causou conforto?”

Fiquei confortável sim. Como te falei, tudo foi bom, mas o que vai fazer diferença, eu acho, são essas posições para amamentar. (P01)

Muito. O gelo foi o que mais me aliviou. Gostei do lençol tipo boinha para sentar. Isso também aliviou. (P02)

Sim. Os alongamentos me relaxaram e isso foi bom. Queria te agradecer por vir aqui porque assim até tive companhia para conversar, tirar dúvidas e passar o tempo para chegar a hora do mamá de novo. Muito bom. (P04)

Percebe-se que para as puérperas ações fisioterapêuticas diferentes foram citadas como importantes para seu conforto, pois para cada uma delas a necessidade era particular e deve-se considerar que diversos fatores intrínsecos ao processo puerperal influenciam no sentir-se confortável da mulher.

O conforto é uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física, porque inclui componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, concomitantemente²³. O conforto então pode ser físico (ações que causam bem-estar físico e alívio da dor) ou relacional (relações estabelecidas com acompanhantes e profissionais da equipe de saúde e que proporcionaram satisfação e bem-estar). As autoras ainda relatam em seu estudo que o conforto foi relacionado pelas mulheres ao uso de aparelhos (bola ou barra), ao banho, ao ar condicionado, massagens e apoio²².

Sabe-se que o cuidado e o conforto estão intimamente ligados e que o cuidado se encontra em pequenas ações, em mostrar-se presente e com disposição para conhecer as necessidades do ser cuidado. O próprio Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta prevê que seja salvaguardada a saúde do indivíduo, seu conforto e sua intimidade²⁴. Para resgatar o cuidado humano na sua essência faz-se necessário o desenvolvimento de uma relação recíproca com o ser cuidado, favorecendo o crescimento e a aprendizagem de ambos, consolidando e enriquecendo sua capacidade de cuidar²⁵.

Os dados apresentados acima são referentes às Puérperas 01, 02 e 04, pois com P03 um fato interrompeu o desenvolvimento do processo de cuidado. Durante a fisioterapia ocorreu a interrupção pela fonoaudióloga para fazer o teste da orelhinha. Conforme o MCC, estas interrupções são possíveis e podem até gerar novas necessidades de cuidado, como ocorreu com a puérpera em questão.

Como o teste foi inconclusivo, a puérpera apresentou certa ansiedade. Na tentativa de resgatar a segurança da puérpera a própria pesquisadora explicou a importância do teste. Porém, ao tentar continuar com as ações fisioterapêuticas, percebeu-se que a puérpera e sua mãe continuaram preocupadas com a situação do teste da orelhinha através de suas atitudes, feições e olhares. A puérpera estava quase chorando. Foi

perguntado se ela desejava continuar com a fisioterapia e sua resposta foi:

Já estou me sentindo bem melhor. A dor no corte já aliviou bastante. O gelo foi ótimo. Já senti o resultado na hora. Melhorou mesmo. Tudo foi bom. Te agradeço mesmo. Tua atenção foi maravilhosa, mas agora eu queria mesmo era saber mais do teste e que amanhã chegasse logo. (P03)

Com esta fala P03 respondeu as últimas perguntas do instrumento. Ao encontrar a fonoaudióloga no posto de atendimento do setor foi perguntado se ela poderia retornar àquele quarto para acalmar as duas (mãe e filha) com explicações mais específicas em relação ao teste.

O estado emocional interfere na evolução do pós-parto, sendo que o modo como a mulher é cuidada influencia diretamente na forma que ela vivencia este momento²³.

É importante lembrar que cuidar é mais do que aplicar técnicas e por mais atarefado que o profissional se encontre cada mulher cuidada merece atenção especial, pois para ela sua dor é única, suas dúvidas são as mais angustiantes e sua insegurança pode afetar sua saúde influenciando diretamente sua recuperação. Assim, criar laços de confiança e afeição com a puérpera, escutando-a, mostrando preocupação e disposição para cuidar, são ações importantes para facilitar o processo de cuidado e conforto no puerpério. Além disso, competência, sensibilidade e paciência são características importantes ao profissional que participa deste processo, ou seja, colocar como prioridade o bem-estar da mulher, pois a rotina às vezes é mais valorizada do que a interação com a paciente. É freqüente a impregnação dos profissionais quanto ao cumprimento da rotina, perdendo algumas vezes sensibilidade do cuidado e do conforto.

O suporte emocional no trabalho de parto e parto reduz os sentimentos negativos. O medo é substituído por uma sensação de segurança ao estabelecer vínculos e perceber a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais²⁶. Pelo exposto por P03 no presente estudo, o mesmo pode ser dito em relação ao puerpério.

Para finalizar, todas as puérperas participantes agradeceram a atenção dispensada à elas pela fisioterapeuta durante a pesquisa e vice-versa. Ressaltaram que a atenção individualizada foi importante, pois nenhum profissional da equipe havia lhes orientado quanto ao posicionamento, quanto ao uso do gelo e principalmente quanto aos exercícios. Elogiaram a calma no atendimento e o respeito às necessidades do bebê, pois com P01, P02 e P03 houve necessidade de interrupção do atendimento para que pudessem dar atenção ao bebê ou a algum

visitante que chegou durante a sessão. Além disso, a P02 destacou que as atividades eram sugeridas pela pesquisadora e não impostas ou prescritas, sendo que isso a fez sentir-se ativa no processo, pois podia opinar se assim desejasse.

Cabe registrar que em alguns momentos os acompanhantes também se pronunciaram, expuseram suas opiniões e influenciaram as puérperas para a participação ativa na pesquisa, colocando-se à disposição para os cuidados com o bebê durante o cuidado fisioterapêutico.

A perspectiva das puérperas sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal evidencia a importância das relações interpessoais, a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que o sujeito do cuidado é a mulher e, como tal, dela deve participar efetivamente. Destacam que as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento devem ser incorporadas amplamente nas práticas de saúde voltadas à mulher⁴.

O próprio Ministério da Saúde brasileiro afirma que a mulher no puerpério necessita de atenção física e psíquica. Não deve ser tratada como um número que corresponda ao seu leito ou enfermaria, mas pelo seu nome, com respeito e atenção. É importante frisar que o alvo da atenção neste momento é a puérpera²⁷, pois após o parto passa por um período de transição, estando vulnerável e contando com diversos cuidadores, desde a equipe de saúde, às pessoas de seu convívio social (familiares, amigos e outros)²⁸.

Deve-se lembrar que hoje o usuário dos serviços de saúde têm reconhecido o direito de ser atendido com dignidade e não de uma forma massificada ou indiferente, além de ter seus sentimentos e individualidade valorizados²⁹.

O fisioterapeuta é parte integrante desta equipe de saúde e se faz importante para melhor recuperação das mulheres no pós-parto. Seu papel consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações nos diversos sistemas, além de oferecer orientações gerais⁸. Convém ressaltar que estes objetivos são alcançados com maior qualidade quando o profissional fisioterapeuta não se limita ao atendimento da puérpera, mas sim ao seu cuidado, de forma integral, preocupando-se ainda com seu conforto.

CONCLUSÃO

O presente estudo enfatizou o cuidado e o conforto da puérpera através da implementação de ações fisioterapêuticas no ambiente hospitalar, buscando contribuir tanto para a academia como para os profissionais da prática ao incentivar a reflexão sobre a forma de realizar o atendimento.

Mais do que isso, este estudo buscou compreender as percepções das puérperas à partir das ações fisioterapêuticas utilizando o modelo de cuidado de Carraro a fim de realizar um cuidado considerando a singularidade de cada mulher.

Cabe salientar que o desenvolvimento da PCA facilitou a aplicação do Modelo de Cuidado de Carraro, complementando-se entre si. Já o uso do MCC, considerando-se a interligação entre suas etapas e a possibilidade de ir e vir permitindo reavaliação constante do processo com conseqüente retorno para alguma etapa anterior se assim fosse necessário, facilitou a implementação das ações fisioterapêuticas como recurso para o cuidado e conforto.

É necessário aprofundar os conhecimentos sobre o cuidado e conforto prestados pelo fisioterapeuta no período puerperal a partir da percepção de quem o vivencia, pois para a puérpera e sua família pode ser um momento único, de descobertas, de dúvidas, de aprendizado, de angústias, de desconfortos e inseguranças.

A valorização da percepção das puérperas sobre o cuidado e conforto recebidos pode pautar mudanças nas ações e atitudes dos profissionais envolvidos no processo. Neste estudo pode-se apreender que a percepção das mulheres sobre a fisioterapia no cuidado e conforto no puerpério no ambiente hospitalar foi bastante positiva. As ações fisioterapêuticas foram relacionadas ao cuidado e alívio de desconfortos, tendo destaque para a crioterapia que apresentou bons resultados na redução da dor na região da episiotomia. As puérperas evidenciaram ainda a importância da inserção do acompanhante nos cuidados, deixando-as mais seguras e confortáveis neste momento.

Considerando-se que diversos fatores intrínsecos ao processo puerperal influenciam no sentir-se confortável, cada puérpera apresentou necessidades particulares e citou ações fisioterapêuticas diferentes como mais importantes para seu conforto. Todas as puérperas participantes agradeceram o cuidado prestado pela fisioterapeuta durante a pesquisa, ressaltando a importância da atenção individualizada principalmente quanto ao posicionamento, à crioterapia e à cinesioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Neme B. *Obstetrícia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
2. Rezende J. *Obstetrícia*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2002.

3. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & contexto enferm.* 2006; 15 (1): 107-14.
4. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface comum. saúde educ.* 2008 [citado em 26 jan. 2011]. 12 (24): 35-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
5. Souza ELB. *Fisioterapia aplicada à obstetria: aspectos de ginecologia e neonatologia.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
6. Wall ML. *Metodologia da assistência de enfermagem aplicada a grupos.* In: Carraro TE, Westphalen MEA, organizadoras. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática.* Goiânia (GO): AB editora; 2001. p. 57-76.
7. Donelli TMS. *O parto no processo de transição para a maternidade [Dissertação de mestrado].* Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
8. Beleza ACS, Carvalho GP. *Atuação fisioterapêutica no puerpério.* *Revista HISPECI & LEMA On line.* 2009; I (1). [Citado em 26 janeiro de 2011].
9. Carraro TE. *Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções [Dissertação de mestrado].* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
10. Wall ML. *Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis [Tese de doutorado].* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
11. Carraro TE. *Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale.* 2ª ed. Goiânia (GO): AB Editora; 2001.
12. Trentini M, Paim L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.* 2ª ed. Florianópolis: UFSC; 2004.

13. Latorre GFS, Sperandio FF. Prevenção das morbidades relacionadas ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico feminino: novo horizonte de prevenção. *Lecturas Educación Física y Deportes - Revista Digital*. 2008 [citado em 28 fev. 2011]. 12 (118). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>
14. Stephenson RG, O'Connor LJ. *Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. 2ª ed. Barueri (SP): Manole; 2004.
15. Beleza ACS. *A dor perineal no pós-parto normal com episiotomia: mensuração, caracterização e efeitos da crioterapia* [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
16. Chaves LD, Leão ER. *Dor o 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2007.
17. Prates AJ. *Prevalência de dor decorrente da episiotomia no pós-parto imediato das puérperas do Hospital Nossa Senhora da Conceição*. [Trabalho de conclusão de curso]. Tubarão (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2006.
18. Weiss KCM. *Fisioterapia no puerpério imediato: um estudo comparativo em múltiparas* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Palhoça (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2005.
19. Brasil. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 08 abr. 2005. Seção I. p.1.
20. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
21. Cardinali F, Aires LCP, Monticelli M, Correia DS, Mendes, L, Alcântara MG. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. *Rev. enferm. UFSM*. 2011; 1 (1): 1-14.

22. Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18 (3): 441-5.
23. Carraro TE. Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
24. CREFITO 10 - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 10ª Região (SC). Código de ética profissional. Disponível em: <http://www.crefito10.org.br>. Citado em: 25 abr. 2011.
25. Ceccato SR, Van Der Sand ICP. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. Rev. eletrônica enferm. [periódico na Internet]. 2001 [citado em 14 Out 2008]. 3 (1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
26. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev. latinoam. Enferm. [periódico na Internet]. 2002 [citado em 12 Nov. 2008]. 10 (4): 485-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
27. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
28. Mendes MF, Coelho EBS, Calvo MCM. O puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. In: Coelho EBS, Calvo MCM, Coelho CC (organizadores). Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 2006. P 135 – 62.
29. Grüdtner DI, Carraro TE, Sobrinho SH, Carvalho ALG, Campregher G. O amor no cuidado de enfermagem. Rev. enferm. UERJ; 18(2):317-321, abr.-jun. 2010.

5.3 MANUSCRITO 4: MODELO DE CUIDADO DE CARRARO: SISTEMATIZANDO O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO À PUÉRPERA EM AMBIENTE HOSPITALAR[‡]

Para submissão à Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery.

Apresentado conforme a Instrução aos Autores da própria revista disponível no site www.eean.ufrj.br/rev_enferm. Destaca-se que a Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery solicita título com até 15 palavras, bem como título abreviado com até 7 palavras. É permitido o uso de abreviações no resumo se forem inevitáveis e devem ser explicadas na primeira vez que aparecerem. Solicita ainda data de aprovação em Comitê de Ética. Não se deve citar nome de autores no corpo do texto.

[‡] Este manuscrito é um recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da fisioterapeuta Daysi Jung da Silva Ramos orientada pela Prof^a Dr^a Telma Elisa Carraro.

Manuscrito 4 – para submissão à Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery

Modelo de Cuidado de Carraro: sistematizando o cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar§

Carraro's Care Model: systematizing physiotherapy care to puerperal women in hospitals

Modelo de Atención de Carraro: sistematizar la atención fisioterapéutica en la puerperas en un medio hospitalario

Título abreviado (7 palavras): Modelo de Cuidado e fisioterapia no puerpério

Daysi Jung da Silva Ramos (fisioterapeuta, Mestre em saúde coletiva; Mda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina; Membro do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando - PEN/UFSC; Docente do curso de fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina UNISUL/unidade Pedra Branca).

e-mail: daysi.ramos@unisul.br

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Cidade Universitária Pedra Branca – Palhoça – Santa Catarina

CEP 88130-000

Telefone: (048) 3279-1047 – Fax (048) 3279-1094

Telma Elisa Carraro (enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo PEN/UFSC; Vice-líder do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando – PEN/UFSC; Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC).

Contribuição de cada autor na elaboração do manuscrito:

Daysi Jung da Silva Ramos: confecção e tramitação do projeto, coleta de dados, elaboração do texto.

Telma Elisa Carraro: confecção e tramitação do projeto, orientação e elaboração do texto.

§ Este manuscrito é um recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da fisioterapeuta Daysi Jung da Silva Ramos orientada pela Prof^a Dr^a Telma Elisa Carraro.

RESUMO

A partir da observação de semelhanças entre o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC) e a prática fisioterapêutica optou-se por utilizá-lo na prestação de cuidado à puérpera em ambiente hospitalar. O objetivo deste estudo foi analisar a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar. Pesquisa qualitativa, tipo convergente-assistencial (PCA) realizada com uma puérpera internada num hospital público de SC que recebeu cuidado fisioterapêutico aplicando-se o MCC. Como resultado observou-se que o uso do MCC através da PCA foi apropriado para este estudo, complementando-se entre si, permitindo a execução do cuidado concomitante à reavaliação constante da situação com conseqüente possibilidade de readequação das ações fisioterapêuticas selecionadas. O MCC permitiu que o cuidado fisioterapêutico transcendesse a aplicação de técnicas, focando a busca do conforto à puérpera, que por sua vez pode exercer sua autonomia fazendo opções e opinando durante todo o processo.

Palavras-chave: Cuidado. Fisioterapia. Puerpério. Hospital.

RESÚMEN

De la observación de las similitudes entre el Modelo de Atención de Carraro (MCC) y la práctica fisioterapéutica elegimos para utilizarlo en la prestación de los cuidados de la puerpera en el medio hospitalario. El objetivo del presente estudio es analizar el uso del Modelo de Atención de Carraro y sistematización de la atención de fisioterapia en la puerpera en el medio hospitalario. Investigación cualitativa, de la convergente-asistencial (ICA), se realizó con una puerpera internada en un hospital público de Santa Catarina que recibieron atención fisioterapéutica aplicando el MCC. Como resultado se observó que el uso del MCC mediante la ICA es el adecuado para este estudio, complementándose mutuamente, permitiendo la implementación de la atención concomitante para reevaluar la situación constantemente con la consiguiente posibilidad para realinear las acciones fisioterapeuticas seleccionadas. El MCC ha permitido a la atención de fisioterapia superara el la aplicación de técnicas, que se centra en la búsqueda de comodidad de la puerpera, que a su vez pueden ejercer su autonomía en la toma de decisiones y teorizar en todo el proceso.

Palabras clave: Atención. Fisioterapia. Puerperio. Hospitalario.

SUMMARY

From the observation of similarities between Carraro's Care Model (CCM) and the physiotherapy practice we chose to use it to provide care to the puerperal woman in hospital. The aim of this study was to analyze the use of Carraro's Care Model as a systematic physiotherapy care to the puerperal woman in hospital. A qualitative, assistential convergent research (ACR) was performed on a puerperal woman in a public hospital in SC who received physiotherapy care by applying CCM. As a result, it was observed that the use of CCM through the ACR was appropriate for this study, complementing each other, allowing the execution of concomitant care to the constant reassessment of the situation with the consequent possibility of readjustment of the selected physiotherapy actions. CCM has allowed the physiotherapy care to transcend the application of techniques, focusing on the pursuit of comfort for the puerperal women, who can exercise their autonomy by making choices and giving their opinions throughout the process.

Keywords: Care. Physiotherapy. Puerperium. Hospital.

INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase da vida da mulher que exige atenção especial por ser um momento de recuperação, seja do parto normal, seja de uma cirurgia cesareana, além de ser um momento de adaptação, pois ela passa a vivenciar a maternidade. Neste momento a mulher pode experimentar flutuações em seu poder vital, definido como a própria vitalidade, a energia interior, a capacidade de reação, uma força essencial para a restauração e manutenção da saúde e da vida.

As primeiras experiências de recuperação e adaptação no puerpério ocorrem ainda no ambiente hospitalar, tendo em vista que em nossa cultura o nascimento ocorre habitualmente nestas instituições.

No contexto do puerpério a mulher pode receber atenção das diversas pessoas que a rodeiam, sejam parentes, amigos, colegas, vizinhos ou profissionais de saúde. Esta atenção muitas vezes é transformada em cuidado e quando este cuidado parte de um profissional da área da saúde deve vir pautado em fundamentação científica, teorias e modelos.

Cuidar é cultivar a vida, educando e desenvolvendo ações para sua promoção e tratando de limitações do bem-viver. Os atos de cuidado representam a mediação no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável podendo influenciar na redução do estresse; auxiliam a pessoa a nascer, a ser, a reproduzir, a criar/transformar e a morrer dignamente. O cuidado pode ser, portanto, concebido como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer, de insatisfações¹.

O fisioterapeuta é um dos profissionais aptos a prestar cuidados à puérpera seja em ambiente hospitalar ou não, porém sua atuação ainda vem sendo inserida, divulgada e aceita neste meio. Assim, busca-se cada vez mais fundamentação teórica para a prática do cuidado fisioterapêutico e, neste percurso surgiu o Modelo de Cuidado de Carraro (MCC), que foi elaborado em 1994 à luz da teoria de Florence Nightingale, por Telma Elisa Carraro em sua dissertação de mestrado. Inicialmente era chamado de “proposta”, mas em 2008, foi validado como um “modelo de cuidado”, em uma tese de doutoramento².

Este Modelo é composto por cinco etapas articuladas entre si, que se complementam e podem ocorrer simultaneamente, sendo elas: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo e Acompanhando a Trajetória^{3,4}. Desta forma, considerando que este estudo foi orientado pela própria Carraro, optou-se por aplicar seu modelo no cuidado fisioterapêutico à puérpera.

Portanto, o objetivo deste manuscrito foi analisar a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar.

MÉTODOS

O método é o processo sistemático que, aceito pela comunidade científica, tem como produto o conhecimento científico. Sua validade, confiabilidade, estabilidade, capacidade de explicação, predição, compreensão e transformação constituem alguns dos critérios de rigor que contribuem para a condição verdadeira do saber construído⁵.

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial (PCA). O objeto a ser analisado no presente estudo é um fenômeno da área da saúde, portanto de caráter interdisciplinar. A PCA articula pesquisa e ações da prática assistencial incorporadas uma à outra e o tema precisa emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador. Considerando-se esta condição, no presente estudo a curiosidade para pesquisar sobre a temática do puerpério surgiu devido à prática cotidiana da fisioterapeuta como docente de uma instituição de ensino superior no setor que serviu como campo de pesquisa e também de sua participação no grupo de pesquisa Cuidando & Confortando (UFSC).

A cooperação mútua entre pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada é um fator necessário para o desenvolvimento da PCA⁶. Esta caracteriza-se por fases distintas, sendo elas: Concepção (abordagem do tema com leituras acerca da temática e a definição do suporte teórico); Instrumentação (elaboração dos procedimentos metodológicos); Perscrutação (obtenção/coleta dos dados) e Análise/ interpretação (apreensão das informações, síntese, teorização e recontextualização)⁶. Neste estudo somente a perscrutação foi realizada exclusivamente pela fisioterapeuta e as demais fases pelas duas pesquisadoras.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do comitê de ética em pesquisa do hospital envolvido obtendo aprovação conforme o protocolo 08/10 em 29 de março de 2010 e apreciado também pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado em 26 de abril de 2010 conforme processo nº 709 FR 330247. As participantes foram 4 puérperas internadas no alojamento conjunto de um hospital público de Santa Catarina, no mês de maio de 2010. Os critérios de inclusão foram: puérpera acomodada em alojamento conjunto, maior de 18 anos, que aceitasse participar, sem problemas para a compreensão do objetivo do estudo e com capacidade

de responder aos questionamentos. Ressalta-se que neste manuscrito será analisado apenas um dos casos estudados. A identidade da puérpera envolvida não será revelada, garantindo o compromisso ético assumido. O presente estudo foi permeado ainda pelo respeito aos valores e crenças trazidos pela puérpera.

Na fase de Instrumentação utilizou-se dois roteiros, sendo um para coletar dados sobre o estado de saúde da puérpera e outro que auxiliou no que se refere ao poder vital. Os instrumentos citados deram subsídios para uma entrevista informal, que é o tipo de entrevista mais apropriado para a PCA⁶. Além de ser realizada a gravação em mp3 (a fim de manter maior fidedignidade dos dados), as entrevistas foram registradas inicialmente de forma telegráfica, ou seja, com o uso de expressões-chave e assim que possível, de preferência no mesmo dia para evitar perdas dos detalhes, as anotações foram completadas com as observações e falas dos participantes.

Além disso, a observação também foi utilizada como técnica para a coleta de dados, pois manifestações corporais e atitudes da puérpera trouxeram dados não-verbais referentes à sua satisfação ou aceitação dos cuidados fisioterapêuticos propostos. O registro dos dados também foi realizado no diário de campo, principalmente aqueles sobre a expressão corporal, interrupções, manifestações do familiar, entre outras.

Os dados foram digitalizados e arquivados em computador pessoal, de uso individual, protegido por senha, onde permanecerão por 5 anos. Além disso, permanecem num arquivo de nuvem computacional⁷, também protegidos por senha. Os registros realizados em papel foram destruídos (queimados) após sua digitalização (escaneamento).

A exigência de rigores e a criação de estratégias para a obtenção de informações são fundamentais na PCA, pois assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de ação, mas presas ao interesse comum em potencializar a qualidade da unidade assistencial⁶.

As fases de perscrutação (com a coleta de dados realizada no mês de maio de 2010 exclusivamente pela fisioterapeuta), análise e interpretação tiveram como subsídio o Modelo de Cuidado de Carraro com as devidas adequações para esta pesquisa. O MCC precisou ser adequado para uso da fisioterapeuta, tendo em vista que sua versão original destinou-se ao uso na enfermagem. Tais adequações não alteraram de forma significativa o modelo preservando todas as suas etapas. Cabe ressaltar que a todo o momento o MCC permite a inter-

relação entre as etapas, com o intuito de retroalimentação de toda a trajetória, conforme segue no diagrama proposto para este estudo:

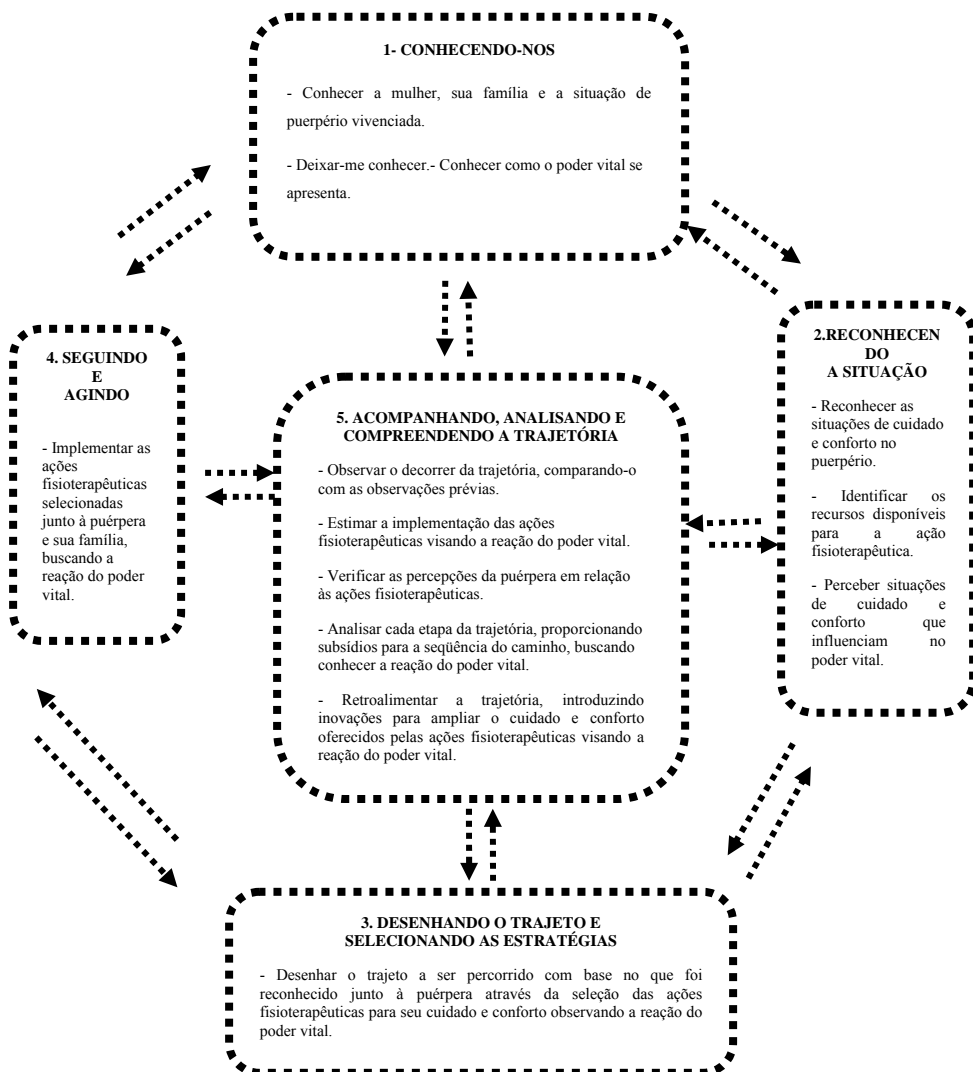


Figura 2 – Representação gráfica do Modelo de Cuidado de Carraro (1994), proposto para esta pesquisa (2011).

O caso estudado será apresentado no item resultados e discussão, pois em função da união entre o MCC e a PCA os dados foram levantados durante o desenvolvimento da prática do cuidado fisioterapêutico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso apresentado a seguir busca ilustrar a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização para o cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar.

Inicialmente a puérpera foi selecionada partindo de um contato com a enfermeira do alojamento conjunto e de acordo com os critérios de inclusão.

Na seqüência realizou-se o primeiro contato com a paciente através da apresentação da pesquisadora, explicação quanto à intenção do estudo e convite à sua participação, caracterizando a etapa “Conhecendo-nos” do Modelo de Cuidado de Carraro. Com o aceite, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, informando-a sobre os cuidados éticos (anonimato, privacidade, dignidade no relacionamento, autodeterminação, bem-estar, segurança e não sofrimento de agravos).

A puérpera tem 30 anos, é do lar, com um histórico de 4 gestações (3 cesáreas e 1 aborto). Estava no 2º dia de pós-operatório de cesárea associada à laqueadura, com sinais vitais estáveis e acompanhada do marido. Após sua autorização foram coletados os dados do prontuário no posto de atendimento do alojamento conjunto. Quando a pesquisadora retornou ao quarto, a puérpera estava sentada na cama amamentando o bebê (um menino). Foi perguntado se ela preferia que voltasse mais tarde (aplicando neste momento a etapa “Reconhecendo a situação”), porém a amamentação foi interrompida, por iniciativa da mulher, para a aplicação dos instrumentos de pesquisa e para o cuidado fisioterapêutico. Nesta etapa foi realizado o reconhecimento das situações de cuidado e conforto, a partir da anamnese e avaliação física efetuadas no próprio quarto hospitalar, bem como a aplicação dos roteiros selecionados. Estes procedimentos subsidiados pelos dados coletados na etapa “Conhecendo-nos” permitiram a identificação dos recursos disponíveis para a ação fisioterapêutica, a percepção de situações que influenciavam o poder vital e posterior seleção das ações fisioterapêuticas.

Destaca-se que foi a mulher quem decidiu interromper a amamentação. Este é um exemplo proporcionado pela aplicação do

MCC de respeito à autonomia da puérpera em relação aos cuidados prestados. Ela dispôs-se a receber o cuidado fisioterapêutico ao invés de inadequadamente ser interrompida pelo profissional por acreditar-se que é ele quem faz o horário do atendimento e quem conhece as prioridades.

Na etapa “Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias”, juntamente com a puérpera e seu familiar, programou-se as prioridades e as ações fisioterapêuticas, a fim de minimizar seus desconfortos e potencializar seu poder vital, configurando assim o cuidado como um todo. Nesta fase, foi importante o envolvimento da família no cuidado e conforto, pois ao ser orientado e participar do processo o familiar torna-se um colaborador para a recuperação da puérpera.

O cuidado envolveu a aplicação de diversas ações fisioterapêuticas incluindo alongamento e relaxamento muscular através de cinesioterapia, treino do padrão muscular respiratório, crioterapia, massoterapia e orientações gerais sobre postura e amamentação. Esta etapa caracteriza-se como “Seguindo e agindo”. A escolha do tipo de cuidado dependeu das situações de cuidado e conforto reconhecidas e da disponibilidade da puérpera para recebê-las. É importante registrar que esta pesquisa não interferiu nas ações dos demais componentes da equipe de saúde do hospital*.

Seguem informações levantadas com a aplicação dos instrumentos através do MCC para a coleta de dados da pesquisa, fazendo a relação dos dados com as etapas do modelo:

Em relação à intenção quanto à amamentação (que é um fator considerado por estudiosos como determinante da condição de maternidade, pois algumas mulheres sentem-se incompletas por não poder amamentar seus filhos) a puérpera respondeu confiante:

Vou amamentar até quando o bebê quiser... É o melhor pro bebê, principalmente pra saúde por causa dos anticorpos. Só quero dar outros alimentos quando parar de amamentar ou quando der o tempo certo. (puérpera)

Alguns benefícios do aleitamento materno tornaram-se de conhecimento popular conforme é relatado pela puérpera. Através do leite materno o bebê recebe nutrientes, fatores anti-infecciosos e imunomoduladores com qualidade e proporções ideais para o seu metabolismo⁸. Sua fala também vai ao encontro do que preconiza a

* Esta última frase não deve ser interpretada como ausência de interação entre pesquisadora e equipe, mas foi uma recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital envolvido a fim de garantir que a pesquisa não iria interferir na rotina do hospital.

UNICEF que calcula que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, 1,3 milhão de mortes de crianças menores de 5 anos⁹.

Sobre o uso de bico/mamadeira a puérpera afirma:

Tem gente que gosta do bico, mas sei que bico, água e chá não precisa porque tem o leite. E sei que a mamadeira é só depois de acabar a amamentação. (puérpera)

Quando perguntada sobre o preparo da mama para a amamentação, respondeu:

Eu preparava a mama passando a esponja; fazia biquinho puxando na hora do banho. Não pude tomar sol porque lá em casa não tem lugar, não é nego? (fala olhando para o marido). Embora a gente more na praia, não dá para tirar o biquíni e ficar lá tomando sol no peito como se fosse normal. (puérpera)

Nesta fala percebe-se que a puérpera busca referência no companheiro para justificar o fato de não ter tomado o banho de sol que considerava importante. Para orientar mulheres quanto à prevenção de problemas relacionados à amamentação, como as fissuras mamilares, algumas práticas podem ser encorajadas como a técnica correta da amamentação, os banhos de sol, a secagem dos mamilos ao ar livre e o aleitamento materno sob livre demanda, e outras desencorajadas como esfregar o mamilo vigorosamente no pré-natal, o uso de protetores de mamilo tipo absorvente, o uso de sabão, álcool ou outros agentes secantes¹⁰. Realmente há controvérsias em relação à efetividade do preparo dos mamilos na gestação, pois alguns estudos contra-indicam o uso de cremes, óleos, pomadas, bucha e toalha por promoverem descamação da pele na região mamilo-areolar, deixando-na mais sensível e predispondo ao aparecimento de trauma mamilar¹¹.

O aleitamento materno é uma prática que deve constituir-se em uma estratégia de promoção à saúde e requer compreensão dos determinantes associados à sua interrupção. Evidências científicas têm demonstrado que o aleitamento materno exclusivo é a melhor forma de alimentar as crianças, pois se constitui em base para o desenvolvimento biológico e emocional, além de proporcionar proteção contra infecções no primeiro ano de vida e diminuição das doenças crônicas durante a idade adulta¹².

Quando questionada sobre suas dúvidas, a puérpera respondeu:

Não tenho dúvidas porque já amamentei os outros dois e espero que dessa vez saia tudo bem como com os outros. (puérpera)

Uma puérpera devidamente orientada desde o pré-parto tende a adotar a amamentação de forma correta, exclusiva e por mais tempo. Além disso, está prevenida quanto aos problemas que podem ocorrer e como proceder, diminuindo a ocorrência do desmame precoce¹³.

Neste momento o marido levantou-se da cadeira e caminhou pelo quarto com o bebê no colo. A puérpera não perdia um movimento sequer dos dois. Foi perguntado se ela queria segurá-lo (colocando em prática novamente a etapa “Reconhecendo a situação”), mas ela disse que não, pois se for por ele (o bebê) ela não pode sequer ir ao banheiro. Aqui percebe-se novamente a mulher fazendo uso da sua autonomia.

Sobre as relações interpessoais no ambiente hospitalar, a puérpera informou:

Foi tudo tranquilo. (puérpera)

Porém a fala sobre a equipe de saúde merece uma reflexão:

Não posso reclamar; sempre têm exceções (...) nem todo mundo entra aqui sorrindo como você, dando bom dia, assim animados. E principalmente se apresentando. Cada um, cada um” (falou sorrindo). (puérpera)

É interessante como o profissional de saúde pressupõe que o fato de estar usando um jaleco ou uma vestimenta branca o transforma em alguém que não precisa se apresentar, pois aparentemente acredita que está entendido *à priori* que ele faz parte da equipe de saúde e tem acesso ao corpo das pessoas, seu quarto e sua história.

Se a mulher sentir-se cuidada e confortada a experiência em relação ao parto e puerpério poderá ser menos traumática, até porque, atualmente, as mulheres não temem apenas a dor no parto, mas sentem-se amedrontadas pelos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante¹⁴. Há anos já se percebe a preocupação de estudiosos sobre a inter-relação entre profissionais de saúde e sua clientela apontando inadequações e deficiências nas atitudes e capacitação profissional. Recomendam um esforço das instituições de ensino e assistenciais para a capacitação de recursos humanos instrumentalizando-os para a atenção integral à saúde¹⁵.

Sobre a vivência do puerpério, a mulher disse estar feliz e satisfeita com a chegada do bebê. Para cuidar de sua saúde no ambiente hospitalar procura evitar friagem e não anda descalço. Caminha e cuida da alimentação, mas informa que as refeições oferecidas pelo hospital não são apetitosas. Está preocupada neste momento com a recuperação

da cesárea e sua maior expectativa é ir embora para estar com todos os filhos. Estas informações demonstram o poder vital sendo despertado e voltado para o restabelecimento da puérpera, sua responsabilidade e desejos.

Sobre as condições do ambiente hospitalar a puérpera fez uma declaração que chamou-nos a atenção:

O pessoal é bem atencioso. Tem uns malucos também. Eles têm poucos recursos e então não podem fazer muita coisa. (puérpera)

Quando questionada por que ela teve tal impressão, respondeu que alguns profissionais não se identificam, falam com mais de uma paciente ao mesmo tempo e não demonstram o interesse esperado em relação às queixas e apontamentos das mesmas, inclusive quando afirmou que teve febre nos outros puerpérios e que estava preocupada com o atual.

Percebe-se o desapontamento da puérpera em relação à atenção recebida por este tipo de profissional, pois esperava-se que o mesmo se apresente e ofereça um cuidado individualizado.

Sua preocupação com a febre é pertinente, pois a morbidade febril puerperal é preocupação de estudiosos da área obstétrica tendo em vista que a maioria das mortes maternas poderia ser evitada se gestantes, parturientes e puérperas tivessem assistência médica e hospitalar adequadas¹⁶.

No item sobre o conforto do ambiente hospitalar, a puérpera relata que não recebeu travesseiro, mas pegou um do bebê.

Em relação aos fatores que influenciam no poder vital a puérpera já sabia que ia se submeter a mais uma cesárea porque planejou realizar a laqueadura, mas queixa-se apenas da falta de privacidade no ambiente hospitalar, pois está num quarto com mais duas mulheres, seus bebês e acompanhantes. Esta falta de privacidade foi explicitada ao referir-se ao uso do banheiro e à exposição do corpo durante avaliações dos profissionais diante de outras pessoas.

Em relação à alimentação disse:

[...] Sei que hoje em dia não falam mais aquelas coisas de que o que a mãe come vai dar cólica no neném, mas mesmo assim eu quero evitar lingüiça, temperos... essas coisinhas. É melhor prevenir do que remediar, não é mesmo? (puérpera)

Sobre o sono e repouso a puérpera respondeu olhando carinhosamente para o marido e soltando um beijinho:

É pouco. Muito pouco, pois o bebê chora e quem tem que atender sou eu. Embora meu marido fique aqui comigo, tem coisas que tem que ser a mãe. (puérpera)

Quando perguntada sobre a sua higiene a puérpera disse:

As meninas da limpeza são bem prestativas. O banheiro está sempre limpinho e eu acho isso importante. (puérpera)

Percebe-se que ela interpretou que a higiene era referente ao ambiente, mas neste momento já falávamos sobre a sua vivência em relação ao puerpério e a intenção era saber sobre seus hábitos de higiene após o parto. Com o esclarecimento ela respondeu:

Procuro deixar a cesárea bem sequinha porque sei que isso ajuda na cicatrização. (puérpera)

Sobre o cuidado com o recém-nascido, falou olhando para o marido:

Eu e meu marido cuidamos dele, mas mais eu mesmo. A mulher tem mais jeito. Olha como ele está segurando. (puérpera)

Nesta fala há um foco na mulher como portadora das habilidades necessárias ao cuidado e que embora o homem tente envolver-se neste cuidado, ainda lhe falta jeito. Considera-se que a puérpera que cuida, entende e satisfaz as necessidades de seu filho torna-se agente multiplicador da saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico. Além disso, é vantajoso que durante o tempo de permanência no ambiente hospitalar tanto a mãe quanto o pai sejam inseridos nos cuidados com o bebê¹⁷.

Já para o cuidado consigo, a puérpera direciona a função para o companheiro e salienta a importância de sua presença, potencializando o poder vital dele:

O meu marido cuida de mim, né nego? Ele me ajuda a levantar, pega o bebê, enfim, se ele não estivesse aqui eu não conseguiria fazer nada. (puérpera)

Em relação aos aspectos subjetivos que podem influenciar o poder vital a puérpera destaca sua apreensão com a recuperação para poder receber alta logo e ver os outros filhos. Esta preocupação pode estar relacionada às responsabilidades maternas, pois ainda que as crianças estivessem sob os cuidados de outros familiares, a mulher explicitou que sua ausência poderia ser sentida por elas como um “ato de abandono”.

Outro ponto importante da fala da puérpera foi em relação à auto-imagem quando ela afirma:

... O bom é que engordei pouco e também vou amamentar, então não vai ser tão complicado, eu acho. (puérpera)

A partir do exposto pode-se “Reconhecer a situação” (etapa 2 do MCC) e imediatamente eleger as ações fisioterapêuticas indicadas, implantando a etapa 3 do Modelo de Cuidado de Carraro (“Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias”), como segue:

Pela distensão abdominal, dor pós-operatória e padrão muscular ventilatório apical (PMV) próprio do puerpério imediato¹⁸ (identificados na etapa 2 do Modelo), a paciente necessitava de uma reeducação (etapa 3), sendo realizado portanto o treino de PMV diafragmático (etapa 4).

Pela distensão abdominal, redução de ruídos hidro-aéreos e queixa de constipação (identificados na etapa 2 do Modelo), a puérpera foi orientada a realizar a auto-massagem abdominal (etapas 3 e 4) devido à limitação provocada pela dor local (etapa 2) e para que possa fazer quando a fisioterapeuta não estiver presente. Ela observou atentamente e praticou, pois ficou interessada ao saber que tal manobra poderia ajudar na evacuação. A dor pós-operatória em região abdominal causa grande desconforto e costuma retardar o retorno às atividades de vida diária¹⁹.

Também pela constipação (identificada na etapa 2 do Modelo), foi selecionada a balsa de pelve (etapa 3) como ação fisioterapêutica, pois objetiva auxiliar na irrigação da região abdominal e pélvica e também no relaxamento local. A puérpera fez poucas repetições (etapa 4), mas preferia fazer mais tarde porque naquele momento estava com desconforto abdominal (dor ao movimento) (retorno à etapa 2).

Além disso, queixou-se de “dor nos braços” por segurar o bebê no colo demasiadamente (etapa 2). Para este desconforto foram selecionados (etapa 3) alguns alongamentos para a musculatura de membros superiores e também de peitorais, pois além disso apresentava protusão de ombros. Ela realizou os alongamentos sem dificuldades (etapa 4). Um fato interessante foi que quando explicado que os alongamentos trariam também uma sensação de relaxamento a puérpera disse para o marido prestar atenção porque ele também iria precisar. Isso demonstra que de alguma forma há uma relação de parceria no cuidado com o bebê e a mulher potencializa novamente o poder vital do marido.

Por apresentar edema em extremidades (etapa 2), foram realizados exercícios metabólicos para mãos e pés (etapas 3 e 4). Além das atividades citadas, foram repassadas orientações posturais e de

posicionamento para a amamentação, pois a puérpera estava sentada na cama, sem encosto para as costas, com o tronco fletido, suspendendo o bebê até a mama, sobrecarregando os membros superiores e cintura escapular.

Procurou-se ter atenção às manifestações, por mais sutis que fossem, nos comportamentos da mulher e seu acompanhante, pois entende-se que esta é uma importante ferramenta para a humanização do cuidado. Durante todo o cuidado fisioterapêutico o bebê ficou resmungando e a paciente, embora aparentasse vontade e interesse em realizar as atividades, não desprendia a atenção dele. Para que ela pudesse praticar sua autonomia novamente, por várias vezes foi reforçado que poderia sentir-se à vontade se desejasse segurá-lo, porém não aceitou. Essa atitude demonstra que embora a mulher tenha interesse em cuidar-se, ela mantém-se vigilante em relação ao seu filho.

A etapa “Acompanhando, analisando e compreendendo a trajetória”, consistiu na reavaliação integral da puérpera, da retomada da sua percepção sobre o processo agora já efetuado (cuidado e conforto a partir da ação fisioterapêutica) e do registro das ações fisioterapêuticas (evolução) no prontuário, que fica no posto de atendimento do alojamento conjunto. Neste momento também foram realizadas as notas expandidas no diário de campo.

Todo este processo, que ocorreu de maneira dinâmica, indo e vindo de acordo com a proposta da PCA, pesquisando e cuidando e vice-versa, proporciona analisar a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar. Como já citado o mesmo permite a inter-relação entre suas etapas a fim de retroalimentar a trajetória sendo que desse modo a PCA e o MCC complementam-se entre si.

CONCLUSÃO

Após a finalização desta pesquisa e retomando-se o objetivo de analisar a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera no ambiente hospitalar, observou-se que o uso do MCC através da PCA foi apropriado por permitirem a execução do cuidado concomitante à reavaliação constante da situação com conseqüente possibilidade de readequação das ações fisioterapêuticas selecionadas.

O modelo utilizado permitiu que o cuidado fisioterapêutico transcendesse a aplicação de técnicas, realizando-se a seleção de ações à

partir da avaliação e disponibilidade da puérpera em receber tal cuidado, focando-se na busca do seu conforto.

Outro fator importante foi a possibilidade criada pelo modelo de envolvimento do acompanhante/familiar no processo de cuidado fisioterapêutico permitindo a potencialização do poder vital tanto da puérpera quanto do seu familiar. Em relação à potencialização do poder vital da puérpera pode-se dizer que ficou focada principalmente em sua recuperação para que pudesse assumir as responsabilidades maternas e realizar seus desejos. Quanto à potencialização do poder vital do acompanhante/familiar percebeu-se que foi voltada ao envolvimento do mesmo nos cuidados à puérpera e ao bebê.

Além disso, a união entre o MCC e a PCA permitiu que a puérpera participante do estudo exercesse sua autonomia fazendo opções durante o cuidado fisioterapêutico e opinando sobre o processo.

Por outro lado, cabe destacar que a puérpera explicitou seu desapontamento em relação à atenção recebida por um profissional da equipe, pois afirma que esperava que o mesmo ao menos se apresentasse e lhe oferecesse um cuidado individualizado.

Tais conclusões puderam ser observadas devido à complementariedade da Pesquisa Convergente Assistencial com o Modelo de Cuidado de Carraro, num movimento de avanço e retrocesso a qualquer o momento através da inter-relação entre as etapas de cuidado e pesquisa, retroalimentando toda a trajetória. Pode-se, portanto, afirmar que a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera foi apropriada e sugere-se que sua aplicação seja ampliada para outras situações do cuidado fisioterapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Loeffler CI. O cuidado de enfermagem com mulheres gestantes: perspectivas para uma eco-obstetrícia [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- 2 Wall ML. Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 3 Carraro TE. Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de

infecções [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.

4 Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. Goiânia (GO): AB Editora; 2001.

5 Malvaréz S. Reflexiones sobre la investigación em enfermería: contexto y perspectivas. In: Prado ML, Souza ML, Carraro TE. Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: OPAS; 2008. P. 17-38

6 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. 2ª ed. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.

7 Sousa, FRC, Moreira LO, Machado JC. Computação em nuvem: conceitos, tecnologias, aplicações e desafios. Acesso em 09 mai. 2011. Disponível em <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ercemapi/arquivos/files/minicurso/mc7.pdf>

8 Issler H, Organizador. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo (SP): Sarvier; 2008.

9 UNICEF. Aleitamento materno exclusivo - 2009. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2009.

10 Giugliani ERJ. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. *Jornal de Pediatria*. 2003 mai./jun.; 79 (3): 197-8.

11 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.

12 Coca KP et al. A posição de amamentar determina o aparecimento de traumas mamilares? *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (2): 446-52.

13 Braz MM, Sperandio FF. Incidência de problemas e queixas de amamentação no puerpério. *Rev FisioBrasil* 2005; 9 (74): 30-5.

14 Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev. Latino-American. Enferm*. 2002 Jul-Ago; 10 (4): 485-92.

15 Scochi CGS, Mello DF, Javorski M, Menossi MJ. O alojamento conjunto em hospitais-maternidade do município de Ribeirão Preto: análise da assistência. *Acta Paul Enfermagem* 1996; 9 (3): 15-23.

- 16 Nishie EM, Sakamoto K, Tubaki ME, Kahlale S, Pereira PP, Zugaib M. Mortalidade materna e infecção puerperal. *Rev Ginec & Obst* 2001; 12 (3): 130-4.
- 17 Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2002; 10 (2): 166-71.
- 18 Silveira DM, Dias LVS, Caldeira VS, Britto RR, Sampaio RF, Parreira VF. Avaliação do padrão respiratório em gestante e no puerpério tardio: relato de caso. *Rev Fisiot UNICID* 2004; 3 (2): 141-7.
- 19 Lianza S. Medicina de reabilitação. 3.ed. Guanabara Koogan: RJ, 2001. p. 200-4.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, não se esgotam as discussões sobre a fisioterapia no cuidado e conforto à puérpera no ambiente hospitalar e pode-se afirmar que o referencial metodológico utilizado neste estudo serviu de suporte para o alcance dos objetivos.

Inicialmente na busca de uma contextualização à pesquisa executou-se um estudo bibliométrico de artigos científicos, retrospectivo ao período de 2006 a 2010, com o objetivo de traçar o perfil de publicações sobre o tema Cuidado e Conforto no Puerpério. Destaca-se que o país com maior representatividade foi os Estados Unidos e o idioma de publicação mais freqüente foi o inglês. Das instituições envolvidas, houve destaque para as universidades. Nos títulos dos estudos analisados os termos cuidado e pós-parto foram muito freqüentes, porém o termo conforto não estava presente nos títulos analisados representando uma lacuna no conhecimento. Nenhum dos 60 estudos selecionados estava relacionado à fisioterapia, justificando o investimento em pesquisas envolvendo o cuidado, o conforto e a fisioterapia, tendo em vista que na prática funcionam como base para a atuação.

Através da adaptação do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC), pude identificar sua aplicabilidade para a fisioterapia no cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar. Este Modelo aplicado através da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), com o “ir e vir” do cuidado fisioterapêutico para a pesquisa e vice-versa no momento em que as situações ocorreram, permitiu o respeito aos sentimentos e necessidades da puérpera. Este movimento retroalimentou as duas atividades, a pesquisa e o cuidado, revelando-se como uma proposta apropriada e condizente com a fisioterapia e sua produção de conhecimento.

Os objetivos da pesquisa são retomados neste capítulo com a clareza de que cada realidade é ímpar e que a PCA suscita inovação. De acordo com Trentini e Paim (2004, p. 99), “a descoberta da realidade é o ponto de chegada de qualquer investigação, só que ela pode ser interpretada com diferentes visões”.

Em relação ao objetivo “identificar as percepções das puérperas em relação ao cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica embasada no Modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar” pode-se concluir que questionar e valorizar sua percepção sobre o cuidado e conforto recebidos pode pautar mudanças nas ações e atitudes dos profissionais envolvidos no processo. Nesta pesquisa pode-se

apreender que a percepção das mulheres sobre a fisioterapia no cuidado e conforto no puerpério no ambiente hospitalar foi bastante positiva. O cuidado e o conforto da puérpera foram o alvo da implementação de ações fisioterapêuticas buscando contribuir tanto para a academia como para os profissionais da prática ao incentivar a reflexão sobre a forma de realizar o atendimento fisioterapêutico. Mais do que isso, buscou-se verificar tais percepções a fim de realizar um cuidado considerando a singularidade de cada mulher.

O cuidado e o conforto podem ser oferecidos de forma multidisciplinar e estão presentes nas ações de vários profissionais. As ações fisioterapêuticas foram relacionadas pelas mulheres ao cuidado e alívio de desconfortos, tendo destaque para a crioterapia que apresentou bons resultados na redução da dor na região da episiotomia. As puérperas evidenciaram ainda a importância da inserção do acompanhante nos cuidados, deixando-as mais seguras e confortáveis neste momento.

Considerando-se que diversos fatores influenciam no sentir-se confortável, cada puérpera apresentou necessidades particulares e citou ações fisioterapêuticas diferentes como importantes para seu conforto. Todas as puérperas participantes agradeceram o cuidado prestado pela fisioterapeuta durante a pesquisa, ressaltando a importância da atenção individualizada principalmente quanto ao posicionamento, à crioterapia e à cinesioterapia.

Cabe lembrar que, por conhecer a realidade local, pode-se afirmar que há escassez de fisioterapeutas nos serviços de atenção à saúde da mulher, principalmente na esfera da saúde pública. Portanto, os benefícios citados neste estudo ficam restritos à alguns serviços da esfera privada e também aos atendimentos feitos pelos estagiários de Instituições de Ensino Superior.

Com relação ao objetivo “analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro” pode-se concluir que o fisioterapeuta influenciou positivamente no poder vital da mesma. A avaliação atenta das necessidades e o oferecimento de cuidado e conforto através de ações específicas da fisioterapia apropriadas para cada mulher foram fundamentais para tal resultado.

Entende-se então que o fisioterapeuta pode colaborar para o fortalecimento do poder vital principalmente no que diz respeito à postura da mulher, aos desconfortos músculo-esqueléticos e à dor que pode apresentar durante o puerpério, particularmente nos primeiros dias,

quando ainda não está adaptada e se recupera do parto, seja ele natural ou cirúrgico.

Percebeu-se diferença entre o comportamento dos profissionais da “porta de entrada” composta pela triagem obstétrica e pelo centro obstétrico e os profissionais da enfermaria/alojamento conjunto, pois de forma geral, segundo relato das puérperas, os primeiros não demonstraram cuidado e atenção necessários à ocasião. Portanto, profissionais de saúde devem ser estimulados a perceber o poder vital, considerando as puérperas e seus familiares e a si próprios (profissionais de saúde) como co-autores do processo de cuidado no papel de facilitadores.

Considerando os resultados encontrados neste estudo, torna-se necessário repensar sobre o ambiente oferecido à mulher durante o período puerperal. De preferência que seja acolhedor, que propicie favorecimento do seu poder vital, ou seja, um espaço ou um ambiente profícuo com relações inter-pessoais saudáveis, onde possa se expressar e dialogar, fazendo reflexões sobre seu cotidiano e seus interesses, com vista à sua recuperação.

Acredito que a experiência foi enriquecedora para as duas partes, profissional e puérperas, que aprenderam e ensinaram formas de lidar com as diferentes situações que se apresentaram após o nascimento. Quanto às instituições de saúde fica o alerta sobre a necessidade de rever normas, rotinas e investir na sensibilização dos profissionais que atuam no processo do nascimento, para que o atendimento seja prestado de forma mais condizente com as expectativas e necessidades da mulher.

À partir dos dados coletados pode-se explorar resultados mais amplos e o trabalho final foi além dos objetivos iniciais da dissertação, resultando no manuscrito 4. Este manuscrito analisou a utilização do MCC como sistematização do cuidado fisioterapêutico à puérpera em ambiente hospitalar e como conclusão observou-se que o MCC permitiu que o cuidado fisioterapêutico transcendesse a aplicação de técnicas, focando a busca do conforto à puérpera, que por sua vez pode exercer sua autonomia fazendo opções e opinando durante todo o processo.

A finalização desta pesquisa me fez refletir sobre as ações fisioterapêuticas prestada habitualmente propondo transformá-la em cuidado fisioterapêutico, superando o modelo existente há anos. Espero que este trabalho traga contribuições reais aos profissionais que vivenciam o cuidado e precisam superar o automatismo comum da prática diária, bem como aos profissionais que lidam com puérperas e necessitam estar aptos para as diferentes e às vezes inesperadas

demandas que esta clientela apresenta. É necessário que se mantenham sensíveis à atenção integral à mulher, ao bebê e à família, não só do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, das demandas afetivas, relacionais e de aprendizagem.

O assunto não se esgota e espera-se que outros pesquisadores explorem mais resultados para que se tenha na prática a contribuição do fisioterapeuta para o fortalecimento do poder vital da puérpera. Espera-se que este trabalho tenha contribuído no sentido de despertar nos envolvidos, a puérpera e seus familiares, e os profissionais da equipe de saúde incluindo-se aí os fisioterapeutas, para a prática da integralidade do cuidado na busca pelo conforto preocupando-se com o poder vital da puérpera.

REFERÊNCIAS

- ABAFI. Associação Brasileira de Ajuda e Formação Sobre Incontinência Urinária. Disponível em: < [http:// www.abafi.com.br](http://www.abafi.com.br)>, março 2003. Acesso em: 29 out. 2009.
- AMAZONAS, M. C. L. A. et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 8, n. especial, p. 11-20, 2003.
- ARTAL, R.; WISWELL, R. A.; DRINKWATER, B. L. **O exercício na gravidez**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 71-78, 2006.
- BASTOS, A.; ANDRADE, A. V.; OLIVEIRA, S. F. de. Efeito do atendimento fisioterápico no puerpério imediato para pacientes portadoras de hipertensão arterial induzida pela gravidez. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 6, n. 1, 92-100, jan./jun. 1999.
- BAUER, M. R.; PINHEIRO, P. I. G. Retrato de Mulher – Revelações entre o cuidar e ser cuidada. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 366-396, maio/ago. 1998.
- BELEZA, A. C.S.; NAKATO, A.M.S. O trauma perineal no parto. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 6, nov./dez. 2004.
- BELEZA, A.C.S. **A dor perineal no pós-parto normal com episiotomia**: mensuração, caracterização e efeitos da crioterapia. 2008. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto, 2008.
- BELEZA, A. C. S. ; CARVALHO, G. P. Atuação da fisioterapia no puerpério.. In: IV Jornada Integrada dos Cursos de Saúde da Universidade Paulista-UNIP - Ribeirão Preto, 2006, Ribeirão Preto-SP.

Anais da IV Jornada Integrada dos Cursos de Saúde da Universidade Paulista-UNIP - Ribeirão Preto, 2006. p. 15-15.

BENSON, R.C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres-puérperas**: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOISSONNAULT, J. S.; BLASCHAK, M.J. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. **Physical Therapy**, 68, p. 1082-1086, 1988.

BOYKIN, A. A Enfermagem como conforto: o artístico no cuidado. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 36-51, maio/ago. 1998.

BRAÑAS, B. R.; BOPPRÉ, E. D. **O efeito da aplicação do laser de hélio-neônio sobre a fissura mamilar**. 2008. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aloj_c/GM_P1016_93aloj_c.doc>. Acesso em: 22 abr. 2009.

BROGNI, A. P. **O conhecimento das puérperas sobre a atuação do fisioterapeuta no pré-natal**. 2001. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2001.

CABRAL, A. C. V. **Obstetrícia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

CAMANO, L. et al. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2003.

CANDIOTTI, S.M.C.; FIGUEIREDO, M.C.S. O papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puérpera. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 68-71, jan./mar. 1993.

CARRARO, Telma E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

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

_____. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB Editora, 1997.

_____. **Desafio secular: mortes maternas por infecções puerperais**. Pelotas: Ed. UFPel, 1999.

_____. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB Editora, 2001a. p 5-27.

_____. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2001b.

_____. Editorial. *Enfermagem atual*. Ano 9; n. 49, jan./fev., 2009.

_____ et al. Cuidando y confortando: un espacio de aprendizaje y vivencia de cuidado y consuelo. **Revista Panamericana de enfermería**. v. 3, n. 2, jul./dez. 2005.

_____ et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 97-104, 2006.

_____. RADÜNZ, V. A empatia como relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 50-52, jul./dez. 1996.

_____. MADUREIRA, V.F.; RADÜNZ, V. Florence Nightingale: teoria ambientalista. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livro, 1999.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990.

CECCATO, M. W. et al. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. IV, n. 2, 1992.

COELHO, M. J. et al. Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, v. 5, n. 28, p. 7-13, jul./ago. 2005.

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Fisioterapia: Definição.** Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27>. Acesso em: 15 fev. 2010.

COLLIÈRE, M. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

CRISTOFOLINI, M.; CLAUDINO, J. D. **Frequência de fissuras mamilares em puérperas residentes nos municípios de Biguaçu e Palhoça e sua influência no processo de amamentação**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2010.

DIFIORE, J. **Boa forma física pós-natal**. São Paulo: Manole, 2000.

EDWARDS, L.D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D. L.; SCHANNON, E.P.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREDERICKSON, H.L.; WILKINS-HAUG, L. **Segredos em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FREITAS, F; COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FERNÁNDEZ, S. S. **Maternidade responsável**: preparação para o parto e recuperação pós-parto. São Paulo: Pancast, 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FUTCH, E. M.; SIMAS, M. B. **O uso do ultrassom e da manobra de evacuação dos linfonodos axilares no tratamento do ingurgitamento mamário em puérperas**. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2007.

GASPERI, P. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GAVA, M.V. **História, reflexões e perspectivas**. Universidade Metodista de São Paulo: São Paulo, 2004.

GEORGE, J. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIUSTINA, B. D. **A história da fisioterapia e ações multidisciplinares e interdisciplinares na saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.fisiotb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiustina.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2011.

GOLDSTONE, L. From orthodox to complementary: the fall and the rise of massage, with specific reference to orthopaedic and rheumatology nursing. **Journal of Orthopaedic Nursing**, v.3, p.152-159, 1999.

GONÇALVES, A.; FRELLO, A. T. **O cuidado domiciliar às mulheres puérperas e suas famílias enfatizando o cuidado de si**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GRABNER, L.C. **Incidência de problemas no pós-parto imediato**. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GROSS, P. B. **Vivenciando e refletindo sobre a prática profissional do enfermeiro ao aplicar a metodologia da assistência de enfermagem na promoção à saúde da gestante**. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

GRÜDTNER, D. I. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica**. 1997. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

GRUDTNER, A. C. L.; SPERANDIO, F. F. Percepção das gestantes sobre a relação entre trabalho remunerado e desconforto corporal. **Revista Digital EFDEPORTES**, Buenos Aires, 13, n. 127, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd118/musculatura-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. v.1. São Paulo: Roca, 2000.

HAMMES, A.; OLIVEIRA, C. S. **Crioterapia após a episiotomia: efeito sobre a dor**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, 2010.

HANLON, T.W. **Ginástica para gestantes: o guia oficial da YMCA para exercícios pré-natais**. São Paulo: Manole, 1999.

HERVIS, M.J.P. **A trajetória da enfermeira junto ao ser humano oncológico traqueostomizado e sua família.** 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

INSTITUTO ÁVILI. **Especialidades:** Fisioterapia Ginecológica. Disponível em: <<http://www.avili.comerciobsb.com.br/ginecologica.html>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

JUNG, I. E. **Caminhada assistencial junto ao doente renal durante o período de hemodiálise.** 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

KISNER, C.; COLBY, L. E. **Exercícios terapêuticos:** fundamentos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Manole, 1998.

KOCALBA, K. **Comfort theory and practice:** a vision for holistic health care. New York: Springer, 2003.

KRETZER, J. **Análise das características biomecânicas dos pés durante o período gestacional e puerpério:** um estudo de caso. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

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

LAPIERRE, R. **A reeducação física.** São Paulo: Manole, 1982.

LICHT, S. In: **Exercícios por terapêutica.** 3.ed. São Paulo: Manole, 1980.

MACCARINI, M.A. **Vivência do climatério na atualidade.** 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo, 2006.

MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças Vasculares Periféricas**. 3.ed. São Paulo: Medsi, 2002.

MAIA, A. R. C. R. et al. Princípios do cuidar. In: REIBNITZ, K. S. et al. (Org). **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas**: a redução da demanda. Módulo 4. Florianópolis: UFSC, Departamento de Enfermagem, 2003.

MARSHALL, K; THOMPSON, K. A.; WALSH, D. M.; BAXTER, G. D. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and post-partum: survey of current findings at the Rotunda lying-in hospital. **Journal of Obstetrics Gynecology**, v. 105, n. 4, p. 400-402, 1998.

MAZUR, C. **Promoção à saúde da mulher no período gestacional**: um enfoque multiprofissional. 2004. Monografia (Curso de Especialização). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MELO DE PAULA, G; MOLINERO DE PAULA, V. R; DIAS, R. O. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no pós-operatório de cesariana. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 219-224, 2006.

MENDES, M.F; COELHO, E.B.S.; CALVO, M.C.M. O puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. In: COELHO, E.B.S.; CALVO, M.C.M.; COELHO, C.C.(Orgs). **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

MESQUITA, M.P.R.L. **A dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) na percepção da equipe de enfermagem**: uma perspectiva de construção coletiva. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MESQUITA, L. A.; MACHADO, A. V.; ANDRADE, A. V. Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 5, p. 267-272, jun. 1999.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, R. C. T. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Katálysis**, Florianópolis, n. 2, p. 20-6, 1998.

MOCELLIN, A.; RODRIGUEZ, I.G.; JUSTINO, M.M. **Uma caminhada com Florence Nightingale**: cuidado de mulheres gestantes/puérperas e suas famílias em busca do fortalecimento de seu poder vital. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, 2006.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A.E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

MOTTOLA JR, J.; MAZZOCCATO, F. M. L. C.; BERRETINI JR., A. et al. Mastopatia Diabética: Causa Incomum de Doença Inflamatória da Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Setembro 2002, vol. 24, n. 8, p. 535-539.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise à partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 72-81, 2005.

NASCIMENTO, K. C. et al. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-97, set. 2006.

NETO, J. A. S. In: **Tratado de obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico filosóficas. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, suplemento n.1, p. 79-92, dez. 2002.

NICHOLLS, D. A.; CHEEK, J. Physiotherapy and the shadow of prostitution: The Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. **Social Science & Medicine**, v. 62, p. 2336-2348, 2006.

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

ORELLANO, S. S. **Amamentação após mastectomia radical: um relato de caso**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2007.

PADILHA, M. I. C. S. et al. Significados das práticas de não-cuidados na visão dos clientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.6, p. 724-8, nov./dez. 2004.

PARADA, C. M. G. de L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface**, Botucatu, v.12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PAVESI, A. P. S. et al. Reabilitação fisioterapêutica no puerpério imediato: revisão. **Revista de Fisioterapia UNICID**, v. 2, n. 2, p. 131-137, jul./dez. 2003.

PETRI, F.C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. Universidade Federal de Santa Maria: 2006.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2000.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Centro de reabilitação:** Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/reabilitacao/fisio-gineco.php>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

PORTELA, C.M. **O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção à saúde.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando:** fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira. Goiânia: AB, 1999.

REBELLATO, J.; BOTTOMÉ, S. **Fisioterapia no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

RETT, M. T.; BERNARDES, N. O.; SANTOS, A. M.; OLIVEIRA, M. R.; ANDRADE, S. C. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 361-366, out./dez. 2008.

RETT, M. T. et al. Existe diferença na contratilidade da musculatura do assoalho pélvico feminino em diversas posições? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2005.

RETT, M. T. et al. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 275-80, jul./ago 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROSA, L. M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 410-4, jul./set. 2008.

SANTOS, V.E.P. **Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SENA, R. R. de. et al. O Cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Revista Interface**, v. 12, n. 24, p. 23-34, jan./mar. 2008.

SILVA, F.M.; MATOS, J.C.; BRAMBATI, V. **A enfermagem atuando como facilitadora na potencialização do poder vital da puérpera**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, S.R. **A Trajetória da enfermeira junto à mulher com diagnóstico de câncer uterino submetida ao procedimento de braquiterapia ginecológica**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SILVA, L. W. S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 04, p. 471-475, jul./ago. 2005.

SOUSA, FRC, MOREIRA LO, MACHADO JC. Computação em nuvem: conceitos, tecnologias, aplicações e desafios. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ercemapi/arquivos/files/minicurso/mc7.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2011.

SOUZA, E. L. B. L. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

SOUZA. A.C. **Resgatando as orientações às puérperas durante o cuidado de enfermagem por meio da aplicação de uma metodologia da assistência**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SPITZNAGLE, T.M; LEONG, F.C.; VAN DILLEN, L.R. Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. **International urogynecologic journal pelvic floor dysfunction**, v. 18, n. 3, p. 321-328, 2007.

TRENTINI, M. Relação entre a teoria, pesquisa e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-144, ago. 1987.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WALL, M. L. **Metodologia da Assistência: Um elo entre a enfermeira e a mulher mãe**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

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

WEISS, K. C. M. **Fisioterapia no puerpério imediato: um estudo comparativo em múltiparas**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2005.

WENSING, S. M. **Leite Humano X Laser: um estudo sobre a proteína**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2003.

WRIGTH, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

www.saude.sc.gov.br/hrsj. Acesso em: 15 maio 2011.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 7, n.3, p. 25-32, jul. 1999.

ZAMPIERI, M.F.M. Puerpério normal, patológico e consulta puerperal. In: ZAMPIERI, M.F.M. et al. (Orgs). **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Textos Fundamentais – Série Atenção Primária à Saúde. Florianópolis: UFSC/NFR. v. 2. 2005.

ZIEGEL, E. E., CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM
--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Daysi Jung da Silva, sou fisioterapeuta e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC tendo como orientadora a Prof^ª Dr^ª Telma Elisa Carraro e, atualmente estou desenvolvendo a pesquisa **“Fisioterapia no Cuidado e Conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro”**. Os objetivos desta pesquisa são: compreender as percepções da mulher no pós-parto em relação ao cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica em ambiente hospitalar e analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher no pós-parto. Entende-se que durante o puerpério (período após o parto) há necessidades de cuidados específicos para a recuperação física da mulher, buscando também a restauração do seu poder vital e que neste processo a contribuição da equipe de saúde é fundamental, através dos cuidados e conforto prestados. O fisioterapeuta faz parte desta equipe. Assim, justifica-se a importância deste estudo, visto que o conhecimento que será construído a partir da pesquisa poderá auxiliar no planejamento de ações fisioterapêuticas para prestar cuidado e conforto à mulher nesta fase da vida, sendo que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos. Os dados serão coletados durante sua internação hospitalar pela implementação de ações fisioterapêuticas seguindo o Modelo de Cuidado de Carraro (que é um modelo que permite prestar assistência - atendimento - e também pesquisar). Você estará em contato direto com a pesquisadora (fisioterapeuta); a duração dependerá das necessidades percebidas, sendo aplicada uma entrevista informal, que será gravada em mp3. Esclarecemos que sua participação nesta pesquisa poderá auxiliá-la na vivência do puerpério no período hospitalar, de acordo com as suas necessidades, minimizando desconfortos físicos e potencializando suas energias vitais (poder vital). A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais e não influenciará na conduta dos demais componentes da equipe de saúde. Os procedimentos

adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Você não terá qualquer tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo poderá desistir à qualquer momento fazendo contato com Daysi Jung da Silva através de contato pessoal, ou pelos telefones 3279-1047 ou 9992-0191 ou ainda por e-mail daysi.ramos@unisul.br. Esta decisão poderá ser tomada sem que corra o risco de ser discriminado com relação ao atendimento na Instituição.

Caso você aceite participar, posso garantir que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisadora Principal
Orientadora - Dr^a Telma Elisa Carraro
Enfermeira /Professora da UFSC

Mda Daysi Jung da Silva
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC
Fisioterapeuta

Eu, _____, fui esclarecida sobre a pesquisa “**Fisioterapia no Cuidado e Conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar à partir do Modelo de Cuidado de Carraro**” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Tenho uma cópia deste consentimento sob minha guarda e a segunda está sob a guarda da pesquisadora responsável. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou desistir dela a qualquer momento, sem que essa situação me cause problemas.

Assinatura:

RG:

Assinatura da Pesquisadora:
Fisioterapeuta Daysi Jung da Silva Ramos

Florianópolis, _____, de _____ de 2010.

APÊNDICE B – Roteiro para Coleta de Informações

Data: ___/___/___ N° prontuário..... Qto/leito

Nome completo:

Como gosta de ser chamada:..... Idade:

D.N. ___/___/___

Grau de instrução..... Religião.....

Naturalidade..... Procedência.....

Estado civil:..... Nome do companheiro:.....

Ocupação:.....

Números de:

Gestações:..... Partos/tipo..... Aborto..... Filhos.....

Nome dos filhos/ idade:.....

Mora com:

Telefone.....

Endereço:.....

Condições de moradia (água, energia, lixo, esgoto, casa própria, etc) ...

.....

Presença de acompanhante / quem

2. Dados do Parto Atual

Data do parto: ___/___/___

Tipo:.....

Intercorrências.....

.....

Opinião da puérpera sobre o parto atual: (como foi cuidada, se sentiu confortável, suas necessidades)

.....

.....

3. HGO

Dados de partos anteriores (dados significativos)

.....

4. Exame físico:

Sinais vitais: T:..... FC..... FR..... PA.....

Padrão Muscular Ventilatório:..... Teste da Bandeira:.....

Condições gerais (mamas, assoalho pélvico, cicatriz, diástase dos retos, lóquios, ruídos hidro-aéreos, AFU, edema, etc).....

Postura:

Queixas músculo-esqueléticas (dores, limitações, presença de pontos gatilho):.....

Outras queixas (gastrointestinais, por ex):.....

Problemas ortopédicos, neurológicos ou outros

Informações importantes que possam contra-indicar a execução de alguma ação

fisioterapêutica.....

5. Amamentação

Intenção quanto à amamentação:.....

Amamentação exclusiva: ()sim ()não Por quê?.....

Outros

alimentos:.....

Pretende usar bico/ mamadeira?.....

Preparou a mama? Como?.....

Dúvidas? Quais?

6. Relações interpessoais:

- Família

- Amigos

- Visitas

- Companheiras de hospitalização.....

- Equipe de saúde

7. Vivência do puerpério:

Como se sente consigo mesma? () Sim () Não () Alguns momentos

E com a chegada do bebê?.....

Quais as ações que você faz aqui no hospital para cuidar de sua saúde: .

Quais as suas preocupações neste momento?

Quais as suas dúvidas?

Quais as suas expectativas?.....

8. Condições do meio ambiente (hospitalar)

Recursos.....
Riscos.....
Aprendizagem.....
Biossegurança.....
Conforto.....

Instrumento adaptado dos estudos de Carraro (1994) e Gonçalves e Frello (2007).

APÊNDICE C – Roteiro para Coleta de Informações sobre o Poder Vital

1. Fatores que interferem no Poder Vital

- Objetivos:

Hospitalização

Processo do parto (cirúrgico ou não)

Ambiente externo

Equipe de saúde

Alimentação:.....

Sono e Repouso:

Higiene.....

Eliminações.....

Quem cuida do RN.....

Se sente cuidada (por quem e como).....

- Subjetivos:

Percepções do Puerpério:

Crenças e valores

Estado Emocional

Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações,...)

Incentivo/motivação

Auto-imagem.....

Planos para o futuro.....

Observações:.....

Para ser preenchido após o cuidado:

2. Ações fisioterapêuticas realizadas:.....

.....

Como se sentiu após a fisioterapia?

Qual o cuidado fisioterapêutico que vc destaca como positivo?.....

Vc se sentiu confortável durante a fisioterapia? O que lhe causou conforto?

Instrumento adaptado dos estudos de Carraro (1994).

APÊNDICE D – Parecer CEP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo CEP N° 08/10

Título do Projeto: Fisioterapia no cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar a partir do modelo de Carraro.

Pesquisadores Responsáveis: Daysi Jung da Silva e Telma Elisa Carraro

Data da avaliação do CEP: 26/03/2010.

Centro de Pesquisa: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes/São José./SC.

Justificativa do Estudo: Carência de profissionais de fisioterapia na atenção a saúde da mulher, principalmente nos serviços públicos e é importante que o fisioterapeuta se capacite para buscar tal espaço, integrando-se a equipe.

Objetivo Geral: Analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera aplicando o modelo de cuidado de Carraro.

Objetivos Específicos:

-Analisar como o fisioterapeuta pode influenciar no poder vital da mulher puérpera aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro;

- Compreender as percepções das puérperas em relação ao cuidado e conforto à partir da ação fisioterapêutica embasada no modelo de Cuidado de Carraro em ambiente hospitalar.

Metodologia:

Pesquisa qualitativa, do tipo convergente-assistencial, pois consiste na articulação intencional com a prática assistencial, tendo pesquisa e ações de assistência, incorporadas uma a outra, buscando a solução para problemas, realizando mudanças e introduzindo inovações na situação social.

Parecer do CEP:

(x) Aprovado conforme Resolução 196/96

São José, 16 de abril de 2010.

Renata Helena Ribeiro Fernandes
Renata Helena Ribeiro Fernandes
Coordenadora do CEP

Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes
Rua Adolfo Donato da Silva s/n° - Praia Comprida
São José - cep. 88103-901 Fone 48- 3271-9069
Email: cep_hrsihmg@gmail.com

Parecer CEP UFSC

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



CERTIFICADO Nº 709

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 0384-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regulamento Interno do CEPSH, CERTIFICA 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: 709 **FR:** 330247

TÍTULO: Fisioterapia no cuidado e conforto da mulher no puerpério imediato em ambiente hospitalar a partir do modelo de cuidado de Carraro

AUTOR: Telma Elisa Carraro, Daysi Jung da Silva

FLORIANÓPOLIS, 26 de Abril de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEP/PRPE/UFSC

ANEXOS

ANEXO A – Anexo 1 de Carraro (1994)

ANEXO I

OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL 1ª ETAPA

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S	- ser singular, integral, indivisível, inamovível;	- o ser humano e sua família ao viverem em situação cirúrgica;	- assistência direta;
E			- diálogo informal com o cliente e/ou sua família, e com a equipe de saúde;
R	- se relaciona e interage com o meio ambiente;	- como está ocorrendo o relacionamento / interação com o meio ambiente;	- consulta ao prontuário;
H	- expressa crenças e valores que permeiam suas ações, atitudes e/ou não;	- quais são suas crenças e seus valores;	- observação.
U	- apresenta aptidões, sentimentos, atributos;	- suas ações são saudáveis ou não;	
M	- possui poder vital usado para vivenciar o processo saúde/doença;	- seus sentimentos em relação à situação cirúrgica;	
A		- suas expectativas na situação cirúrgica;	
N	- participa de grupos, sendo, um deles, a família;	- receptividade para aprendizagem de ações saudáveis;	
O		- suas aptidões;	
		- sua auto-imagem;	
		- nível de confiança e esperança;	
		- aceitação da situação cirúrgica;	
		- seus planos para o futuro;	
		- suas ligações afetivas;	
		- composição da sua família;	
		- seu relacionamento com a família	

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
M E I O A M B I E N T E	<ul style="list-style-type: none"> - envolve condições e influências internas e externas; - propicia meios de prevenção; - contribui para a saúde ou para a doença; - abrange a situação cirúrgica vivenciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - condições e influências internas: -resistência e imunidade; - reação ao tratamento; - auto-imagem; -conforto interno; -relacionamentos; -forças interiores; -crenças; -condições e influências externas: -conforto físico; -prevenção; -contribuições para a saúde; -insegurança; -asépsia; -preocupações da equipe de saúde com o cliente e com a prevenção de infecções. Riscos: de infecções de vida cirúrgico anestésico - condições cirúrgicas; - condições para recepção de visitas; - envolvimento da família na situação cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação; - diálogo; - assistência.

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S	- processo dinâmico e influenciável pelo ser humano e meio ambiente;	- quais as influências do meio ambiente sobre o processo saúde/doença;	- observação
A			- assistência
Ú	- Saúde é ser capaz de usar bem qualquer poder que nós temos;	- quais as influências do ser humano sobre o processo saúde-doença;	- consulta ao prontuário
D			- diálogo
E	- para viver de forma saudável é necessário usar os recursos disponíveis no meio ambiente;	- como o ser humano está usando o seu poder vital;	
D		- está reagindo ou se entregando ao processo;	
O	- pode ocorrer uma situação cirúrgica com risco de infecção hospitalar.	- tem esperança;	
E		- está colaborando com o tratamento;	
N		- como o organismo está reagindo;	
Ç		- está utilizando os recursos disponíveis/oferecidos para sua recuperação;	
A		- como está evoluindo a situação cirúrgica;	
		- quais os riscos de infecção hospitalar.	

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
E	- Articula Ciência e Arte;	- embasamento científico na assistência;	- observação
N	- observa princípios bióticos;		- diálogo
F	- objetiva propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável;	- aplicação de sensibilidade, imaginação/criatividade e habilidade ao prestar cuidados;	- conhecimento de normas e rotinas
E		- existência de respeito ao cliente quanto a seus valores, crenças, sentimentos, capacidades e limitações;	- consulta aos prontuários
R			
M		- existência de esclarecimento sobre riscos e benefícios a que o cliente está exposto;	
A	- utiliza estratégias.	- existência de prioridade pela vida;	
G		- se a enfermagem propicia condições para potencialização do poder vital do cliente:	
E		- buscando sua entredade;	
M		- aumentando sua confiança;	
		- melhorando sua auto-imagem;	
		- propiciando-lhe motivação;	
		- quais as estratégias utilizadas para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde;	
		- existência de preocupação com o conforto do cliente;	
		- desenvolvimento de educação à saúde.	

Adaptado de Monticelli, 1994.

ANEXO B – Anexo 2 de Carraro (1994)

ANEXO 2
ROTEIRO BÁSICO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES - 1ª ETAPA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
 Endereço:.....
 Como gosta de ser chamado:.....
 Unidade/leito:..... Registro:.....
 Data de nascimento: __/__/__ Idade:.....
 Estado Civil:..... Religião:.....
 Ocupação:..... Grau de instrução:.....
 Sexo:..... Posição na Família:.....

Familiar Próximo

Ligação:.....
 Nome:.....
 Endereço:.....

Tipo de Admissão

Data __/__/__ Data da cirurgia __/__/__
 Diagnóstico.....
 Inicial:.....
 Cirurgia proposta:..... Cirurgia realizada:.....
 Anestesia proposta:..... Anestesia realizada:.....
 Equipe Cirúrgica:.....
 Cirurgião:..... 1º assistente.....
 2º assistente..... 3º assistente.....
 Anestesiologista:..... ASA.....
 Tempo de cirurgia..... Prótese.....
 Antibiótico () profilático () terapêutico () não utilizado

Estabelecimento do cliente sobre a situação:.....

Estabelecimento da Família sobre a situação:.....

História de Saúde/Doença relevantes no passado:.....

Alergias/Doenças

Infecções:.....
 Medicamentos que toma no domicílio:.....
 Hospitalização Anterior:.....
 Cirurgia Anterior:.....
 Anestesia Anterior:.....

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- * Família
- * Amigos
- * Visitas
- * Pacientes
- * Equipe de saúde

3. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- * Diagnóstico
- * Cirurgia-Anestesia
- * Expectativas
- * Riscos
- * Prevenção
- * Família
- * Planos para o futuro
- * Hospitalização

4. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- * Recursos
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Biossegurança
- * Conforto

5. EQUIPE DE SAÚDE

- * Interesse
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Princípios bioéticos
- * Forças
- * Biossegurança

6. FAMÍLIA

- * Aceitação
- * Expectativas
- * Necessidades
- * Recursos

7. DEIXANDO-ME CONHECER

- * Apresentando-me
- * Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer
- * Explicando o que estou desenvolvendo
- * Contando sobre meu curso e meu trabalho
- * Falando sobre minha família e minha cidade
- * Falando sobre meu processo saúde-doença

Material baseado em: Tarson e Vaughan

ANEXO C – Anexo 4 de Carraro (1994)

ANEXO 4

VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NO PODER VITAL DO SER HUMANO

SUBJETIVAS:

Relações Interpessoais (família, amigos, equipe de saúde, companheiros de hospitalização, companheiros de trabalho,...)

Percepção e enfrentamento da doença

Estado emocional

Crenças e Valores

Auto-imagem

Planos para o futuro

Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações....)

Incentivo/Motivação

OBJETIVAS:

Hospitalização

Processo cirúrgico- anestésico (cirurgia, anestesia, exames complementares, reação medicamentosa, sinais vitais, ingestã, excreta, cicatrizacio, complicações,...)

Riscos de Infecção Hospitalar

Ambiente externo

Equipe de saúde

Estado nutricional

Sono e repouso

Sono e repouso

FONTE: CARRARO, 1994.

ANEXO D – Anexo 5 de Carraro (1994)**ANEXO 5****FICHA PARA REGISTRO SISTEMATIZADO - 2ª, 3ª, 4ª E 5ª ETAPAS**

RECONHECENDO*	DESENHO/ ESTRATÉGIAS	SEGUINDO E AGINDO	ACOMPANHANDO (Avaliando)
a) Risco de Infecção Hospitalar			
b) Recursos Disponíveis			
c) Poder Vital			

FONTE: CARRARO, 1994.