

Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana¹

Táise Morgane de Lima Medeiros, Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

Resumo: Introdução: Na assistência obstétrica, dentre as vias de nascimento, a cesárea é empregada quando a cirurgia se torna indispensável para reduzir complicações e preservar a vida da mãe e do neonato, no entanto, sua recuperação pode ser mais vagarosa, marcada por um período de maior vulnerabilidade a intercorrências e limitações, embora temporárias, sobre o desempenho ocupacional. Acredita-se que o discurso da mulher que vivencia seu pós-operatório possibilita uma maior visibilidade e campo de possibilidades para intervenções em saúde, visando melhoria na qualidade de vida. Objetivo: Analisar a percepção de puérperas no pós-operatório da cesariana quanto ao seu desempenho nas atividades de vida diária (AVD) e nos cuidados com o bebê. Método: Estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no alojamento conjunto de um hospital-escola em Recife/PE, com 15 mulheres no pós-operatório de cesariana, a partir do uso de uma entrevista semiestruturada e o método de análise de conteúdo usado para a formação das categorias temáticas. Resultados: Após análise das entrevistas, foi possível construir as categorias relacionadas aos aspectos de “Desempenho nas atividades de vida diária”, “Cuidados com o bebê”, “Rede de apoio” e “Parto Normal ou Cesariana – Fatores de influência nas percepções das mulheres”. Conclusão: Foi verificado entre as mulheres que a dor e dificuldades no retorno das atividades habituais, bem como o apoio de pessoas na recuperação após a cesárea, foram os itens mais citados no puerpério imediato, porém, tomam características distintas, a partir das expectativas geradas e técnicas de enfrentamento por cada mulher, de acordo com seu contexto social e cultural.

Palavras-chave: *Saúde da Mulher; Período Pós-Parto, Cesárea, Atividades Cotidianas, Terapia Ocupacional.*

Mothers perception on occupational performance following a caesarean section

Abstract: Introduction: In obstetric care, cesarean section is used when surgery becomes essential to reduce complications and preserve the mother and newborn's life. Recovery may be slower, marked by a period of increased vulnerability to complications and limitations affecting, albeit temporary, the occupational performance. It is believed that the women's discourse of their postoperative experience enables greater visibility and field of possibilities for health interventions to improve the quality of life. Objective: Analyze the perception of mothers in postoperative period following a cesarean section, on their performance of daily life activities (DLA) and baby care. Method: Cross-sectional, descriptive study of qualitative approach, held in the maternity ward of a teaching hospital in Recife/PE, with 15 women in the postoperative following a cesarean section. We used a semi-structured interview and the method of content analysis used to group the themes. Results: The categories related to aspects of “Performance in daily life activities”, “Baby care”, “Support network” and “Natural or Caesarean delivery - influencing factors based on the women's perception” were built after analysis of the interviews. Conclusion: The pain and difficulties in returning to the usual activities, as well as the support of people in recovery after the cesarean were the most cited postpartum factors; however, they take different characteristics, based on the generated expectations and coping techniques for every woman, according to their social and cultural context.

Keywords: *Women's Health, Post-Partum Period, Caesarean, Daily Activities, Occupational Therapy.*

1 Introdução

A assistência obstétrica continua sendo tema de grandes levantamentos, principalmente no que se refere às indicações médicas versus a escolha da mulher quanto à via de nascimento, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um índice de cesárea de 10% a 15% de todos os partos. Entretanto, o mundo, e especialmente o Brasil, vem apresentando números altos desta via abdominal, podendo ser considerado um problema de saúde pública (SOUSA et al., 2009).

A cesárea é um procedimento cirúrgico que foi originalmente realizado apenas em mulheres em óbito, no intuito de salvar a vida do feto. Na sociedade obstétrica moderna, a cesárea é uma cirurgia imprescindível, no entanto, configura elemento de discussão em nível mundial por seu uso indiscriminado, uma vez que provoca sempre um trauma no organismo da mulher, sendo a intervenção cirúrgica caracterizada por uma incisão no abdômen, onde as musculaturas são afastadas do local de origem para extração do feto (SELL et al., 2012; SILVA, 2013).

No entanto, os modelos de assistência obstétrica e neonatal foram fortemente discutidos e estudados desde a década de 1980, buscando garantir a segurança materna e fetal, inclusive com destaque aos métodos intervencionistas utilizados no parto. Nesse cenário, a cesariana passou a ser idealizada para diminuir o risco de complicações maternas e/ou fetais, em condições de maior complexidade, porém, é sabido que pode ocasionar riscos para estes (PATAH; MALIK, 2011).

Nesse sentido, a cesárea deve ser empregada quando, durante a evolução da gravidez ou trabalho de parto, aparecerem situações peculiares em que a cirurgia se torna indispensável para reduzir complicações e preservar a vida da mãe e do neonato. Está entre suas indicações o retardo de progressão, sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica, entre outras. Dessa forma, avanços tecnológicos têm proporcionado melhor controle dos riscos para o binômio mãe-bebê a partir da cesariana, quando bem indicada (OLIVEIRA et al., 2002; SOUSA et al., 2009; SILVA, 2013).

Para uma parcela das mulheres, a opção pela cirurgia (cesárea eletiva) demonstra a vontade que elas têm de se esquivar da dor do trabalho de parto, fazendo a reflexão de que a cesárea seria a forma de ter o bebê sem sentir dor, o que sugere, entre outras questões pessoais, a desinformação sobre a dor no pós-operatório da cesariana e sua influência

na realização dos cuidados com ela mesma e com o recém-nascido, o que deveria ser exposto durante o pré-natal pelos profissionais (SELL et al., 2012).

Ademais, a incorporação de grande número de intervenções desnecessárias pode ocasionar implicações como hemorragias, infecções puerperais, acidentes cirúrgicos, complicações anestésicas, entre outras, acarretando acúmulo de flatulências, dores, menor movimentação intestinal, posturas antálgicas e uma recuperação pós-cesariana mais vagarosa (OLIVEIRA et al., 2002; SOUSA et al., 2009; SELL et al., 2012).

A dor pós-operatória é inerente à cesárea, visto que se trata de uma cirurgia de média a grande porte, causando lesão tecidual. Normalmente costuma delongar o retorno da mulher às suas atividades diárias, dificultando o contato da mãe com o recém-nascido, além de proporcionar limitações, principalmente quanto à mobilidade, ao bom posicionamento para amamentar, nos cuidados com o bebê e para o desempenho das demais atividades cotidianas, como no autocuidado e na higiene íntima (SOUSA et al., 2009; SELL et al., 2012; COSTA et al., 2013).

Muitas dessas mulheres enfrentam obstáculos para a plena realização e participação em algumas atividades rotineiras durante o puerpério imediato, que se caracteriza pelo período entre o 1º e o 10º dia após o nascimento (MACHADO, 2012).

É importante ainda destacar no cenário do puerpério imediato que este pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes, tais como: aumento da *autoconfiança*, pela experiência do parto e nascimento do filho saudável; *medo* de não conseguir amamentar; *ansiedade* quanto à demora na produção do leite e ingurgitamento das mamas e o *receio* de não ser capaz de cuidar e responder às necessidades do bebê ou de não conseguir desempenhar o papel ocupacional de mãe (função materna) satisfatoriamente, além de ser um período adaptativo, caracterizado por um misto de alegrias e incertezas concomitantemente para as mulheres (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Observa-se que o pós-operatório da cesárea é considerado um período de maior vulnerabilidade a intercorrências, caracterizado por alterações fisiológicas, psicológicas e nas atividades de vida diária realizadas pelas puérperas, tomando-se imprescindíveis atuações com intervenções multidisciplinares, dentre os quais se situa o terapeuta ocupacional, profissional que, de acordo com sua Estrutura da Prática, está fundamentado na compreensão de que o envolvimento do ser humano em ocupações estrutura a vida cotidiana e colabora para a saúde

e bem-estar, o que se denomina desempenho ocupacional (AMERICAN..., 2014).

A capacidade e qualidade na realização das ocupações pelos indivíduos, incluindo as puérperas em recuperação pós-cesariana, é objeto de ação para o terapeuta ocupacional, já que, segundo Sabari (2005), esse profissional exerce a função de especialista em atividades, sendo a melhora no seu desempenho a meta final para a intervenção da terapia ocupacional.

A partir da compreensão da relação entre ocupações, ambiente e pessoa, que são pressupostos-chave do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, que também defende a existência de aspectos subjetivos na experiência (CANADIAN..., 1997), considerando-se ainda as altas taxas de cesárea e suas morbidades relacionadas ao procedimento cirúrgico, o objetivo desta pesquisa foi elucidar a percepção de puérperas no pós-operatório da cesariana quanto ao seu desempenho nas atividades de vida diária (AVD) e nos cuidados com o bebê.

2 Método

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, a partir de uma abordagem qualitativa, uma vez que este tipo de pesquisa realiza uma aproximação entre o indivíduo e o objeto, envolvida por empatia aos motivos e às intenções, a partir dos quais as ações e as relações tornam-se significativas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008).

A pesquisa se desenvolveu no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas, em Recife/PE, um serviço que possibilita a prestação de cuidados assistenciais no puerpério, bem como a orientação à mãe sobre sua saúde e do binômio mãe-bebê até a alta hospitalar, que, sob condições normais, se dá, no mínimo, em 48 horas.

As participantes do estudo foram puérperas no período do pós-operatório imediato da cesárea acompanhadas do recém-nascido no Alojamento Conjunto, sem delimitação de faixa etária e de paridade.

Foram utilizados os critérios de saturação e conveniência na delimitação das voluntárias, em que o primeiro se refere à interrupção na inclusão de novos participantes quando os discursos alcançados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante prosseguir na coleta de dados; já o segundo, quando são levados em consideração os critérios de elegibilidade e um quantitativo garantido no tempo de coleta previsto pela pesquisadora, a partir

de sua oportunidade (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, realizada a partir de um roteiro construído pelas autoras contendo questões norteadoras sobre a temática pesquisada, fazendo uso de um gravador de áudio para registros dos discursos. Empregou-se também um questionário, aplicado pela pesquisadora, com o intuito de conhecer o perfil sociodemográfico, clínico e ocupacional das participantes.

As entrevistas, gravadas em áudio, foram transcritas na íntegra, organizadas a partir da ordem de realização e identificadas pela letra maiúscula "P" (a letra inicial de "puérpera"), seguida de um número em ordem crescente, visando garantir o sigilo das informações e o anonimato das participantes. Seu conteúdo foi submetido à codificação, categorização e interpretação, baseando-se no método de análise de conteúdo, que de acordo com Caregnato e Mutti (2006) refere-se a um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, as inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social.

Os dados provenientes dos questionários foram analisados de maneira descritiva, a partir do lançamento em tabelas, e os resultados respaldaram a análise dos conteúdos provenientes das entrevistas.

As participantes foram esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, seus riscos, benefícios e a responsabilidade da pesquisadora a partir dos Termos de Consentimento, que foram lidos e explicados, quando foi solicitado seu consentimento por escrito para participar do estudo.

O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob protocolo CAAE: 38890814.8.0000.5208.

3 Resultados/Discussão

As 15 puérperas (P) que participaram da pesquisa encontravam-se na faixa etária de 16 a 39 anos, 9 eram primíparas e 6 múltíparas, sendo solteiras em sua maioria (10), 6 apresentaram ensino médio completo, e, de acordo com o relato das participantes, quanto à renda familiar, recebem até 1 salário mínimo (7).

No que se refere aos dados obstétricos, a idade gestacional (IG) do parto variou entre 36,1 semanas (única IG pré-termo) e 41,4 semanas. A maioria das mulheres não apresentou intercorrências durante o procedimento da cesariana (12), e parte relatou ter histórico familiar de cesárea em parentes de 1º grau (10). Quanto à gestação, a maioria (9) não havia planejado engravidar, 8 apresentaram como preferência a via de parto vaginal, 4 a cesariana e 3 não mencionaram ter preferência pelo tipo de nascimento, além de que todas referiram ter realizado o pré-natal durante a gestação.

Já em relação à ocupação das participantes, 5 foram estudantes, seguidas de mulheres do lar (4), atendente/recepcionista (2), autônoma (1), técnica de enfermagem (1), de eletrotécnica (1) e pedagoga (1). Quanto ao fato de terem auxílio ao voltar para casa, todas as puérperas do estudo relataram que teriam apoio principalmente da mãe, seguida do esposo e irmã. Das 15 participantes, apenas 3 referiram não ter experiências nos cuidados com bebê.

Tais informações colhidas a partir do uso do questionário sociodemográfico, obstétrico e ocupacional foram complementares à análise dos conteúdos provenientes das entrevistas, visando ao conhecimento do perfil das participantes. Diante do processo de análise do conteúdo advindo dos depoimentos das puérperas, surgiram as seguintes categorias temáticas: “Desempenho nas atividades de vida diária”, “Cuidados com o bebê”, “Rede de apoio” e “Parto Normal ou Cesariana – Fatores de influência nas percepções das mulheres”, as quais serão discutidas durante este estudo. Vale ressaltar que o referencial teórico utilizado para embasar a análise da percepção do desempenho ocupacional das puérperas foi o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, que entende as ocupações sobre as diferentes perspectivas da vida do cliente (usuário), tais como: afetivo, cognitivo, físico, social, cultural, espiritual, e em alguns casos ou momentos no institucional, vistas dentro de uma dimensão de cuidado (CANADIAN..., 1997).

3.1 Desempenho das atividades de vida diária

Nessa categoria temática, as participantes comentaram sobre como estava a realização das principais atividades de automanutenção/autocuidado no puerpério imediato, de forma que, dentre os discursos das mulheres entrevistadas, houve unanimidade quanto à presença de questões relacionadas com as dificuldades encontradas na efetivação de algumas

ocupações na recuperação pós-cesariana, como se observa nos trechos abaixo:

[...] não consigo tomar banho sozinha, nem me deitar sozinha, levantar muito menos, e aí as outras coisas ..., como vestir a parte de baixo, é desconfortante, pinica muito, fica ardendo [...] (P11).

[...] não consigo levantar direito da cama, tomar banho, vestir a roupa, também, por enquanto não consigo ainda fazer sozinha. Minha mãe que me ajuda, fico em pé e ela me veste, porque sentada é muito ruim [...] (P10).

Essas ocupações nas quais as pessoas se envolvem durante a vida diária abrangem capacidades e habilidades, são multidimensionais e complexas, caracterizadas como organizadoras naturais do comportamento humano e do cotidiano, dirigidas a um objetivo (NEISTADT; CREPEAU, 2002; AMERICAN..., 2014).

Levando em consideração que a recuperação imediata da puérpera se dá no hospital, De Carlo, Bartalotti e Palm (2004) incluem dentre as atividades de vida diária (AVD) significativas, nesse contexto, o banho, o vestir-se, o uso do vaso sanitário, higiene pessoal/autocuidado e a mobilidade funcional. Essas atividades foram visualizadas nas falas das puérperas do estudo como as mais complexas para realização após o pós-operatório da cesariana.

Nesse sentido, observa-se o quanto foram citados, nos discursos das mulheres em recuperação, obstáculos que impedem um completo desempenho das suas principais ocupações no período imediato à cirurgia, o que pode afetar a satisfação de algumas delas e diminuir sua qualidade de vida. Tal situação, que aparentemente se revela em um curto período, pode ter consequências em longo prazo para essas mulheres, tal como afirmam D'Oliveira et al. (2012, p. 76):

A experiência dolorosa no pós-parto poderá diminuir a qualidade de vida da parturiente e ter repercussões prolongadas, somatizando no surgimento de depressão pós-parto.

Ainda em relação a essas dificuldades no pós-operatório, estas podem gerar um sentimento nas mulheres de “ser incapaz” para realizar suas principais atividades, tendo que necessitar do auxílio de outra pessoa, como se analisa na fala abaixo:

Se levantar eu não consigo, vestir a roupa também não ... principalmente a calcinha, que quem veste é minha irmã. E aí eu fico tentando ao máximo fazer sozinha, quando realmente vejo que não dá, aí eu chamo alguém, porque me sinto mal né?

(choro) [...]. *Porque é melhor a pessoa fazer as coisas sozinhas do que pedir ajuda* (choro) (P14).

Essa situação pode ser mais bem explicada ao abordar que o desempenho ocupacional compreende a capacidade que o indivíduo tem para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que possuem como objetivo a automanutenção, a produtividade e o lazer (AMERICAN..., 2014). Os elementos indivíduo, ambiente e ocupação interagem entre si e são influenciados uns pelos outros, o que resulta no desempenho ocupacional (KUBOTA, 2013).

Frente a tal contexto, verificou-se a partir da leitura exaustiva das entrevistas e da análise de conteúdo, que o pós-operatório traz consigo o fator da “dor” como um agravante indicativo de interferência por essas mulheres na plena realização do desempenho ocupacional, como foi possível analisar nas indagações de algumas das entrevistadas:

[...] no cesáreo você já acha que está dependente, embora não esteja tanto, não seja tanto, mas você fica com medo né? Por causa da dor que você sente, até pra tossir você sente uma dor [...] doi geral (P2).

[...] doi muito, doi tudo. Pra se levantar doi, pra deitar doi, é como se tivesse tirado alguma coisa de mim além do menino, porque tá tudo mexido, uma sensação horrível (P10).

A dor é caracterizada por uma experiência subjetiva e individual, que resulta não apenas de efeitos de lesão tecidual, mas também de aspectos emocionais e culturais. Sabe-se que existem formas diferentes de as pessoas se colocarem diante da dor, estando fortemente atreladas a padrões culturais e familiares de como valorizam ou desvalorizam a expressão frente à resposta da dor e sofrimento, o que acaba determinando a intensidade e o grau de aceitação pelo indivíduo (BUDÓ et al., 2007). Tal fato pode ser visto nos discursos abaixo, onde se encontram percepções de dores diferentes, de acordo com o enfrentamento das mulheres a partir de aspectos emocionais e culturais:

[...] Tô me sentindo bem, só as vezes que sinto umas dorzinhas, mas nada que seja demais, as pessoas já tinha dito dessas dores, por conta da cirurgia, e aí pra tossir, assim, incomoda mais um pouco, porque bota força, mas só isso, to bem, sentindo nada não, graças a Deus (P13).

[...] pelo menos avalio assim, uma experiência nova, porém bastante dolorida, porque tudo doi, tudo incomoda, a barriga inchada, o ferimento

machuca, dói, arde, pinica, pra andar, tudo é chato, incomoda (P11).

Ao se tratar especificamente da cesárea, esta é um tipo de cirurgia bastante realizada em todo o mundo, sendo o estímulo nociceptivo provocado pelo trauma cirúrgico um evento previsível, tanto pelo profissional como também pelas mulheres que são submetidas a este procedimento. Por esse sintoma ser algo esperado, ter início súbito, ser localizado e desaparecer após a resolução do processo doloroso, é classificado como dor aguda, em decorrência de um conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais, que resultam em respostas autonômicas e comportamentais, além de estar relacionada ao alto índice de ansiedade (VARELLA, 2011; D’OLIVEIRA et al., 2012).

Foi possível observar, a partir da análise das entrevistas de mulheres que se encontravam com mais de três dias do puerpério, uma percepção diferente das que estavam no início da recuperação, podendo ser exemplificado pela fala de P7 ao dizer que,

[...] minha mãe me ajudava a vestir a calcinha que eu não podia me abaixar muito, mas a partir do 3º dia eu já fui melhorando... realizando minhas coisas sozinhas [...] (P7)

sugerindo uma relação direta do sintoma da dor que se inicia a partir do trauma cirúrgico, o que pode atrapalhar de imediato no desempenho das AVD, mas que tem um término previsível, a partir do momento em que se observa melhora no processo doloroso.

Na literatura, encontram-se alguns estudos, como o de Souza et al. (2009) e Varella (2011), que buscam avaliar a dor pós-cesárea e sua repercussão nas atividades cotidianas, no entanto, as casuísticas publicadas evidenciam a dificuldade em mensurá-la, principalmente ao tentarem abordar esse aspecto de forma mais objetiva, com uso de questionário, uma vez que por ser algo subjetivo e pela complicação em determinar sua intensidade, esses trabalhos podem fornecer viés quanto ao resultado da percepção dessa dor, já que se trata de uma experiência individual, como aborda D’Oliveira et al. (2012) em sua pesquisa.

Verifica-se nos discursos deste estudo, em consonância com a literatura, que a puérpera após cesárea apresenta uma condição especial durante seu período pós-operatório, quando comparada às mulheres de parto vaginal ou a pacientes submetidas a outros procedimentos cirúrgicos, pois apresenta maior necessidade de se movimentar para desempenhar suas AVD e cuidar do recém-nascido, estando sujeita a sentir mais dor no local da incisão cirúrgica

e dificuldades na realização das suas ocupações, como demonstra P1:

[...] foi muito ruim comparado aos outros partos que eu tive, por mim, eu tinha tido normal, a dor é só naquela hora entendeu?! E o cesariano não, doi pra levantar, fazer as coisas, onde a gente já tem que ta boa pra cuidar do bebê e fazer outras coisas mais, como as coisas de higiene com você mesma, aí eu não gostei por causa disso, que é mais dolorido e difícil (P1).

A dependência do cuidado do outro é uma situação menos comum para a mulher da atualidade. Ela busca mais sua autonomia e independência, a partir da conquista referente à emancipação e protagonismo feminino, obtidos no decorrer da história, já afirma Christo (2001). Assim, é importante considerar o significado desta conjuntura para a mulher.

3.2 Cuidados com o bebê

Nesta categoria incluímos os conteúdos relacionados ao desempenho nos cuidados com o recém-nascido no puerpério imediato e sobre as facilidades e dificuldades encontradas nessa relação que acabara de iniciar após a cesárea. Não obstante, é importante enfatizar que algumas percepções relacionadas às experiências da maternidade tiveram ligação com a paridade, a presença de um acompanhante e a vivência prévia nos cuidados com outras crianças, como se observará durante a discussão desta categoria temática.

[...] Eles me incentivaram (os profissionais e acompanhantes) a fazer a amamentação correta... graças a Deus agora tô conseguindo, mesmo com desconforto. E as outras coisinhas com ela tenho que pedir ajuda a alguém, se não fosse minha mãe e as acompanhantes do quarto, não saberia cuidar da bebê (P11 – Primípara).

Assim, faço tudo de cuidados com ele, dar de mamar, trocar fralda, dar banho, tenho nenhuma dificuldade não. E no tempo que ele estava lá embaixo (no berçário), eu tirava leite e levava pra ele (P7 – Multipara).

A função materna é iniciada pela mulher logo no primeiro contato com o bebê e nos cuidados que demandam essas crianças a partir desse momento. A área de ocupação esperada de desempenho pela mulher nesse cenário é em relação à atividade instrumental de vida diária (AIVD), no que diz respeito à categoria de “cuidados com os outros”, como é classificada pela Estrutura da Prática em Terapia Ocupacional (AMERICAN..., 2014). Nesse

caso, os cuidados se dirigem ao bebê, que incluem os cuidados básicos de higiene, alimentação e as relações afetivas durante o puerpério no hospital e depois no domicílio (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010).

Um desempenho satisfatório e com qualidade nessa AIVD está estreitamente ligado ao fato de que o contato precoce entre mãe e bebê, logo após o nascimento, define desfechos importantes para os processos fisiológicos, como a diminuição de possíveis sangramentos, estimulação da produção do leite, estabelecimento da amamentação e construção na relação com o recém-nascido (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

Quanto a esta relação mãe-bebê, Brazelton (1988) já discorria que o estresse adicional de um nascimento por procedimento cirúrgico pode interferir no desenvolvimento do apego, especialmente se a mãe não teve uma boa experiência com os outros vínculos em sua vida, pois na cesariana a separação é mais abrupta do que em um parto normal, assim como são maiores o período de recuperação do parto e as novas adaptações.

Dessa forma, levando em consideração que a mulher submetida a uma cesariana é, além de uma paciente que necessita de cuidados específicos de um pós-operatório, também uma puérpera que precisa dar início ao estabelecimento de cuidados com o bebê, espera-se de acordo com sua escolha que ela seja capaz de dar conta da amamentação (SELL et al., 2012).

Frente a tal contexto, sabe-se que o ajustamento à condição materna implica desenvolver capacidades para prestar cuidado ao ser que acaba de nascer, frágil e dependente, o que, para uma “mãe de primeira viagem”, pode tornar esse processo ainda mais complicado, no entanto, as mudanças ocorridas geram mecanismos de enfrentamento e adaptação à nova condição por essas mulheres (SILVA et al., 2009), como observado na fala de P13, uma primípara, com 19 anos de idade:

[...] Tá sendo um pouquinho difícil né? Porque eu não estou acostumada! Quando meu irmão nasceu eu era grandinha, mas nem muito, ainda não tinha noção de nada, tava com uns 7 anos, aí pronto, tá sendo tudo novo agora pra mim, meio difícil, mas tá dando pra levar (P13).

Observa-se que embora seja uma experiência nova, sem memórias de cuidados anteriores com crianças, a primípara demonstra empenho para racionalizar o pensamento como estratégia de enfrentamento diante das novas mudanças e papéis que desenvolve, considerado um mecanismo inconsciente de defesa

frente a situações desafiadoras (BARNABE; DELL'ACQUA, 2008; DAL PAI; LAUTERT, 2009). Por outro lado, percebe-se que a vivência prévia no cuidado com bebês torna a mulher mais segura, auxiliando no enfrentamento das novas modificações, como verificado na fala abaixo:

[...] Tô cuidando bem, porque eu já era bem acostumada tomar conta de bebê novo, então os cuidados de trocar fralda, dar banho, é bem mais fácil por causa de que eu já tenho essa experiência né? Tudo tô fazendo sem dificuldade. Tá sendo muito bom, to adorando (P15 – Primípara).

No tocante às mulheres múltiparas, quando estas se deparam com as habilidades da maternidade, embora cada puerpério seja único e diferente, a experiência própria que adquiriu em outras cesarianas auxilia no desempenho e na forma com que consegue enfrentar esse novo momento, o que pode ser exemplificado no discurso abaixo:

[...] Estou conseguindo realizar a maioria das coisas, comparado quando tive meus outros filhos... porque só o fato de eu ter pego o primeiro cesáreo, o segundo cesáreo e agora o terceiro também, então eu já sei de algumas coisas que eu posso e que eu não posso fazer, até meu limite onde vai ou não, entendeu? Apesar que cada gravidez é de um jeito, cada cirurgia é de um jeito [...] (P12 – Múltipara).

No entanto, perante a realidade de outra múltipara que teve parto normal anterior e está lidando com a primeira cesárea, é visível que sua percepção quanto à sua recuperação é diferente, porém, a forma de enfrentamento continua sendo a racionalização com conhecimento prévio do assunto, uma vez que as alterações surgidas, em se tratando do puerpério, já fizeram parte da sua história, como é visto na fala de P1, 39 anos, casada:

[...] Tô conseguindo fazer os cuidados só agora, eu tô com a minha irmã que também tá me ajudando... no início foi difícil, muito difícil, porque eu não tava conseguindo ... mas, pronto, hoje eu já tô fazendo, até porque ela (irmã) não pode ficar comigo até eu ir pra casa né? tenho que desenrolar mesmo, principalmente a gente que tem outros filhos em casa, né? é assim mesmo, mas o parto cesariano é mesmo muito dolorido, incomoda bastante (P1).

Pode ser levantado também o fato de que essas mulheres que foram submetidas à cesárea apresentam, assim como nas atividades de autocuidado, dificuldades e/ou limitação temporária nos cuidados com o recém-nascido, devido à sensação dolorosa pelo

procedimento cirúrgico realizado, como visto no discurso abaixo:

Eu fico só dando de mamar a ele, e mesmo assim não consigo sozinha, depois dou a minha mãe, e ela bota ele pra dormir, fica trocando a roupinha dele, fazendo as coisas dele [...]. Por causa da dor que eu sinto muito forte em muitos lugares do corpo ... eu choro de dor (P9).

Na literatura é consenso que as puerperas pós-cesárea tendem a ter retardo do contato precoce com seus bebês, inclusive limitando o bom desempenho durante a amamentação, uma vez que elas relatam sentir dores e incômodos ao realizar os movimentos na pós-cesariana imediata em razão da cirurgia (SOUSA et al., 2009).

Dessa forma, a dor pós-cesárea é, segundo Sousa et al. (2009), mais uma vez levantada como obstáculo, impedindo algumas mulheres de iniciarem a movimentação e atrasando no primeiro contato mãe-filho. Isso reforça o fato de que mulheres expostas a uma cesariana, quando comparadas com as de parto normal, podem apresentar mais complicações no início da recuperação, maiores dificuldades na amamentação e menor contato com o bebê durante o puerpério imediato (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

É interessante destacar neste estudo, após análise e discussão desta categoria, que os cuidados com o bebê estiveram relacionados na sua unanimidade à higiene, relação direta com o banho, troca de fraldas e alimentação (amamentação), enquanto outros pontos necessários ao adequado desenvolvimento de um bebê, como as relações de afeto e de segurança, por exemplo, não foram visualizados nas falas.

Nesse sentido, as pesquisas têm demonstrado que a principal característica do bebê é a dependência do adulto para a sua sobrevivência, uma vez que são considerados imaturos e sem competência para controlar impulsos e emoções. Além de quê, para um desenvolvimento satisfatório de um bebê, o cuidado prestado não deve apenas estar relacionado às questões básicas de higiene e alimentação, mas a outros pontos, como a estimulação do contato do binômio mãe-filho, além de medidas de promoção e prevenção da saúde (MELO et al., 2011).

3.2 Rede de apoio

A construção dessa categoria se deu a partir do levantamento dos conteúdos quanto à importância de um suporte no período puerperal imediato e na realização das atividades cotidianas após a alta hospitalar. A rede de apoio para a parturiente

é garantida pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que visa 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. Na maternidade, é preciso que essa se faça cumprir, mas o período pós-alta foi o que predominou os discursos das puérperas. Com unanimidade elas relataram que terão algum tipo de apoio, inclusive destacando entre algumas delas a referência de suporte pelo cônjuge (pai do bebê).

Sabe-se que o apoio social é essencial durante o desenvolvimento da pessoa, principalmente nos períodos considerados de transição e de mudanças, os quais naturalmente necessitam de adaptações pelo indivíduo. Define-se esse apoio como um construto multidimensional envolvendo conforto, assistência e/ou informações, que está relacionado também com a percepção que a pessoa tem do mundo social (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

A maternidade pode ser exemplificada como um momento de transição que carece de uma rede de apoio, uma vez que o nascimento de um filho acarreta novas situações para a vida da mulher, que podem ser potencialmente estressantes. Como se sabe que a passagem para a paternidade também exige variadas adaptações e transformações por parte da figura paterna de modo biopsicossocial (RAPOPORT; PICCININI, 2006; RAPOPORT; PICCININI, 2011; FERREIRA et al., 2014).

Nesse contexto, a rede de apoio social à mãe pode se dar pela família, amigos e profissionais de saúde, sendo caracterizada, de forma geral, como aquela que proporciona auxílio emocional a partir de atos como o de atenção, suporte informacional, que oferece orientação e instrução a essas mulheres, e ajuda instrumental, a partir do fornecimento de recursos, serviços e soluções de problemas (RAPOPORT; PICCININI, 2011; MANENTE, 2014).

Dessa forma, seguem discursos de algumas puérperas, quando relatam como será a recuperação e a realização das atividades cotidianas ao voltarem para casa e sua relação com a rede de apoio nesse período.

Sei lá ... to imaginando que vai ser melhor ... acho que em casa vai ter mais gente, tem mais condição da pessoa melhorar ... possa ser que logo nos primeiros dias deve ser mais ruim que depois ... vai melhorando (P9).

Assim, pelo auxílio da minha família, lógico, que vou precisar muito, até o final da minha licença, porque eu estudo e trabalho né? [...] (P11).

Acho que vai ser mais fácil né? Porque vai passar mais um tempinho, acho que vou conseguir realizar sim (as atividades), e aí minha mãe vai passar esse mês comigo pra poder me ajudar no resguardo (P6).

Na literatura, o suporte social é visto como fator de proteção e promoção da saúde do indivíduo frente a momentos de transformações, como no nascimento de um filho, por exemplo, designado de transição parental (MANENTE, 2014).

Portanto, segundo o autor supracitado, a rede de apoio ocorre pela disponibilidade de indivíduos significantes que irão fortificar as estratégias de enfrentamento da pessoa diante das situações inovadoras que poderão gerar estresse.

Frente a tal contexto, considerando o puerpério, as principais pessoas disponíveis nesse período em relação ao suporte familiar são os entes mais próximos, como a mãe da puérpera e o seu cônjuge (pai do bebê), o que beneficiará na responsividade materna dessa mulher (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; MANENTE, 2014).

É necessário destacar que no presente estudo a rede de apoio mencionada foi somente em relação a familiares, sendo os parentes mais próximos os mais citados pelas participantes no auxílio durante o período puerperal, como se observa nos relatos abaixo:

Minha mãe que vai me ajudar em tudo né?! Minha mãe e meu marido [...]. É muito importante uma pessoa do lado, é ótimo, porque às vezes você olha pros quatro cantos e não vê ninguém, é 100% necessário ao voltar pra casa ter ajuda de outra pessoa (P5).

Acho que vai ser um pouquinho difícil né? Porque tem que guardar o resguardo, uns 40 dias que o médico dá... nesse período vou ter que ter mais ajuda da família, da minha mãe, do esposo também né? [...] (P15).

Essa disponibilidade no apoio às puérperas após saída do hospital e retorno ao desempenho das atividades cotidianas, de acordo com Rapoport e Piccinini (2011), contribui para o bom desempenho da maternidade e promove o desenvolvimento da relação segura entre bebê-mãe e no contato dessa criança com os outros membros da rede de apoio.

A figura paterna apareceu em alguns relatos de forma mais explícita, mostrando que na atualidade os homens estão se envolvendo e sendo convidados a estar mais próximos do processo do parto e puerpério, como é demonstrado nos trechos seguinte:

[...] *meu esposo ajuda muito também, aí eu to confiante que eu não vou ter tanta dificuldade por causa dele, que ele vai me ajudar muito, ele sempre pega o bebê, ele dá assistência boa também, sempre, em todos eles, sempre deu assistência [...]* (P1).

Eu penso que será tranquilo, né?! Porque meu marido me ajuda, graças a Deus ele faz coisas de casa, mas como ele trabalha também, eu pretendo fazer só o comer, algumas coisas leves... mas em termos de varrer a casa, cuidar da casa aí eu deixo pra ele fazer [...] (P4).

Portanto, o apoio paterno é um importante aliado ao favorecimento de um puerpério tranquilo, assumindo, nos últimos tempos, papel ativo nos cuidados e criação dos filhos, devendo participar da saúde integral da mulher e do bebê (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; FERREIRA et al., 2014).

3.3 Parto normal ou cesariana – fatores de influência nas percepções das mulheres

Esta categoria foi construída a partir das análises das falas das mulheres quando estas avaliaram a experiência do pós-operatório imediato da cesariana. Vale ressaltar que os discursos estiveram amarrados, pelas próprias participantes, quanto à comparação inevitável da cesárea com o parto normal, uma vez que suas percepções estiveram relacionadas às características das vias de nascimento, experiências anteriores, informações que receberam de outras pessoas, imaginário formado quanto ao processo do parto, bem como da sensação física dolorosa típica da recuperação pós cirúrgica.

Levando em conta que os conteúdos extraídos estiveram fixados nas expectativas das mulheres, é importante destacar em linhas gerais o processo cultural do parto, que tem sido bastante discutido, uma vez que, inicialmente de um evento feminino, doméstico e fisiológico, o parto passou a ser algo patológico dominado por uma prática com intervenções em ambiente hospitalar, no qual a mulher perdeu, aos poucos, seu direito de escolha.

O processo acima referido, de medicalização do parto, hegemônico no Brasil e em boa parte do mundo, coloca a parturiente na condição de paciente fragilizada, que perde sua autonomia e poder de escolha sobre a condução de seu trabalho de parto. Este modelo supervaloriza a tecnologia médica, contrapondo-se às particularidades e vontades da parturiente, pois o uso rotineiro de intervenções médicas pretende agilizar o parto/nascimento,

deixando o comando para a equipe médica no controle sobre os processos fisiológicos da mulher e do bebê (BRENES, 1991; TORNQUIST, 2004).

Pelo fato de este modelo ter atingido, em grande proporção, todo o mundo, e na busca por se modificar o atendimento hospitalar, vários movimentos foram realizados em direção à humanização do parto, tendo como crítica a medicalização excessiva do corpo da mulher e da saúde (TORNQUIST, 2004).

Em meados de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, considerando a luta pela humanização da assistência obstétrica, tem batido pelo lugar da mulher como um indivíduo de direito, protagonista de sua vida e de seu parto (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

O movimento “humanizar” apresenta, como ponto primordial, a premissa pela reeducação do corpo feminino para o parto, seja por meio da desmistificação de ideias remotas, permitindo o corpo livre para a espontaneidade e instinto, seja através de exercícios e atividades que fortaleçam a parturiente física e psicologicamente para o processo da parturição (TORNQUIST, 2004).

Nesse contexto, entende-se a parturição como um acontecimento de extrema importância e sensibilidade para a mulher e sua família, sendo um dos eventos mais marcantes durante sua vida, repleto de expectativas e medos (VELHO et al., 2012; CARNEIRO et al., 2015).

No relato de P8, uma puérpera primípara com 17 anos e solteira, que não relatou preferência por via de nascimento, pôde-se notar que a experiência quanto à cesárea foi aquém em relação às expectativas negativas geradas a partir da construção do imaginário popular, como mostra em sua fala:

Foi bom né?! Teria outra cesárea de novo, não achei ruim não, foi tudo normal, num é esse bicho de sete cabeças que as pessoas falam não (P8).

Observa-se que essa puérpera, “mãe de primeira viagem”, chega ao momento do nascimento e recuperação pós-cesárea com expectativas até então embasadas na experiência de outras pessoas, além de que não consegue ter predileção por nenhuma das vias de nascimento. Isso revela que as informações repassadas por indivíduos, sejam do âmbito familiar ou não, constituem fator de considerável influência na construção do imaginário da mulher sobre o meio de ter o bebê, que até então não possui experiência por ambas as vias, além de que se sabe que as informações colhidas em revistas, na internet e nos meios de comunicação em geral compõem

outros fatores de influência para essas expectativas (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Nesse cenário, dentre as mulheres entrevistadas, cinco apontaram em seus discursos percepção favorável à cesariana e sua recuperação. Destas, três eram primíparas e relataram temor ao parto normal, relacionado às dores do trabalho de parto, a partir do conhecimento da vivência de outras mulheres, como observado nos trechos abaixo:

Rapaz... (pensativa) eu gostei, se eu tiver um segundo filho, eu vou preferir outra cesariana, porque eu não suporto sentir dor (risos)... aff Maria, a dor do parto, é muito ruim, é terrível, a dor das contrações..., mesmo eu dizendo que sinto dor agora da cesariana, é melhor essa (dor) da cesárea do que ante (P5 – Primípara).

Eu gostei viu? Eu preferi senti essa dorzinha de levantar, nos primeiros dias, bem melhor do que o normal, porque eu tenho medo pelo que vejo das mulheres que tem normal, e também porque eu sou muito mole... morro de medo de sentir dor (P13 – Primípara).

Na literatura, dados semelhantes foram analisados quanto ao fato de mulheres primíparas terem a predileção pela cesárea como forma de abster-se da dor do trabalho de parto, avaliarem que a cirurgia é um método mais fácil, rápido, de possibilidade para planejar o nascimento do bebê pelos pais, bem como do receio na probabilidade de problemas vaginais pela recomendação de amigos que passaram por essa vivência, sendo as questões relacionadas para tal opção, com destaque para a ausência de sofrimento, considerando essas justificativas como facilitadoras para o controle sobre o nascimento do seu filho e sua recuperação (OLIVEIRA et al., 2012; VELHO et al., 2012; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; CARNEIRO et al., 2015).

Dessa forma, percebe-se que todo o processo cultural de mudança na forma de parturição e como esta é compreendida por uma parcela da sociedade na atualidade, faz com que essas mulheres percebam o fenômeno do parto como algo amedrontador em suas vidas, como corroboram Carneiro et al. (2015) em seu estudo. No entanto, não deve ser compreendido como algo puramente biológico, pois é notória que a transmissão e valorização dos conhecimentos entre pessoas retratam o quanto a cultura influencia no processo do nascimento e sua recuperação pelas mulheres (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Já as múltiparas com histórico de cesárea anterior que consideraram o pós-operatório cesariano positivo justificaram essa opinião pela possibilidade de realizar a laqueadura, como é observado na fala abaixo:

Achei normal, tudo legal, só o fato de ter tido a ligação foi ótimo, eu senti um pouco mais de dor que nas outras quase não sentia, a não ser isso, tudo bom, nada a falar sobre o parto não, nem da equipe (P12 – Múltipara).

Em face desse relato, é visível que experiências anteriores positivas com a cesariana auxiliam na construção de boas expectativas, além de ser importante destacar, assim como elucidam Velho et al. (2012) em seu estudo, que as escolhas ou satisfações com a cesárea, na maioria das vezes pelas múltiparas, também estão mais condicionadas aos aspectos sociais e pessoais envolvidos do que meramente pelas indicações clínicas e informações sobre o risco com a via de nascimento.

Frete à análise das entrevistas das demais puérperas do estudo, estas tiveram percepções desfavoráveis à cesariana e sua recuperação, tendo um consenso entre as primíparas e múltiparas quanto aos aspectos que emergiram de seus discursos para tais opiniões, sendo o pronto restabelecimento decorrente do parto normal o principal fator para que as fizessem avaliar como negativa à cesárea. É importante enfatizar que as múltiparas apontam ter tido vivências anteriores positivas com o parto normal.

Com base nas falas das entrevistadas, foi possível constatar que as percepções impresumíveis estiveram relacionadas de modo geral com as dores do pós-operatório, dificuldades encontradas no puerpério imediato e no retorno das atividades habituais, bem como da existência de maiores níveis de medo em relação a possíveis intercorrências na cirurgia, como se observa nos discursos no decorrer desta categoria:

Assim, eu digo que foi muito ruim comparado aos outros partos que eu tive, por mim, eu tinha tido normal, a dor é só naquela hora entendeu?! E o cesariano não, doi pra levantar, fazer as coisas..., aí eu não gostei por causa disso, que é mais dolorido e dificultoso (P1 – Múltipara).

É uma experiência nova, que eu acredito que não quero mais nunca uma dessa, a recuperação é horrível, não gostei e não estou gostando até agora, o parto normal é bem mais rápido, é um desconforto só mesmo no momento, a recuperação nem se compara, bem menos dolorosa, e em questão da amamentação, o desenvolvimento do leite é bem mais rápido [...] (P11 – Primípara).

Partindo desses discursos e de resultados semelhantes em outros estudos, observa-se que o puerpério de uma cesariana, normalmente marcado por sensação dolorosa, acaba levando a limitações em sua recuperação, embora temporárias, o que gera uma dependência

parcial da mulher, necessitando do auxílio de outras pessoas para manutenção das AVD e nos cuidados com o bebê, além de que referem maiores problemas na amamentação (VELHO et al., 2012; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; CARNEIRO et al., 2015; SANTOS; MELO; LEAL, 2015).

Nesse contexto, é importante destacar ainda que, em relação às vias de nascimento, a cesariana pode adiar o início do aleitamento materno, quando comparado com o parto normal, o que significa que as chances no estabelecimento do contato precoce são restringidas. Sabe-se que esse contato precoce auxilia na garantia de sucesso do aleitamento materno e no maior desenvolvimento relacional entre mãe e filho (CARNEIRO et al., 2015; SANTOS; MELO; LEAL, 2015).

Outra puérpera, P3, múltipara, com experiência anterior com parto normal e preferência por esta via de parto, relata a dificuldade no pós-operatório da cesariana e temor quanto à anestesia:

Horrrível, horrrível, eu queria que tivesse sido os dois (partos) normais, mas não consegui... Por conta do meu peso também a cirurgia inflamou, essa questão da anestesia eu sempre tive medo, ontem mesmo eu tomei três, tomei a 'raqui' e não pegou, tomei a peridural e não pegou, e aí tive que tomar à geral, então tão achando que essa taquicardia que eu to tendo é devido a essas anestésias, então é muito ruim [...] (P3).

Fala como esta ratifica as considerações feitas por outros autores em seus estudos, que ressaltam que o procedimento da cesárea, por se tratar de uma cirurgia, apresenta riscos inerentes aos métodos pré e durante o ato cirúrgico, o que pode influenciar nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal e nas intercorrências durante ou após a cirurgia (OLIVEIRA et al., 2002; SOUSA et al., 2009; SELL et al., 2012; SANTOS; MELO; LEAL, 2015).

Outro fator interessante pode ser observado no relato de P2, uma puérpera múltipara, com histórico de parto normal que pretendia fazer a laqueadura, no entanto, apresenta a seguinte percepção de sua experiência com a cesariana:

Assim, eu acredito que o normal realmente é o ideal, porque tipo, as meninas que tiveram normal, elas não tão sentindo dor, pode sentar, levantar, se tivesse de escolher eu preferia ter normal, porque do meu primeiro filho eu sentia dor até o momento que eu parir, depois que eu pari, não senti dor nenhuma mais, tava inteira né? (risos), mas agora não [...] (P2).

Esse discurso simbolicamente transmite que a dor do parto normal é naturalizada como um fenômeno intrínseco ao ato de parir, o que faz com que as mulheres submetidas à cesariana tenham predileção por essas dores do parto vaginal do que as que vivenciam no pós-operatório, uma vez que limitam suas vivências e sensações no protagonismo do autocuidado materno e sua rotina diária (SANTOS; MELO; LEAL, 2015).

É importante perceber que neste estudo, embora todas as participantes tenham vivenciado a cesárea, apenas quatro relataram preferir esta via de nascimento, quando indagadas no questionário sobre sua preferência. O que se pode inferir, após a análise dos conteúdos, é que as demais mulheres visualizam o parto normal como a melhor forma de parir, pelos benefícios que proporciona, sobretudo pela plena recuperação e retorno rápido às atividades habituais, fato este influenciado pela vivência de algumas ou, no caso das primíparas, pelos relatos de outras pessoas.

Ainda em relação a pontos que foram levantados durante a aplicação do questionário, verificou-se que, embora a maioria das participantes do estudo não tenha planejado a gestação, esse fator não apareceu como elemento de interferência durante seus discursos, como também a questão do pré-natal, sobre o qual todas relataram ter realizado as consultas e que, a priori, estariam esclarecidas quanto às justificativas na realização da cesariana, visto que para muitas esta não seria sua escolha, porém, não foi possível ser observado em seus discursos esse componente.

4 Conclusão

Ao final deste estudo, foi possível apreender após análises das percepções das mulheres sobre suas experiências com o puerpério imediato à cesariana, que, independente da paridade e predileção pela cesárea, foram identificadas dificuldades, embora temporárias, quanto ao desempenho ocupacional no período puerperal.

Os obstáculos na realização de forma independente nas AVD pelas mulheres estiveram relacionados ao fator de a dor ser um agravante, o que também foi um dos pontos citados como responsável ao retardo no contato mãe e filho e cuidados com o bebê pelas puérperas em seus discursos.

Portanto, as experiências quanto à cesariana e sua recuperação foram apontadas nos discursos das mulheres como favoráveis ou desfavoráveis, com motivações diversas que estiveram ligadas às características das vias de nascimento, experiências

anteriores, informações recebidas de outras pessoas, construção do imaginário sobre o parto e expectativas geradas, que sofreram distinções também pelas medidas de enfrentamento adotadas por cada puérpera. Foi evidenciada a subjetividade na relação entre o imaginário e a concretude da dor durante o parto e puerpério, nas diferentes vias de parto.

A rede social apareceu nas falas das participantes como elemento essencial no favorecimento de um puerpério mais tranquilo e seguro, tendo destaque para a família como suporte percebido pelas mulheres no desempenho dos diversos tipos de apoio após o parto.

Por fim, vale ressaltar que, por ser um estudo qualitativo, não se pretende generalizar os resultados apresentados. Sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas a fim de que os aspectos discutidos sejam aprofundados, além de que novos estudos possam investigar de forma mais específica os sentimentos associados às experiências da cesariana pelas mulheres.

Referências

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. *The American Journal Occupational Therapy*, Thousand Oaks, v. 68, p. S1-S47, 2014. Suplemento 1.
- BARNABE, N. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 712-719, 2008.
- BRAZELTON, B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.
- BUDÓ, M. L. D. et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 36-43, 2007.
- CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – CAOT. *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Canada: CAOT Publications ACE, 1997.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- CARNEIRO, L. M. A. et al. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p.1574-1585, 2015.
- CHRISTO, C. A. Marcas de Batom. 2001. Disponível em: <<http://pensocris.vilabol.uol.com.br/feminismo.htm>>. Acesso em: 1 abr. 2009.
- COSTA, N. S. et al. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, v. 2, n.1, p. 75-88, 2013.
- D'OLIVEIRA, G. D. F. et al. A avaliação do pós-parto. *Acta de Ciências e Saúde*, Taguatinga do Sul, v. 1, n. 1, p. 74-89, 2012.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009.
- DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 3-28.
- FERREIRA, A. D. et al. Participação do pai no nascimento: sentimentos revelados. *Inova Saúde*, Criciúma, v. 3, n. 2, p. 16-36, 2014.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- KUBOTA, A. M. A. *Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional*. 2013. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- MACHADO, A. V. Puerpério. In: BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. p. 156-164.
- MANENTE, M. V. *Maternidade para mães trabalhadoras: depressão pós-parto, stress, rede de apoio e conjugalidade*. 2014. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2014.
- MELO, M. M. et al. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 266-273, 2011.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. Introdução à terapia ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. *Terapia Ocupacional – Willard & Spackman*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 3-9.
- OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, p. 32-41, 2012. Número Especial.

- OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.
- PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, B. M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 334-339, 2010.
- PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.
- PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. A construção cultural do processo de parto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 591-598, 2013.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *PsicoUSF*, Bragança Paulista, v. 16, n. 2, p. 215-225, 2011.
- SABARI, J. S. Ensino de atividades na Terapia Ocupacional. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas*. São Paulo: Roca, 2005. p. 89-97.
- SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.
- SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; LEAL, R. J. M. Experiência do tipo de parto: relato de puérperas através da análise de discurso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 14, n. 1, p. 74-81, 2015.
- SELL, S. E. et al. Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 766-774, 2012.
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-30, 2012.
- SILVA, G. P. S. *Experiência de mulheres primíparas com a cesariana: estudo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz*. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.
- SOUSA, L. et al. Mensuração e características de dor após Cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 741-747, 2009.
- STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.
- TORNQUIST, C. S. *Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. 412f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- VARELLA, R. S. Q. *Avaliação da dor no pós-operatório de cesariana através da utilização do questionário de MCGILL*. 2011. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-66, 2012.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

Contribuição dos Autores

Taíse: concepção do trabalho, coleta, organização e análise dos dados, elaboração e redação do texto. Juliana: orientação, organização e análise dos dados e revisão do texto. Ambas autoras aprovaram a versão final do texto.

Notas

¹ Texto apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas da UFPE, como requisito para obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde – Área de concentração: Saúde da Mulher.