

## AÇÕES DE PUÉRPERAS NA PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE REPRODUTIVA<sup>1</sup>

[The postpartum women's actions on their reproductive health promotion]

Lucimeire Lima Vasconcelos\*  
Neide de Souza Praça\*\*

**RESUMO:** A assistência integral à saúde da mulher concentra seus esforços na assistência pré-natal em detrimento do planejamento familiar. Este estudo buscou identificar as ações de puérperas para a manutenção de sua saúde reprodutiva. Foram analisados 379 formulários de entrevistas de puérperas internadas em duas maternidades filantrópicas do Município de São Paulo. O estudo teve aprovação de Comissões de Ética em Pesquisa. Os resultados mostraram que 85% das puérperas iniciaram atividade sexual na adolescência, 94% realizaram pré-natal, e destas, 65% o iniciaram no 1.º trimestre de gravidez. Verificou-se também que 41% dos casais decidem em conjunto sobre a concepção, porém 35% das entrevistadas alegaram que esta decisão é exclusivamente sua, e 74% da amostra não planejaram a última gravidez. O anticoncepcional oral foi o método de preferência da amostra. A opção por nova gestação foi apontada por 13% das mulheres. Este estudo mostrou que a maioria das puérperas entrevistadas buscou e recebeu atenção pré-natal precocemente, porém se faz necessária a implementação de programas de planejamento familiar para subsidiar o casal em sua opção pela concepção e para a promoção de sua saúde reprodutiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da mulher; Saúde reprodutiva; Planejamento familiar.

### 1 INTRODUÇÃO

O lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, trouxe a proposta de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, passando-se a contar com um programa de abrangência no

planejamento familiar, no controle de patologias prevalentes e em ações educativas. Este programa demonstrava, assim, maior preocupação com a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da mulher (OSIS, 1998).

*“Neste contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para a concepção e contraceção.”* (OSIS, 1998).

No entanto, notou-se que, diante da justificativa de proteger e de melhorar as condições dos recém-nascidos, os programas da área materno-infantil voltaram-se, nos anos seguintes, principalmente, para a assistência no período pré-natal (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

O tempo mostrou a necessidade de campanhas eficazes sobre os temas propostos inicialmente pelo PAISM e para os quais não foi dada relevância. Acreditamos que proporcionar à população melhor acesso aos serviços de saúde com qualidade acarretaria melhores condições de saúde reprodutiva e sexual para as mulheres e conseqüentemente para seus parceiros. Com este pensamento cremos que os casais necessitam de informações, de orientações e da solução de dúvidas sobre saúde-doença, uma vez que notamos a exclusão do homem nestes programas, o que coloca a responsabilidade da reprodução apenas sobre a mulher.

Por outro lado, preocupamo-nos também com o atendimento feito pelos profissionais da área da saúde que devem levar em conta, não só os aspectos biológicos que, na maioria das vezes, são causa da procura pelo serviço, como também, os aspectos emocionais, sócio-culturais e econômicos da clientela a ser atendida.

Vale destacar ainda a passividade observada no comportamento das mulheres pela busca por informações e sua reduzida participação em programas de educação em saúde.

<sup>1</sup> Extraído da Monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem “Percepção de puérperas e suas ações na promoção da saúde reprodutiva e na prevenção do câncer cérvico-uterino” apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2001.

\* Enfermeira. Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Jandira, SP.

\*\* Enfermeira obstétrica. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Segundo YAZLLE (1996), a condição social das mulheres nos países em desenvolvimento ainda é precária, caracterizando-se por discriminação, pouco ou nenhum envolvimento em programas educativos, e condições de trabalho desfavoráveis que acabam afetando sua saúde, tornando difícil seu entendimento sobre a importância da assistência pré-natal.

Quanto a este, BONADIO (1996), estudou gestantes que realizaram consulta de pré-natal em uma instituição filantrópica do Município de São Paulo, tendo verificado que a estrutura e a organização do sistema de saúde, juntamente com as características pessoais e as condutas dos profissionais, são as principais dificuldades das mulheres que procuram este tipo de atendimento. Essa pesquisa reforça nossa percepção de que ainda é deficitário o cumprimento dos objetivos do PAISM, ou seja, são incompletas a cobertura e a qualidade das ações de pré-natal e a realização de educação participativa.

A mesma autora menciona que, muitas vezes, as mulheres acabam abandonando o serviço que freqüentam e vão à procura de outro, na tentativa de suprir suas necessidades e expectativas. Também relata a importância do pré-natal, principalmente para as mulheres menos favorecidas que não percebem a dimensão da gestação e do parto em suas vidas e que pela dificuldade de compreensão deste processo, sentem-se inseguras e cheias de medo diante de sua nova situação (BONADIO, 1996).

Outro tema de interesse neste estudo é o planejamento familiar que no Brasil está evidenciando-se devido à mortalidade materna, ao aborto, à esterilização, à reprodução assistida, entre outros (COSTA, 1996).

Vale lembrar que na década de 80, houve expansão das atividades de planejamento familiar com o intuito único de reduzir a explosão demográfica. Porém, os programas realizados não privilegiavam as verdadeiras necessidades de saúde e os anseios da população que deveriam atender (GALVÃO e DÍAZ, 1999).

Anteriormente, nos anos 60, a mulher iniciou um movimento de saída de seu lar e assumiu novos papéis na sociedade e no mercado de trabalho. Foi a partir desse período que se começou a falar com mais intensidade e abertamente sobre o controle da fecundidade, principalmente, pela anticoncepção, surgindo a necessidade de adequações dos serviços de saúde para esta nova demanda (COSTA, 1996).

Por outro lado, o uso indiscriminado da pílula anticoncepcional, que se seguiu, dá-se em um contexto de alto risco, pois entre as mulheres que fazem seu uso, quase 50% se automedicam ou procuram indicação no balcão da farmácia, ou com amigas e vizinhas (COSTA, 1996 e PRAÇA,

1998). Esta atitude sujeita as mulheres a complicações, principalmente, cardiovasculares (COSTA, 1996). (PRAÇA, 1998) mostrou que a decisão de nova gravidez continua sendo tarefa da mulher.

Estas considerações levaram-nos a pensar no movimento da mulher em busca de atenção nos serviços de saúde, bem como sobre ações para a manutenção de sua saúde reprodutiva.

Com este pensamento, nesta pesquisa, pretendemos responder às seguintes questões: Quais os procedimentos adotados pelas puérperas para a promoção de sua saúde reprodutiva? De quem é a decisão final no momento do planejamento da família?

## 2 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo **identificar as ações de puérperas para a promoção de sua saúde reprodutiva.**

## 3 MÉTODO E CASUÍSTICA

Este é um estudo descritivo, exploratório, que utilizou os dados qualitativos sobre saúde reprodutiva de uma pesquisa realizada no Município de São Paulo, que teve financiamento da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde/UNESCO. Vale acrescentar que na primeira fase da pesquisa seus dados qualitativos não foram analisados, tendo este estudo a preocupação de efetuar esta análise.

### Local

Os dados desta pesquisa foram coletados em janeiro e março de 2000, tendo sido entrevistadas puérperas internadas nas maternidades filantrópicas apresentadas a seguir:

- Hospital Santa Marcelina, hospital geral, cuja maternidade incentiva a prática do parto natural humanizado, localizado na Zona Leste do Município.
- Amparo Maternal, maternidade que vem direcionando sua assistência obstétrica à implantação da prática do parto natural humanizado, localizado na Zona Sul do Município.

Ressaltamos que cada instituição contribuiu com 50 % da amostra delineada para a pesquisa.

### Amostra e critérios de inclusão

Para este estudo foram utilizados os dados de 379 entrevistas realizadas com puérperas internadas após 12 horas de pós-parto, independente do tipo de parto, que não apresentavam doenças crônicas e eram atendidas pelo convênio SUS.

## Coleta de dados

Os dados foram coletados simultaneamente nas duas maternidades, por duas entrevistadoras, sendo uma para cada instituição.

Diariamente, era feita a identificação das puérperas pelo livro de registro de internação da unidade de puerpério. Em seguida, a mulher era questionada sobre a possibilidade de sua participação na pesquisa, momento em que lhe era apresentado o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Este era assinado diante de sua concordância em participar do estudo.

## Instrumento

Constou de questões abertas e fechadas. Para este texto foram selecionadas as questões do formulário referentes aos dados sócio-demográficos, ao comportamento do casal quanto à atividade de lazer e aos dados relacionados à gravidez e à anticoncepção.

## Pré-teste

Anteriormente ao início da coleta de dados, foi realizado pré-teste com dez puérperas internadas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A escolha desta instituição deveu-se à clientela que atende, a qual, em sua maioria, assemelha-se àquela encontrada nas duas maternidades definidas para o estudo.

## Questões éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Santa Marcelina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Contou também, para sua realização, com a autorização dos dirigentes do Amparo Maternal.

## Tratamento estatístico

Para o banco de dados desta segunda fase do estudo utilizou-se o Microsoft Excel versão 2000. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva. Os dados qualitativos, objeto deste estudo, foram categorizados por afinidade de assunto e serão apresentados sob a forma de tabelas.

## 4 RESULTADOS

A análise dos dados deste estudo ocorreu em novembro de 2001. Seus resultados serão apresentados em dois sub-itens:

1. Caracterização das entrevistadas;
2. Ações para manter a saúde reprodutiva.

## 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

Na tabela 1 verificamos que 42% das mulheres tinham a idade entre 21 e 25 anos e que 28% delas eram adolescentes (idade entre 12 e 20 anos). Estas mulheres eram de escolaridade baixa, pois 48% não concluíram o 1.º grau e apenas 1% tinha nível superior. Notamos que 60% apresentavam renda inferior a 4 salários mínimos vigentes na época da coleta de dados (R\$181,00). A maior parte era dependente, financeiramente, dos companheiros ou familiares, pois não possuíam emprego (67%) ou estavam desempregadas (3%). As ocupações mais comuns foram as que não exigiam formação técnica, como empregadas domésticas, auxiliares diversas, balconistas, vendedoras autônomas entre outras. A maioria (78%) morava com o companheiro ou com o marido, e destas, 35% conviviam em união há menos de 2 anos. A religião predominante foi a católica (71%), seguida da evangélica (19%).

TABELA 1 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS. SÃO PAULO 2000.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N.º	%
Idade (anos)	12 – 20	105	28
	21 – 25	162	42
	26 – 42	114	30
Escolaridade	Analfabeta	5	1
	1.º g. incompleto	179	47
	1.º g. completo	53	14
	2.º g. incompleto	72	19
	2.º g. completo	67	18
	Superior	3	1
Renda (R\$)	25,00 – 300,99	65	17
	301,00 – 750,99	165	43
	751,00 – 1.500,99	97	26
	1.501,00 – 7.400,00	9	2
	Não sabe informar	43	12
Ocupação	Do lar	256	67
	Diversas	115	30
	Desempregada	43	3
Estado marital	Sim	298	78
	Não	81	22
Tempo de união (meses)	1 – 12	85	21
	13 – 24	52	14
	25 – 48	63	17
	49 – 108	70	19
	109 – 278	28	7
	Não tem parceiros	81	22
Religião	Católica	269	71
	Evangélica	72	19
	Outros	38	10
<b>Total</b>		<b>379</b>	<b>100</b>

Observamos na tabela 2 que, quanto às atividades de lazer, as mulheres entrevistadas citaram mais de uma atividade, por outro lado, 26 puérperas consideraram não ter nenhuma atividade como lazer.

TABELA 2 – NÚMERO E PORCENTAGEM DAS ATIVIDADES DE LAZER REFERIDAS PELAS MULHERES ENTREVISTADAS. SÃO PAULO, 2000.

ATIVIDADES DE LAZER	N.º	%
Atividades recreativas <sup>1</sup>	91	21
Assistir televisão	83	20
Ouvir música	74	17
Atividades domésticas <sup>2</sup>	68	16
Conversar com amigos e parentes	23	6
Casa de parentes e amigos	20	5
Leitura	15	3
Religião	10	2
Trabalhos manuais	9	2
Outras <sup>3</sup>	9	2
Não tem	26	6

(N=379)

1. cinema, shopping, clube, museus, teatros, esportes, jogar baralho ou dominó, viajar, cantar, dançar, tocar instrumentos musicais.

2. arrumar a casa, cuidar do marido e dos filhos, cozinhar.

3. escrever, namorar, sair para comer, dormir.

Na tabela 3 são apresentados os dados relacionados à reprodução. Podemos notar que 16% da amostra já tiveram pelo menos um abortamento e que 70% das mulheres tiveram entre 1 e 2 gestações. Dentre as puérperas entrevistadas, 85% referiram que a 1.ª relação sexual ocorreu antes de seus 20 anos de idade.

TABELA 3 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DE REPRODUÇÃO. SÃO PAULO, 2001.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N.º	%
Abortamento	Não	320	84
	Sim	59	16
N.º de gestações	1	167	44
	2	99	26
	3	58	15
	4 – 12	55	15
Paridade	0 – 1	184	49
	2	102	27
	3	51	13
	4 – 12	42	11
Idade da 1.ª Relação sexual	12 – 15	149	39
	16 – 19	175	46
	20 e mais	55	15
<b>Total</b>		<b>379</b>	<b>100</b>

#### 4.2 AÇÕES PARA MANTER A SAÚDE REPRODUTIVA

A tabela 4, referente aos dados sobre pré-natal e planejamento da gravidez, nos mostra que 357 mulheres (94% da amostra) realizaram consultas de pré-natal, sendo que 79% (300 mulheres) o fizeram em Centros de Saúde, 8% em clínicas particulares ou convênios e 7% em maternidade. Vale destacar que 68% (260 mulheres) freqüentaram de 4 a 8 consultas de pré-natal e que 65% (246 mulheres) o iniciaram no 1.º trimestre de gravidez. Na amostra, 97 mulheres (26%) planejaram a última gravidez e 57% utilizavam-se de algum método anticoncepcional para evitar a gravidez.

TABELA 4 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE MULHERES, SEGUNDO DADOS RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL E AO PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ. SÃO PAULO, 2000.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N.º	%
Onde fez pré-natal	Centro de saúde	300	79
	Clín.particular/outros	31	8
	Maternidade	26	7
	Não fez pré-natal	22	6
N.º de consultas de pré-natal	0	22	6
	1 – 3	28	8
	4 – 8	260	68
	9 e mais	69	18
Início do pré-natal	0 – 3.º mês	246	65
	4 – 6.º mês	103	27
	7.º mês e mais	8	2
	Não fez pré-natal	22	6
Planejou a gravidez	Sim	97	26
	Não	282	74
Evitava a gravidez	Sim	217	57
	Não	162	43
<b>Total</b>		<b>379</b>	<b>100</b>

Quando perguntadas sobre os métodos anticoncepcionais, as puérperas apresentaram as respostas agrupadas na tabela a seguir.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA EVITAR A GRAVIDEZ. SÃO PAULO, 2000.

MÉTODO UTILIZADO	N.º	%
Anticoncepcional oral	135	36
Preservativo	46	12
Anticoncepcional injetável	12	3
Outros <sup>1</sup>	24	6
Não evitava a gravidez	162	43
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100</b>

1. Coito interrompido, abstinência sexual, tabela e amamentação ou não referem (2).

Observamos, pela tabela 5, que o método anticoncepcional mais citado pelas mulheres que evitavam a gravidez foi o anticoncepcional oral (36%), seguido do preservativo masculino. Consideramos expressivo o número de puérperas que referiram não utilizar método anticoncepcional algum (162 – 43%).

Indagadas sobre a possibilidade de uma nova gravidez, 299 puérperas (79%) responderam que não pretendiam engravidar novamente, enquanto que 48 mulheres (13%) responderam positivamente e 32 (8%) não souberam referir.

Na tabela 6 estão relacionadas as justificativas das puérperas que não pensavam em engravidar novamente ou não estavam certas de fazê-lo. Podemos notar que 50% (151 puérperas) referiram número suficiente de filhos e que houve mais de uma resposta por entrevistada. Apenas 2 não justificaram sua resposta.

TABELA 6 – JUSTIFICATIVAS DAS MULHERES QUE NÃO PENSAVAM OU NÃO ESTAVAM CERTAS SE ENGRAVIDARÃO NOVAMENTE. SÃO PAULO, 2000.

JUSTIFICATIVA	N.º	%
Número suficiente de filhos	151	50
Sofrimento e dor no parto	101	33
Situação financeira e dificuldade para criar	64	21
Complicações na gravidez ou problemas de saúde	8	2
Outros <sup>1</sup>	21	7

(N=299)

<sup>1</sup> medo, a experiência não foi boa, idade avançada, responsabilidade, não tem parceiro, é muito nova, o marido faleceu.

Dentre as mulheres que pensavam em engravidar novamente, 33 (69%) referiram que desejavam número maior de filhos. Apenas 7 (15%) justificaram este desejo citando que é “maravilhoso”, que “é uma benção” e que “gosta de crianças”. Houve quem justificasse com a morte de dois filhos e quem referisse que os “filhos ajudam quando crescem”, e que ter outros filhos está na dependência da efetivação do casamento.

Dentre as 32 mulheres que não sabiam se engravidariam novamente, 11 (34%) referiram que a gravidez pode ocorrer, e 9 (28%) citaram sofrimento, medo e dor do parto como justificativas para não querer mais filhos. Outras justificativas foram: situação financeira precária e conseqüente dificuldade para criar os filhos (4 – 12%) e ter tido complicações na gravidez e problemas de saúde (3 – 10%). Na amostra, 2 puérperas (6%) não apresentaram justificativas e 3 (10%) alegaram desejo de ter mais filhos.

Quando as mulheres foram indagadas sobre quem, em sua casa, toma a decisão por ter um filho, a maioria (154 – 41%) respondeu que a decisão é tomada conjuntamente pelo casal. Porém, 136 (35%) referiram que cabe a ela tomar esta decisão, e 34 (9%) citaram o marido como responsável por esta decisão. Vale ressaltar que 7 mulheres (2%) referiram que o casal não discute este assunto, 12 (3%) não responderam e 36 (9%) citaram que a gravidez é um fato casual, pois não há qualquer planejamento.

Quanto aos métodos anticoncepcionais que as puérperas pretendem usar para evitar uma nova gravidez, verificamos que 198 mulheres (46%) citaram o anticoncepcivo oral. É importante ressaltar que muitas mulheres citaram mais de um método e que 57 (15%) citaram métodos definitivos. Dentre os 379 formulários pesquisados nesta fase do estudo verificamos que 50 puérperas (13%) apontaram o preservativo como método de escolha, 38 (10%) citaram o DIU e 31 mulheres (8%) referiram que pretendiam utilizar anticoncepcional injetável como recurso anticonceptivo.

Vale acrescentar que a amamentação foi citada como método anticonceptivo de forma errônea ou equivocada.

## 5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, podemos considerar que a população estudada é, em sua maioria, jovem, do lar, dependente financeiramente do companheiro, com baixa escolaridade e tem como lazer atividades relacionadas ao lar, tais como tarefas domésticas, ouvir música ou assistir à televisão. Estas características recebem reforço de BRUSCHINI (s.d.) ao referir que “apesar das transformações do mundo moderno, pode-se afirmar que, ainda hoje, destinam-se às mulheres, sobretudo as atividades reprodutivas e os cuidados com a casa e os membros da família, enquanto aos homens cabe o papel de provedor desse grupo”.

GOLDANI (1999), em seu estudo sobre o perfil demográfico brasileiro nos anos 90, aponta o nível educacional como fundamental para entender as diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população. Este estudo chegou a números semelhantes aos encontrados pela autora citada, no que se refere ao número de filhos e idade de iniciação sexual das mulheres brasileiras.

O nível de escolaridade pode dificultar o entendimento da mulher, tornando-a vulnerável e expondo-a a riscos de vida e à deficiência dos cuidados com sua saúde e com a de seus filhos.

Porém, nesta pesquisa, notamos que mesmo que a maioria das mulheres apresentasse baixo nível de escolaridade, foi reduzido o número daquelas que não fizeram pré-natal.

PINOTTI et al. (1990), em levantamento sobre a situação de assistência à saúde da mulher em áreas pobres de São Paulo, verificaram que 96% das mulheres declararam consultar algum serviço de saúde quando estavam doentes. Talvez estes números possam ser comparados com os obtidos neste estudo onde constatamos que 94% das mulheres haviam se submetido a consultas de pré-natal. A maioria dessas consultas foi realizada em unidades básicas de saúde.

Chama a atenção o fato de que 50% da amostra constituiu-se por puérperas internadas em uma maternidade com serviço de pré-natal, no entanto foi reduzido o número de mulheres que referiram ter freqüentado consultas de pré-natal em hospital.

Fato positivo encontrado e que difere do estudo realizado em meados da última década refere-se à procura das mulheres pelo serviço de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. VITIELLO (1994) relata que, no Brasil, naquele

período, a procura pela assistência pré-natal se dava no último trimestre de gravidez, principalmente nas classes mais desfavorecidas, havendo a perda dos objetivos médico-preventivos do atendimento. Menciona, ainda, que esta desmotivação deve-se não só à falta de conscientização da população para a importância do pré-natal, mas também, ao desencanto e falta de confiança na qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições públicas.

Vimos que 85% das mulheres iniciaram atividade sexual na adolescência, e quando grávidas, 65% freqüentaram consultas de pré-natal a partir do primeiro trimestre. Dentre as puérperas entrevistadas, 74% não planejaram a última gestação, porém, o método anticoncepcional preferido por 36% da amostra foi o anticoncepcional oral.

PINOTTI et al. (1990) chamam a atenção para a elevada porcentagem de mulheres que usam pílula e sobre os riscos de saúde a que estão expostas com seu uso prolongado. Concordamos com estes autores quando fazem referência à abordagem que deve ser feita a estas mulheres nos serviços de saúde onde deve ser identificado o problema, expostos os fatores de riscos e discutidas novas e melhores opções de anticoncepção, particularizando seu uso para cada casal.

Como OLINTO e GALVÃO (1999), também encontramos reduzida referência aos anticoncepcionais injetáveis entre as mulheres, porém, estes autores acreditam na possibilidade de melhora destes números a partir da recente inclusão deste método nas normas técnicas de planejamento familiar do Ministério da Saúde e sua disponibilidade pelo Sistema Único de Saúde.

O DIU (dispositivo intrauterino) é uma opção para as mulheres que não têm contra-indicações ao método e que não querem optar por métodos irreversíveis, porém ele só foi referido como método de escolha por 9% das mulheres da amostra que usarão algum método contraceptivo para evitar uma nova gravidez. O diafragma foi citado apenas por uma entrevistada que referiu intenção de usá-lo.

Os dados mostraram também que a tomada de decisão sobre a possibilidade de concepção é responsabilidade do casal, informação dada por 41% das entrevistadas, porém, esta decisão é unicamente tomada pela mulher em 35% da amostra.

Acreditamos, como OLINTO e GALVÃO (1999), que é necessário o envolvimento do casal nas atividades relacionadas ao planejamento familiar. A inclusão do

companheiro/marido proporciona contato deste com os métodos anticoncepcionais e contribui para maior participação masculina na temática de decisão sobre o método mais adequado para planejar a família.

No entanto, estender aos homens as ações educativas dos programas requer adequação dos horários de atendimento dos serviços de saúde e sua desvinculação dos serviços de ginecologia. Além das orientações e da oferta de preservativos, e da oferta de vasectomia, estes serviços devem tratar de questões sobre sexualidade e sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (CARVALHO et al., 2001).

Acreditamos que deve haver mudança na atitude da mulher em relação ao seu companheiro com o propósito de obter sua participação na escolha do anticoncepcional, e que envolvê-lo nesta decisão pode levá-lo a repensar seu modo de ver e de agir frente aos problemas de saúde reprodutiva.

Quanto ao desejo das mulheres de engravidar novamente, 79% referiram que não queriam mais filhos, pois já tinham um número de filhos suficiente ou não queriam mais passar pelo sofrimento e pela dor do parto, ou tinham dificuldades financeiras ou sociais para criar os filhos.

Como vimos, um fator apontado pelas puérperas que não desejavam mais filhos relacionou-se ao sofrimento e à dor no parto. SAITO (1999) refere que a dor do parto é uma realidade inerente ao mesmo e que pode ser evitada, porém continua sendo vivenciada com grande freqüência pelas mulheres que engravidam e dão a luz. A autora vê a sensação dolorosa do parto como um aspecto marcante do processo de parto que é vivido e percebido de forma negativa pelas mulheres que passam por esta experiência. No entanto, esta sensação é rapidamente esquecida após o parto, embora sua descrição no puerpério seja viva, intensa e detalhada. Quando a mulher está planejando uma nova gestação este sentimento é esquecido (SAITO, 1999). Vale lembrar que o presente estudo foi realizado 12 horas após o parto, momento em que estas mulheres ainda estão vivenciando as dores que envolvem o parto/puerpério.

No estudo de SILVA (1994), a dor do parto foi citada pelas mulheres como geradora de medo em relação ao parto, caracterizando-se em sofrimento pelo qual as mesmas devem passar.

Outra pesquisa que confirma a crença popular e liga a maternidade ao sofrimento é o de GUALDA (1993) que buscou conhecer o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à assistência ao parto a partir das perspectivas de um grupo de mulheres faveladas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, os dados mostraram que a grande maioria das mulheres iniciou atividade sexual na adolescência, e quando grávidas, a maioria freqüentou consultas de pré-natal a partir do primeiro trimestre. Dentre as puérperas entrevistadas, 74% não planejaram a última gestação, porém, o método anticoncepcional preferido por 36% da amostra foi o anticoncepcional oral.

Os dados mostraram também que a tomada de decisão sobre a possibilidade de concepção é responsabilidade do casal, informação dada por 41% das entrevistadas, porém, esta decisão é unicamente tomada pela mulher em 35% da amostra.

Acreditamos que cuidar da mulher que vivencia o período reprodutivo é manter seu bem-estar e ajudá-la a diminuir ansiedades e dúvidas que envolvem a gravidez, o parto, o puerpério e o planejamento familiar.

Para atender esta finalidade, consideramos a necessidade de motivação e de empenho, não só dos setores públicos de saúde, mas, também, da população que deve reconhecer seu direito de receber atendimento de saúde com qualidade.

Por outro lado, acreditamos que o profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, deve realizar ações para o planejamento familiar de maneira a atender as mulheres e seus companheiros, abrindo-lhes caminho para discutir sobre sexualidade e reprodução. Esta oportunidade contribuirá para despertar e ou implementar, no usuário dos serviços de saúde, a importância de pensarem e de repensarem sobre suas percepções e suas ações para manter a saúde reprodutiva segundo fatores biológicos, emocionais, culturais e sociais.

**ABSTRACT:** The comprehensive women's health assistance focuses its efforts on antenatal assistance to detriment of family planning. This study aimed to identify the actions of the postpartum women in order to maintain their reproductive health. 379 interview forms of the postpartum women admitted in two philanthropic maternity wards in the city of São Paulo were analyzed. The study was approved by the Committee for Ethics in Research. The results showed that 85% of the women started having intercourse during adolescence, 94% attended antenatal appointments, and from these, 65% started doing it in the first trimester. It was also noticed that 41% of the couples make up the decision concerning de conception

together; however, 35% of the interviewees said that they had made the decision by their own, and 74% of the sample had not planned their last pregnancy. The oral contraceptive was the preferred method. The decision for a new pregnancy was pointed out by 13% of the women. This study showed that most of the postpartum women who were interviewed looked for early antenatal attendance and were attended; however, it is necessary to implement family planning programs to subsidize the couple on their conception choice and to promote reproductive health.

**KEY WORDS:** Woman's health; Reproductive medicine; Family planning.

## REFERÊNCIAS

- 1 BONADIO, I.C. **Ser tratada como gente:** a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. São Paulo, 1996. 220p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 2 BRUSCHINI, C. Desigualdades de gênero no mercado de trabalho brasileiro: o trabalho da mulher no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste na década de 80. In: **DISCRIMINAÇÃO positiva – ações afirmativas:** em busca da igualdade. São Paulo: CFEMEA – ELAS, s.d. p.87-118.
- 3 CARVALHO, M.L.O. PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.23-31, 2001.
- 4 COSTA, A.M. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, São Paulo, v.4, n.2, p.209-215, 1996.
- 5 GALVÃO, L.; DÍAZ, J. Introdução. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC/Population Council, 1999. p.15-22.
- 6 GOLDANI, A.M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC/Population Council. 1999. p.25-69.
- 7 GUALDA, D.M.R. **Eu conheço a minha natureza:** um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. 288p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 8 OLINTO, M.T.A.; GALVÃO, L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, nd, p.64-72, 1999.
- 9 OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.25-32, 1998.
- 10 PINOTTI, J.A. et al. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev. Ginec. Obst.**, São Paulo, v.1, n.1, p.7-21, 1990.

- 11 PRAÇA, N.S. **A cuidadora e o (ser)cuidado:** uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. São Paulo, 1998. 262p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 12 SAITO, E. **Da obtenção de informação ao esquecimento:** A vivência da dor de parto em um hospital escola. São Paulo, 1999. 171p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 13 SILVA, IA. **Amamentar:** uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo, 1994. 191p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 14 VITIELLO, N. Mortalidade perinatal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Sarvier, 1994. p.982-984.
- 15 YAZLLE, M.E.H.D. Educação em saúde reprodutiva. **Reprodução & Climatério,** São Paulo, v.11, n.1, p.12-3, 1996.

Endereço do co-autor:

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º Cerqueira César

05403-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3066-7608 – Fax (11) 3066-7615

E-mail: ndspraca@usp.br