

A CONSULTA PUERPERAL: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde

Kleyde Ventura de SOUZA^a
Marcia Regina CUBAS^b
Drielle Fernanda de ARRUDA^c
Patrícia Regina Quinsacara CARVALHO^c
Carina Maris Gaspar CARVALHO^c

RESUMO

A consulta puerperal caracteriza-se como importante momento da saúde da mulher. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as necessidades sociais em saúde de mulheres no período puerperal. Realizou-se um levantamento em que participaram 50 puérperas do Programa Mãe Curitibana, atendidas em unidades de saúde de um Distrito Sanitário de Curitiba, Paraná. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento com questões objetivas, aplicado no período de fevereiro e março de 2007. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Verificou-se que o conjunto necessidade de ser alguém com direito à diferença foi o mais indicado. Foi menos citado o grupo de necessidades relacionado ao acolhimento/vínculo com o profissional e equipe de saúde. Este último grupo aparece como aspecto positivo do trabalho da enfermeira (e da equipe de saúde), e o anterior demonstra a necessidade de reconstrução de práticas que fortaleçam a autonomia e autoconfiança das mulheres para o cuidado em saúde.

Descritores: Período pós-parto. Saúde da mulher. Cuidados de enfermagem. Bem-estar materno.

RESUMEN

La consulta puerperal se caracteriza como un importante momento de la salud de la mujer. Esta investigación tuvo como objetivo identificar las necesidades sociales en la salud de la mujer durante el puerperio. La misma se realizó examinando a 50 mujeres en el puerperio, participantes del Programa Mãe Curitibana (Programa Madres de Curitiba), atendidas en unidades de salud de un Distrito de la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil. Para la recolección de datos se usó un cuestionario con preguntas objetivas aplicado entre febrero y marzo de 2007. Los datos fueron analizados tomando como base estadística descriptiva. La situación socioeconómica fue la más notada y lo menos citado fue el vínculo con el profesional y el equipo de salud. Éste último fue resultado de una relación positiva con la enfermera (y el equipo de salud), y el anterior demuestra la necesidad de que se elaboren prácticas para fortalecer la autonomía y la confianza de las mujeres, así como para mejorar su cuidado en salud.

Descriptores: Periodo de posparto. Salud de la mujer. Atención de enfermería. Bienestar materno.

Título: La consulta puerperal: necesidades de mujeres desde la perspectiva de las necesidades sociales en la salud.

ABSTRACT

Postpartum appointments are essential in women health care. This study aimed at identifying the social health needs of women during postpartum. A survey was conducted with 50 puerperal women of the Curitiba Mother Program receiving care at basic health units of a health district of the city of Curitiba, Paraná, southern Brazil. An instrument with objective questions was applied in February and March, 2007, to collect the data. Descriptive statistics was used to analyze the data. The most frequently mentioned set of needs was "to be someone with the right to be different", whereas the least mentioned was "link with health professional and team". The latter appears as a positive aspect of the nurse's (and health team) work, whereas the first shows the need to build practices to strengthen the autonomy and the self-reliance of women in health care.

Descriptors: Postpartum pseriod. Women's health. Nursing care. Maternal welfare.

Title: The postpartum appointment: women's needs from the perspective of social needs in health care.

^a Enfermeira obstetra. Doutora em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Articulando Processos de Educação, Cuidado e Gerenciamento em Enfermagem (CECEG) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR, Paraná, Brasil.

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde e do Curso de Enfermagem da PUCPR, Paraná, Brasil.

^c Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da PUCPR (2006/2007), Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A saúde materna tem sido compreendida na literatura internacional como inserida no plano da saúde reprodutiva e este, por sua vez, no plano maior que engloba a saúde da mulher. Ressalta-se, nesta perspectiva, um importante componente, a maternidade segura, que abrange, para além da morbi-mortalidade materna, a promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher, como também a melhoria nos serviços, em particular na atenção primária, enfocando as demandas das mulheres⁽¹⁾.

É consenso que, na área da atenção à saúde da mulher e, mais especificamente, da saúde materna constituíram-se como grandes desafios a serem vencidos a melhoria da qualidade da assistência, o impedimento de mortes evitáveis e os direitos reprodutivos das mulheres. Neste sentido, cabe reforçar a necessária conjugação de esforços que devem dirigir-se à implementação e avanços no âmbito das políticas e das práticas profissionais em saúde⁽²⁾.

A enfermagem materna tem como foco a mulher no ciclo reprodutivo, seu filho e a família. Este grupo profissional vem desenvolvendo conhecimentos, competências, habilidades e ferramentas para compreender as mulheres holisticamente, suas demandas biológicas, mentais e sociais, as quais exercem influência sobre o processo saúde/doença e trazem conseqüências para a saúde de seus filhos (morbi-mortalidade perinatal) e de sua família.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e garantir que a mulher passe a ser vista como sujeito do seu processo de saúde, no âmbito da atenção obstétrica, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como elementos estruturadores a humanização da assistência e os direitos reprodutivos das mulheres⁽³⁾. A proposta desenhada pelo PHPN estabeleceu a consulta puerperal como critério indispensável ao conjunto da assistência, desvinculando a saúde da mãe da saúde do recém-nascido. O objetivo é atender as demandas considerando as especificidades da mulher como sujeito do processo de cuidado⁽¹⁾.

No entanto, a consulta puerperal, em nível nacional, é de baixa frequência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços de saúde, mes-

mo reconhecendo a importância desta ação, admitem ausência de estratégia para a sua implementação. Nesta perspectiva, um dos fatores a serem considerados é o fato de que os serviços e os profissionais da saúde, em geral, consideram o parto como o final do processo e, a partir daí dirigem suas ações para o recém-nascido⁽¹⁾.

Depreende-se, então, que esforços devem ser realizados para que as necessidades sociais de saúde dessas mulheres sejam valorizadas e atendidas, no sentido da promoção de qualidade de vida e saúde, como também para que as mesmas alcancem a visibilidade necessária.

A ação enfocada neste estudo, a consulta puerperal, configura-se na estância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula (ou deveria se desvincular) a saúde da mãe da saúde do recém-nascido, caracterizando-se num importante momento da saúde da mulher, e não da saúde materna, bem como na conjugação desses dois campos de prática e de conhecimento, no âmbito da ação profissional e de ciclo vital, na dimensão das usuárias⁽¹⁾.

Para tanto, esta pesquisa pautou-se no seguinte questionamento: quais as necessidades sociais em saúde apresentadas por puérperas? Para responder a esta questão norteadora, delimitou-se como objetivo identificar as necessidades sociais em saúde da puérpera.

Cabe ressaltar que esta pesquisa se trata de um recorte de uma pesquisa mais ampla inserida no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) (2006/2007) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), desenvolvida por pesquisadoras do Grupo de Pesquisa "Articulando Processos de Educação, Cuidado e Gerenciamento em Enfermagem (CEGEG), do Curso de Enfermagem da PUCPR.

MATERIAL E MÉTODOS

A base metodológica utilizada para a pesquisa que originou este artigo foi a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC)⁽⁴⁾. Seus momentos compreendem as seguintes etapas: a captação da realidade objetiva (RO); a interpretação da RO; a construção do projeto de intervenção na RO; a intervenção propriamente dita e a re-interpretação da RO. Para o desenvolvimento desta etapa realizou-se o primeiro momento, a captação da RO, para o qual se

procedeu a um levantamento, voltado para as necessidades sociais em saúde de puérperas.

O campo empírico dessa pesquisa foi constituído por nove das 12 unidades de saúde pertencentes a um Distrito Sanitário da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS/Curitiba). A capital paranaense, em 1998, habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal e sua rede municipal de saúde é constituída por 123 equipamentos de saúde, distribuídos em nove Distritos Sanitários⁽⁵⁾.

Nesse Distrito Sanitário registrou-se no ano de 2006 cerca de 250 nascimentos mês, sendo este quantitativo a estimativa para as consultas puerperais. Assim, delimitou-se a população considerando-se 20% do total de consultas estimadas no mês.

A população, então se constituiu de 50 puérperas, as quais foram convidadas a participar vo-

luntariamente da pesquisa, que teve como critérios de inclusão: gestação caracterizada como de baixo risco; parto e pós-parto imediato sem complicações; ter dado à luz a recém-nascido (RN) em boas condições e fora de risco. Foram excluídas as gestantes menores de 18 anos.

Os dados foram coletados na UBS ou no domicílio da puérpera, nos meses de fevereiro a março de 2007, por meio de um formulário contendo questões fechadas e com possibilidade de comentários da entrevistada, no seu final. As perguntas foram organizadas a partir de uma taxonomia^(6,7) composta por cinco grandes grupos de necessidades em saúde e suas formas de expressão (Quadro 1), sendo que para cada um desses grupos as participantes podiam indicar uma ou mais formas de expressão. O instrumento de coleta de dados foi aplicado pelas pesquisadoras, após treinamento.

Conjuntos de Necessidades	Expressões
Necessidade de ser alguém com direito a diferença	Ser sujeito de direito e cidadã; igual e nominal; ser incluída e respeitada em suas necessidades especiais e poder exercitar seus direitos sexuais.
Necessidade de boas condições de vida	Viver em sociedade; ter acesso a lazer, alimentação, moradia, transporte e viver em meio ambiente adequado.
Necessidade de garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Participar de grupos de educação e/ou informação em saúde; ter acesso a medicamentos, insumos e a métodos de contraceptivos de escolha; exercício de direitos reprodutivos; acesso à re-internação.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar” a vida.	Tomar decisões com ligação entre o saber e o fazer e com respeito a sua opinião
Necessidade de ser acolhida e ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde	Ser bem acolhida em qualquer serviço que necessitar; ter acesso e ser recebida em qualquer serviço de saúde que necessitar; possuir vínculo com o serviço e com a equipe e/ou profissional

Quadro 1 – Conjunto de necessidades sociais em saúde e suas expressões⁽⁶⁾.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica. Procurou-se traduzir em números absolutos e relativos, as informações coletadas. A análise foi feita com base em estatística descritiva e, as discussões, a partir de referencial bibliográfico relativo ao tema.

A pesquisa que deu origem a esse recorte foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, tendo sido apreciada a viabilidade pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/Curitiba.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo, assim, as Diretrizes da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados relativos ao objeto de estudo – as necessidades sociais em saúde das puérperas – foram organizados a partir das categorias de ne-

cessidades explicitadas no Quadro 1. A distribuição das frequências entre os cinco grandes grupos de necessidades e suas formas de expressão será apresentada na Tabela 1.

Verificou-se que o conjunto de necessidade de ser alguém com direito à diferença foi o mais indicado, seguindo-se da necessidade de boas condições de vida da garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida. Foram menos indicadas, respectivamente, a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de

andar a vida” e de ser acolhida e ter vínculo com o profissional e equipe de saúde.

Na classe “necessidade de ser alguém com direito à diferença”, as expressões de necessidade de ser sujeito de direito e cidadã foi a mais citada, sendo a expressão do exercício dos direitos sexuais, a menos citada.

Reafirma-se o desafio de superar as práticas tradicionais, pautadas no modelo biomédico, como uma forma de responder/atender as necessidades em saúde. Neste sentido, o primeiro passo de-

Tabela 1 – Distribuição de frequências das formas de expressão das necessidades das puérperas. Curitiba, PR, fev./mar. 2007.

Formas de Expressão das Necessidades em Saúde	Frequência absoluta		Frequência relativa
	n	%	%
Necessidade de ser alguém com direito à diferença			
Ser sujeito de direito e cidadã	35	29,7	12,0
Ser igual	30	25,4	10,2
Ser nominal	22	18,6	7,5
Ser incluída	15	12,7	5,1
Ser respeitado em suas necessidades especiais	10	8,5	3,4
Exercício dos direitos sexuais	6	5,1	2,1
Total da classe	118	100,0	40,3
Necessidade de boas condições de vida			
Viver em processos sociais	43	43,4	14,7
Lazer	23	23,2	7,9
Alimentação	4	4,1	1,4
Moradia	11	11,1	3,7
Meio Ambiente Adequado	10	10,1	3,4
Transporte	8	8,1	2,7
Total da classe	99	100,0	33,8
Necessidade de garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida			
Participar de grupos de educação e/ou informação em saúde	23	46,0	7,9
Ter acesso a medicamentos e insumos	13	26,0	4,4
Acesso a métodos de contraceptivos de escolha	6	12,0	2,1
Exercício de direitos reprodutivos	6	12,0	2,0
Acesso à re-internação	2	4,0	0,7
Total da classe	50	100,0	17,1
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida			
Tomar decisões com ligação entre o saber e o fazer	10	52,6	3,4
Tomar decisões com respeito a sua opinião	9	47,4	3,1
Total da classe	19	100,0	6,5
Necessidade de ser acolhida e ter vínculo com um outro profissional ou equipe			
Ser bem acolhida em qualquer serviço que necessitar	3	42,8	1,0
Ter acesso e ser recebida em qualquer serviço de saúde que necessitar	2	28,6	0,6
Possuir vínculo com o serviço	1	14,3	0,4
Possuir vínculo com a equipe e/ou profissional	1	14,3	0,4
Total da classe	7	100,0	2,4
Total geral	293	-	100,0

ve ser o de ampliar a sensibilidade para a escuta atenta, bem como o de garantir o direito de expressão (verbal ou não) dessas mulheres, neste espaço particular de ação em saúde.

O puerpério é o período em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gravídico, tem seu início na primeira hora após a saída da placenta e término imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação. Uma gama de transformações ocorre neste período e extrapolam os aspectos biológicos, incluindo componentes de ordem psicoemocional⁽⁹⁾.

No campo da atenção profissional em geral e da enfermagem, em particular, sublinha-se a importância do acompanhamento deste período, especialmente no que se refere ao apoio necessário à mulher e atenção às suas necessidades (verbalizadas ou não). Neste sentido, alguns pontos podem ser destacados, entre eles a reorganização psíquica, familiar e social; as vivências e experiências das mulheres e de suas famílias em relação à maternidade; o cuidado de si, do recém-nascido e da própria família e os aspectos sócio-econômicos, culturais e espirituais, bem como a rede de apoio familiar e comunitária que envolve o cenário dessas mulheres.

O segundo conjunto de necessidades mais referido pelas puérperas voltou-se às “boas condições de vida”, com ênfase na forma de expressão – viver em processos sociais e, o menos indicado foi necessidade de alimentação.

O Brasil é reconhecidamente um país desigual e injusto. Essa situação, somadas às desigualdades/iniquidades de gênero, representa um grande ônus para a sociedade e para as mulheres, de forma especial. O resultado deste processo é a falta de autonomia e poder, com conseqüências nefastas à saúde sexual e reprodutiva e à qualidade de vida deste grupo populacional⁽¹⁰⁾.

Esse grupo de necessidades extrapola as práticas técnico-assistenciais em saúde e passam a exigir ações que articulem e integrem setores determinantes da saúde e da vida. Nesse sentido, exigem compreensão sistêmica do problema, valorização do pensamento intuitivo, valores de cooperação e parceria, além do exercício em rede, de forma que se privilegiem os relacionamentos entre atores(as) de uma determinada situação social⁽¹¹⁾.

O terceiro eixo de necessidade mais citado referiu-se à garantia de acesso a todas as tec-

nologias que melhorem ou prolonguem a vida. A tecnologia em saúde engloba um conjunto complexo de elementos que adquirem um valor social ou valor de uso e têm sua importância sublinhada a partir da necessidade e do momento singular em que vive cada pessoa⁽⁶⁾.

Nesse estudo, parte-se da constatação que as tecnologias produtoras de cuidado podem ser organizadas nas dimensões materiais ou não do fazer em saúde, podendo ser circunscritas em terrenos tecnológicos denominados de: a) tecnologias leves; as tecnologias relacionais, formação de vínculos, acolhimento e gestão; b) tecnologias leves-dura; quais sejam os saberes estruturados que operam no processo de trabalho; e c) tecnologias duras; sendo representado por equipamentos tecnológicos: máquinas, normas, estruturas organizacionais. A tecnologia não implica em uma concepção reducionista ou simplista, associada somente a máquinas. Entende-se, portanto, que compreende saberes constituídos voltados a geração e utilização de produtos e, fundamentalmente para organizar as relações humanas⁽¹²⁾.

As formas de expressão desse conjunto de necessidades indicaram de forma singular a participação em grupos de educação e/ou informação em saúde, sendo o acesso à re-internação o de menor intensidade. Destaca-se, na literatura, a importância de práticas de educação e informação em saúde⁽¹³⁾ e essas mulheres indicaram que estão interessadas na ampliação e fortalecimento de conhecimentos em saúde. Desse ponto de vista, o saber-fazer da enfermeira no locus da saúde da mulher e da consulta puerperal deve considerar, em particular, o uso de tecnologias leves ou relacionais. Esse tipo de tecnologia pode propiciar a construção de relações em que sujeitos reais (enfermeiras e puérperas), em situações reais (contexto de vida e saúde), tenham condições de identificar necessidades e vislumbrar caminhos de superação.

Dentre os conjuntos de necessidades menos citados: necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do “modo de andar a vida” e necessidade de ser acolhida e ter vínculo com profissional ou equipe de saúde, pode-se referir, que ao analisar sua baixa frequência e, conseqüentemente, as ações/intervenções delas originadas, há que se discutir o caminho da (re)construção e incorporação de práticas em saúde que fortaleçam a conquista da autonomia da mulher, em particular no

que se refere à ampliação do seu conhecimento, bem como no desenvolvimento da sua confiança para o autocuidado na escolha do seu modo de “andar” a vida.

Outro ponto a ser ressaltado refere-se às condições concretas de existência dessas mulheres, tendo em vista que muitos de seus problemas e necessidades têm origem no contexto em que vivem. Neste sentido, deve-se avançar do espaço tomado de forma individualizada para o coletivo, isto é, as ações precisam deslocar-se para os espaços de determinação do processo saúde-doença: esferas do processo produtivo, do trabalho doméstico, do micro ambiente familiar, enfim, de processos coletivos, na medida em que estes extrapolam necessidades identificáveis em nível individual⁽¹⁴⁾.

O acolhimento e a formação de vínculos são aspectos fundamentais para o saber fazer da equipe multiprofissional, em geral, e da enfermeira, em particular, e, devem ser construídos no ir-fazendo, nas dimensões concretas e abstratas que caracterizam o viver-fazer saúde. Neste sentido, o fato desse item ter sido pouco citado indica para a necessidade de novas investigações, bem como engendra o questionamento sobre como aspectos que permeiam a relação usuária-profissional estão se concretizando nas práticas em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz desses resultados pode-se evidenciar que as mulheres entrevistadas reconhecem que suas necessidades de saúde não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças. Salienta-se a importância de aspectos relacionados à cidadania e à saúde. O enfoque volta-se, então, para a necessária superação da idéia da mulher como objeto das políticas públicas e na sua urgente incorporação como sujeito social, de forma que possa ampliar sua participação e autonomia em nível individual, familiar e local, e com maior chance de suas necessidades ganharem visibilidade em contextos local e global, fortalecendo a construção de sua cidadania.

As necessidades indicadas extrapolam as práticas técnico-assistenciais em saúde e exigem ações que articulem e integrem setores determinantes da saúde e da vida. Destaca-se a importância de práticas de educação e informação em saúde e, neste ponto, pode-se ressaltar como perspectiva de educação, educação popular, que apare-

ce como um importante fundamento para a realização de uma ação político-educativa com mulheres, voltada para a conquista e exercício de direitos, na saúde e na vida.

Pode-se inferir que as necessidades pouco apontadas pelas puérperas encontram-se contempladas, ou que, ao contrário, não aparecem em suas respostas por se inscreverem, em campos encobertos por mazelas sociais, notadamente, as desigualdades sociais e de gênero, como no caso da necessidade de autonomia.

O conjunto de necessidades de acolhimento e formação de vínculo foi o menos prevalente; no entanto, indica-se a realização de novas investigações para este fato. Ressalta-se a importância do princípio da integralidade em saúde, na medida em que urge o desenvolvimento de ações que articulem e integrem setores determinantes da saúde e da vida, nesse caso, especialmente, no âmbito particular do período do puerpério imediato.

REFERÊNCIAS

- 1 Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(5):1281-9.
- 2 Souza KV. Atenção obstétrica no Brasil: avanços e perspectivas. In: *Anais do 7º Seminário de Assistência ao parto: contribuições da enfermagem*; 2004; Curitiba, Brasil. [Em CD-ROM]. Curitiba: ABEn/PR; 2004. p. 19-30.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília (DF); 2000.
- 4 Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- 5 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Trajetória do sistema municipal de saúde em Curitiba [página na Internet]. Curitiba; 2007 [citado 2007 jul 15]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>.
- 6 Cecílio LCO. As necessidades em saúde como um conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 113-26.

- 7 Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.
- 10 Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de mulheres de classes populares. Texto & Contexto: Enfermagem 2007;6(1):47-54.
- 11 Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva 2006;9(3):627-41.
- 12 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 13 Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(2):147-53.
- 14 Mandú ENT, Dióz M, Tomiyoshi JT, Reiners AO. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. Revista Latino-Americana de Enfermagem [periódico na Internet] 2003 [citado 2007 ago 10];33(1). Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REUSP/upload/html/458/body/v33n1a03.htm>.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Kleyde Ventura de Souza
Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho
80215-901, Curitiba, PR, Brasil
E-mail: kleyde.souza@pucpr.br

Recebido em: 24/10/2007

Aprovado em: 23/04/2008