

# SIGNIFICADO DAS MÃES SOCIAIS ÀS MULHERES ASSISTIDAS NO PUERPÉRIO

MOTHER'S SOCIAL SIGNIFICANCE TO WOMEN ATTENDED IN THE PUERPERIUM

SIGNIFICADO DE LAS MADRES SOCIALES A LAS MUJERES ASISTIDAS EN EL PUERTO

Patrícia Pimentel Alves <sup>1</sup>Maria da Conceição Coelho Brito <sup>2</sup>Maria Adelane Monteiro da Silva <sup>3</sup>Heliandra Linhares Aragão <sup>4</sup>Lielma Carla Chagas da Silva <sup>5</sup>**Palavras-chave:**

Puerpério; Apoio social;  
Mortalidade Materna; Mortalidade  
Infantil.

**Keywords:**

Puerperium; Social support;  
Maternal mortality; Child mortality.

**Palabras clave:**

Posparto; Apoyo social; Mortalidad  
Materna; Mortalidad infantil.

**Submetido:**

22/08/2018

**Aprovado:**

12/02/2019

**Autor(a) para Correspondência:**

Maria da Conceição Coelho Brito  
Rua Ver. Domicio Pereira, 758, Das  
Nações, 62053-765  
Sobral, Ceará, Brasil  
**E-mail:** marycey@hotmail.com

**RESUMO**

A gravidez e puerpério compreendem períodos permeados de alterações, muitas vezes rodeada por vulnerabilidades sociais. Assim, estratégias que potencializem o apoio social, durante este período tornam-se essenciais. Este estudo objetivou conhecer as vivências de puérperas assistidas por mães sociais e sua percepção quanto ao apoio recebido. Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, realizada com dez mulheres acompanhadas por mães sociais da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, em Sobral, Ceará, no período de janeiro a julho de 2015. Este trabalho seguiu a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi possível identificar que as mulheres consideram que não teriam capacidade de enfrentar o momento puerperal sozinhas, sendo gratas as mães sociais pela sua assistência, além de fazerem analogia de uma relação consanguínea. Sobre o trabalho dessas, julgam ser eficientes, experientes e sua presença passa segurança. Contudo, o trabalho das mães sociais representa um diferencial na tentativa de diminuir os riscos da mortalidade materna e infantil, auxiliando nos casos de perigo e ensinando as famílias no cuidado com os seus filhos.

1. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, em Sobral-CE. E-mail: patriciapimentel.enfermagem@hotmail.com

2. Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: marycey@hotmail.com

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Enfermagem da UVA. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com

4. Assistente Social da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Sobral-CE. E-mail: heliandrabj@hotmail.com

5. Enfermeira. Assistente de Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Sobral-CE. E-mail: lielma\_carla@yahoo.com.br

## ABSTRACT

*Pregnancy and the puerperium comprise periods permeated by changes, often surrounded by social vulnerabilities. Thus, strategies that enhance social support during this period become essential. This study aimed to know the experiences of puerperae assisted by social mothers and their perception of the support received. Qualitative exploratory-descriptive research carried out with ten women accompanied by social mothers of the Four Leaf Clover Strategy, in Sobral, Ceará, from January to July 2015. This work followed Resolution 466/12 of the National Council of Health. It was possible to identify that the women consider that they would not be able to face the puerperal moment alone, being the social mothers thankful for their assistance, besides making analogy of an inbred relationship. About the work of these, they think to be efficient, experienced and their presence passes security. However, the work of social mothers represents a differential in the attempt to reduce the risks of maternal and child mortality, helping in cases of danger and teaching families to care for their children.*

## RESUMEN

*El embarazo y el puerperio abarcan períodos impregnados de alteraciones, muchas veces rodeadas por vulnerabilidades sociales. Así, estrategias que potencian el apoyo social, durante este período se vuelven esenciales. Este estudio objetivó conocer las vivencias de puérperas asistidas por madres sociales y su percepción en cuanto al apoyo recibido. La investigación cualitativa, de carácter exploratorio-descriptivo, realizada con diez mujeres acompañadas por madres sociales de la Estrategia Trevo de Cuatro Hojas, en Sobral, Ceará, en el período de enero a julio de 2015. Este trabajo siguió la resolución 466/12 del Consejo Nacional de salud. Es posible identificar que las mujeres consideran que no tendrían capacidad de enfrentar el momento puerperal por sí solas, siendo agradecidas a las madres sociales por su asistencia, además de hacer analogía de una relación consanguínea. Sobre el trabajo de esas, juzgan ser eficientes, experimentados y su presencia pasa seguridad. Sin embargo, el trabajo de las madres sociales representa un diferencial en el intento de disminuir los riesgos de la mortalidad materna e infantil, ayudando en los casos de peligro y enseñando a las familias en el cuidado con sus hijos.*

.....

## INTRODUÇÃO

O puerpério compreende um período de retorno de alterações geradas pela gravidez e o parto. Nesta fase, podem ocorrer complicações irreversíveis, a exemplo dos óbitos maternos, muitas vezes, ocasionados por fatores evitáveis. As doenças relacionadas na gestação, parto e puerpério apresentam-se entre as 10 causas de mortes de mulheres, sendo que 92% destes casos poderiam ser evitáveis<sup>1</sup>.

Considera-se morte materna o óbito de mulheres até 42 dias após o parto, causada por fatores relacionados ou agravados pela gravidez. As principais causas estão relacionadas aos problemas obstétricos diretos com destaque para síndromes hemorrágicas e hipertensivas, desencadeados por uma baixa qualidade do pré-natal, intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos<sup>2</sup>.

No Brasil, a razão de mortalidade materna em 2000 foi de 73,3, sendo que em 2011 passou para 64,8, totalizando, neste mesmo ano, cerca de 1.610 óbitos maternos<sup>3</sup>. Apesar da redução dos indicadores, a problemática no Brasil gera um reconhecimento na fragilidade dos agravos que afetam este contingente populacional.

Analogamente, outro fator que requer atenção são os óbitos infantis. Conforme informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a redução da mortalidade infantil configura-se um desafio para os serviços de saúde e sociedade como um todo, sendo umas das metas do milênio, assumida pelos países integrantes das nações unidas<sup>4</sup>.

Dados epidemiológicos brasileiros indicam uma redução da taxa da mortalidade infantil, no ano de 2011, estimada em 15,3, sendo que no ano de 2000 era 26,1<sup>3</sup>. Contudo, os óbitos infantis continuam sendo um problema de saúde pública incompatível com o desenvolvimento do País, considerando características de óbitos em classes sociais mais baixas, o que denuncia desigualdades de saúde entre grupos sociais específicos<sup>5</sup>.

No Brasil, com o reconhecimento desses indicadores de saúde materna e infantil, surgiram questionamentos sobre as causas das mortes, com ênfase nas mal definidas, envolvendo mulheres e crianças. Com isso, em 2007, criaram-se formulários padronizados para investigação de óbitos, por meio do método de autópsia verbal, principalmente em áreas subnotificadas e com poucas informações sobre as causas das mortes. Salienta-se que o acesso

às informações das causas serve como estatísticas de saúde, sendo útil para avaliação, monitoramento e planejamento de políticas de saúde<sup>4</sup>.

Em 2001, o município de Sobral, situado na região Noroeste do Ceará, iniciou a utilização da autópsia verbal, por meio do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, como mecanismo/estratégia para compreender as ocorrências das mortes, e conhecer a versão da família sobre os óbitos. Diante disso, foram identificadas algumas fragilidades na assistência materna e infantil no Município.

Dentre as fragilidades apontadas, destacavam-se aquelas que se originavam na assistência pré-natal, passando pelo puerpério até o acompanhamento da criança até os dois anos de idade, captação tardia de gestantes, número consultas pré-natais inferior a seis, exames incompletos, além de aspectos no âmbito das vulnerabilidades identificadas durante as visitas domiciliares realizada nos primeiros dias de vida. Ou seja, os óbitos não estavam relacionados somente a fatores biológicos, mas, também, a aspectos sociais dos quais as famílias vivenciavam. Tal descoberta permitiu avaliar e impulsionar o planejamento de estratégias para reverter a referida situação<sup>6</sup>.

Foi, então, formulada e implantada, em dezembro de 2001, a Estratégia Trevo de Quatro Folhas. A simbologia de um Trevo reflete as quatro fases que se relacionam aos cuidados na gestação, no parto e nascimento, no puerpério e no acompanhamento de crianças. A Estratégia se propunha a atender mulheres e crianças, prestando serviço no combate à mortalidade materna e infantil, e com suas ações ganhou notoriedade a nível nacional e internacional<sup>6</sup>.

Uma parcela considerável dos casos atendidos pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas são mulheres que não possuem apoio familiar, vivendo em possíveis situações de risco clínico e social. Reconhece-se que a mortalidade materna e infantil está associada aos problemas sociais, sendo a pobreza, falta de acesso à água tratada e desnutrição alguns determinantes socioeconômicos que culminam na problemática, tratando-se da determinação social como uma verdade clássica da saúde pública<sup>(7-8)</sup>.

Estudo aponta que a saúde reprodutiva e neonatal é prejudicada quando algumas iniquidades sociais são vivenciadas, como empregos precários, ausência de cobertura social, moradia informal e insegura, baixa escolaridade, parceiro ausente do lar, risco psicossocial associado a apoio familiar insuficiente, sintomas depressivos, violência de gênero, abuso de

substâncias e conflitos com a maternidade<sup>9</sup>.

Partindo da dimensão social como um fator que predispõe fragilidades, os determinantes sociais apontam a necessidade da assistência e formulação de políticas que minimizem os impactos gerados pelas vulnerabilidades acometidas. Assim, a Estratégia Trevo oferece apoio social para gestantes, parturientes, puérperas e crianças com até dois anos de idade que se encontram em situação de risco clínico e social, por meio atuação de mães sociais e apoio alimentar<sup>10</sup>.

As mães sociais são mulheres que podem residir na comunidade rural ou urbana. Elas são selecionadas e capacitadas para atuar em jornada de trabalho, com carga horária de 8h em domicílios e 12 h em ambiente hospitalar, no acompanhamento daquelas famílias que atendem aos critérios clínicos e sociais definidos pela Estratégia, tais como dificuldades ou impossibilidades de gestantes ou mães de realizarem os cuidados necessários com a gravidez ou com bebê, devido à situação de risco social e de carências nutricionais<sup>10</sup>.

O papel desempenhado pelas mães sociais se fundamenta no apoio social, que se refere a estratégias que vislumbrem diversas dimensões do cuidado, permeando desde conforto, assistência e estratégias para estabelecimento de vínculos e aquisição de recursos que são oferecidos, sendo fundamental para evitar fatalidades no cotidiano, principalmente em períodos com diversas modificações psicológicas e fisiológicas<sup>11</sup>.

Este estudo tem, portanto, o objetivo de conhecer as vivências de puérperas assistidas por mães sociais e sua percepção quanto ao apoio recebido.

## METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, realizada com mulheres acompanhadas por mães sociais da Estratégia Trevo de Quatro

*...dimensão social  
como um fator  
que predispõe  
fragilidades...*

Folhas na cidade de Sobral-CE. Foram identificadas 12 mulheres assistidas pela Estratégia nos meses de janeiro à julho de 2015, período da coleta. Contudo, 10 foram as que participaram do estudo em razão de duas não mais residirem no domicílio onde receberam assistência.

As mulheres participantes do estudo eram maiores de 18 anos, que foram acompanhadas em seu domicílio, com um convívio mínimo de uma semana com as mães sociais, com residência no bairro Cidade Doutor José Euclides, conhecido como Terrenos Novos, na referida cidade do estudo. O território selecionado foi devido ao maior número de mães sociais atuantes, além de uma demanda significativa de casos que necessitam da atuação.

A coleta de informações foi iniciada junto aos prontuários e banco de dados da Estratégia Trevo de Quatro Folhas mediante roteiro de análise documental, para identificação das mulheres acompanhadas no período vigente, além de obtenção de informações sobre aspectos socioeconômicos. Posteriormente, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, por meio de visitas domiciliares, em um único momento com cada mulher, buscando compreender os valores e sentidos que atribuíam ao trabalho da mãe social. Os relatos foram identificados com nomes femininos representativos para história mundial, correlacionando aspectos de lutas e representações vividas.

A análise das informações foi realizada mediante Análise Temática<sup>12</sup>, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Seguindo as etapas propostas de pré-análise, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa; exploração do material, visando alcançar o núcleo da compreensão do texto; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, propondo inferências e realizando conclusões.

*...as mulheres  
entrevistadas  
viviam com um  
rendimento pecuniário  
de no máximo  
um salário mínimo...*

Estudo orientou-se pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sob Parecer Nº1.318.979/2015.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desvelam os significados atribuídos às mães sociais por 10 mulheres assistidas, que tiveram idades variando entre 21 a 42 anos. Das participantes, oito tinham mais de um filho e moravam em casa própria. Sobre a escolaridade, cinco possuíam ensino fundamental completo e as demais o ensino médio concluído. Quanto à situação conjugal, cinco moravam com seus cônjuges, sendo civilmente casadas, duas mantinham uma relação estável com seus companheiros, e três foram abandonadas pelos seus respectivos companheiros, após o nascimento da criança. Duas tinham uma ocupação profissional e as outras eram, exclusivamente, donas de casas e dependiam financeiramente do pai da criança e/ou de programas assistenciais do governo, a exemplo do Bolsa Família. Todas as mulheres entrevistadas viviam com um rendimento pecuniário de no máximo um salário mínimo e nenhuma possuía apoio familiar.

As características dessas mulheres norteiam aspectos indicativos de possíveis acometimentos de morte materna e infantil, partindo de estudos que indicam que a rede causal encontrada inclui domicílios inadequados, baixo nível de escolaridade, uniões de curta duração, dificuldades econômicas, além de uma ausência de suporte social no seu ciclo gravídico-puerperal e assistência pré-natal ausente ou inexistente<sup>13</sup>.

Ademais, com as entrevistas foi possível refletir sobre as subjetividades que permearam o período puerperal assistido pelas mães sociais e os significados do papel destas, permitindo interpretações e concepções dos sujeitos envolvidos de acordo com suas realidades. Desse modo, a análise se desvelou nas categorias: *A experiência de ser mãe e as necessidades de cuidado; O papel da estratégia trevo e a atuação das mães sociais; Mães sociais... Significados atribuídos pelas mulheres.*

### **A experiência de ser mãe e as necessidades de cuidado**

Sobre as experiências após o nascimento da criança, as mães demonstraram uma satisfação e

realização como mulher. E mesmo reconhecendo diversas dificuldades enfrentadas no período puerperal, verbalizaram ser um momento intenso e de sentimentos afetivos nunca sentidos.

“[...] Me sinto uma mulher de verdade depois do nascimento dos meus filhos” (Cleópatra).

“Foi um sonho realizado, senti algo inexplicável, uma criança é uma benção de Deus” (Madre Teresa de Calcutá).

Contrariamente, a experiência inicial da maternidade para duas mulheres do estudo foi enfrentada de forma negativa. O ajustamento da maternidade é influenciado por características socioeconômicas, nível de aceitação e desejo da gravidez<sup>14</sup>. A fase de aceitação de uma nova realidade, envolvida com emoções conflituosas e perda do companheiro motivada pela gestação, dificulta o estabelecimento afetivo. Os vínculos mãe-filho foram expressos, principalmente, no decorrer do período puerperal, após convivência com a criança.

“[...]fui abandonada pelo pai da criança, não conseguia ter amor por ela quando estava na minha barriga. Estava decidida, vou doar minha filha, porém quando ela nasceu foi tudo diferente, mas só depois de uns dias consegui me apegar” (Joana D’arc).

“Não queria engravidar, não tinha condições financeiras. Hoje, minha filha é tudo para mim” (Irmã Dulce)

O conflito gerado, visualizado pelos depoimentos, permite refletir sobre as necessidades de cuidados impostas por um período difícil de aceitação, agravadas por problemas sociais e ausência paterna. O rompimento amoroso, além das outras problemáticas de acometimento deste público estudado, predispõe a mulher de sentir-se desamparada, solitária e com responsabilidades de cuidar de uma criança, podendo gerar situações de adoecimento da puérpera e comprometer o desenvolvimento do neonato. Os indicadores de morte infantil são compreendidos nas diversas condições de vida, incluindo aspectos biológicos, sociais, econômicos e de assistência em saúde<sup>15</sup>.

Por consequência, expressam de forma potencial algumas adversidades vivenciadas no puerpério,

## *O rompimento amoroso (...) predispõe a mulher a sentir-se desamparada...*

relacionados ao bem-estar da criança que acaba de nascer, além da preocupação com o provimento financeiro dos outros membros da família, sendo adicionados contratempos no aspecto da ausência de domicílio fixo, falta de alimentação e enfrentamento de desemprego de entes familiares. Esse grupo populacional não deve ser compreendido sob a ótica reducionista da reprodução humana, necessitando aprender o olhar sobre aspectos das transformações sociais<sup>16</sup>.

“Só que era mais um na família, minha preocupação era no sustento da criança, pois meu marido ganhava muito pouco e minha gravidez não foi planejada” (Anita Garibaldi).

“Foi um momento difícil, pois meu marido estava desempregado e passamos por dificuldades financeiras, inclusive ganhei cesta básica do Trevo[...]” (Evita Peron).

“Foi um momento difícil, pois não tinha dinheiro, morava de aluguel, parei de trabalhar e minha família não mora aqui. Então, uma amiga me abrigou na casa dela [...]” (Carlota Joaquina).

Neste contexto, as mulheres ficam fragilizadas, necessitando de um acompanhamento e apoio mais efetivo para ter capacidade de enfrentamento do momento vivenciado. Além de todo enquadramento no aspecto social, o parto configura-se um momento que a mulher passa por um desgaste físico, com dificuldade de locomoção, sangramentos, cuidados pós-cirúrgicos, à responsabilização de cuidar do recém-nascido. As mulheres sentem-se emocionalmente abaladas com tantas mudanças simultâneas.

“É um período de muitas mudanças!! A gente se sente feia, maltratada, não quer

nem ver o marido chegar perto[...]” (Madre Teresa de Calcutá).

A saúde materna pode ficar comprometida em decorrência de um problema de saúde pública denominado de depressão pós-parto (DPP), além de um risco para desenvolvimento da criança, levando em consideração que a mãe não terá condições de cuidar do seu filho. As evidências do quadro clínico são caracterizadas com episódios depressivos, geralmente, fortemente estabelecidos após o nascimento do bebê, entre a quarta e a oitava semana após o parto<sup>17</sup>.

“Comecei uma depressão que não queria nem ver o bebê” (Cleópatra).

Houve expressões referentes a dificuldades com os cuidados com as crianças, relacionados com aspectos de higiene e amamentação, mesmo sendo o segundo filho para a maioria das mulheres. Essas dificuldades eram presentes, principalmente, nos casos de crianças prematuras.

“Tive dificuldade em cuidar do bebê, pois ele era muito prematuro e não sabia fazer as coisas direito, tinha medo de pegar, não sabia banhar, colocar no peito direito, não tinha jeito” (Cleópatra).

“No começo não estava conseguindo amamentar, meu peito ficou duro e tive febre” (Irmã Dulce).

O aleitamento materno constitui-se temática bastante discutida entre mulheres e familiares no intuito de fortalecimento da Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento e Alimentação Complementar Saudável no SUS. Esta qualifica os profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno<sup>18</sup>. Porém, um dos resultados deste estudo mostra uma fragilidade no estabelecimento da amamentação, trazendo necessidades de efetivação de estratégias de acompanhamento no período puerperal, momento este que efetivamente acontece o estabelecimento do ato de amamentar. E, a interação do profissional de saúde com a usuária exerce forte influência no estabelecimento do aleitamento materno, principalmente, quando é realizada desde o pré-natal até o puerpério<sup>19</sup>.

Diante do exposto, as mães sociais são inseridas

## *A falta de apoio familiar foi um fator determinante para a atuação e acompanhamento da mãe social...*

nos domicílios diante de todas as dificuldades imposta pelo período puerperal, adaptações de uma nova fase e adversidades sociais, possibilitando auferir uma dimensão do contexto comunitário em que elas atuam com o intuito promover a saúde materna e infantil.

### **O papel da estratégia trevo e a atuação das mães sociais**

A falta de apoio familiar foi um fator determinante para a atuação e acompanhamento da mãe social em todos os casos, ainda mais que algumas mulheres possuíam crianças menores de cinco anos, estando impossibilitadas de realizar os cuidados da prole e, em alguns casos, do seu autocuidado. Além disso, não podiam desenvolver as atividades domésticas, o que dificultava o enfrentamento das adaptações impostas pela nova fase, potencializado com todos os outros problemas singulares de cada situação, seja de aspectos clínicos e/ou social.

“Não tinha ninguém para ficar comigo, pois meu marido trabalhava e passava o dia todo fora de casa, ainda tinha meu outro filho pequeno” (Anita Garibaldi).

“Eu me senti sozinha, só eu e a minha filha pequena, sem apoio da minha família que é de outra cidade” (Joana D'arc).

A família configura-se pela complexidade e dinamismo que assume às diversas situações que surgem em seu cotidiano, sendo a matriz da aprendizagem humana com significados e práticas culturais próprias que geram modelos de relação interpessoal e de construção individual e coletiva. Assim, na ausência de representação familiar de forma congruente para o bom viver dos seus entes, faz-se necessário o uso de estratégias como a realizada pelo Trevo, por meio do apoio social, quando essa puerpera ou gestante apresenta risco clínico e/ou

social e não conta com apoio familiar<sup>20-10</sup>.

A prestação desse serviço impõe condições como contrapartida das famílias assistidas que nos casos puerperais, estimulam: aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, realização do registro de nascimento, além da caderneta de vacinação da criança em dia e assiduidade nas consultas de puericultura.

As mulheres, ao se referirem ao trabalho dessa profissional, indicam que elas realizam as atividades domésticas, cuidam das crianças e delas próprias de acordo com a necessidade de cada uma. Isso repercutia em um olhar interprofissional do cuidado prestado pela Estratégia e potencializado pela presença das mães sociais no domicílio.

“A mãe social fazia tudo aqui, cuidava dele e do meu outro filho, limpava a casa, fazia almoço” (Cleópatra).

“O pessoal do trevo veio aqui, a enfermeira e assistente social. Perguntava a ela como eu estava e mandava qualquer coisa ligar e comunicar ao posto de saúde logo” (Irmã Dulce).

Diante da necessidade de um comprometimento com a saúde materna e infantil, por meio da proposta inovadora da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, as mães sociais selecionadas para serem cuidadoras passam por todo um processo de seleção e capacitação realizado pela estratégia. Os momentos de educação permanente com essas profissionais foram construídos a partir das experiências das mães sociais nos territórios sobralenses, sendo abordados assuntos relevantes para facilitar suas práticas assistenciais com a saúde materna e infantil e auxiliar nas tomadas de decisões efetivas e resolutivas frente ao problema encontrado<sup>10</sup>.

“Ela fazia os cuidados com meu filho e depois me ensinava a fazer e dizia que eu tinha que aprender, pois logo ela iria embora. Me ensinou a dar banho que eu não sabia, limpar o umbigo, cuidar dele em geral” (Cleópatra).

As mães sociais atuam como educadoras ao mediar, junto às puérperas, práticas mais adequadas do ser mãe e do cuidar de um filho, frentes às dificuldades e necessidades identificadas. Assim, há uma pretensão de emergir a autonomia das mães, uma vez que é

transitório o trabalho destas nos domicílios.

### **Mães sociais... Significados atribuídos pelas mulheres**

O ponto que se passa a refletir é sobre os sentimentos afetivos desvelados pelas mulheres sobre suas vivências com as mães sociais. Relataram que não teriam capacidade de enfrentar o momento puerperal sozinhas, desprendendo em destaque aspectos de gratidão e comparação de uma parente ou familiar.

“Se ela não tivesse vindo para minha casa teria sido pior, ela me ajudou bastante mesmo. Ela foi uma segunda mãe para mim” (Cleópatra).

“Tenho muita gratidão a ela, pois ela cuidou do meu filho como se fosse dela. Não sei como teria sido sem ela. Agradeço demais por ter tido ela aqui” (Rainha Vitória).

No que concerne à atuação dessas profissionais, as mulheres julgam ser eficientes, experientes e consideram que sua presença transmite segurança, sendo visível nos relatos um atendimento empático e humanizado, respeitando as mulheres e suas subjetividades, além de oferecer conforto e companhia, suprimindo carências, por vezes, presentes na fase do pós-parto.

“Ela é uma ótima pessoa, bem eficiente, me ajudou muito, nunca vou esquecer o apoio que ela me deu num momento que a gente se sente tão frágil e com muitas dificuldades” (Irmã Dulce).

“Ela é muito boa, gostei, não tive nenhum problema, é simpática, conversa com a gente. Só queria às vezes uma conversa. Só tenho agradecer a ela e todo mundo do

*As mães sociais  
atuam como  
educadoras ao  
mediar (...) práticas  
mais adequadas do  
ser mãe e do cuidar  
de um filho...*



Trevo que deixou ela vim” (Madre Teresa de Calcutá).

“[...]Mesmo pagando uma pessoa para colocar na sua casa não é como ela que é uma ótima pessoa, é experiente, muito paciente, cuidadosa[...]" (Irmã Dulce).

Nas entrevistas, chama-se atenção para o fato que uma mulher do estudo não gostou do trabalho desenvolvido pela mãe social que estava em sua casa, verbalizando ser uma atividade que precisa ser melhorada e que não desejava a mesma em sua residência, momento que não trouxe nenhuma significação para sua vida nem para seus filhos.

“Não queria e botaram, mas era porque não tinha ninguém para ficar comigo e tinha outros problemas com a saída da escola com minha outra filha” (Joana D’arc).

Percebe-se que a necessidade de uma companhia neste período é mais preponderante do que a vontade da mulher, pois aceitou o apoio social, mesmo não sendo algo confortável para o seu convívio e das suas relações familiares, sendo agravado com o descontentamento da relação estabelecida e do serviço prestado que de sua forma singular foi insatisfatório para as necessidades daquele momento.

Em conformidade com a ideologia formadora das mães sociais a experiência negativa, em um caso particular, representa controvérsia da propagação do trabalho que deveria ter sido desenvolvido. Muito embora, a rejeição inicial pode ter repercutido no estabelecimento dos vínculos, criando barreiras para não expor a vida familiar e todos os problemas enfrentados.

Analisando os resultados, pode inferir que a concepção e significância do trabalho das mães sociais para puérperas são de reconhecimento de uma assistência baseada de uma profissional experiente, possuindo competências para identificar alterações clínicas e acometimentos sociais deste público, servindo de suporte e confiabilidade da família cuidada, mesmo que a realidade descrita não tenha sido unânime. Assim, pode-se identificar em dados concretos os resultados desse trabalho desenvolvido que por meio da redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 26,9 em 2001 para 18,2 em 2011<sup>6</sup>.

A representação desta profissional amenizou as angústias, ansiedades e medos com cuidados com

## *...a figura de cuidadora inserida no real contexto social viabiliza um elo de comunicação...*

os recém-nascido, preocupando-se ao mesmo tempo com a saúde das mulheres atendidas, melhorando a vida destas que são potencialmente frágeis para acometimentos. Apesar de identificarmos no estudo dificuldade em estabelecimento de relação pessoal das mães sociais com uma mulher cuidada, mas que repercute em insatisfação da puérpera e dificuldades para estas trabalhadoras da saúde desenvolver suas habilidades e competência. Por outro lado, a figura de cuidadora inserida no real contexto social viabiliza um elo de comunicação para Estratégia Trevo de Quatro Folhas para uma articulação nos diversos pontos da rede de saúde para buscar um cuidado humanístico, integral e acessível.

## **CONCLUSÃO**

O estudo possibilitou refletir que o trabalho das mães sociais é um diferencial da Estratégia Trevo de Quatro Folhas na tentativa de diminuir a mortalidade materna e infantil, auxiliando nos casos de perigo iminentes e/ou eminentes e ensinando as famílias no cuidado com os seus filhos.

A proximidade com este grupo de mulheres proporcionou discussões sobre a vivência do período puerperal, partindo das dificuldades de aspectos fisiológicos até os empecilhos de uma dimensão social, repercutindo diretamente no nível de significação do vivenciado como uma experiência positiva ou negativa. A mãe social foi incorporada nesse período, sendo na maioria dos casos, uma trabalhadora de saúde que se tornou referência de um serviço que se pode contar.

A oportunidade sugere que a Estratégia de Trevo de Quatro Folhas proporcione alguns momentos de escuta para as puérperas, como de todo o público atendido, sobre os serviços ofertados para que ocorra um alinhamento da assistência, evitando casos de conceituação negativa sobre o desempenho das mães sociais, além de conseguir identificar os principais



entraves para a atuação destas profissionais na comunidade.

Em suma, o fortalecimento dessa ideia inovadora possibilita a consolidação da ideologia em curso, ao encontro do apoio de outras organizações de saúde como as Unidades Básicas de Saúde, auxiliando no desenvolvimento e identificação destas pessoas no território, na busca de melhores indicadores maternos e infantis e buscando assumir a maternidade segura. A inovação e tomada de decisão da reestruturação e organização de um novo modelo assistencial para a mulher e a criança foi uma aposta exitosa, com ênfase para busca de um cuidado efetivo, resolutivo e integral, assegurando os direitos deste público.

## CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

**Patrícia Pimentel Alves** contribuiu no delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Maria da Conceição Coelho Brito** realização da pesquisa, redação e revisão final do manuscrito. **Maria Adelane Monteiro da Silva** contribuiu com delineamento da pesquisa, redação e revisão final do manuscrito. **Heliandra Linhares Aragão** contribuiu com delineamento da pesquisa, redação e revisão final do manuscrito. **Lielma Carla Chagas da Silva** contribuiu na redação e revisão final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

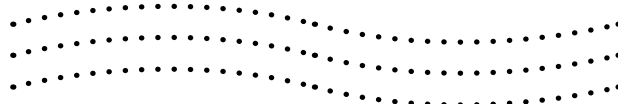
1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [cited 2015 mar 21]. Available from: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Pre\\_natal\\_e\\_puerperio\\_atencao\\_qualificada\\_e\\_humanizada\\_manual\\_tecnico\\_/56](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Pre_natal_e_puerperio_atencao_qualificada_e_humanizada_manual_tecnico_/56)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade materna. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [cited jun 24]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Razão da mortalidade materna. Departamento de Informática do SUS; 2014. [cited 2014 nov 23]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>
4. World Health Organization. (WHO). Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death. Geneva: World Health Organization; 2007. [cited 2016 jan 22]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito Infantil e fetal e do comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [cited 2014 jul 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)
6. Sousa FJS, et al. Programa Trevo de Quatro Folhas: Uma ação efetiva para a redução da mortalidade materna e infantil em Sobral- Ceará. Sanare (Sobral, online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 mai 23];11(1):60-65. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/268>
7. Marulanda NR, Tancredi FB. Trevo de Quatro Folhas – Estratégia de Redução da Morbimortalidade Materna, Perinatal e Infantil, Brasil. In: Da Inovação Social à Política Pública: Histórias de êxito na América Latina e no Caribe, 2009.
8. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol [serial on the internet]. 2001 [cited 2016 mai 23];30(4):668-77. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
9. Arcos E, Munõz LA, Sánchez X, et al. Vulnerabilidad Social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. Rev Med Chile [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 mai 24];139(6):739-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600007>
10. Sousa FJS, Sucupira ACSL. Guia Estratégia Trevo de Quatro Folhas. Sobral (CE); 2010.
11. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. Rev Bras Psiquiatr. [serial on the internet]. 2006 [cited 2016 mai 23];28(2):122-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200009>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
13. Schoeps D, et al. Fatores de riscos para mortalidade neonatal precoce. Revista Saúde Pública [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 mai 23];41(6):1013-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600017>
14. Piccinini CA, Tudge J, Marin AH, et al. The Impact of Socio-Demographic Variables, Social Support, and Child Sex on Mother-Infant and Father-Infant Interaction. Revista Interamericana de Psicología. [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 mai 24];44(2):203-12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641019>

15. Nascimento RM, Leite ÁJM, Almeida NMGS, et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 mai 23];28(3):559-72. Available from: [www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf)



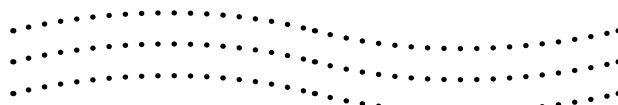
16. Reis AT, Santos RS, Paschoal Júnior A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. REME – Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 mai 23];16(1):129-35. Available from: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100018>

17. Schwengber DDS, Piccinini CA. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. Estud Psicol (Campinas, online) [serial on the internet]. 2005 [cited 2016 jun 02];22(2):143-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200004>.



18. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [cited 2015 jul 25]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>

19. Joventino ES, Dodt RCM, Araújo TL, et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúch Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 jul 12];32(1):176-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100023>



20. Dessen MA, Polonia AC. A família e a escola como contexto de desenvolvimento humano. Paidéia [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 mai 22];17(36):21-32. Available from: [www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf)

