



Revista da Escola de Enfermagem da USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Silva Almeida, Mariza; Silva, Isília Aparecida
Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia,
Brasil
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 42, núm. 2, junio, 2008, pp. 347-354
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033330019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil*

WOMEN'S NEEDS IN IMMEDIATE PUPERIUM IN A PUBLIC MATERNITY IN SALVADOR, BAHIA, BRAZIL

NECESIDADES DE MUJERES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL

Mariza Silva Almeida¹, Isília Aparecida Silva²

RESUMO

Objetivando identificar as necessidades de puérperas que demandam cuidados de enfermagem e compreender como elas percebem os cuidados de enfermagem durante sua permanência no Alojamento Conjunto, realizamos uma pesquisa descritiva com dados qualitativos, orientados pela perspectiva de gênero. Entrevistamos 25 mulheres que se encontravam internadas em unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade pública de Salvador-Bahia. A análise de conteúdo na modalidade temática conduziu-nos à apreensão de duas categorias: a necessidade de acolhimento e necessidade de cuidados físicos. O resultado deste estudo aponta para a necessidade de modificações na prática e no modo de cuidar da enfermagem, não somente nos procedimentos técnicos, mas também na incorporação de valores e iniciativas humanizadoras do cuidado.

ABSTRACT

In order to identify women's needs in their immediate puerperium and to understand their perception of the nursing care they received during this period, the authors developed a descriptive study with qualitative data in a gender perspective. Twenty-five women were interviewed in a public hospital in Salvador, State of Bahia. From the content's analysis, in which a thematic approach was used, emerged two categories: the need for physical care and for a gentle welcome. The study results point out to the need for a change in nursing practices, which should incorporate values and humanitarian initiatives as well as technical procedures.

RESUMEN

Con el objetivo de identificar las necesidades de puérperas que demandan cuidados de enfermería y comprender cómo perciben los cuidados de enfermería durante su permanencia en el Alojamiento Conjunto, se llevó a cabo una investigación descriptiva con datos cualitativos, orientados por la perspectiva de género. Para tal efecto entrevistamos a 25 mujeres que se encontraban internadas en una unidad de Alojamiento Conjunto de una maternidad pública de Salvador-Bahia. El análisis de contenido en la modalidad temática nos condujo a la aprehension de dos categorías: la necesidad de acogida y la necesidad de cuidados físicos. El resultado de este estudio apunta hacia la necesidad de modificaciones en la práctica y en el modo de cuidar de la enfermería, no sólo en los procedimientos técnicos, sino también en la incorporación de valores e iniciativas humanizadoras del cuidado.

DESCRITORES

Puerpério.
Saúde da mulher.
Cuidados de enfermagem.

KEY WORDS

Puerperium.
Woman's health.
Nursing care.

DESCRIPTORES

Puerperio.
Salud de la mujer.
Cuidados de enfermería.

* Extraído da tese "Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005. ¹ Enfermeira. Professora Doutora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. marizape@ufba.br ² Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. isasilva@usp.br

INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção à saúde da mulher foi centrada na função reprodutiva, sobretudo durante a gravidez e o parto. No século XX na década de 70, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI) retratou uma política do Estado brasileiro, que pretendia proteger o binômio mãe-filho e, na década de 80, o governo reconheceu a justeza da luta do movimento feminista pela ampliação da atenção à mulher, criando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ressalta-se que, embora tenha havido avanços pontuais nas últimas décadas, os programas oficiais não conseguiram mobilizar o sistema público na direção de uma melhora efetiva na qualidade da atenção à mulher para além dos aspectos da procriação⁽¹⁻²⁾.

Sendo o puerpério um período considerado de riscos, tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e do(a) filho(a). Essas ações devem ser permeadas pela escuta sensível e valorização das especificidades das demandas femininas que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade.

Estudos vêm apontando cobertura deficiente e cuidados de enfermagem precários nesse período, distanciando-se do que é preconizado pelos organismos oficiais. A qualidade da assistência à mulher, no período puerperal, sofre influência da formação profissional nas escolas médicas e de enfermagem que orientadas pelo modelo biomédico fazem da clínica o sentido da atenção. Assim, apesar da crescente preocupação com a humanização dos cuidados à saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital, é visível a pouca valorização que é dada às demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina, que se alteram com a chegada de um(a) filho(a), segundo o contexto sócio cultural e emocional em que se inserem a gravidez, o parto e o pós-parto⁽³⁻⁵⁾.

A busca por uma atenção humanizada à mulher em maternidades teve como facilitador a adoção do Sistema de Alojamento Conjunto (1978) que visa a permanência do recém-nascido de baixo risco junto à genitora, 24 horas por dia, até a alta hospitalar de ambos. Embora esse seja um espaço para instrumentalizar a mulher para seu autocuidado e de seu(sua) filho(a), temos constatado, na nossa prática profissional, que os(as) profissionais desenvolvem ações fragmentadas orientadas por um referencial em que o saber-fazer em saúde dá-se sob formas institucionalizadas de violência simbólica, predominando posturas autoritárias e um cuidado que subestima as necessidades das mulheres.

Na revisão bibliográfica realizada, identificamos que, nas últimas três décadas, a maioria dos estudos voltados para a saúde da puérpera, foram referentes ao processo de aleitamento materno, ao cuidado com a criança, enfatizando as questões educativas e as características e importância do Alojamento Conjunto. No entanto, as pesquisas do início da década atual vêm demonstrando preocupação com os aspectos referentes às questões objetivas e subjetivas que envolvem a vivência da mulher nesse período, além de alguns estudos evidenciar a cobertura deficiente e a assistência de enfermagem precária e distante da preconizada pelos órgãos oficiais de Saúde.

Na tentativa de melhorar a qualidade da atenção, o Ministério da Saúde ao reconhecer tal problemática que caracteriza como má assistência e desrespeito aos direitos reprodutivos, instituiu no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN⁽⁶⁾, tendo como principal objetivo a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério. Mesmo com as iniciativas governamentais, as medidas de melhoria parecem não atingir plenamente seus objetivos mantendo a tradição de uma assistência biológica. A constatação dessa questão, associada a verbalização constante das mulheres, de insatisfação, insegurança e de impessoalidade dos cuidados recebidos, nos instigou a ouvi-las sobre suas necessidades e percepção durante sua permanência no Alojamento Conjunto.

A qualidade da assistência à mulher, no período puerperal, sofre influência da formação profissional nas escolas médicas e de enfermagem que orientadas pelo modelo biomédico fazem da clínica o sentido da atenção

Dessa forma, face as contradições da realidade, ao desconhecimento das reais demandas das mulheres por cuidado no puerpério e às proposições teóricas oficiais, decidimos por um estudo que tem como objetivos identificar as necessidades de puérperas que demandam cuidados de enfermagem e compreender como elas percebem os cuidados de enfermagem, durante sua permanência no Alojamento Conjunto.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva que se apresenta como um *re-olhar*, com esmero, a situação de mulheres, internadas no sistema de Alojamento Conjunto, buscando explicar, à luz das relações de gênero e poder, as questões envolvidas na prestação do cuidado de enfermagem.

Para viabilizar os objetivos dessa pesquisa, optamos por usar um método qualitativo, por entender que este possibilita

trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas⁽⁷⁾.

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Salvador - Bahia. Tomamos como espaço/momento empírico uma maternidade pública de Salvador, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SÉSAB), considerada de ensino e de assistência às mulheres em seu ciclo reprodutivo.

Realizamos 25 entrevistas semidirigidas, sem limite de tempo e gravadas em fitas magnéticas. As mulheres que voluntariamente participaram deste estudo se encontravam nos primeiros dez dias pós-parto normal; não tinham nenhuma intercorrência clínica ou obstétrica nesse período, e possuíam experiência anterior de parto em maternidade. Informamos a elas antecipadamente os objetivos e finalidades da pesquisa, obedecendo aos aspectos referentes às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Projeto n. 0311/2003).

Iniciamos com alguns dados de identificação, procurando conhecer melhor as mulheres do estudo, e aprofundamos esta investigação norteada pelas questões: Fale-me sobre o atendimento que você recebeu logo após-parto; como foi sua estada aqui desde quando você chegou na enfermaria? Quais foram os cuidados recebidos? Como você acha que deveriam ser os cuidados de enfermagem, após o parto, na maternidade?

Para operacionalizar a técnica e tratar os dados coletados, optamos por utilizar a análise de conteúdo⁽⁸⁾. O número de participantes deu-se no momento em que houve saturação das informações que emergiram de suas experiências, conformaram-se e tornaram-se perceptíveis em suas necessidades.

Para analisar as necessidades das puérperas que demandam cuidados de enfermagem e compreender como elas percebem os cuidados de enfermagem, durante sua internação no Alojamento Conjunto, iniciamos com a pré-análise, seguida da exploração do material e por fim com o tratamento dos resultados obtidos. Para montagem do corpo da investigação⁽⁸⁾, obedecemos as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e da pertinência. Realizamos a análise da seleção de trechos das falas das mulheres, de onde estabelecemos categorias empíricas, que foram agrupadas em razão dos caracteres comuns. Após isolar, repartir os elementos e organizar as mensagens (unidade de registro e de contexto), agrupamos os termos relevantes por similaridade de conteúdo que, após reunidas, nos levaram às pré-categorias, que, novamente agrupadas, nos conduziram à categoria final.

RESULTADOS

Necessidades de mulheres no puerpério imediato

Antes de apresentar as necessidades expressas pelas mulheres, faz-se necessário expor algumas de suas características que possibilite conhecer o grupo das 25 puérperas participantes do estudo. A idade delas variou entre 15 e 30 anos, sendo que a maioria se encontrava na

fase adulta e apenas seis, na adolescência (10 a 19 anos). A maioria (10) se identificava como negra e as demais, como parda (5), morena(4), morena escura (2) e branca (2). Uma se identificou como marrom, e outra como saraá que, segundo a própria depoente, significa a pessoa que tem cabelo aloirado, porém crespo. Quanto à situação marital, 14 mulheres viviam com companheiro casadas ou não, as demais eram civilmente solteiras e conviviam com os pais. Em relação à educação formal básica, a maioria (18) não possuía ensino fundamental completo, três possuíam ensino médio incompleto, duas não haviam concluído o ensino médio e duas não tinham sido alfabetizadas. Ocupavam-se com diversas atividades remuneradas como empregada doméstica, faxineira e manicura entre outras, ganhando a maioria, até um salário mínimo.

A oportunidade de responder a questionamentos sempre produz interpretações e concepções dos sujeitos envolvidos, o que é revelado por meio da subjetividade e da objetividade expressas sobre o real. As mulheres, participantes deste estudo, ao se referirem à vivência por ocasião de sua internação em Unidade de Alojamento Conjunto revelaram descontentamento com o cuidado recebido, conduzindo-nos à apreensão de várias unidades de significados que levaram a pré-categorias, culminando nas categorias centrais de **Necessidades de acolhimento** e **Necessidades de cuidados físicos**.

Necessidade de acolhimento

Necessidade de ser respeitada

Ao se referirem à experiência atual, as mulheres deste estudo indicaram a desumanização da assistência; a falta de garantia de um cuidado qualificado; a desvalorização de suas queixas, sentimentos e necessidades, identificando tais características nas profissionais de enfermagem, o que é condizente com os resultados apresentados por autores⁽²⁾, ao estudarem representações de puérperas sobre o Sistema de Alojamento Conjunto.

Entre as várias caracterizações do cuidado que recebiam houve quem o considerasse *horrível* (*E24*) e também quem denominasse como *humilhante* (*E9*) o atendimento recebido na unidade pública de saúde. Havia alguma previsibilidade nesse sentido, uma vez que algumas puérperas, referindo-se à dificuldade de acesso a maternidades, afirmaram:

Me avisaram para eu não vir praqui, mas,[...] (*E5*);

[...] eu vim mesmo praqui, porque não tive jeito (*E 9*).

Apesar do visível crescimento e fortalecimento da profissão de enfermagem, o modelo de formação ainda é orientado pelo paradigma biomédico que fragmenta seres humanos e dirige ao corpo biológico ações técnicas ao lado de relações autoritárias. Soma-se a este a inserção

social desprivilegiada das(os) usuárias(os) dos serviços públicos de saúde que são obrigados a submeter-se ao que lhes é oferecido.

Em verdade, as mulheres, de modo geral, ocupam, quase sempre, em nossa sociedade, uma posição de subalternidade, resultante das relações de gênero que se estendem às relações com os profissionais de saúde, marcadas, elas próprias, por situações desiguais, nas quais a supremacia do saber científico adjudica a quem o exerce o lugar de dominante ou opressor (a). No tocante ao cuidado exercido por mulheres historicamente reconhecidas como mais habilidosas para lidar com as necessidades do(a) outro(a), vê-se que a realidade é contraditória, denunciando a incorporação do modelo hegemônico do ponto de vista de classe e de gênero.

A iniquidade de gênero é percebida na relação entre as mulheres e as profissionais de enfermagem que, embora também vivam no corpo as experiências das mulheres de quem cuidam, negam suas marcas identitárias para dar lugar ao exercício dos poderes instituídos. O desrespeito é flagrante nos discursos a seguir:

Ela me disse: – você deveria dar graças a Deus. Eu disse: – não, só estou explicando que a agulha entortou. Ela arrancou o soro e jogou fora sem deixar acabar. Aqui você não pode pedir nada, falar nada (E6);

O pessoal daqui é muito ignorante, deixa a gente esperando [...] reclamar não adianta nada, pois, quanto mais reclamar aí é que elas pirracam (E9).

Relataram que se sentiram desrespeitadas também ao serem discriminadas por terem mais de um filho:

[...] eu reclamei, mas diziam: é o segundo e você vem de novo (E18);

É muito desrespeito, para dizer a verdade. Tem pessoas que tem mais de um filho e não é por isso que eles vão tratar as pessoas mal [...]. Isso aí para mim é um descaso, pois o fato d'eu ter 1.^º, 2.^º e 3.^º não muda a dor, entendeu? (E10).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirma que deve ser garantido às mulheres e aos homens viverem, com plenitude e saúde, a sua sexualidade e decidirem livre e conscientemente sobre o desejo de terem filhos, o seu número e o espaçamento entre eles, livres de qualquer tipo de coerção ou preconceitos⁽⁹⁾. Aos profissionais de saúde cabe respeitar as mulheres nas suas escolhas, oferecendo-lhes apoio e atendendo às necessidades em saúde geradas a partir das vivências sexuais e reprodutivas.

Necessidade de ser ouvida e se sentir segura

A prestação de cuidados seguida de uma boa relação interpessoal facilita a escuta da outra pessoa, permitindo-lhe a expressão dos seus sentimentos. Esse exercício possibilita ao profissional de saúde ouvir-se internamente

e ter consciência plena dos seus atos, valorizando as subjetividades⁽¹⁰⁾. Identificamos, nas falas das mulheres, a necessidade de uma maior proximidade com a profissional de enfermagem, de modo que sejam escutadas, compreendidas e atendidas. As mulheres afirmam que:

Para ser atendida melhor, talvez fosse [preciso] que o hospital tivesse alguém para aconselhar (E 9);

Precisa resolver a comunicação entre pacientes, enfermeiras e doutores. A gente pergunta e eles não explicam. São contados aqueles que nos trata com educação (E 6).

As puérperas expressaram a necessidade de serem tratadas com confiança e respeito, havendo a expectativa de que as profissionais de enfermagem entendessem as suas necessidades e tivessem para com elas uma atitude humanitária. Os depoimentos, a seguir, denotam com nitidez essas necessidades:

Eu acho que a gente devia ter mais atenção do pessoal de enfermagem, de vez em quando ir lá perguntar se a gente está sentindo alguma coisa, se quer alguma coisa, agora dá absorvente e não vai mais lá (E1).

A submissão ao poder institucional gera insegurança nas mulheres que ao invés de protagonistas das ações de cuidado, não se vêem em condições de enfrentar os maus-tratos tanto por sentirem-se dependentes daquele serviço, como por estarem vivenciando um momento em que se sentem fragilizadas emocionalmente, algo que é peculiar ao puerpério.

Minha família é toda alérgica e eu estava com medo de tomar [...]. Acho importante que ela tivesse informado que medicamento eu estava tomando, pois a gente vem e não sabe se volta, então é importante a gente saber o que está acontecendo com a gente, isso acontece só aqui. Não seria melhor que a gente soubesse o que estava acontecendo com a gente? (E6).

Nesse modo de agir das profissionais, as mulheres são negadas como sujeitos e a falta de diálogo as expõe a riscos, reforçando a violência institucional. É visível nos relatos a demonstração de um modelo de atendimento impessoal que desrespeita as mulheres como sujeitos ativos. Percebemos, assim, que a desigualdade intragêneros, esteve presente na relação entre as mulheres internadas na unidade de Alojamento Conjunto e as auxiliares de enfermagem, indicando um escalonamento e hierarquização do poder, dirigida às mulheres que presumidamente, pertencem a nível social inferior⁽¹¹⁾. Ao identificarmos tais comportamentos e atitudes, devemos levar em consideração que o pensamento e a ação das (os) profissionais que atuam junto às usuárias do serviço de saúde, estão impregnados pelo referencial de saber e poder masculino e médico que se mantém hegemônico e orienta as relações no interior das instituições de saúde.

Identificamos, nos depoimentos das puérperas, que o cuidado de enfermagem vem sendo orientado por um modelo que não valoriza o contexto sociocultural, a his-

tória pessoal das usuárias, bem como as ansiedades e necessidades de sentir-se seguras quanto as suas condições de saúde no pós-parto. Por meio de relações impersonais envolvendo ações, comportamentos e intervenções fora do domínio e do controle das puérperas, é realizado um atendimento que as nega como sujeitos, tendo como produto final o medo e a insegurança.

Necessidade de se ajudarem mutuamente

Em razão da falta de uma assistência acolhedora e da dificuldade para terem suas necessidades atendidas, as mulheres constroem estratégias de enfrentamento, mediante a formação de uma rede de solidariedade entre elas. Destacaram como experiência gratificante e de grande valor, a ajuda recebida pelas colegas de quarto, o que é apresentado nos seguintes depoimentos:

Só as companheiras que ajudam quando o marido traz fralda descartável [...] aquela que não tem, a gente dá (E6);

Quem vai pedir [roupa, absorvente, remédio] são as outras e se acontecer alguma coisa com elas? [...]. Quando me senti mal, pegaram água para mim, se preocuparam mais comigo do que as enfermeiras; olham meu bebê quando vou ao sanitário, forraram minha cama (E 16).

A sujeição imposta às puérperas constitui também garantia de obediência ao poder institucional que acompanha o modelo biologicista da atenção em saúde, sendo reproduzido no cotidiano das relações dos profissionais entre si e destes com as usuárias. Isto se acentua com as dificuldades que têm as mulheres atendidas no sistema público de saúde de construir mecanismos de enfrentamento das diversas desigualdades presentes nas relações, o que implica em adotar posturas que exigem julgamento e discernimento⁽¹²⁾. Assim, o cuidado à mulher em unidade de internação dá-se sob relações de poder que, têm como facilitador, para sua ação, que o *corpo amedrontado, envergonhado, humilhado é mais facilmente disciplinável*⁽¹³⁾.

Necessidade de orientação e informação

É esperado que a assistência à mulher em maternidade seja segura, garantindo a cada uma delas os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, permitindo e estimulando o exercício da cidadania no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Apesar de a orientação ter sido um componente fortemente enfatizado pelas mulheres, identificamos que, quando essas ações se dão, são direcionadas aos cuidados com o recém-nascido, conforme vemos nestes depoimentos:

A orientação que recebi foi sobre o álcool absoluto do neném [...] Eu só aprendi que é para ter cuidado com a roupa de cama, com o umbigo do neném (E14);

Para as mães do primeiro filho, elas deveriam fazer primeiro, ensinar as mães como elas fazem, para depois pedir para elas fazerem. Não recebi nenhuma orientação (E12).

Relataram a necessidade de informação ao dizerem:

Eu fico preocupada [...] não me informam nada em relação ao meu filho que está na foto (fototerapia), nem isso. Só sei que ele está com amarelidão (E3).

A não-informação (aquela que não é dada propositalmente), a informação fragmentada (dada de forma inacessível, usando termos técnicos de difícil compreensão) e a informação negada (solicitada, procurada, mas não atendida) ou confusa (cada profissional informa de um jeito) têm como pressuposto a incapacidade de a mulher entender o que é explicado⁽¹⁴⁾. Esses modos de agir constituem-se em violência institucional ao negar às mulheres elementos importantes que lhes possibilitem o exercício do poder e a autonomia para decidirem sobre elas mesmas.

Necessidade de cuidados físicos

A necessidade de sentir-se acolhida e respeitada é completada pela necessidade de perceber que está sendo cuidada de forma integral, pois tem a perfeita noção de que seu corpo passa por modificações importantes e, apesar da fisiologia do parto, busca resguardo para preservar e garantir sua saúde e bem-estar físico e emocional.

Necessidades de cuidado com o corpo

Durante os primeiros dias do pós-parto, a maioria das mulheres experimenta dores, à exemplo do que foi informado por uma puérpera de ter apresentado desconforto no pós-parto imediato:

Depois que parti levei ponto, aí ficou doendo. Ela disse que era para doer mesmo, que a anestesia só pega no fim... . Eu sei, porque no outro, eu não senti dor [...]. Aí, eu fui de novo dizer que estava sentindo dores e elas disseram: É assim mesmo menina, é do parto, você quer que eu faça o quê? Eu me queixei, mas elas não dão remédio não (E 5).

A atenção humanizada no período gravídico-puerperal não deve prescindir da prevenção, avaliação e tratamento da dor, sendo esta resultante dos procedimentos adotados, durante o parto, que variam com as especificidades de cada mulher. Para alcançar a qualidade do cuidado, com a diminuição das taxas de morbimortalidade, especialmente aquelas ocasionadas por infecção e hemorragias, é preciso investir no acompanhamento pós-parto, pois, além de possibilitar conforto e segurança às mulheres, permitem identificar e debelar precocemente as complicações comuns no puerpério.

Apesar da importância dos meios de prevenção de infecção, como a higiene do ambiente, com trocas freqüentes de roupas e manutenção do leito limpo, arrumado e confortável⁽¹⁵⁾, neste estudo, a experiência das mulheres mostra a ineficiência desse serviço, nesses aspectos:

[...] Aí que eu fui tomar banho no outro dia de manhã para quem teve parto às 8 e 10 da noite (E 3);

Eu passei a noite toda suja, não passou ninguém lá no quarto (E12).

O acompanhamento da mulher no pós-parto exige também exame físico diário, de modo a avaliar as alterações fisiológicas que ocorrem no puerpério, preparar a mulher para cuidar de si e do recém-nascido e detectar possíveis complicações. Isto gera conforto e segurança identificados como necessidades não atendidas, segundo os depoimentos:

Queria que depois que eu tivesse neném, que me examinasse, pois, depois que eu parí, ninguém me examinou (E16).

Em relação ao curativo perineal algumas depoentes disseram:

Acho necessário que a enfermagem fizesse os curativos, pois nem a gente quando vai pedir material não tem, até absorvente é um por dia (E6);

Apesar de a realização de curativo perineal não ser mais necessária, as mulheres trazem a lembrança de como foram cuidadas nos partos anteriores, expressando a necessidade de serem avaliadas e orientadas sobre como proceder à higiene nessa área⁽³⁾. Embora clinicamente a mulher não necessite de intervenção profissional para o cuidado com a episiorrafia, há de se valorizar o desconforto local comumente presente e o sistema de crenças e valores que envolvem o cuidado com o corpo nesse período. Assim, esclarecer, confortar e tranquilizar é parte do cuidado de enfermagem e decisivo para o bem-estar das mulheres, de modo que o distanciamento dos profissionais, no pós-parto, referido pelas puérperas é algo a ser revertido na perspectiva da humanização.

Necessidades de vestuário adequado

A oferta de roupa foi uma necessidade sentida pelas mulheres do nosso estudo, incluindo além da roupa de cama, a de uso pessoal e as necessárias para o cuidado de sua criança. As mulheres afirmaram:

No outro dia de manhã é que eles deram o forro da cama [...] A roupa que uso é minha, pois, aqui não dão roupa assim, quando dão, é uma vez no dia, aí não dá (E 3); Precisariam [...] ter menos pena de dar fralda, fornecer mais roupa para a gente (E12).

Complementaram essa necessidade, dizendo que as camisolás fornecidas eram inadequadas para amamentação:

A roupa daqui [a camisola] é boa, só é ruim quando é para dar mama que é muito apertada (E5);

Eu fui pedir um vestido, pois, o que eu estava vestida estava apertado, chegando entortar a agulha do soro (E6).

Além dessas necessidades, a questão do pudor também surgiu, ao afirmarem: *Trazem uma roupa aberta atrás e aqui é cheio de homem no hospital, incomoda né?* (E 9).

Reivindicam, portanto, o direito à privacidade, pois a proteção do corpo está internalizada como regra básica para o convívio social. Além disso, expor o corpo ao sexo masculino, fora da intimidade de um casal, é conduta moralmente condenável, segundo os padrões de gênero, portanto, as profissionais de saúde devem zelar por esse direito das mulheres.

Necessidades de aeração do ambiente e lazer

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres, para encontrar uma vaga em uma maternidade pública, fazem com que elas se sintam satisfeitas e aliviadas, em estar em um leito ao lado da sua criança saudável e perfeita. Entendemos ser esta a justificativa de a maioria das entrevistadas não ter feito nenhuma observação por estar em enfermarias de até 10 leitos, sem berços suficientes para todas as crianças.

Abordaram outros aspectos referentes à área física da maternidade, reivindicando melhoria na aeração do ambiente, ao afirmarem:

Eu acho assim: o quarto que eu estou deveria ter uma janela mais aberta, pois, à noite a gente não dorme de calor (E 13);

Um calor horrível que eu não consegui dormir (E12).

O desconforto do ambiente conduziu as mulheres a sugerir mudanças que trariam conforto, sem onerar a instituição:

Eu acho importante ter um lugar para gente caminhar e dá sol no bebê. Lá em baixo mesmo não dá sol (E 13);

Hospital muito ruim, a gente sente falta das coisas, não tem espaço para tomar sol, deveriam deixar a gente ficar um pouquinho lá fora (E20).

Além dos aspectos apontados, as mulheres acreditam que, para atender sua necessidade de conforto, para tornar o ambiente mais agradável e diminuir a monotonia, a maternidade deveria dispor de espaço onde elas pudessem assistir à televisão e ter acesso a livros:

As pessoas reclamam que não tem televisão, a gente tem menino e fica deitada, pois não tem como ver uma reportagem, não tem livro para ler, só nos resta mesmo conversar com as paciente (E 4).

O modo como os serviços de saúde são organizados no sistema público garante a seus(suas) usuários(as) o mínimo de cuidados físicos do ponto vista clínico sem maiores preocupações com outros aspectos importantes para o conforto.

Necessidade de ter uma melhor alimentação

Em relação ao suporte nutricional, sabe-se que, comumente, logo após a recuperação completa da fadiga e exaustão do trabalho de parto, a mulher sente-se bastan-

te faminta. As solicitações de porções extras de alimentos e de lanches ocorrem com freqüência, o que condiz com a indicação destas entrevistadas:

Deveriam aumentar a quantidade da comida (E 20);

Muito pouca comida [...] aumentar e fornecer nos horários certos (E13).

Quanto à qualidade da alimentação, houve posições diversas.

A comida deve melhorar (E 2);

Acho que a comida deveria melhorar, é muito ruim (E 12);

Em contraposição a outras depoentes que acharam a comida de boa qualidade, como vemos neste depoimento a seguir:

A comida não tenho o que falar estava até boa (E 1);

A alimentação é ótima (E11).

Acreditamos que todo o saber, necessidades, experiências e vivências verbalizadas, deverão servir como uma ferramenta analisadora, que pode nos auxiliar para agirmos nesses espaços instituídos, valorizando as necessidades das mulheres que vivenciam o período puerperal.

Necessidade de descanso

O objetivo do sistema de Alojamento Conjunto não é sobrecarregar fisicamente nem emocionalmente as mulheres, principalmente as de baixa renda, que esperam o momento de dar à luz, no hospital, para descansar dos seus afazeres domésticos e da dupla jornada de trabalho.

Nas maternidades, em especial nas que adotam o sistema de Alojamento Conjunto, a aprendizagem resulta da troca de experiência, do estímulo para realização do autocuidado e do cuidado ao filho(a), durante o período em que permanecem internadas.

Embora a arrumação do leito seja uma prática de responsabilidade da enfermagem, esta tem sido transferida para as mulheres internadas no sistema de Alojamento Conjunto dessa maternidade:

Tomei banho sozinha e depois forrei a cama (E 19);

Tomei banho, café e forrei a cama (E 21).

A limitação das atividades requeridas no pós-parto por muitas delas não vem sendo atendida, pois está explícito no depoimento da maioria que, desde o último pós-parto, habituaram-se a forrar a própria cama, tornando-se uma prática corriqueira e comum na maioria das maternidades em que elas pariram. Quase todas disseram ter gostado e que acharam certo executar tal atividade:

Eu acho uma maravilha forrar a cama, cuidar da criança (E 8); Acho bom a gente forrar a cama, pois já é uma coisa que a gente faz, é também uma forma de colaborar, pois tem poucas enfermeiras é muito puxado, é muito trabalho (E14).

Entendemos que a transferência dessa responsabilidade para as puérperas tem como base a definição de ser ela uma atividade feminina, uma habilidade percebida como qualidade inerente ao seu sexo e reforçada pela forma como são educadas e socializadas para as atividades domésticas e para o cuidado com as crianças, como coisa de mulher, e até serem repreendidas, caso tenham outro comportamento que fuja desse modelo⁽¹⁶⁾. Frente a isso, profissionais mulheres subestimam as necessidades específicas desse período e alteram, por meio de relações de poder, os objetivos, o qual o Alojamento Conjunto se propõe, além de negar às mulheres o direito de se sentirem cuidadas.

Verificamos que, apesar de terem forrado a cama, algumas disseram que achavam errado executarem tal tarefa ao afirmarem:

Eu não acho certo a gente fazer as coisas, pois eu vivo no interior e lá são as enfermeiras que fazem isso (E12);

A auxiliar disse que era para forrar a cama [...]. Eu acho que não estamos preparadas para fazer essas coisas, nosso corpo ainda está fraco (E16);

[...]. Elas deveriam forrar a cama, pois quando as pessoas chegam, elas não foram, a gente que forrou (E18).

Apesar de o nascimento de um filho(a) resultar, na maioria das vezes, em sentimentos positivos para muitas famílias, essa nova dimensão acarreta muitas vezes profundas alterações na dinâmica e nas inter-relações. Para muitas mulheres, todo esse processo de mudanças gera sentimentos de medo, angústia e insegurança que as tornam dependentes do cuidado e atenção de outra pessoa. Essa dependência e fragilidades compatíveis com o período puerperal as conduzem à obediência e a realizar as atividades sem resistência e com passividade .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo mostra um quadro preocupante e desafiador que nos remete à necessidade de avaliações que objetivem melhorar e garantir cuidados qualificados para a mulher, a criança e o familiar. A assistência à mulher no puerpério, seja em unidade de internação, no Alojamento Conjunto, seja em unidades da rede básica, representa um nó crítico que requer discussão e ações efetivas para alcançar a humanização dos cuidados como um passo para a integralidade no atendimento à puérpera, com menos iniquidade.

Por diferentes razões, apesar de a consulta puerperal ter baixíssima freqüência nas unidades básicas de saúde⁽⁵⁾, os serviços de saúde reconhecem que essa é uma atividade necessária, porém admitem a ausência de estratégia para sua realização. Reconhecem que a baixa procura das mulheres por consultas para revisão puerperal não é valorizada pelos profissionais de saúde, o que constitui não só uma falha no planejamento e na

execução da assistência, mas também um viés de gênero na percepção dessa atenção.

O resultado deste estudo aponta para a necessidade urgente de modificações na prática e no modo de cuidar da enfermagem, que tragam à tona, não apenas aprimoramento dos procedimentos técnicos, mas sim, valores e iniciativas humanizadoras que impliquem em novas posturas, aceitando as mulheres, como sujeitos com necessidades, desejos e emoções singulares.

Entendemos, portanto, que a assistência de enfermagem deve não apenas atender às necessidades de saúde, mas também que suas ações possam informar e orientar com base nas necessidades individuais; com vistas ao aco-

lhimento solidário. Ainda, que contribua para a formação de uma consciência de gênero, objetivando o engajamento das mulheres nas lutas pela melhoria da qualidade na saúde e contra a discriminação de gênero, comuns nas instituições de saúde que cuidam de mulheres.

Ademais, acreditamos ser necessário a construção de indicadores qualitativos de avaliação, os quais funcionarão como um importante instrumento sinalizador de mudanças significativas no modo de cuidar e no atendimento às necessidades das mulheres, elevando o grau de participação social dos atores envolvidos (usuárias e profissionais de enfermagem), mediante constante monitorização, avaliação e readequação do cuidado de enfermagem à mulher, no período puerperal.

REFERÊNCIAS

1. Silver LD. Direitos à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa, SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 299-317.
2. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):72-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília; 2004.
5. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1281-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.
7. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MC, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 195-223.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes. Brasília; 2007.
10. Stefanelli M. Comunicação com pacientes teoria e ensino. 2^a ed. São Paulo: Robe; 1993.
11. Coelho EA. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
12. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
13. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
14. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
15. Potter P, Pery AG. Fundamentos de enfermagem. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
16. Heilborn ML. Gênero, sexualidade e saúde. In: Silva ADPM, organizador. Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: UERJ; 1997. p. 101-10.