



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Consulta puerperal: demandas de las mujeres bajo la perspectiva de la enfermera - estudio exploratorio

Kleyde Ventura de Souza¹, Patrícia Regina Quinsacara Carvalho², Adelita Gonzalez Martinez Depinote³, Valdecyr Herdy Alves⁴, Bianca Dargam Gomes Vieira⁵, Bruno Augusto Corrêa Cabrita⁶

1 Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais; 2,3 Universidad Católica de Paraná; 4,5,6 Escuela de Enfermería de la Universidad Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivos: La pesquisa tuvo como objetivo conocer las necesidades de salud de la puérpera en la perspectiva de la enfermera, considerando la integralidad de las acciones.

Método: Fue realizada una pesquisa de tipo Exploratoria. Participaron 15 enfermeras que realizaban consultas de puerperio, en nueve unidades de salud del Distrito Sanitario Cajuru de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba/Paraná, Brasil. Para la colecta de datos se utilizó un instrumento con cuestiones objetivas, aplicado en el período de febrero a marzo de 2007. Los datos fueron analizados con base en la estadística descriptiva.

Resultado: Se verificó que el conjunto de las necesidades para buenas condiciones de vida fue el más nombrado 41,2 %, y los menos citados: necesidades de garantía de acceso a las tecnologías, 4% y de recepción y vínculo con el profesional/equipo de salud, 2%.

Discusión: se puede indagar cómo la noción de integralidad está siendo incorporada en las consultas puerperales.

Conclusión: Todavía persisten espacios importantes en el atendimento a las necesidades de las puérperas.

Palabras clave: Puerperio; salud de la mujer; bienestar materno

INTRODUCCIÓN

La enfermería materna tiene como foco la mujer en el ciclo reproductivo, su hijo y su familia. La profesión ha desenvuelto conocimientos, competencias, habilidades y herramientas para comprender a las mujeres en su contexto y en sus demandas. De esta forma, las enfermeras en este campo de práctica y de conocimiento tienen un papel importante en el fortalecimiento de modelos de atendimento en la salud, que respondan a las necesidades de las mujeres y de las familias contemporáneas ⁽¹⁾. Sin embargo, la calidad de la práctica asistencial en el período puerperal aún es influenciada, entre otros factores, por la formación profesional basada en el modelo biomédico, lo que determina que el sentido de la atención sea la clínica ⁽²⁾.

Para contribuir con la superación de este hecho, en el ámbito de las acciones de la salud en los procesos del embarazo, del parto y del puerperio, el Ministerio de Salud (MS) instituyó en junio de 2000, el Programa de Humanización en el Pre-natal y el Nacimiento (PHPN). Este Programa tiene como objetivo mejorar la calidad de la asistencia y garantizar que la mujer pase a ser vista como sujeto de su proceso de salud ⁽³⁾.

El PHPN fue adherido macizamente por los municipios brasileños, entre ellos, Curitiba/Paraná. La propuesta diseñada por el Programa estableció la consulta puerperal como criterio indispensable al conjunto de la asistencia, considerando que esta actividad, a nivel nacional ha tenido baja frecuencia en las Unidades Básicas de Salud (UBS). Uno de los factores a ser analizado es que, los servicios y los profesionales de la salud consideran el parto como el final del proceso, dirigiendo sus acciones hacia el recién nacido. En consecuencia, no valorizan el retorno de las mujeres al servicio de la salud, a no ser como madres, ya que en esta condición son fundamentales, teniendo en vista la responsabilidad del cuidado dispensado al niño ⁽³⁾. Otros factores apuntados se sitúan en la falla de planificación y de ejecución de la asistencia al puerperio y en el sesgo de género en la percepción de la atención por profesionales de la salud ⁽²⁾.

Delante de este contexto expuesto y del potencial del saber-hacer de la enfermería en el campo de la salud materna se desprende que esfuerzos deben ser realizados para que

las necesidades de esas mujeres sean comprendidas y atendidas, para la promoción de la calidad de vida y salud. Para esto, se cuestionó: ¿cuáles son las necesidades de salud presentadas por las puérperas, en la perspectiva de la enfermera llevándose en cuenta la integralidad de las acciones de salud? Para responderla se delimitó como objetivo conocer las necesidades de la salud de la puérpera en la perspectiva de la enfermera, considerando la integralidad de las acciones.

Este artículo se originó de un estudio que buscó orientar un patrón de calidad en la consulta de enfermería a la puérpera con base a la promoción de la salud utilizando a Clasificación Internacional para las Prácticas de Enfermería en la Salud Colectiva (CIPESC®) y así, inserida en el Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica (PIBIC), 2006-2007, de la Pontificia Universidad Católica de Paraná (PUCPR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio exploratorio, utilizando la Teoría de Intervención Práctica de Enfermería en la Salud Colectiva (TIPESC). Sus momentos, interrelacionados, comprenden la captación de la Realidad Objetiva (RO); la interpretación de la RO; la construcción del proyecto de intervención en la RO; la intervención propiamente dicha y la reinterpretación de la RO⁽⁴⁾. Este estudio aborda el momento de la captación de la RO.

El campo empírico fue constituido por nueve, de las 12 Unidades de Salud (US) pertenecientes al Distrito Sanitario Cajuru, de la Secretaria Municipal de Salud de Curitiba (SMS).

El grupo consistió en 27 enfermeras que realizaban consultas de puerperio. De este conjunto, participaron voluntariamente, 15, esto es 55,5% de la población delimitada, escogidas aleatoriamente, respetándose los siguientes criterios de inclusión: tiempo de servicio igual o superior a seis meses y efectiva realización de consulta puerperal en su rutina asistencial. Fueron excluidas las enfermeras que en el período de la colecta de los datos no se encontraban realizando sus actividades profesionales.

Los datos fueron colectados en los meses de febrero a marzo de 2007, por medio de un formulario aplicado por las investigadoras, conteniendo cuestiones cerradas y con la posibilidad que entrevistada hiciera sus comentarios. Las preguntas fueron organizadas a partir de una tipología compuesta por cinco grandes conjuntos de necesidades de salud y sus respectivas formas de expresión ⁽⁵⁾ (Cuadro1), siendo que para cada uno de estos conjuntos, las participantes podían señalar una o más formas de expresión.

Cuadro1 – Necesidades de Salud y sus formas de expresión ⁽⁵⁾ Curitiba, feb-mar, 2007.	
Conjuntos de Necesidades	Expresiones
Necesidad de buenas condiciones de vida.	Vivir en sociedad; tener acceso a ocio, alimentación, vivienda, transporte y vivir en medio ambiente adecuado.
Necesidad de ser alguien con derecho a las diferencias.	Ser una persona con derechos y ciudadana; igual y nominal; ser incluida y respetada en sus necesidades especiales y poder ejercitar sus derechos sexuales.
Necesidad de autonomía y autocuidado en la elección del modo de “llevar” la vida.	Tomar decisiones con ligación entre el saber y el hacer y respetando su opinión.
Necesidad de garantía de acceso a las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida.	Participar de grupos de educación y/o información de salud; tener acceso a medicamentos, insumos y a métodos de contraceptivos de elección; ejercicio de

	derechos reproductivos; acceso a la re-internación.
Necesidad de ser acogidas y tener vínculo con un profesional o equipo de salud.	Ser bien acogida en cualquier servicio que necesite; tener acceso y ser recibida en cualquier servicio de salud que necesite; poseer vínculo con el servicio y con el equipo y/o profesional.

Los datos fueron organizados en una planilla electrónica. El análisis fue hecho con base en la estadística descriptiva y las discusiones a partir del referencial bibliográfico relativo al tema.

Esta pesquisa fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Pontificia Universidad Católica de Paraná, parecer nº 1389 CEP- PUCPR, teniendo su viabilidad aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa del Centro de Estudios en Salud de la SMS de Curitiba/Paraná. Las participantes firmaron un término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), para la adhesión a la pesquisa resaltándose la garantía de sigilo y la posibilidad da retirada de consentimiento, en cualquier momento, atendiendo las Directrices de la Resolución nº. 196/96 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CNS/MS).

RESULTADOS

Los datos relativos al objetivo del estudio fueron identificados considerándose los conjuntos de necesidades de salud y sus respectivas formas de expresión (Cuadro 1): a) buenas condiciones de vida; b) ser alguien con derecho a las diferencias; c) autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida; d) garantía de acceso a todas las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida; e) ser acogida y tener vínculo con un profesional o equipo de salud ⁽⁵⁻⁶⁾.

La distribución de las frecuencias referentes a los conjuntos de necesidades de Salud se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución de la frecuencia del conjunto de necesidades de las puérperas, sub la perspectiva de la enfermera. Curitiba, feb-mar, 2007.

Conjunto de las Necesidades de Salud *	Frecuencia	Porcentual
Necesidad de buenas condiciones de vida.	42	41,1%
Necesidad de ser alguien con derecho a las diferencias.	35	34,3%
Necesidad de autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida.	19	18,6%
Necesidad de garantía de acceso a todas las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida.	04	4,0 %
Necesidad de ser acogida y tener vínculo con un profesional o equipo de salud.	02	2,0%
Total	102	100%

* Sumatoria de las formas de expresión que formaron cada uno de los conjuntos de necesidades de salud.

Se verificó que el conjunto de necesidades de "buenas condiciones de vida" fue el más señalado en 41,1% de las respuestas, seguido de la necesidad de "ser alguien con derecho a las diferencias", 34,3%; y la necesidad de "autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida", 18,6 %. Fueron menos apuntadas, respectivamente, la necesidad de "garantía de acceso a todas las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida", 4,0%, y la necesidad de "ser acogida y tener vínculo con un profesional o equipo de salud", 2,0%. De esta manera, los conjuntos de necesidad de buenas condiciones de vida y de ser alguien con derecho a las diferencias totalizaron 75,5%, mientras que los demás, 24,5%.

Cada conjunto de necesidades se constituyó de lo que se denominó de formas de expresión. El conjunto de necesidades relacionadas a las condiciones de vida englobó

cuatro formas de expresión. El conjunto de necesidades de ser alguien con derechos a las diferencias abarcó seis formas de expresión. El conjunto de necesidades de garantía de acceso a todas las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida fue formado por cinco formas de expresión; ya el conjunto relativo a la necesidad de ser acogida y tener vínculo con un profesional o equipo de salud tuvo cuatro formas de expresión y finalmente, el conjunto de necesidades de autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida, dos formas de expresión. Estos cinco grandes conjuntos de necesidades se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2 – Distribución de la frecuencia de las formas de expresión de los conjuntos de las necesidades de salud de las puérperas, sub la perspectiva de la enfermera. Curitiba, feb- mar, 2007.

Formas de expresión de las Necesidades de Salud*	Frecuencia Absoluta (FA)		Frecuencia Relativa (FR)
	n	%	%
	Necesidad de buenas condiciones de vida:		
vivienda	6		14,2
Alimentación	7		16,6
Transporte	3		7,1
Ocio	10		24
Medio ambiente adecuado	5		12
Vivir en procesos sociales de inclusión	11		26,1
Total de la Clase	42		100
Necesidad de ser alguien con derecho a			

las diferencias		
Ser sujeto de derecho y ciudadana	6	17,1
Ser igual	7	20
Ser nominal	2	5,7
Ser respetada en sus necesidades especiales	6	17,1
Ser incluida	8	23
Demanda de ejercicio de los derechos sexuales	6	17,1
Total de la Clase	35	100

Necesidad de autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida		
Tomar decisiones con respeto a su opinión	10	52,7
Tomar decisiones con ligación entre el saber y el hacer	9	47,3
Total de la Clase	19	100

(*) Para cada uno de estos conjuntos, las participantes podían señalar una o más formas de expresión

Formas de expresión de las Necesidades de Salud*	Frecuencia		Frecuencia
	Absoluta (FA)		Relativa
	n	%	(FR) %
Necesidad de garantía de acceso a todas las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida			
Participar de grupos de educación y/o información de salud	2		50
Tener acceso a medicamentos e insumos	2		50
Total de la Clase	04		100
Necesidad de ser acogida y tener vínculo con un profesional o equipo de salud			
Ser bien recibida en cualquier servicio que necesite	2		100
Total de la Clase	02		100

En relación a las formas de expresión de los dos conjuntos de necesidades de salud más citados, cualesquiera sean, necesidades relacionadas a las condiciones de vida y necesidad de ser alguien con derecho a la diferencia se observó que en el primero las

formas de expresión más señaladas fueron vivir en procesos sociales de inclusión (26,1%). Pudiéndose inferir la influencia de esta forma de expresión sobre las demás, del mismo conjunto que fueron citadas el siguiente orden: Ocio (24%); alimentación (16,6%); vivienda (14,2%); medio ambiente adecuado (12%) y transporte (7,1%).

Cuanto al segundo conjunto de necesidades de salud más referida, se verificó que las formas de expresión más señaladas fueron: La necesidad de ser incluida (23%) y ser igual (20%). Estas expresiones parecen tener influencia sobre las otras tres de ese conjunto de necesidades, que presentaron equivalencia: ser sujeto y ciudadana (17,1%); ser respetada en las necesidades especiales (17,1%) y ejercicio de los derechos sexuales (17,1%); además de la necesidad de ser nominal, ser la menos citada (5,7%).

En relación a los tres conjuntos de necesidades de salud menos citados se encuentran la necesidad de autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida, la forma de expresión de mayor proporción fue tomar decisiones respetando su opinión (52,7%). La necesidad de salud de garantía de acceso a todas las tecnologías y necesidad de ser acogida y tener vínculo con el profesional o equipo de salud fueron poco citadas; 4% y 2%, respectivamente. En el primer conjunto se obtuvo 50% de indicaciones para las siguientes formas de expresión: participar de grupos de educación y/o información de salud y tener acceso a medicamentos e insumos. En el segundo conjunto y el menos citado, la forma de expresión de ser bien recibida en cualquier servicio que necesiten fue la más señalada.

DISCUSIÓN

La consulta puerperal configurase en una estancia donde se debería desvincular la salud de la madre de la salud del recién nacido, caracterizándose, prioritariamente, en un importante momento de salud de la mujer ^(1,3) y de otro, en la conjugación de los campos de la práctica y del conocimiento de la salud de la mujer y de la salud materna. Fue en ese momento particular de la acción en la salud, que se procuró conocer las necesidades

de las mujeres, en un momento singular de sus vidas, bajo el punto de vista de las enfermeras, por medio de las formas de expresión de las necesidades de salud.

Las necesidades de salud de las puérperas y sus respectivas formas de expresión^(3,5) en las perspectivas de un grupo de enfermeras constituyeron el objeto de este estudio. Vale resaltar que las necesidades humanas, por sí solas, consubstancian una discusión teórica y práctica muy complejas.

Su concepto es explicado, en momentos históricos diferentes, con origen en la naturaleza humana o en la cultura. La necesidad puede ser concebida en la perspectiva disciplinar de la filosofía, de la psicología, de la economía y de la sociología, entre otros, con matrices funcionalistas (en que la necesidad es la prolongación del organismo humano que emerge de un proceso de aprendizaje y socialización) o interpretativas (en que la necesidad posee carácter social directamente relacionado a la historicidad)⁽⁷⁾.

En este sentido, aprender las necesidades desde el punto de vista conceptual y concretizarlas en lo cotidiano del campo de la salud es un desafío, a la medida que se reúnen en la misma arena la complejidad de esta conceptualización, su comprensión y su incorporación por los profesionales, así como la mediación entre sus elementos^(5,6). Este contexto puede tropezar con la dimensión ético-política que guía las acciones de la red de servicios, la cual influye en el proceso de trabajo en el espacio particular de las instituciones de salud.

En relación al conjunto de necesidades relacionadas a las condiciones de vida, éste se expresa en varios modelos asistenciales del campo de la salud. Apuntando así, hacia un contexto problemático que se concretiza en la falta o dificultad de acceso a aspectos esenciales de la vida de los individuos, que están presentes y/o determinan los procesos de enfermarse o mantenerse saludables^(2,7). En este conjunto, se destacaron las formas de expresión vivir en procesos sociales de inclusión y el ocio, hecho que nos remitió a la cuestión de la desigualdad y de las injusticias sociales que marcan el escenario brasileño. Brasil es reconocidamente un país desigual e injusto. Esta situación es fácilmente constatable cuando se considera sus grandes centros urbanos. En ellos, invariablemente, se observan espacios de pobreza y miseria que cercan "islas" de acumulo de riqueza.

Estas situaciones de desigualdad e injusticia sumadas a las desigualdades/iniquidades de género representan un gran peso para la sociedad y para las mujeres, de forma especial. El resultado de este proceso es la falta de autonomía y de poder, con consecuencias nefastas a la salud sexual y reproductiva y a la calidad de vida de este grupo poblacional ⁽⁶⁾.

Se puede inferir también, la influencia de esta forma de expresión sobre otras (alimentación, vivienda; medio ambiente adecuado y transporte), como constatado en este estudio. Estas necesidades extrapolan las prácticas técnico-asistenciales en la salud y pasan a exigir acciones, que articulen e integren sectores determinantes de la salud y de la vida, exigiendo la comprensión sistémica del problema, valorización del pensamiento intuitivo, valores de cooperación y asociación, además del ejercicio en red, de manera que se privilegien los relacionamientos entre los(as) actores(as) de una determinada situación social ⁽⁷⁾. Cabe resaltar que los valores citados son considerados derechos y que, en una relación interpersonal, están ligadas intrínsecamente al reconocimiento de que la asociación es un elemento fundamental entre los integrantes de un grupo ⁽³⁾.

El grupo, necesidad de ser alguien con derecho a la diferencia, apareció como el segundo más señalado por las enfermeras. Ejemplos que expresaron este conjunto fueron definidos como: ser sujeto de derechos y ciudadanía; ser igual, nominal, respetado en las necesidades especiales y ser incluido ⁽⁵⁾.

A la luz de estos resultados se puede evidenciar que las enfermeras entrevistadas reconocen que las necesidades de salud de las puérperas no se reducen a la prevención y al control de enfermedades. Sobresale la importancia de cuestiones relacionadas a la ciudadanía y a la salud, así como la convergencia entre ambas. El enfoque debe volcarse para la necesaria superación de la idea de la mujer como objeto y en su urgente incorporación como sujeto social, de forma que se pueda ampliar su participación y autonomía a nivel familiar y local y con esto, sus necesidades ganan visibilidad en esos contextos, fortaleciendo, así, la construcción de su ciudadanía.

La integralidad, uno de los principios del Sistema Único de Salud (SUS), tal vez el más desafiador de ellos, reafirma el sentido del trabajo en la salud y en la enfermería al remontar la humanidad de las personas en relación a sus necesidades de salud ^(1,6). Este principio se manifiesta en la práctica, a partir de tres conjuntos de sentidos. El primero se refiere a la aplicación de políticas públicas o de respuestas a problemas de salud, o sea, a la articulación entre las acciones preventivas y las asistenciales, visando el control y la prevención de enfermedades. El segundo conjunto se vuelca para la organización de los servicios de salud y finalmente el tercero incide sobre las prácticas en la salud ⁽⁵⁾.

Llamó la atención el hecho de que el tercero, cuarto y quinto conjunto de necesidades, fueron menos referidos en relación a los dos primeros. Se puede inferir, en un primer momento, que esas necesidades se encuentran contempladas, aunque esta inferencia merezca cuestionamientos; aunque se inscriben en campos encubiertos por males sociales, evidentemente, las desigualdades sociales y de género, con consecuencias negativas para la salud y la calidad de vida de este grupo poblacional, en particular.

Entonces, se destaca que los conjuntos de necesidades relacionadas a la autonomía y autocuidado, garantía de acceso a las tecnologías y de recepción por parte del equipo profesional fueron referidos cuatro veces menos que los demás. Se puede indagar sobre cómo la noción de integralidad está siendo incorporada en este tipo de práctica en la salud.

El análisis de estas necesidades y consecuentemente las acciones/intervenciones de ellas originadas, demandan la (re)construcción e incorporación de prácticas en la salud que fortalezcan la conquista de la autonomía de las mujeres, en particular en lo que se refiere a la ampliación de su conocimiento, así como en el desenvolvimiento de su confianza para el autocuidado y en la elección de su modo de "llevar" la vida.

Una cuestión a ser resaltada se refiere a las condiciones concretas de existencia de esas mujeres, teniendo en vista que muchos de los problemas y necesidades tienen origen fuera de los sujetos. En este sentido se debe avanzar del espacio tomado de forma individualizada para el colectivo, o sea, las acciones necesitan desplazarse para los espacios de determinación del proceso salud-enfermedad: esferas del proceso

productivo, del trabajo doméstico, del micro ambiente familiar, en fin, procesos colectivos, en la medida que estos extrapolan necesidades identificables a nivel individual ⁽⁷⁾.

La tecnología en la salud engloba un conjunto complejo de elementos que adquieren un valor social o un valor de uso y tiene su importancia destacada a partir de la necesidad y del momento singular que vive cada persona ⁽⁸⁾. Se partió de la constatación de que las tecnologías productoras de cuidado – núcleo central de la atención a la salud – pueden ser organizadas en las dimensiones materiales o no, del hacer en salud, pudiendo ser circunscritas en terrenos denominados de: a) leve: tecnologías relacionales, como la formación de vínculos; acogida y gestión; b) leve-dura: saberes estructurados que operan en el proceso de trabajo y, c) dura: representado por equipamientos tecnológicos, así como por las normas y estructuras organizativas⁽⁵⁾. La enfermería comprende que las tecnologías, separadamente, no pueden responder a la complejidad del proceso salud-enfermedad, necesitando de un redimensionamiento equilibrado de las competencias técnicas, científicas y relacionales, en el sentido de la humanización y comprometida con la construcción de la ciudadanía ⁽⁸⁾.

El saber-hacer de la enfermera en el campo de la salud de la mujer y de la consulta puerperal debe considerar el uso de tecnologías leves o relacionales, en la medida que estas puedan propiciar la construcción de relaciones donde los sujetos reales (enfermeras y puérperas), en situaciones reales (contexto de vida y salud) tengan condiciones de identificar necesidades y vislumbrar caminos para la superación. Además de eso, relaciones que se basan en escuchar al usuario y en la buena calidad del atendimento profesional, refuerzan y favorecen o vínculo entre el usuario y los servicios de salud ⁽⁹⁾.

Se resalta que, en un estudio realizado en Pará, fue notado que en la visión de las mujeres, de los profesionales del equipo de salud, las enfermeras escuchan más, hasta frente la realidad de estar sobrecargadas con sus actividades diarias ⁽¹⁰⁾, lo que lleva a creer que esta tecnología, aunque considerada incipiente, viene siendo apropiada paulatinamente por la enfermería.

Finalmente, el último grupo que fue el menos citado, se refirió a la necesidad de ser bien recibidas y tener vínculo con un profesional o equipo de salud. En este conjunto de necesidades no fueron citados: tener acoso y ser recibida en cualquier servicio de salud que necesite; poseer vínculo con el servicio y poseer vínculo con el equipo y/o el profesional.

Se nota entonces, que desde el punto de vista de sus bases programáticas la organización de la asistencia se encuentra, en tesis, contemplada. No obstante, lo mismo puede no ser afirmado cuando se considera el proceso de trabajo, en el sentido de la cualificación de la relación y del espacio de intercepción entre los profesionales y las usuarias con la perspectiva de la humanización, del rescate a la ciudadanía y del *empowerment*, así como de la integralidad de las acciones, en vista de la promoción de la salud y del atendimento de las necesidades de las mujeres envueltas.

Con esta perspectiva, la recepción y la formación de vínculos son aspectos fundamentales para el saber-hacer de la enfermera, debiendo ser construidos a medida que se trabaja, en las dimensiones concretas y abstractas que caracterizan el vivir-hacer en la salud.

CONCLUSIÓN

Se verificó que los conjuntos de necesidades de buenas condiciones de vida y de ser alguien con derecho a las diferencias fueron tres veces más destacados que los conjuntos de autonomía y autocuidado en la elección del modo de "llevar" la vida; garantía de acceso a las tecnologías que mejoren y prolonguen la vida; y de ser acogida y tener vínculo con el profesional y el equipo de salud.

En cuanto a los primeros se puede destacar que las entrevistadas reconocieron que las necesidades de salud de las puérperas no se reducen a la prevención y al control de las enfermedades, reflejando una superación del concepto funcionalista de necesidad humana. Sobresale la importancia de cuestiones relacionadas a la ciudadanía y a la salud, así como la convergencia entre ambas.

En esa perspectiva, el enfoque recae sobre la necesidad de se ir más allá del ideario de la mujer como objeto y en su urgente incorporación como sujeto social, de manera que pueda ampliar su participación y autonomía a nivel familiar y local y para que así, sus necesidades ganen visibilidad en el contexto local y global, fortaleciendo la construcción de su ciudadanía.

En cuanto a los conjuntos menos referidos, si de un lado se puede inferir que estas necesidades se encuentran contempladas y de otro, que se inscriben en campos encubiertos por males sociales, se nota, las desigualdades sociales y de género, adquiriendo poca visibilidad, aunque haya consecuencias negativas para la salud y la calidad de vida de este grupo poblacional, en particular.

Considerando el actual escenario brasileño y los indicadores, referentes a la salud de la mujer y a la salud materna, se puede indagar sobre como la noción de integralidad está siendo incorporada en este tipo de práctica en la salud. Las diferencias porcentuales entre los conjuntos de necesidades indican que, desde el punto de vista de la integralidad de las acciones, aún persisten lagunas importantes.

Recomiéndese que las enfermeras, en su saber-hacer, visando un cuidado de calidad, humanizado, culturalmente sensible a las necesidades de las mujeres, avancen en la incorporación del sentido de la integralidad en su práctica profesional y consideren la importancia de la multi/interdisciplinaridad y de la intersectorialidad de las acciones en la salud.

CITAS

1. Souza KV, Cubas MR, Arruda DF, Carvalho PRQ, Carvalho CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. Rev Gaúch Enferm 2008 jun; 29 (2): 175-81.
2. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2008 jun; 42(2): 347-54.
3. Brasília. 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: Ministério da Saúde (BR), 2000.
4. Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 113-26.
6. Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o Processo. Texto & Contexto Enferm. 2007 jan/mar; 16(1): 47-54.
7. Moysés SJ, Moysés ST, Kempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004 jul/set; 9(3): 627-41.
8. Gomes AMT, Oliveira DC. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. Rev Enferm UERJ. 2008 abr/jun; 16(2): 156-61.
9. Lima YMS, Moura MAV. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 dez; 12(4): 672-8.
10. Lima AL, Fernandes R. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. Online Braz J Nurs. [serial on the Internet] 2010 jun; [cited 2011 fev 9] Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2815>

Recibido: 19/01/2012

Aprobado: 11/04/2012