



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Cuidados al binomio madre-hijo en el puerperio inmediato: estudio descriptivo

Dafne Paiva Rodrigues¹, Hilana Dayana Dodou¹, Pamela Nery do Lago¹,
Nayara Souza Mesquita¹, Laura Pinto Torres de Melo¹,
Albertina Antonielly Sydney de Souza¹

¹ Universidad Estatal de Ceará

RESUMEN

Objetivo: Conocer las percepciones de usuarias acerca del cuidado ofrecido a ellas y a sus recién nacidos en el puerperio inmediato. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 20 púerperas internadas en un Hospital Público de nivel secundario de Fortaleza-CE, por medio de entrevista semiestructurada, analizadas por la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Se evidenciaron tres categorías: Cuidados con el recién-nacido; El (des)cuidado con la púerpera; y Fallas estructurales de la maternidad. **Discusión:** El cuidado en el puerperio inmediato estaba enfocado principalmente para orientaciones sobre la lactancia materna, sin contemplar otras demandas de la mujer, como: necesidad de mayor atención por parte del equipo de salud, comportamiento más humanizado de algunos profesionales de salud y orientaciones sobre el autocuidado. **Conclusión:** La asistencia al puerperio aún es limitada, necesitando de mayor atención y compromiso de los profesionales de salud, bien como adaptaciones en las condiciones estructurales y organizacionales de la maternidad para un cuidado digno y humano.

Descriptor: Período de Posparto; Alojamiento Conjunto; Prestación de atención de salud.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es la fase del ciclo embarazo-puerperio en que las modificaciones provocadas por el embarazo y parto en el organismo de la mujer retornan a su estado pre embarazo, teniendo su inicio después del parto con la expulsión de la placenta y término imprevisto, en la medida en que se relaciona con el proceso de amamantación⁽¹⁾. En los primeros días después del parto la mujer vive una mezcla de sentimientos, que van de la euforia por el nacimiento del hijo al miedo e inseguridad en los cuidados que deben proveerle⁽²⁾.

En esta fase, la puérpera pasa por innumerables modificaciones y presenta necesidades particulares, requiriendo una asistencia calificada y humanizada por parte del equipo de salud, compuesto por enfermeros, técnicos de enfermería, médicos obstetras y pediatras, que atienden las demandas del binomio madre-hijo, valorizando la escucha activa y considerando las especificidades de cada caso durante la internación en el alojamiento conjunto⁽³⁾.

En este contexto, el cuidado del equipo de salud surge como base para la prevención de complicaciones, por medio del apoyo social físico, emocional e informacional, este último reforzando orientaciones que proporcionen a la mujer condiciones para cuidar de si y de su hijo.

La búsqueda de una atención humanizada a la mujer dentro de las maternidades, en lo que se refiere principalmente al período posparto, tuvo como facilitador la adopción del sistema de Alojamiento Conjunto (AC), en el cual la madre es estimulada a iniciar el proceso de amamantación y a establecer el vínculo afectivo madre-hijo pronto en la primera hora posparto, además de permanecer junto al recién-nacido de bajo riesgo hasta la alta hospitalaria de ambos^(3,4). Trabajando en esa perspectiva de la humanización, la asistencia a la puérpera debe comprenderla

de forma integral, considerando sus especificidades y valorizando los aspectos subjetivos (autonomía, protagonismo y corresponsabilidad) incluidos en la atención a la salud⁽⁵⁾.

Teniendo como enfoque el escenario del AC, la enfermería y demás profesionales de salud pueden y deben contribuir para la aplicación de este sistema al agregar a su práctica el cuidado humanizado y calificado al binomio madre-hijo, por medio de orientaciones y asistencia directa que posibiliten la prevención de posibles complicaciones, bien como su tratamiento precoz, educación en salud, autonomía y autocuidado⁽⁶⁾.

En ese contexto, el Ministerio de Salud instituyó, en el año 2000, el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento, objetivando mejorar el acceso, la cobertura, la calidad del acompañamiento prenatal y de la asistencia al parto y puerperio. A pesar de la creación de este programa y de otras políticas centradas para la mejoría de la asistencia a la mujer en el ciclo embarazo-puerperio, parece aún estar vigente el modelo biomédico del cuidado^(5,7).

Además de eso, las investigaciones desarrolladas en el inicio de la década actual sobre este asunto viene demostrando preocupación con los aspectos referentes a las cuestiones objetivas y subjetivas que envuelven la vivencia de la puérpera en ese período, además de algunos estudios evidenciar la cobertura deficiente y la asistencia de enfermería precaria y distante de la recomendada por los órganos oficiales de salud⁽³⁾.

Con eso, se torna cada vez más evidente la necesidad de estudios referentes a la asistencia a la salud del binomio madre-hijo en el contexto del período posparto, los cuales pueden guiar cambios en los servicios de atención a la salud de la mujer y en las prácticas de cuidar de los profesionales. Ese contexto, emergió como pregunta de este estudio: ¿Cómo se consolida

el cuidado por parte del equipo de salud a las puérperas y sus recién nacidos en el AC?

Ante lo expuesto, la relevancia de este estudio se hace, una vez que, a partir de las percepciones de las usuarias sobre el cuidado recibido en el puerperio inmediato, poder ofrecer elementos para el delineamiento de nuevos caminos en la asistencia a la madre y al recién nacido durante el posparto.

En esa perspectiva, el presente estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de puérperas de una maternidad pública acerca del cuidado ofrecido por el equipo de salud a ellas y a sus recién nacidos durante la internación en el alojamiento conjunto.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo. El escenario de estudio fue un Hospital Público de nivel secundario, referencia en asistencia materno-infantil, y que desarrolla programas y proyectos que buscan promover la humanización de la asistencia al parto en el municipio de Fortaleza-CE. La muestra fue compuesta por 20 puérperas, teniendo en consideración la recurrencia de las informaciones obtenidas por saturación teórica. Los criterios de elegibilidad para el estudio fueron: edad igual o mayor a 18 años, haber realizado parto normal en el centro obstétrico de la referida institución, y en internación en la unidad de alojamiento conjunto. Los criterios de exclusión fueron: puérperas con trastornos mentales o déficits cognitivos.

La obtención de las informaciones ocurrió en el período de Mayo a junio de 2012, por medio de entrevista semiestructurada, grabada, que contempló preguntas relacionadas sobre el cuidado recibido por las puérperas y sus recién nacidos de los profesionales de salud. Las entre-

vistas fueron realizadas en ambiente reservado de la unidad de alojamiento conjunto, distante del puesto de enfermería, de los profesionales y demás puérperas, para promover mayor privacidad a las participantes. La investigación fue iniciada después de la autorización de la institución y aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal del Ceará (UECE - parecer número 26941/2012; aprobado en mayo de 2012). Fueron respetados los aspectos ético-legales recomendados por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽⁸⁾; las puérperas aceptaron participar de la pesquisa y estuvieron de acuerdo con la grabación de las entrevistas, mediante firma del Termino de Consentimiento Libre y Esclarecido. Nombres ficticios fueron atribuidos a las participantes del estudio para garantizar el anonimato.

Los datos fueron analizados por medio de la técnica de análisis de contenido de Bardin⁽⁹⁾, compuesta de tres etapas: pre análisis exploración del material, tratamiento de los resultados e interpretación. El pre análisis consistió en la lectura exhaustiva de las entrevistas transcritas, analizadas conforme el objetivo del estudio. Para la exploración de los testimonios fue realizada la codificación, que consistió en el recorte de las unidades de registro y de contexto de las fallas de las participantes y agregación de los datos emergidos en categorías. En este estudio fueron identificadas tres categorías: Cuidados con el recién nacido; El (des)cuidado con la puérpera; Fallas estructurales de la maternidad. La interpretación y discusión de los datos fueron realizados con base en la literatura científica pertinente al tema.

RESULTADOS

De acuerdo con los testimonios de las mujeres y la repetición de los temas que emergieron

Rodrigues DP, Dodou HD, Lago PN, Mesquita NS, Melo LPT, Souza AAS. Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2014 Jun [cited month day year]; 13 (2): 227-38. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231>

del contenido de sus charlas fueron identificadas tres categorías, las cuales se encuentran descritas a continuación.

Cuidados con el recién nacido

En relación a los cuidados con el recién nacido, los discursos evidenciaron que la importancia de la lactancia materna, la toma correcta de la mama por el bebe y el posicionamiento del recién nacido se configuraron como orientaciones transmitidas por los profesionales de salud del AC, lo que se percibe en los siguientes testimonios:

“Amamantación hasta los seis meses, solo la leche de pecho. No dar agua ni jugo.” (Olivia)

“Ayudan a amamantar, enseñan a amamantar por ser el primero [...] Las ventajas de amamantar, que lo mejor es amamantar hasta los seis meses, solo el pecho. No necesito darle nada más, ni agua.” (Carla).

“En cuanto a la amamantación, que tomara el pezón [...], que asegurara para no detener la respiración del nene en el pecho, y que diera de mamar de instante en instante, cuando él quisiera.” (Fabiana)

“Con el bebe: no colocar para dormir conmigo, amamantar. Ahí enseñó que él tiene que coger la aréola del pecho toda para no lastimar [...]” (Renata)

“Los cuidados con el bebe fue en la parte de la mama, que era para ella asegurar más correctamente, para colocar todo el pezón del pecho para no

inflamar, para dar de mamar de 3 en 3 horas.” (Tatiana)

“Antes de dar de mamar que fuera a lavarme las manos [...] dijo que empujara bien el cuerpo y colocara la carita de ella y si ella no abre la boca, yo abriera un poquito la boca de ella y presionara el pecho que ella cogiera.” (Viviane)

Se percibe que el cuidado del equipo de salud involucró, principalmente, orientaciones sobre el período adecuado de amamantación exclusiva, y los cuidados que favorecieran esta práctica, lo que refuerza el interés y aclaración de los profesionales en cuanto a la importancia de la lactancia materna tanto para la madre como para el recién nacido.

En relación al decúbito adecuado después de la dieta y al riesgo de sofocamiento del bebe, apenas dos puérperas recibieron cada una, las siguientes orientaciones:

“La doctora dijo que no la colocarla boca abajo, porque la podía sofocar con el paño.” (Denise)

“Pero la orientación fue prácticamente de él [enfermero] y de una médica pediatra, que dijo que yo tenía que colocarla a ella de ladito en la cuna para ayudar a sacar la babita.” (Olivia)

El (des)cuidado con la puérpera

Por medio de algunos testimonios, se puede evidenciar la insatisfacción de las puérperas con la asistencia del equipo de salud en el alojamiento conjunto, en razón de la falta de interés y atención de los profesionales a sus necesidades, lo que llevó a la sensación de olvido y abandono, mientras que la atención

realizada en la sala de parto aconteció de forma más diferenciada:

“Aquí en el alojamiento conjunto la atención yo ya no la encontré así tan igual a la que era allá [sala de parto], [...] allá es mucho más comfortable, las personas también, ya aquí hay unas personas que yo no sé si están bien informadas o no, así, que usted no siente que tiene una buena voluntad de querer hacer, de ayudarle, ¿no? Porque allá [sala de parto] es diferente, usted tiene toda una atención, ellos le tratan con toda educación [...]” (Denise)

“Falta de atención. El paciente pregunta las cosas, no responden adecuadamente.” (Fabiana)

“Aquí [alojamiento conjunto], yo solo tuve, un pequeño contratiempo ¿sabe? Porque cuando la gente viene de la sala de parto para acá, la gente viene aún con la entrada del suero, viene con sangrado y todo, queda en la camilla... Llegué en la noche, así, yo tuve que buscar hacer mi aseos sola, para quitar la cosa del suero tuve que buscar a alguien y pedir que me lo quitara. ¡Listo! Después de que llegue aquí, yo me sentí olvidada.” (Bruna)

“Lo que me desagradó fue llegar aquí (alojamiento conjunto) es la demora para cambiar la ropa de cama.” (Tatiana)

Además de expresar su insatisfacción con el cuidado prestado por el equipo, dos de las declarantes anteriores también sugirieron mejoras para este aspecto:

“La sugestión que yo tengo para dar es esa: La atención! Cuando la gente viene para el alojamiento conjunto que sea tan importante como la de la sala de parto, porque la gente está aquí, pero aún está sangrando, está sujeto [vulnerable], aun necesitando de cuidados, porque la ropa de cama quedan sucios mucho tiempo, usted no tiene como cambiarla. Tiene que haber atención de un profesional para observar esto, y saber que la gente viene de la sala de parto sangrando mucho, y generalmente se ensucia muy rápido, entonces es importante que la gente tenga ropa de cama limpia, porque en las primeras horas la gente está muy débil.” (Bruna)

“[...] Cuando la gente pregunte una cosa, responder adecuadamente, porque ellos no responden, ¿sabe?” (Fabiana)

A pesar de las puérperas no haber sido cuestionadas en cuanto a los cuidados que recibieron de los profesionales de la sala de parto, algunas participantes relataron haber sido orientadas en relación a la higiene íntima y a la atención para el calendario de vacunación del niño, ratificando el abordaje diferenciado de la sala de parto en relación al AC.

“[...] las auxiliares y el médico me dijeron en cuestión de los aseos, como tengo que hacer, como es que tenía que ser la higiene, porque yo fui suturada, y dijo que yo tenía que acompañar las vacunas del niño todo adecuadamente.” (Bruna)

“De orientación yo no recibí, yo solo recibí allá [sala de parto], cuando ter-

minó el parto la enfermera de allá me orientó como debería hacer el aseo hasta porque yo quede con algunos puntos. Toda la orientación fue allá.” (Denise)

Algunos relatos realzaron la falta de orientaciones en el período posparto por los profesionales del AC en cuanto a los cuidados más específicos que la puérpera debería tener consigo. Además de esto, a pesar de algunos testimonios haber inferido la ausencia de orientaciones en el sector, evidenciaron la preocupación de los profesionales, nuevamente, en cuanto a la práctica de amamantación.

“[...] De cuidados con el nene y conmigo no me dijeron nada. Yo hice todo porque ya sabía.” (Gabriela)

“[...] No recibí ninguna orientación aún.” (Sílvia)

“[...] De orientación aquí yo no recibí, yo solo recibí allá [sala de parto].” (Denise)

“Venían para ver si estaba todo limpio, para ver si estaba amamantando. Una orientación adecuada pienso que no, pero yo imagino que ellas se quedan viendo. Si alguien tiene alguna dificultad, ellas preguntan.” (Larissa)

“Yo recibí una ayuda para amamantar porque yo tenía dificultad, porque no estaba cogiendo el pecho. Ellas venían, ayudaban, pero nada de orientación.” (Patrícia)

“Después de que llegué aquí [alojamiento conjunto] en él, porque ellos ya vienen cuidando de la gente, van

viendo el niño, limpiando el ombligo del nene, revisando a la gente... Pero la cuestión de orientación es cuando la gente sale, ellas dicen que después que la gente firma para salir ellos dicen como la gente va a hacer en casa. Pero ellos vinieron aquí para ver si estaba haciendo la amamantación correctamente, si estaba cogiendo el pecho correctamente.” (Bruna)

Una de las orientaciones enfatizadas en el AC fue en relación a la práctica de la amamantación y cuidados con las mamas: las madres fueron orientadas a realizar ordeño para facilitar la bajada de la leche, como también a tomar baños de sol para evitar fisuras. Esto es evidenciado en las charlas a seguir, reforzando que la atención del equipo de salud está más centrada en los aspectos relacionados a la lactancia materna:

“Yo estaba con poca leche, no estaba ni consiguiendo colocar en un vaso. Ella vino, me orientó a hacer masaje.” (Marília)

“Ellas explicaron, enseñaron como es la amamantación. Yo pensaba hasta que no tenía leche, en ese momento ellas me explicaron, yo hice a masaje hasta que la leche comenzó a salir. Masajeando aquí el pecho, [...] así, alrededor.” (Helena)

“Y cuando fuera para casa tomara sol para ella [bebe] y para mis pechos.” (Tatiana)

“[...] hacer masaje, bañar con jabón para no resecar, no quedar dolorida.” (Renata)

Otros relatos evidenciaron que informaciones puntuales como precaución con la deambulaci3n, comportamiento adecuado en el resguardo, reposo posparto por 30 d3as y uso de preservativos para evitar el embarazo fueron transmitidas.

"[...] que yo no me pod3a levantar r3pido, ten3a que primero sentarme para despu3s andar. No me pod3a mover mucho que yo pod3a tener mareo."
(Nat3lia)

"Cuando fuera para el ba3o, pasara un buen tiempo sentada en la cama, para no levantarme de una vez." (3rica)

"Ellos me orientaron aqu3 para no cargar peso. Tamb3n, inclusive, la cuesti3n durante el resguardo, los treinta d3as en casa, cuidarme, usar preservativo para no embarazarme durante la amantaci3n." (Carla)

Fallas estructurales de la maternidad

La falta de estructura f3sica adecuada, de ventilaci3n, de limpieza y de materiales se configura como el mayor problema relatado por las pu3rperas durante la asistencia hospitalaria.

"Aqu3 la sala es muy peque3a para tres camas, queda muy apretada y hace mucho calor tamb3n. Podr3a tener m3s ventiladores tamb3n." (Ol3via)

"El cuarto es muy caliente, acaba siendo incomodo, la gente ve que eso es un reclamo de casi todo mundo, ¿sabe? [...] los ba3os, yo creo que podr3an ser un poquito mejor, porque la gente que queda aqu3, necesita hacer una

asepsia, necesita de una estructura mejor." (Denise)

"[...] ¿Est3 viendo no, la aglomeraci3n? ¡Mucha cama! Aqu3 era para tener m3ximo cuatro camas, los ventiladores son inmundos..." (Gabriela)

"Falta mucha cosa higi3nica, faltan toallas, esas cosas as3." (S3lvia)

"La falta de limpieza. Deb3a ser m3s limpio, ¡el ba3o a veces est3 muy sucio!"
(Renata)

A pesar de resaltar las fallas en la estructura de la maternidad, las pu3rperas contribuyeron con sugerencias para mejorar la calidad de la asistencia ofrecida. Entre las sugerencias est3n: aumento de la estructura f3sica de la instituci3n, ampliaci3n del n3mero de camas y ba3os, mejor3a de la ventilaci3n y limpieza de las enfermer3as:

"Que colocaran m3s ventilador [...] que fuera m3s aireado." (Nat3lia)

"Yo creo que es m3s aqu3 en las enfermer3as, yo creo que la cuesti3n del espacio tamb3n, el hospital deber3a, y el gobierno tamb3n, tener un proyecto para aumentar el hospital, porque la mayor3a de los partos est3n siendo hechos aqu3, usted ve como es el apret3n, ¿no? Son muchas mujeres con bebe, mal sale una y, a veces, ya llegan dos, tres, y solo hay una cama, no tienen donde colocar... Es la dificultad del espacio. Adem3s de esto, es muy caliente, los bebes lloran mucho por causa del calor." (Carla)

“En este caso, lo que yo sugeriría [...] aquí para local de las camas. [...] Los baños yo creo que podrían ser un poquito mejores [...]” (Denise)

DISCUSIÓN

La maternidad implica la transición del papel de mujer para el de madre. Para tanto, la mujer necesita adaptarse, tanto física cuanto emocionalmente, a las alteraciones propias del ciclo embarazo-puerperio. En ese contexto, el equipo de salud debe comprender estas adaptaciones y realizar una evaluación con eficiencia, con objetivo de auxiliarla en la adopción de este nuevo papel⁽¹⁰⁾.

Durante la transición al parentesco materno, el enfermero es el profesional que más interviene junto a las mujeres, contribuyendo para la adopción del papel materno, y sus intervenciones se deben orientar para la capacitación de la mujer a cuidar del niño, la construcción de la consciencia y de la capacidad de respuesta para la interacción con el hijo y la promoción del vínculo materno-infantil⁽¹¹⁾.

En el escenario del AC, el contacto más estrecho entre madre e hijo hace que se fortalezcan los lazos afectivos, permitiendo que esta observe y cuide constantemente del recién nacido, conociéndolo mejor. En este contexto, el equipo de enfermería puede promover el entrenamiento materno por medio de demostraciones prácticas de los cuidados esenciales al binomio madre-hijo⁽³⁾.

Este estudio evidenció que el equipo de salud priorizó como cuidados al recién -nacido las informaciones relativas a la lactancia materna, enfocando la importancia de la amamantación exclusiva hasta los seis meses y orientaciones de cómo amamantar (toma de la mama por el

bebe y su posición durante la amamantación, lo que contribuye para la prevención de complicaciones como mastitis e ingurgitación, las cuales pueden interferir negativamente en el evento de la amamantación.

La lactancia materna es fundamental para la promoción y protección de la salud integral de la mujer y del niño, una vez que la leche humana es considerada alimento ideal en los primeros meses de vida del bebe en virtud de sus propiedades nutricionales y anti-infecciosas, además de las ventajas psicosociales para el binomio madre-hijo⁽¹²⁾.

La orientación adecuada y el apoyo a la madre por parte del equipo de salud en el inicio de la amamantación son fundamentales para evitar problemas y favorecer el éxito del proceso de lactancia. Son tecnologías sencillas, sin sofisticación, fáciles de ser ejecutadas en la práctica clínica y que pueden contribuir para el establecimiento y manutención de esta práctica^(1, 13).

En este estudio también fue posible identificar la insatisfacción de algunas mujeres con la asistencia recibida en el alojamiento conjunto, en razón de la falta de interés y atención del equipo de salud a sus necesidades, además de la carencia de orientaciones sobre los cuidados que las púerperas deberían tener consigo y con su recién nacido, concentrándose en orientaciones relativas a la amamantación. A pesar del recién nacido demandar cuidados bastante específicos, se observó en este estudio que orientaciones importantes como higiene, baño, estimulación psicomotora, entre otros, fueron negligenciadas a las púerperas, lo que puede reflejar negativamente en los cuidados desempeñados por la madre en el puerperio tardío.

Se evidenció por medio de los testimonios de las púerperas que el alojamiento conjunto, como espacio de orientación y preparación de la madre para los cuidados consigo y con su bebe, presenta deficiencias en cuanto a la

transmisión de algunas orientaciones, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, siendo las informaciones transmitidas de forma no diluida durante el período de internación.

Esto corrobora que los profesionales han actuado sobre una visión biologicista y fragmentada, negligenciando muchas veces actividades educativas tanto en ámbito individual como colectivo⁽¹⁴⁾.

Los discursos de las participantes también sugirieron la poca valorización del diálogo, la fragilidad del vínculo profesional-puérpera, bien como la atención ineficaz de algunas demandas particulares.

En un estudio sobre la asistencia de enfermería a la puérpera fue apuntado que la valorización de la escucha y del diálogo en las relaciones interpersonales con el equipo de enfermería fueron factores imprescindibles para la satisfacción de las usuarias. Aspectos como: respeto, escucha, atención y atendimiento de las necesidades mínimas por el equipo de salud fueron relatados como esenciales para la calidad asistencial⁽³⁾.

La falta de orientaciones por los profesionales de salud a la mujer, en el puerperio es algo que debe ser revertido en la perspectiva de la humanización⁽⁴⁾. Esto demanda reflexiones sobre la actuación de los profesionales en este período, pues la presencia de conocimientos esenciales podría apoyar la puérpera a enfrentar esta fase de la vida con más seguridad⁽¹⁵⁾.

La educación en salud pasa entonces a constituirse como una estrategia potencializadora del cuidado de enfermería en el ciclo gravídico-puerperal, siendo capaz de promover la adopción de medidas importantes y benéficas para la salud materna e infantil⁽¹⁶⁾.

Es relevante destacar la importancia del papel del enfermero frente a la atención a la mujer en el posparto, por medio de una asistencia integral, calificada y humanizada, centrada

en las necesidades de la mujer, prestando el apoyo necesario en su proceso de reorganización frente a las modificaciones advenidas con la maternidad⁽¹⁷⁾.

El acompañamiento de la mujer en el posparto exige examen físico diario, de modo a evaluar e identificar las posibles anormalidades, adaptaciones fisiológicas y comportamentales que ocurren en el puerperio, preparar la mujer para cuidar de si y del recién nacido y detectar posibles complicaciones, generando confort y seguridad^(3,4).

Se destaca también, en este estudio, que algunas informaciones, aunque importantes, fueron transmitidas de forma puntual, como la precaución que las puérperas deberían tener al levantarse de la cama, el reposo posparto y el uso de preservativos. No se observó, sin embargo, el énfasis en la importancia de la deambulación precoz.

La paciente debe ser aconsejada a deambular precozmente después del parto, observando sus condiciones de salud, para que ocurra la involución uterina adecuada, promoviendo el descenso de los líquidos, mejorando el funcionamiento de la vejiga y del intestino y también la circulación sanguínea, previniendo la trombosis.

Aunque el alojamiento conjunto sea un espacio para facilitar la construcción de vínculos entre madre e hijo, instrumentalizar la mujer para el propio cuidado y de su hijo, es posible constatar que, muchas veces, los profesionales desarrollan acciones fragmentadas y de baja calidad, predominando posturas autoritarias y una asistencia que subestima las necesidades de las mujeres⁽⁴⁾.

El cuidado a la mujer, en el alojamiento conjunto, requiere entonces una comprensión ampliada acerca de su contexto de vida, del momento de transición vivenciado, de las necesidades expresadas, bien como de su particularidad como un ser único, capaz de realizar sus

elecciones, de forma consciente y responsable. Esto implica establecer relaciones singulares, con fortalecimiento del acogimiento y humanización del cuidado⁽⁶⁾.

En el modelo de atención humanizado, la mujer es considerada el sujeto de todas las acciones relacionadas a su salud, por medio del compartir las decisiones entre esta y los profesionales de la salud, destacándose el enfermero. Se entiende que este profesional posee un papel importante en el rescate del derecho de las mujeres de participar de las decisiones y problemáticas advenidas durante el ciclo embarazo-puerperio^(14,16).

Hay, por tanto, una necesidad urgente de modificaciones en la práctica y en el modo de cuidar, que traigan a tono, no solo mejoramiento de los procedimientos técnicos, si no también valores e iniciativas humanizadoras que impliquen nuevas posturas, aceptando las mujeres como sujetos con necesidades, deseos y emociones singulares⁽¹⁸⁾.

Con los testimonios, se revelaron también problemas estructurales y organizacionales de la institución, factores que interfirieron en la calidad de la asistencia percibida por las púerperas.

Las dificultades estructurales, la falta de materiales en cantidad y cualidad suficientes para la prestación de un cuidado adecuado, como también la imprevisibilidad de esos recursos y equipamientos dificultan el planeamiento de las acciones de asistencia a la salud, colocan los usuarios en situación embarazosa y generan insatisfacción para todos. El acceso y el acogimiento son puntos esenciales para la atención en salud, con todo, los problemas constantemente vividos por los servicios de salud como, áreas físicas pequeñas, inadecuadas, insuficiencia de material y equipamientos necesarios para la atención, además de recursos humanos insuficientes y a veces no preparados ocasionan una atención precaria y deshumanizada⁽¹⁹⁾.

La humanización de la asistencia a la salud es una demanda actual y creciente en el contexto del cuidado a la mujer en el ciclo embarazo-puerperio. Para el Ministerio de la Salud esa humanización incluye también el ambiente hospitalario que cubre tanto el espacio físico como el social, profesional y de relaciones, que debe ser acogedor, humano y resolutivo. Además de esto, el espacio debe ofrecer al sujeto confort e individualidad, incluyendo el color, olor, sonido, iluminación y forma, cubriendo las necesidades del usuario, del trabajador y de la comunidad. Este debe facilitar la producción del cuidado y la recuperación de quien utiliza ese espacio^(3,20).

CONCLUSIÓN

A pesar de la maternidad utilizada como escenario de ese estudio ser referencia en la asistencia materno-infantil y desarrollar programas y proyectos que buscan promover la humanización de la asistencia al parto, es visible que eso no ejerció gran influencia en la asistencia promovida al puerperio inmediato. Eso se debe a la poca valorización dada por muchos profesionales de salud a las demandas emergentes del puerperio, especialmente las relativas a la subjetividad femenina, que se alteran con la llegada de un hijo, y son dictadas según el contexto sociocultural y emocional de cada mujer. Ese estudio trae contribuciones para el área de salud de la mujer y para la investigación científica en la enfermería, en la medida en que demuestra la necesidad de significativos cambios en la asistencia al puerperio, y en la estructura y organización de las maternidades públicas.

Ante los resultados de ese estudio, se recomienda transformaciones en el cuidado promovido a las púerperas y sus hijos en el alojamiento conjunto, que contemplen una atención mayor del equipo de salud para las especificidades de

esas mujeres, comportamiento más humanizado de algunos profesionales y mayores orientaciones en cuanto al cuidado que la puérpera debe tener consigo y con su hijo.

Además de eso, se hace necesario no solo un cambio de postura de aquellos que prestan asistencia a esas mujeres, sino también una adaptación de la maternidad en busca de ofrecer buenas condiciones estructurales y organizacionales para que ocurra un cuidado digno y humano. Para que eso se torne posible es necesaria una gestión hospitalaria comprometida con la calidad de la atención ofrecida, siendo imprescindible el apoyo gubernamental a través de un planeamiento que considere la salud materna como un eje que necesita de atención, recursos e inversiones.

CITAS

1. Strapassom MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):521-528.
2. Lima-Lara A, Fernandes R. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. *Online Braz J Nursing* [serial on the Internet]. 2010 June 17 [Cited 2013 January 8]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2815>.
3. Moura MAV, Costa GRM, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18(3): 429-34.
4. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev esc enferm USP.* 2008; 42(2): 347-54.
5. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção humanizada e qualificada. Manual Técnico. Brasília (DF); 2006.
6. Pimpão FD, Kerber NC, Francioni FF, Rangel RF, Lunardi Filho WD. O cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(2): 562-7.
7. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
8. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.
10. Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturi K. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa cuidado. *Esc Anna Nery.* 2009; 13(3): 609-16.
11. Graça LCC, Figueiredo MCB, Carreira MTC. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Rev Esc Ref.* [periódico na internet]. 2011; [citado 2012 nov 15]; 4(3): 27-35. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832011000200003&script=sci_arttext
12. Andrade MP, Oliveira MIV, Bezerra Filho JG, Bezerra MGA, Almeida LS, Veras MAC. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. *Rev. Rene.* 2009; 10(1): 104-13.
13. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev esc enferm. USP* [periódico na internet]. 2012; [citado 2013 jan 06]; 46(4): 809-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/04.pdf>.
14. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini, SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc e Saúde Colet.* 2009; 14(1): 1347-57.
15. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc. Anna Nery* [periódico na internet]. 2010; [citado 2013 jan 06]; 14(1): 83-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13.pdf>.
16. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4): 807-14.

17. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Rev. enferm. UERJ. 2009; 17(2): 165-9.
18. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Interface. 2008; 12(24): 35-46.
19. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [periódico na internet]. 2009; [citado 2012 nov 15]; 11(1): 151-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a19.htm
20. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: ambiência. Brasília 2004.

Dafne Paiva Rodrigues: Elaboración del Proyecto de Investigación, Análisis de los datos de la investigación, Elaboración del artículo

Hilana Dayana Dodou: Elaboración del Proyecto de Investigación, Recolección y análisis de los datos de la investigación, Revisión Bibliográfica, Elaboración del artículo

Pamela Nery do Lago: Recolección de los datos de la investigación, Revisión Bibliográfica, Elaboración del artículo

Nayara Souza Mesquita: Recolección de los datos de la investigación, Revisión Bibliográfica, Elaboración del artículo

Laura Pinto Torres de Melo: Recolección y análisis de los datos de la investigación, Revisión Bibliográfica, Elaboración del artículo

Albertina Antonielli Sydney de Souza: Revisión Bibliográfica, Elaboración y revisión del artículo

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolección, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que influya en la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 27/02/2013

Revisado: 29/04/2014

Aprobado: 29/04/2014