



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Representaciones sociales de mujeres sobre embarazo, puerperio y acciones educativas

Dafne Paiva Rodrigues<sup>1</sup>, Eryjosy Marculino Guerreiro<sup>1</sup>, Márcia de Assunção Ferreira<sup>2</sup>, Ana Beatriz Azevedo Queiroz<sup>2</sup>, Delano Franco da Costa Barbosa<sup>3</sup>, Ana Virginia de Melo Fialho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Estatal del Ceará, Fortaleza

<sup>2</sup> Universidad Federal de Rio de Janeiro

<sup>3</sup> Alcaldía Municipal de Caucaia

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las representaciones sociales de puérperas sobre la educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal. **Método:** Estudio descriptivo guiado por la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado en nueve Centros de Salud de la Familia de Fortaleza, Ceará. Los sujetos de la pesquisa fueron usuarias registradas en uno de los referidos centros, en período de posparto, mayores de 18 años, con mínimo seis consultas prenatal y una consulta puerperal. Se utilizó el Test de Asociación Libre de Palabras. **Resultados:** Las primíparas asocian acciones educativas con educación familiar. En cuanto a las multíparas, tienen en sus evocaciones representaciones de las acciones de salud prestadas por el médico, cursos y palestras. **Discusión:** Las multíparas pasan por un proceso de resignificación de su experiencia después de las consultas. Se impone el saber científico y desvaloriza el saber popular. **Conclusión:** Es preciso resignificar las acciones educativas para que sean entendidas como vehículo de construcción de saberes, rompiendo la tradicional concepción de transmisión y reproducción.

**Descriptor:** Educación en Salud; Enfermería; Mujeres; Embarazo; Período de Posparto.

## INTRODUCCIÓN

Las políticas de la salud de la mujer enfatizan a lo largo de los años la necesidad de educar en salud durante todo el ciclo gravídico-puerperal por tratarse de un momento nuevo, único y lleno de modificaciones en la vida de la mujer y de su familia.

En 1984, el Ministerio de la Salud elaboró el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), que incorporó como principios y directrices las propuestas de descentralización, jerarquización y regionalización de los servicios, tanto como la integralidad y la equidad de la atención<sup>(1)</sup>. Sin embargo, una de las mayores críticas al programa es que no fue de hecho regionalizado, a pesar de haber sido un marco en las políticas de salud de la mujer, fruto principalmente de los movimientos feministas.

En el año 2000, el Ministerio de la Salud instaura el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN), si guien dolos principios inicialmente presentados en el PAISM para garantizar una mejor asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, todavía, adoptando un concepto de salud más amplio. El PHPN trae la perspectiva de la mujer como sujeto promotor de su salud y la garantía de sus derechos reproductivos, siendo la humanización de la asistencia su principal estrategia<sup>(2)</sup>.

Algunos años más tarde, en 2004, una conquista más es alcanzada en el ámbito de la salud de la mujer con la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM), que tuvo como ejes guía: La promoción de la salud, el género y la integralidad. Uno de sus objetivos es promover la mejoría de las condiciones de vida y salud de las mujeres brasileñas, mediante la garantía de derechos legalmente constituidos y ampliación del acceso a los medios y servicios de promoción, prevención, asistencia y recuperación de la salud en todo el territorio<sup>(1)</sup>.

Ese acceso fue ampliado a través de la Política Nacional de Atención Básica, en 2006, que propuso la creación de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), permitiendo la reorientación del modelo biomédico, y por medio de la Política Nacional de Promoción de la Salud, la cual establece la operacionalización de la promoción de salud, tomando como objeto los problemas y necesidades de salud, sus determinantes y condicionantes<sup>(3)</sup>.

Vale destacar aun la Red Cigüeña, implantada mediante la ley nº 1.459, la cual asegura a la mujer el derecho a la atención humanizada durante todo el ciclo gravídico-puerperal y en todos los niveles de atención. Ese modelo de atención al parto y al nacimiento fue inspirado en la calificación de las maternidades y en el programa Cigüeña Carioca, que busca la reducción de la mortalidad materna e infantil e incentiva el prenatal en la ESF mediante hospedaje, visita a la maternidad, atención prenatal y transporte<sup>(4)</sup>.

En cuanto a la ESF, presenta como idea central una práctica educativa que busca la promoción de salud por medio de un conjunto de actividades orientadas a mejorar las condiciones de bienestar y acceso a bienes y servicios sociales. Cuenta con el soporte de estar ubicada en el territorio de la comunidad a ser atendida y con equipo multidisciplinar, además de considerar la contextualidad, integralidad y educación en salud en todas las actividades desarrolladas<sup>(5)</sup>.

De esa forma, la educación en salud puede ser vista como importante herramienta para promover la emancipación del sujeto, en el caso que los envueltos en el proceso la perciban como posibilidad de transformación y desarrollen acciones educativas que favorezcan el fortalecimiento de la autonomía.

La educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal involucra las usuarias con papel de destaque, por ser el centro de proceso educativo, posibilitando inferir la existencia de representa-

Rodrigues DP, Guerreiro EM, Ferreira MA, Queiroz ABA, Barbosa DFC, Fialho AVM. Social representations of women in pregnancy, postpartum, and educational actions. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 911-22. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4287>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134287>

ciones en ese grupo. Se entiende, por lo tanto, que la forma de expresión de las puérperas en el proceso educativo proporciona direccionamientos acerca de la educación en salud en la gestación y en el puerperio.

En este sentido, el objeto de la pesquisa es la educación en salud sobre la mirada social de los significados, considerando los individuos como portadores de un saber construido y compartido socialmente por la interacción<sup>(6)</sup>.

Se adoptó la Teoría de las Representaciones Sociales como la posibilidad teórica capaz de guiar como los individuos actúan sobre la realidad, específicamente las usuarias sobre la educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal, teniendo como base un sistema de valores definido bajo la influencia social.

Para generar representaciones sociales, el objeto debe tener suficiente relevancia cultural o espesura social. Debe ser un fenómeno para el conjunto social escogido para representarlo, estando implicado, de forma consistente, en alguna práctica del grupo, detectado en comportamientos y comunicaciones que de hecho ocurran sistemáticamente<sup>(7)</sup>. Así, entendiendo la educación en salud como fenómeno social, se tiene como objetivo de este estudio: Aprender las representaciones sociales de puérperas sobre la educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal.

## MÉTODO

Se trata de un recorte de la disertación titulada "Representaciones sociales de puérperas sobre la educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal". Estudio descriptivo guiado por el abordaje procesal de la Teoría de las Representaciones Sociales<sup>(6,8)</sup>.

El estudio fue desarrollado en nueve Centros de Salud de la Familia (CSF) de la Secretaria

Ejecutiva Regional (SER) IV del municipio de Fortaleza, Ceará. Los sujetos de la investigación fueron el grupo de usuarias que atendieron a los criterios de inclusión: Registradas en uno de los centros, que estuvieran en el período posparto, mayores de 18 años, que realizaron mínimo seis consultas de prenatal y una consulta puerperal. El criterio de exclusión fue: Mujeres que salieron del área de cobertura del CSF, por cambio de dirección, en el período de la recolección de datos.

Se escogió mujeres en puerperio porque podrían relatar su vivencia durante todo el ciclo, que tuvieran mínimo seis consultas de prenatal, por ser este el recomendado por el Ministerio de Salud<sup>(9)</sup> y una consulta puerperal por el número reducido de usuarias que realizan consultas puerperales<sup>(10)</sup>. Participaron de esta pesquisa 115 puérperas, divididas en dos grupos: 54 primíparas y 61 multíparas.

La entrada en los locales de investigación fue efectuada después del parecer de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual del Ceará, con número: 26905, de 14 de mayo de 2012, y autorización emitida por el Sistema Municipal de Salud escolar y por el Distrito de Salud/Atención Básica de la SER IV, de acuerdo con la resolución n° 196/96, que regula la pesquisa con seres humanos<sup>(11)</sup>. Mediante autorización del estudio, la recolección de datos ocurrió entre los meses de mayo a julio de 2012.

Hubo un contacto inicial entre investigadores e investigadas en los CSF y en las residencias, por intermedio de los agentes comunitarios de salud. El contacto fue exitoso por esclarecimiento, que comprendió la presentación de los investigadores y la explicación a las investigadas del que se pretendía hacer y el porqué, asegurando el anonimato de sus respuestas, así como, la importancia de sus contribuciones, ofreciéndoles, al final, la libertad para participar o no del estudio. La aceptación implicó la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Fue uti-

lizado un instrumento de producción de datos para trazar un perfil socio familiar demográfico y obstétrico de las participantes y, posteriormente, el Test de Asociación Libre de Palabras (TALP).

El TALP es caracterizado por ser una técnica proyectiva que favorece los individuos a revelar el contenido latente de la memoria en relación a un objeto determinado implícito, muchas veces, en sus testimonios. El procedimiento de aplicación es bastante simple, bastando pronunciar delante del sujeto una o más palabras, denominadas inductoras. En respuesta, el sujeto debe verbalizar lo más rápido posible las primeras palabras que le vienen a la mente. Se debe tener el cuidado de no permitir que haya tiempo para elaboración de las respuestas, estas deberán ser enunciadas lo más rápido posible<sup>(12)</sup>.

Las palabras inductoras escogidas para este estudio fueron cuatro: Acciones educativas; embarazo; resguardo; acciones educativas en el embarazo y en el resguardo. Las palabras fueron escogidas con búsqueda a la aproximación del lenguaje simple y fácilmente entendido por las usuarias.

Después la aplicación del test, para cada estímulo inductor fue creado un diccionario en que fue insertado todo el repertorio de respuestas evocadas por toda la muestra con relación al respectivo estímulo inductor. En seguida, las respuestas fueron organizadas por orden alfabético para verificación de las respuestas más frecuentes y agrupamiento de aquellas de mayor frecuencia a las palabras que poseían la misma similaridad semántica, pero que aparecieran aisladamente o poseían frecuencia estadísticamente irrelevante. Una vez organizados los diccionarios, fue construido el banco de datos<sup>(12-13)</sup>.

Fueron escogidas tres variables fijas: paridez, escolaridad y edad. El procesamiento de los datos fue realizado a través del *software* Trideux 5.1, que permite el análisis factorial de corres-

pondencia de los datos. Con el programa fue posible verificar correlaciones entre los grupos, así como visualizar las relaciones de atracción y de escogencia entre los elementos del campo representacional al propósito del objeto<sup>(12,14)</sup>. El Trideux evidencia las variables fijas en columnas y las modalidades o variables de opiniones en líneas, que se confrontan y se revelan gráficamente en la representación del plan factorial<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

### *Perfil sóciofamiliar demográfico y obstétrico de las participantes del estudio*

Los datos provenientes de la captación del perfil de las 115 mujeres que realizaron el TALP fueron sometidos a tratamiento estadístico por frecuencia simple y porcentual, y organizados en tablas capaces de propiciar su visualización y entendimiento (Tablas 1 y 2).

**Tabla 1:** Clasificación de las participantes de acuerdo con las variables sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2013

Variables sociodemográficas	Frecuencia	%
<b>Edad</b>		
18-25 años	54	46,9
26-33 años	39	33,9
34-41 años	22	19,1
<b>Compañero</b>		
Si	66	57,4
No	49	42,6
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	1	0,9
Educación fundamental incompleta	32	27,8
Educación fundamental completa	14	12,2
Educación médio incompleta	29	25,2
Educación média completa	30	26,1
Educación superior incompleta	4	3,5
Educación superior completa	4	3,5
Posgrado	1	0,9

Trabajo remunerado		
Si	67	58,3
No	48	41,7
Total	115	100

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

En lo que respecta al perfil sociodemográfico, la Tabla 1 destaca que hubo variación de las edades de 18 a 41 años, predominando el grupo de edad entre 18 y 25 años (46,9%), con menor frecuencia de puérperas con edad encima de 33 años (19,1%). En relación a vivir con compañero o no, la mayoría vivía con compañero (57,4%), siendo 35 mujeres casadas y 31 en situación de unión estable, mientras que 42,6% no tenía compañero.

En lo que se refiere a la escolaridad, 27,8% poseía educación básica incompleta, 26,1% educación media completo y 25,2% educación media incompleta. Solamente una (0,9%) puérpera curso pos graduación. En cuanto al trabajo remunerado, más de la mitad (58,3%) poseía algún trabajo remunerado, seguida de las mujeres que no poseían cualquier trabajo con remuneración (41,7%).

Las profesiones ejercidas por orden de representatividad de las mujeres fueron: Actividades en el propio hogar (42), empleadas domésticas (19), estudiantes (9), costureras (5), vendedoras (4), empleadas domésticas (3), niñeras (3), cocineras (2), manicuristas (2), comerciantes (2), promotoras de ventas (2), artesanas (2), meseras (2), servidoras públicas (2), auxiliar de producción (1), nutricionista (1), agricultora (1), asistente (1), operadora *Call Center* (1), recepcionista (1), gerente de almacén (1), sector administrativo (1), ambulante (1), copera (1), pedagoga (1), cajera (1), servicios generales (1), distribuidora (1), auxiliar de cocina (1), auxiliar de oficina (1), bordadora (1), celadora (1) y auxiliar de costura (1).

**Tabla 2:** Clasificación de las participantes de acuerdo con las variables obstétricas. Fortaleza-CE, 2013

Variables obstétricas	Frecuencia	%
<b>Paridez</b>		
Primípara	54	47
Múltipara	61	53
<b>Nº de consultas de prenatal</b>		
6	26	22,6
7	14	12,2
8	24	20,9
9	34	29,6
10	10	8,7
Mas de 10	7	6,1
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	40	34,8
Cesáreo	75	65,2
<b>Nº de consultas puerperales</b>		
1	102	88,7
2	13	11,3
<b>Enfermedad o agravio de salud</b>		
Si	17	14,8
No	98	85,2
<b>Complicaciones en el ciclo gravídico-puerperal</b>		
Si	25	21,7
No	90	78,3
Total	115	100

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

La Tabla 2 presenta el perfil obstétrico de las puérperas del estudio, y evidencia que la mayoría era múltipara (53,0%), realizó nueve consultas de prenatales (29,6%), tuvo tipo de parto cesáreo (65,2%), compareció a una consulta puerperal (88,7%), no poseía cualquier enfermedad o agravio de salud (85,2%) y ni tuvo complicaciones en este ciclo gravídico-puerperal (78,3%).

En cuanto a las 14,8% que refirieron alguna enfermedad o agravio de salud, seis presentaron algún tipo de alergia (rinitis, sinusitis, asma), cuatro eran hipertensas, dos eran colecistectomizadas, dos sufrieron de anemia, dos de epilepsia/convulsiones, una de enfermedad celíaca, una era diabética y una presento cuadro depresivo.

En relación a las complicaciones en el ciclo gravídico-puerperal, que atacaron 21,7% de las

puérperas, se puede citar: Hipertensión arterial (9), amenaza de aborto (4), diabetes gestacional (3), infección urinaria (3), preeclampsia/eclampsia (3), convulsiones (1), desprendimiento prematuro de placenta (1), mioma (1), sufrimiento fetal (1), embarazo gemelar (1), infección renal (1) y conjuntivitis (1).

Vale resaltar el cuantitativo de partos cesáreos (75), a pesar del número reducido de mujeres que sufrieron complicaciones en la última gestación, parto y puerperio (25).

### **Análisis factorial de correspondencia: Evocaciones emitidas por las puérperas**

Para esta análisis, fueron utilizadas las 1.422 palabras evocadas en el TALP como enriquecedoras en la búsqueda por la comprensión de las representaciones sociales de puérperas sobre la educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal. Los estímulos inductores o variables de opinión utilizados fueron: Acciones educativas; embarazo; resguardo; y acciones educativas en el embarazo y en el resguardo (Cuadro 1).

El Gráfico 1 representa los dos ejes, Factor 1 (F1) en el eje horizontal y Factor 2 (F2) en el eje vertical. El Factor 1 se encuentra representado con destaque en negrilla, mientras que el Factor 2, por destaque itálico. Las variables fijas (paridez, escolaridad y edad) están representadas en letras mayúsculas.

En el F1, línea horizontal, en el lado derecho del plano, se encuentra la palabra más representativa y su correspondencia por factor (CPF), construida por las primíparas (CPF: 281) en relación al estímulo acciones educativas, al saber: Educación (CPF: 41). Por su vez, en el lado izquierdo se evidencia el grupo de múltiparas (CPF: 245), en el grupo de edad entre 34 y 41 años (CPF: 297) presentando las siguientes evocaciones sobre el mismo estímulo: Respeto (CPF: 33), médico (CPF: 25) y salud (CPF: 12).

Aún en el F1, lado derecho, se encuentra el campo semántico elaborado por las primíparas en relación al estímulo embarazo, a continuación representadas: Dedicación (CPF: 38), cuidado (CPF: 28) y amor (CPF: 17). En el lado opuesto, el grupo de múltiparas, en el grupo de edad entre 34 y 41 años, evoca las siguientes palabras: Malestar (CPF: 35), parto (CPF: 28) y prenatal (CPF: 19).

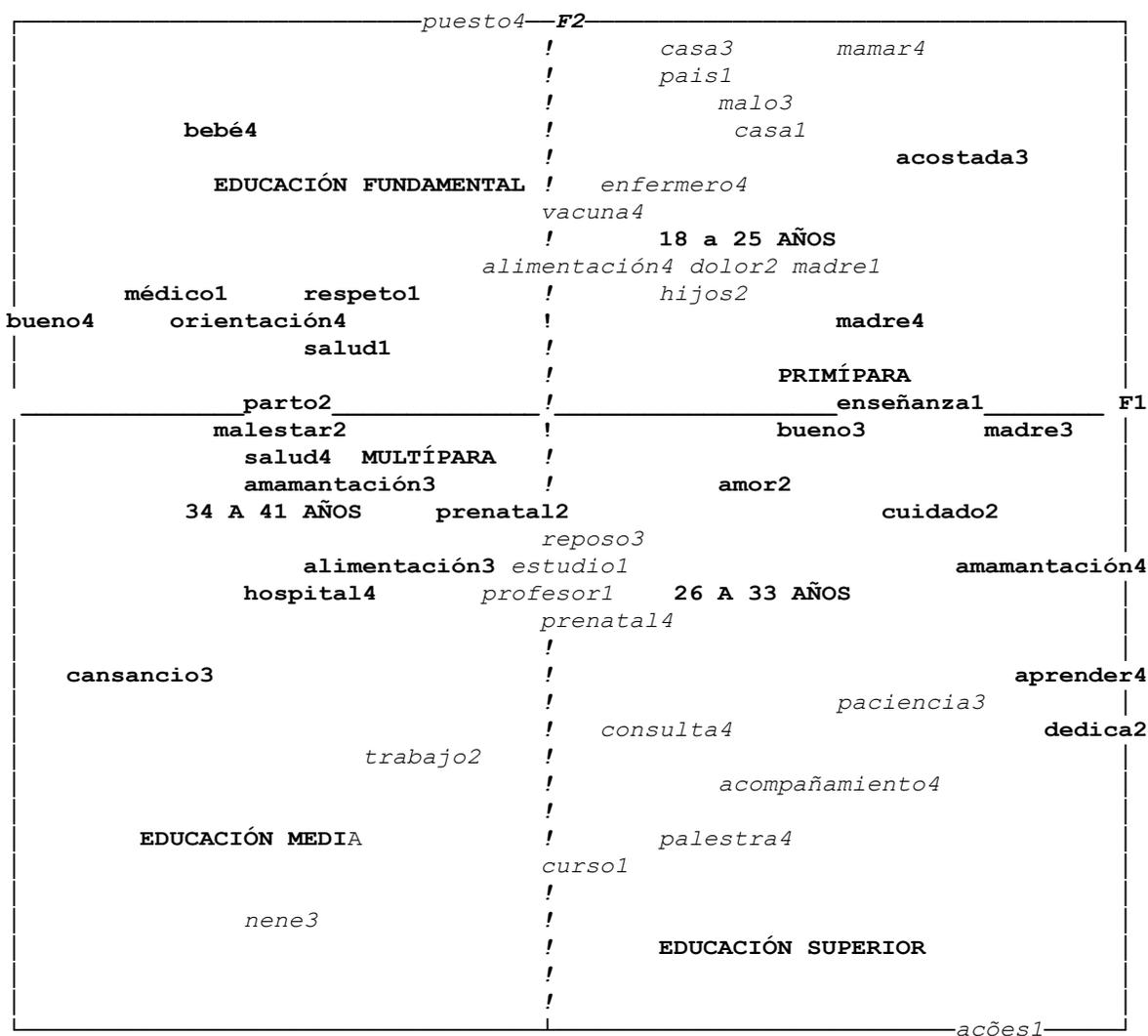
En cuanto al tercer estímulo, resguardo, en el F1, lado derecho, las palabras evocadas por el grupo de primíparas fueron: Bueno (CPF: 25), madre (CPF: 22) y acostada (CPF: 18). En el lado izquierdo, representado por el grupo de múltiparas, en el grupo de edad entre 34 y 41 años, se destacaron las siguientes palabras: cansancio (CPF: 49), amamantamiento (CPF: 16) y alimentación (CPF: 12).

**Cuadro 1:** Palabras evocadas por estímulo inductor. Fortaleza-CE, 2013

Estímulos inductores	Acciones educativas	Embarazo	Resguardo	Acciones educativas en el embarazo y en el resguardo
Nº de palabras evocadas	349	352	352	369
Palabras evocadas (≥10)	Educación 58			Cuidado 36
	Escola 36	Bueno 21	Reposo 33	Médicos 22
	Profesores 14	Amor 20	Cuidado 30	Alimentación 18
	Respeto 14	Felicidad 19	Dolor 26	Madre 16
	Colegio 13	Hijos 19	Descanso 20	Prenatal 14
	Estudio 13	Prenatal 12	Tranquilo 11	Salud 14
	Casa 11	Responsabilidad 11	Bueno 10	Amamantar 10

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

**Gráfico 1:** Plano factorial de las representaciones sociales de púerperas sobre educación en salud en el ciclo gravídico-puerperal. Fortaleza-CE, 2013



Plano Factorial		Variables de opinión = Estímulos inductores
F1 en negrito, en el eje horizontal. F2 en itálico, en el eje vertical. Variables fijas en letras mayúsculas.		1) Acciones educativas; 2) Embarazo; 3) Resguardo; 4) Acciones educativas en el embarazo y en el resguardo.
Variables Fijas		
Paridez	Escolaridad	Edad
1) Primípara; 2) Multípara.	1) Hasta la educación fundamental; 2) Hasta la educación media; 3) Educación superior.	1) 18-25 años; 2) 26-33 años; 3) 34-41 años.

Al final, en el cuarto estímulo, acciones educativas en el embarazo y en el resguardo, las primíparas evocaron las siguientes palabras en el F1, lado derecho: amamantamiento (CPF: 49), aprender (CPF: 44) y madre (CPF: 36). En el lado izquierdo, las múltiparas, en el grupo de edad entre 34 y 41 años, elaboraron las palabras: salud (CPF: 55), bueno (CPF: 46), orientación (CPF: 39), bebé (CPF: 31) y hospital (CPF: 12).

En el F2, polo superior, en relación al estímulo acciones educativas, las palabras expresadas por el grupo de primíparas, que cursaron hasta la educación básica (CPF: 311), en el grupo de edad de 18 a 25 años (CPF: 183) fueron: Casa (CPF: 47), país (CPF: 29) y madre (CPF: 14). En el polo inferior, representado por el grupo de múltiparas, en el grupo de edad de 26 a 33 años (CPF: 152), que cursaron hasta la educación media (CPF: 97) o hasta la educación superior (CPF: 217) fueron: Acciones (CPF: 68), cursos (CPF: 56), estudio (CPF: 14) y profesor (CPF: 13).

En relación al estímulo embarazo, en el F2, se tiene en el polo superior las palabras representativas: Dolor (CPF: 12) e hijos (CPF: 13),

caracterizado por el grupo de primíparas, que cursaron hasta la educación básica, en el grupo de edad de 18 a 25 años. En el polo inferior, la palabra trabajo (CPF: 42) representa el grupo de mujeres múltiparas, en el grupo de edad de 26 a 33 años, que cursaron hasta la educación media o hasta la educación superior.

Aun en el F2, las evocaciones emitidas para el estímulo resguardo, en el polo superior, fueron: Casa (CPF: 26) y malo (CPF: 25), representando el grupo de primíparas, que cursaron hasta la educación básica, en el grupo de edad de 18 a 25 años. En el polo inferior: Nene (CPF: 46), reposo (CPF: 26) y paciencia (CPF: 15), representando el grupo de mujeres múltiparas, en el grupo de edad de 26 a 33 años, que cursaron hasta la educación media o hasta la educación superior.

En el polo superior del F2, en cuanto al estímulo acciones educativas en el embarazo y en el resguardo, se tienen las palabras evocadas: Puesto (CPF: 35), mamar (CPF: 30), enfermero (CPF: 22), alimentación (CPF: 21) y vacuna (CPF: 15). En el polo inferior: palestra (CPF: 68), acompañamiento (CPF: 39), consulta (CPF: 31)

**Cuadro 2:** Resumen comparativo de las evocaciones de los dos grupos. Fortaleza-CE, 2013

Estímulos inductores	Paridez	Primíparas	Múltiparas
Acciones educativas		<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Enseñanza en casa, educación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Acciones de salud prestadas por el médico y cursos</li> <li>↳ Educación escolar</li> </ul>
Embarazo		<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Dedicación, amor y cuidado</li> <li>↳ Dolor durante el parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Náuseas</li> <li>↳ Consultas de prenatal</li> <li>↳ Parto trabajoso</li> </ul>
Resguardo		<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Acostadas, descanso en casa</li> <li>↳ Bueno</li> <li>↳ Malo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Fatigoso</li> <li>↳ Reposo y buena alimentación</li> <li>↳ Paciencia</li> <li>↳ Amamantación</li> </ul>
Acciones educativas en el embarazo y en el resguardo		<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Enseñanza sobre vacuna, amamantación, alimentación adecuada y sobre como ser madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Palestras</li> <li>↳ Consultas de prenatal</li> <li>↳ Acompañamiento y orientaciones hospitalarias</li> </ul>

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

y prenatal (CPF: 26), representando el grupo de mujeres multíparas, en el grupo de edad de 26 a 33 años, que cursaron hasta la educación media o hasta o la educación superior.

En el Cuadro 2, se presentó brevemente las evocaciones de los dos grupos: Primíparas y multíparas.

## DISCUSIÓN

En cuanto al perfil obstétrico de las participantes, vale resaltar el alarmante cuantitativo de partos cesáreos en los servicios públicos de salud (75), teniendo en vista que la mayoría de las mujeres no sufrió cualquier complicación durante el ciclo gravídico-puerperal (25). Esos datos confirman el crecimiento de cesáreas en Brasil y su creciente aumento. En 2009, la proporción de partos cesáreos del sector público fue de 36,2%, por debajo de lo que estima la Organización Mundial de Salud (OMS)<sup>(15)</sup>.

En el análisis factorial de correspondencia se trabajó con grupos distintos de puérperas: primíparas y multíparas, para verificar la correlación entre los grupos. Las palabras evocadas sobre acciones educativas, embarazo, resguardo y acciones educativas en el embarazo y en el resguardo permitieron la aproximación de los investigadores con los múltiples universos de significados construidos en las relaciones sociales e interacción entre las mujeres, haya vista la necesidad de conocerlos y reconocerlos para la comprensión y consecuente intervención en la realidad<sup>(8,16)</sup>.

En relación al primer estímulo, acciones educativas, los contenidos representativos para las primíparas se asocian a la educación en casa, transmitido de padres/madres para hijos. La palabra educación expresa una educación vertical, diferente de la palabra aprendizaje, en que la mujer está inserida en el proceso educativo.

Esa evocación hace referencia al poder de la pedagogía tradicional.

Además de eso, se percibe la educación familiar en las evocaciones del grupo. Se observa el proceso de basar el objeto en los saberes previamente aprendidos por las mujeres, en campos conocidos<sup>(6,8)</sup>. Nada más natural que basarlas acciones educativas en su experiencia familiar, en la vivencia con los padres, con los hijos, en la educación y formación de ellos para la vida.

En cuanto a las multíparas, tienen sus evocaciones marcadas por la institucionalización del saber, o sea, las acciones de salud prestadas por el médico y los cursos, y aún la educación escolar, apoyada por el profesor.

Las primíparas perciben la familia incluida en el proceso educativo, sin embargo las consultas fuertemente marcadas por el referencial biomédico inducen en las multíparas la substitución de la familia por el profesional médico como principal evocación para el proceso educativo. El poder del discurso biomédico es capaz de descalificar los saberes de las usuarias, al punto de llevarlas a no valorizar lo que saben y pasar por un proceso de resignificación de la experiencia. Después las consultas, desvalorizan el conocimiento que tienen y valorizan solamente el conocimiento científico, tanto con la experiencia de una gestación anterior.

En ese sentido, se impone el conocimiento científico mediante discurso autorizado de los profesionales de salud y se desvaloriza el conocimiento popular. De esta forma, se reproducen las relaciones verticalizadas de poder, con transmisiones puntuales y generalizadas de informaciones bajo la óptica y referencial de la salud<sup>(17)</sup>. Sin embargo, los sujetos no son meros portadores de ideologías, pero si procesan las informaciones, forman opiniones y construyen saberes, y actúan de acuerdo con los sentidos que atribuyen a estas experiencias y vivencias de su vida cotidiana<sup>(6,8)</sup>.

Las representaciones del embarazo para el grupo de primíparas son relacionadas a sentimientos y sensaciones: Dedicación, amor y cuidado con el hijo y el dolor sentido en el momento del parto. Para ellas, el embarazo está lleno de significados, una experiencia además del orgánico, del físico. Traen mucho más el aspecto emocional, con el vínculo afectivo. Por otro lado, las multíparas se refieren a los males-tares frecuentes en período, a las consultas de prenatal realizadas y al momento del parto como trabajoso. Su concepción de embarazo es más concreta y objetiva.

Las primíparas aprenden el resguardo como un período en que necesitan pasar más tiempo acostadas, descansando en casa y que puede ser bueno o malo similarmente a la concepción de las multíparas, las cuales entienden el resguardo como agotador, en que es preciso reposo, buena alimentación y paciencia para los cuidados con el bebe, como la amamentación.

La concepción de púerperas sobre las acciones educativas en la gravidez y en el resguardo difiere entre los grupos: Las primíparas entienden estas acciones como el proceso de enseñanza en el puesto de salud con el enfermero sobre vacuna, amamentación, alimentación adecuada y a como ser madre. Las multíparas se refieren a las palestras, a las consultas de prenatal, al acompañamiento y a las orientaciones hospitalarias sobre la salud y el bebe.

Tales evocaciones revelan que la educación en salud es hegemoníamente mecánica, teniendo como abordaje práctico las palestras y las orientaciones individuales, ambas centrando al bebe y la amamentación. La palestra representa una actividad didáctica puntual, con relación distante entre el promotor de la acción y los otros oyentes, permitiendo la expresión de las usuarias de manera limitada, al no lidiar con las diversas subjetivaciones abordadas en el método de la problematización<sup>(5)</sup>.

Por medio de las palabras evocadas, se percibe también que la mujer queda en segundo plano, dejando de ser mujer para ser madre. El foco del cuidado es él bebe y no ella. Lo que puede ser percibido también en otros estudios, en que las mujeres acaban direccionando sus charlas para la atención y el cuidado con los hijos, el marido y la casa, demostrando que la preocupación con ella misma no es prioridad<sup>(18-19)</sup>.

## CONCLUSIÓN

En el presente estudio, los contenidos de las representaciones de las mujeres anuncian que la educación en salud se objetiva en las palestras y aún en las actividades destinadas para la educación del hijo, en espacios sociofamiliares como la casa o la escuela. Las usuarias no restringieron los sentidos de la educación en salud al campo formal de la atención profesional, pues en la producción de los sentidos sobre el objeto reconocieron la familia como espacio legítimo de acción educativa, a través de los padres para los hijos, con un discurso marcado por la educación familiar.

A través de las evocaciones emitidas por las mujeres, se puede afirmar que predomina el modelo tradicional de transmisión de informaciones. Las enseñanzas están envueltas primordialmente para los cuidados al bebe y a la amamentación. La mujer queda a la margen de ese cuidado, de ese aprendizaje, como si después el nacimiento del hijo, dejara de existir, de ser mujer para ser solamente madre.

Se hace necesaria la persistencia de los profesionales en el sentido de que sean implementadas actividades que busquen la mejora de las acciones educativas en el área de salud de la mujer, con el compartir de conocimientos e interacción entre las usuarias, generando esfuerzos para la realización de la práctica educativa como

forma de mejorar el impacto de esa acción en la salud física, mental y emocional de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal.

Es preciso resignificar las acciones educativas para que sean entendidas como vehículo de construcción de conocimientos y no de transmisión. Para provocar cambios en estas representaciones sociales de la acción educativa son necesarios nuevos estudios con la introducción de otros elementos que puedan reconfigurar el campo de la representación.

La educación en salud como derecho debe romper con la visión asistencialista, mecanicista del cuerpo y apuntar para el diálogo, socialización de saberes y prácticas entre profesionales y usuarias. Las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarias en estas condiciones organizacionales y asistenciales que se presentan ofrecen limitadas posibilidades de establecerse una comunicación efectiva que pueda contribuir para el entendimiento de la mujer sobre su condición de salud, potencialidades y capacidades de cambios personales y familiares.

Como limitaciones de este estudio, se evidencia el cuantitativo de participantes y la restricción a los CSF de una dada SER (IV), de la capital del estado del Ceará, debiendo la investigación ser ampliada para otras SER y municipios.

## CITAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2011.
2. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS; 2001.
3. Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Rev saúde pública*. 2009; 43(6): 937-43.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde: a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jul 2011; Seção 1.
5. Bittencourt IS. Educação em saúde: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários. Jequié. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.
6. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.17-44.
7. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998. p.45-59.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2009. p.29-109.
9. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2006.
10. Martins SN, Rodrigues DP. Qualidade da consulta puerperal: percepção dos enfermeiros acerca da consulta puerperal em uma unidade básica de saúde de Fortaleza-CE. In: Anais do 61. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 dez 7-10; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem; 2009. p. 5409-11.
11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 10 out 1996; Seção 1.
12. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA. Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: UFPB; 2011. p.95-106.
13. Coutinho MPL, Nóbrega SM, Araújo LS. O software Trideux: uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA. Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: UFPB; 2011. p.107-47.
14. Cibois P. Les méthodes d'analyse d'enquêtes. Versailles: Université de Versailles; 2009. p.11-20.
15. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de situação : Ceará. 5.ed. Brasília: MS; 2011.

16. Bittencourt IS, Vilela ABA. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. RBPS. 2011; 24(1): 80-5.
17. Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Rev bras enferm.2012; 65(3):420-7.
18. Monteiro LC. Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Estadual do Ceará; 2011.
19. Kalinowski LC, Favero L, Carraro TE, Wall ML, Lacerda MR. Postpartum primipara at home and associated nursing care: a data-based theory. Online braz j nurs [Internet].2012 Dec [cited 2013 jan 30] 11(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3852>. <http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20120046>

---

Participación de los autores en la investigación:

**Concepción:** Dafne Paiva Rodrigues, Eryjocy Marculino Guerreiro;

**Recolección de datos:** Eryjocy Marculino Guerreiro;

**Análisis e interpretación:** Dafne Paiva Rodrigues, Eryjocy Marculino Guerreiro, Márcia de Assunção Ferreira, Ana Beatriz Azevedo Queiroz;

**Escritura:** Dafne Paiva Rodrigues, Eryjocy Marculino Guerreiro, Delano Franco da Costa Barbosa;

**Revisión crítica:** Dafne Paiva Rodrigues, Márcia de Assunção Ferreira, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Ana Virginia de Melo Fialho;

**Aprobación final del artículo:** Dafne Paiva Rodrigues.

---

**Recibido:** 28/02/2013

**Revisado:** 14/11/2013

**Aprovado:** 17/11/2013