

ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
**NECESSIDADES EDUCATIVAS DE PUÉRPERAS
COM ALTA MÉDICA ***

Nelly Martins Ferreira Candeias **

ReBEn/03

CANDÉIAS, N.M.F. — Necessidades Educativas de Puérperas com Alta Médica. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 146-152, 1981.

RESUMO

Enumeram-se perguntas feitas por puérperas internadas em um serviço de obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, logo após receberem alta médica. Procura-se verificar se o tempo disponível para fazer perguntas foi considerado satisfatório, agrupando-se as respostas de acordo com nível sócio-econômico e escolaridade.

UNTERMOS: Necessidades educativas. Informações, barreiras. Educação, puérperas. São Paulo. Brasil.

INTRODUÇÃO

Com a alteração dos padrões atuais do atendimento médico, a interação com os pacientes tem-se limitado a encontros fortuitos, fato que tem dado margem à insatisfação e critérios crescentes no que concerne à atmosfera do ambiente clínico. Após rápida entrevista, o cliente perde seu médico de

vista, submetendo-se a uma série de exames, em contato com profissionais apressados, que pouco ou nada se preocupam com as condições físicas ou emocionais do indivíduo⁹. Tal constatação levou à realização de estudos, cujos achados são de particular importância para a área da Educação em Saúde.

O estudo do processo da interação médico-paciente, de seu conteúdo e das características individuais dos pacientes tem contribuído para a elaboração de quadros analíticos que permitem avaliar a influência de vários fatores no processo educativo em ambiente clínico^{4, 15}. Na área da Sociologia, contribuindo para a taxonomia da ação social, PARSONS¹³ classifica dois tipos de funções médicas: a) funções instrumentais, quando abordam aspectos técnicos, e b) funções expressivas, quando se referem a aspectos sociais. Tendo como esquema de referência tal classificação, KORSCH e colaboradores⁸ cha-

* Parte da tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1979.

** Do Departamento de Prática de Saúde Pública da USP — Avenida Dr. Arnaldo, 715 São Paulo, SP — Brasil.

mam a atenção para o papel desempenhado por funções expressivas, identificando, como barreiras na comunicação médico-paciente, falta de calor humano por parte do médico, incapacidade de interpretar interesses e expectativas do paciente, falta de clareza nas explicações e utilização de jargão técnico. A análise das expectativas dos pacientes permite observar que estas se referem menos às funções instrumentais do que às funções expressivas do médico, de quem se espera compreensão e apoio emocional¹³.

Muitos pacientes aguardam explicações a respeito da doença e de sua gravidade, enquanto outros esperam que os médicos os aliviem de angústias e tensões emocionais^{2, 11}. Estes achados prendem-se à área da Educação em Saúde, já que a compreensão do paciente a respeito de suas condições físicas afeta não só o processo de comunicação com o médico, mas, também, a resposta à orientação recebida^{5, 6, 7, 16}.

Para LASER¹⁰, todas as ações desenvolvidas em programas de atendimento direto à população devem prever conteúdo educativo, fato este que assume particular importância na área da Saúde Materno-Infantil no Brasil, tendo em vista a magnitude dos coeficientes de mortalidade materna e, especialmente, infantil. No campo de Saúde Pública, a atuação no setor materno-infantil ocupa, no país, alta prioridade, compartilhada apenas pela prioridade atribuída às doenças transmissíveis, onde se incluem as grandes endemias. Como se observa, é nos serviços pré-natais e de puericultura que se encontram as condições mais favoráveis de receptividade por parte das educandas.

No Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, faz-se referência ao significado da Educação em Saúde, reconhecendo ser a mesma essencial à consecução dos objetivos e devendo, por

isso, ser incluída nas diferentes fases do programa. Afirma-se que todo o pessoal de saúde, no exercício de sua profissão, deve realizar atividades educativas, seja na condição de médico, enfermeira, obstetritz ou pessoal auxiliar, entre outros¹⁸.

Tendo em vista estas considerações, apresenta-se, a seguir, os objetivos do presente estudo:

- enumerar perguntas feitas por puérperas após receberem alta médica;
- verificar até que ponto o tempo disponível para fazer perguntas foi considerado suficiente.

MÉTODOS E TÉCNICAS

A população deste estudo foi constituída por 404 mulheres internadas em um serviço de obstetritzia de um hospital de São Paulo, no período de abril a setembro de 1975. Após receberem alta médica, as puérperas foram inquiridas consecutivamente, dando origem à informação básica do presente trabalho. Os dados foram processados por computador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a detectar até que ponto as expectativas das pacientes foram atendidas no que concerne a esclarecimento sobre suas próprias condições e sobre as condições de seus filhos, elaborou-se a seguinte pergunta: "Há alguma coisa que você gostaria de perguntar sobre você ou sobre o nenê (se for o caso) antes de sair do hospital?".

Enumeram-se a seguir algumas perguntas levantadas pelas pacientes após a alta médica e antes de deixar o hospital.

Perguntas Não Respondidas

Saúde da Mãe

1. Estou curada da sífilis?
2. Eu sou diabética?

3. O meu sangue é normal?
4. O que eu tenho na circulação?
5. Quando vou operar as varizes?
6. Quando vou operar a bexiga?
7. Quando vou operar o mioma?
8. Os exames que fiz no pré-natal foram positivos ou negativos?
9. Preciso fazer logo os exames que o médico mandou?
10. Por que tenho uma dor de cabeça tão forte?
11. Por que tenho dor nas costas e na barriga e por que sou tão nervosa?
12. Eu tenho alguma coisa dentro da cabeça? Vejo umas coisas bestas!
13. Porque é que quando fico nervosa desconto nas crianças e bato nelas sem parar? Preciso tratar os nervos (Observação: paridade 9 e dois abortamentos).
14. Por que inchei tanto e por que tive tanta dor de cabeça?

Abortamento

15. Por que perdi meu filho?
16. Por que abortei senão fiz nada?
17. Furei meu útero, ainda posso ter filhos?
18. Posso ter relações depois deste aborto?
19. Por que perdi tanto sangue?
20. Por que abortei duas vezes em seguida?
21. A próxima vez que engravidar, vou abortar de novo?
22. Por que a gente aborta depois da mola? O médico disse que a gente aborta depois da mola, mas não disse por quê.

Parto

23. O meu parto foi normal?
24. Por que foi forceps?
25. Eu fiz cesária, posso ter mais filhos?

26. O nenê nasceu por baixo. Por que deram anestesia geral e por que judiaram tanto de mim?
27. Porque o nenê nasceu de pé e por que nasceu com os pés roxos?

Pós-Parto

28. Posso tomar banho e lavar a cabeça?
29. Quanto tempo fica descendo?
30. Posso começar a trabalhar?
31. Fiz cesária, posso começar a trabalhar?
32. Será que amarraram as trompas? O médico disse que era para amarrar as trompas.
33. Os pontos caem sozinhos?
34. O que passo nos pontos?
35. Eu preciso voltar por causa dos pontos?

Sexologia

36. Por que não sinto nada com o meu marido e tenho vontade de sair correndo?
37. Por que me sinto mal durante a relação?

Planejamento Familiar

38. Como faço para não ganhar outro nenê? Fico nervosa.
39. Quero saber de comprimidos para não ganhar nenê.
40. Eu tenho varizes. Posso tomar comprimidos?
41. Posso amarrar as trompas?
42. Não quero ganhar outro nenê. Fico doente.
43. Fiz cesária, posso ter relação? E se eu ganhar outro nenê?
44. Como faço para não ganhar mais nenê? (Observação: paridade 13, 11 filhos vivos e 2 mortos; um filho com lábio leporino e dois com fenda palatina).

Mortalidade Perinatal

45. Por que o nenê nasceu antes do tempo e por que estava tão machucado?
46. Por que meu filho morreu?
47. Do que meu filho morreu?

Crianças Sem Alta

48. O nenê vai viver? (Observação: recém-nascido com 750 gramas).
49. Será que o nenê ainda está vivo?
50. Quantos dias o nenê vai ficar no "isolante"?
51. Por que o nenê não saiu comigo?
42. Por que estou saindo sem nunca ter visto o nenê?
53. O nenê está bem de peso?
54. Quero saber mais sobre o nenê: disseram que ele está passando mal. (Observação: recém-nascido com 2.280 gramas).

Crianças Prematuras, com Insuficiência Ponderal e com Defeitos Congênitos

55. Como vou tratar do nenê? (Observação: recém-nascido com 2.450 gramas).
56. Por que o nenê é tão magro e como vou tratar dele?
57. Ele é prematuro. Quero saber mais.
58. É para marcar consulta para o nenê? (Observação: recém-nascido com 2.330 gramas).
59. Quais os defeitos do nenê, como vou tratar dele?

Fatores Sociais

60. Não sou casada. Como vou registrar ela?
61. Eu tenho RH e preciso tomar uma injeção que custa Cr\$. . . 650,00. Como vou fazer?

62. Vou dar ela. Como faço?
63. Como faço para ganhar o salário do nenê?
64. Preciso trabalhar. Não posso dar o peito. Como se faz mamadeira?

Saúde do nenê

65. O que é icterícia?
66. O nenê também pegou sífilis?
67. Por que ficou com os olhos tapados? Ele é cego?
68. Por que tem uma "grosseira" na pele? O que é isso?
69. O nenê pegou sífilis no sangue?
70. Por que o nenê tomou soro quando estava no berçário?
71. Por que o nenê não abre os olhos?
72. Por que o nenê suspira tanto?

Problemas de Comunicação

73. Deram-me um papel, mas não entendi nada.
74. Que leite vou dar para o nenê? A enfermeira do berçário falou, mas não entendi nada.

Aleitamento

75. Como eu faço para aumentar o leite?
76. Como dar mamadeira em vez do peito?
77. Por que o leite seca depois do parto?
78. Não sei nada, água, leite. . .
79. É para dar o peito ou a mamadeira?
80. Como se faz a mamadeira?
81. Que leite vai mamar, se não consegue pegar o bico?

Puericultura

82. Posso ter o mesmo costume do mato?

83. Como tratar o nenê? A gente não sabe.
84. Que chazinho dou?
85. Posso dar banho no nenê?
86. Como cuidar do umbigo do nenê?
87. É para trazer todos os meses ao médico?
88. Flico com medo quando o nenê chora.
89. É para marcar consulta para o nenê. Como é?

Do ponto de vista dos pacientes, um dos aspectos mais importantes do atendimento médico prende-se à comunicação com médicos, enfermeiras e demais pessoal da saúde. MUNFORD e SKIPPER¹² consideram as falhas no processo de comunicação como uma das queixas mais graves dos pacientes hospitalizados na sociedade ocidental. São duas as razões que levam os pacientes a procurar se comunicar: em primeiro lugar, o desejo de receber informações técnicas (funções instrumentais), em segundo, a necessidade de manter contato interpessoal (funções expressivas). Os dois níveis de comunicação são importantes para a saúde do indivíduo.

Indivíduos em ambientes estranhos ou experimentando situações novas sentem-se tensos e apreensivos, pois o desconhecido e a incapacidade de controlar situações provocam sensações atemorizantes. Quando se torna impossível controlar fatores negativos, surge, então, a necessidade de conhecer exatamente o que ocorre e de adaptar o comportamento às circunstâncias para, com isto, diminuir o grau de tensão sentida. Os pacientes buscam, por isso, obter informações sobre a natureza e a extensão de um problema, tratamento indicado, o que vai acontecer e em que ocasião e, finalmente, informações a respeito da infra-estrutura do atendimento médico¹⁷.

A análise das perguntas não respondidas parece indicar que as entrevistadas não tenham tido acesso a um mínimo de informações necessárias, evidenciando isto uma séria barreira à tomada de decisões racionais, em prejuízo da saúde materno-infantil do grupo em estudo.

Houve interesse em saber até que ponto se considerou suficiente o tempo disponível para fazer perguntas. Para fins de análise estatística, agruparam-se os dados conforme tabela a seguir.

TABELA 1 — ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO DISPONÍVEL PARA PERGUNTAS E ESCOLARIDADE *

ESCOLARIDADE	TEMPO PARA PERGUNTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE TEMPO SUFICIENTE
	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		
Primário Incompleto	124	64	188	0.659574
Primário Completo	98	17	115	0.852173
Total	222	81	303	0.732673

Qui-Quadrado calculado = 13,51 *

A proporção de mulheres que consideram suficiente o tempo disponível para perguntas é significativamente menor no grupo de mulheres com primário incompleto: como se observa na

Tabela 1, quanto menor a escolaridade, mais se considera insuficiente o tempo disponível para fazer perguntas. O mesmo ocorre quando se considera o nível sócio-econômico da população em estudo, tal como se mostra na Tabela 2.

TABELA 2 — ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO DISPONÍVEL PARA PERGUNTAS E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO *

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO	TEMPO PARA PERGUNTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE TEMPO SUFICIENTE
	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		
Baixo				
Inferior	121	51	172	0.703488
Baixo				
Superior	53	7	60	0.883333
Total	174	58	232	0.750000

Qui-quadrado calculado = 7,67 *

A par dos problemas decorrentes da falta de clareza nas explicações e utilização de jargão técnico, evidencia-se outra barreira que impede a aquisição de conhecimentos na área de saúde, comprometendo a prevenção no grupo materno-infantil: tempo insuficiente para responder às perguntas.

Tudo leva a crer, no presente estudo, que o processo educativo tenha sido seriamente negligenciado pela equipe médica e para-médica, para quem não representa ainda parte integrante de Medicina Preventiva e Curativa.

É preciso aceitar a premissa que a paciente tem o direito inalienável de conhecer suas condições de saúde (Eu sou diabética?), *a natureza de seus problemas* (Por que meu filho morreu?), *os recursos comunitários à sua dispo-*

sição (Vou dar ela, como faço?) *e à disposição de seus familiares* (É para marcar consulta para o nenê? Como é?) *e como proceder, quando possível, para evitar agravos futuros*³ (Fiz cesária, posso ter relação? E se eu ganhar outro nenê?)

A Educação em Saúde de mulheres em idade fértil exige:

1) apoio e compromisso por parte da cúpula administrativa;

2) equipe multiprofissional devidamente treinada na área da educação;

3) especialistas em Educação em Saúde para planejar, executar e, sobretudo, avaliar constantemente o componente educativo de programas de saúde materno-infantil; e

4) "last but not least", recursos financeiros para ativar tal processo.

* A descrição do nível sócio-econômico da população amostral encontra-se no estudo intitulado "Educação em Saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcep-

cional", de CANDEIAS.¹

Sem isto, a prevenção do risco gravídico permanecerá assunto de interesse meramente acadêmico e a saúde do grupo materno-infantil, lamentavelmente, uma questão de chance.

CONCLUSÕES

— A proporção de mulheres que consideraram suficiente o tempo disponi-

vel para fazer perguntas é significativamente menor no grupo de mulheres com primário incompleto.

— A proporção de mulheres que consideraram suficiente o tempo disponível para fazer perguntas é significativamente menor no grupo com nível sócio-econômico baixo-inferior.

BIBLIOGRAFIA

1. CANDEIAS, N. M. F. — Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional. São Paulo, 1979. (Tese de Doutorado — Faculdade de Saúde Pública da USP).
2. CHARNEY, E. et al. — How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics*, 40: 188-95, 1967.
3. COMMITTEE on Health Education. Task force on Patient Education: The concept of planned, hospital-based patient education programs. *Hlth Educ. Monogr.*, 2: 1-10, 1974.
4. DYE, M. C. — Clarifying patients communications. *Amer. J. Nurs.* 63 (8): 56-9, 1963.
5. ELLING, R. et al. Patient participation in a pediatric program. *J. Hlth Hum. Behav.*, 1: 183-81, 1960.
6. GLASSER, M. A. — A study of the public's acceptance of the salk vaccine program. *Amer. J. publ. Hlth*, 48: 141-6, 1958.
7. HOLLENDER, M. H. — *The psychology of medical practice*. Philadelphia. W. B. Saunders, 1958.
8. KORSCH, B. M. et al. — Gaps in doctor and patient communication. *Pediatrics*, 42: 855-71, 1968.
9. LACAZ, C. da S. — Humanização da medicina. *O Estado de São Paulo*, 18 abr. 1976.
10. LESER, W. — Planejamento familiar baseia-se em razões de saúde prevendo afastar riscos ligados às gestações. *Saúde*, S. Paulo, 1 (10): 1-3, 1977.
11. MECHANIC, D. — Role expectations and communication in the therapist patient relationship. *J. Hlth hum. Behav.*, 2: 190-8, 1961.
12. MUNFORD, E. & SKIPPER Jr., J. K. — *Sociology in hospital care*. New York, Harper and Row, 1967.
12. PARSONS, T. & BALES, R. F. — *Family socialization and interaction process*. Glencoe, 111., The Free Press, 1955.
14. READER, G. G. et al. — What patients expect from their doctors. *Mod. Hosp.*, 89: 88-94, 1957.
15. SAMORA, J. et al. — Knowledge about specific diseases in selected samples. *J. Hlth hum. Behav.*, 3: 176-85, 1962.
16. SELIGMANN, A. W. et al. — Level of medical information among clinic patients. *J. chron. Dis.*, 6: 497-509, 1957.
17. SKIPPER Jr., J. K. — Communication and the hospitalized patient. In: SKIPPER, J. K. & LEONARD, R. C., ed. *Social interaction and patient care*. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1965. págs. 61-82.
18. YUNES, J. — Programa nacional de saúde materno-infantil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5.^a, Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. págs. 44-134.