

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O
CUIDADO PÓS-NATAL EVIDENCIADO POR PUÉRPERAS

Dissertação apresentada por
ANNA MARIA HECKER LUZ
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem Materno-
Infantil

PORTO ALEGRE
1981



UM PACTO DE AMOR ETERNO

"Existe uma hora na vida em que a mulher mais fraca do mundo se torna a mais forte e a mais pobre se sente absolutamente rica e até onipotente. É o momento em que, mãe, ela segura no colo seu filho recém-nascido. Se até ali era escrava, transforma-se em rainha. Acabou de fazer um pacto de amor que, entre todas as alianças da terra, é o único que não se desfaz. Adquiriu um poder jamais superado por qualquer outro. Em luta por seu lugar na sociedade, buscando seus próprios caminhos, a mulher é, hoje, um ser com projetos autônomos. Mas há um projeto que continua sendo permanentemente seu, do qual não abre mão e no qual nenhum homem a iguala, podendo apenas olhar para ela com espanto: o da maternidade. Para melhor desempenhá-lo, a mulher se quer livre. Livre, até mesmo para ter consciência de que o filho deve crescer. E precisa sair do ventre para o colo, do colo para a rua, da rua para o mundo. Mundo que ele há de transformar, na medida em que teve uma mãe digna deste nome."

Heloneida Studart

ÍNDICE

<i>AGRADECIMENTOS</i>	1
<i>I - RESUMO</i>	2
<i>II - SUMMARY</i>	4
<i>III - INTRODUÇÃO</i>	5
3.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS	7
3.2 - ASPECTOS BIBLIOGRÁFICOS	9
3.3 - OBJETIVOS	16
<i>IV - METODOLOGIA</i>	17
4.1 - ETAPA PRELIMINAR	18
4.2 - POPULAÇÃO	18
4.3 - TÉCNICA	19
4.3.1 - Treino de entrevistadoras	19
4.3.2 - Entrevista	19
4.3.3 - Formulário	20
4.3.3.1 - Siglas utilizadas no formulário	21
4.3.3.2 - Definição dos critérios adotados para preenchimento do formulário	22
4.3.3.3 - Avaliação das respostas	25
4.3.3.4 - Gabarito das respostas	26
A - Higiene corporal	26
B - Cuidado com as mamas	28
C - Pausa sexual e métodos anticoncepcionais.	29
D - Revisão médica da puérpera	31
E - Medidas dietéticas do RN	32
F - Cuidados corporais do RN	33
G - Sono e repouso do RN	34
H - Interação mãe e filho	35
I - Revisão médica do RN	37

4.3.4 - Tratamento estatístico	37
V - <i>RESULTADOS E DISCUSSÃO</i>	39
5.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS	40
5.1.1 - Caracterização da amostra	41
5.2 - CONCEITOS OBTIDOS	42
5.2.1 - Respostas isoladas	42
5.2.2 - Conjuntos de conhecimentos	48
5.2.3 - Conceitos obtidos em função das variáveis estudadas	56
5.3 - FONTE GERADORA DOS CONHECIMENTOS	81
VI - <i>CONCLUSÕES</i>	83
VII - <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	87
ANEXO 1	94
ANEXO 2	106

AGRADECIMENTOS

Sentimo-nos devedoras de gratidão e especial reconhecimento a todos os que, de alguma forma, somaram esforços para a realização deste trabalho.

E, entre todos, um agradecimento especial à Dra. NILZA TEREZA ROTTER PELÁ que, apesar da distância física, nunca mediu esforços em suas orientações seguras e a quem, pela compreensão, se deve a elaboração desta pesquisa.

Com os mesmos sentimentos de gratidão, gostaríamos ainda de manifestar particularmente reconhecimento:

à Dra. MARIA ELENA DA SILVA NERY, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo estímulo e dedicação demonstrados;

às Dras. ERNESTINE MAURER BASTIAN, EUNICE XAVIER LIMA e MARIANNA AUGUSTO, pelas valiosas sugestões oferecidas.

à Dra. OLGA ROSÁRIA EIDT, pela colaboração e sugestão deste trabalho;

ao Dr. NILO JOSÉ PEREIRA LUZ, pelo carinho, disponibilidade e eficiente colaboração nas críticas e sugestões;

às Enfermeiras SONIA MARIA MOTINK AGOSTINI e EMILIA SILVA SANTOS pela amizade e participação na testagem do instrumento;

às alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, ANA LÚCIA DE LOURENZI BONILHA, ELIANA MARIA TASCA e LILIAN CÔRDOVA DO ESPÍRITO SANTO, pela presteza na coleta de dados;

à Secretária do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRS, AMALIA MARIA DE VARGAS, pela constante e paciente ajuda;

às MÃES entrevistadas, pela gentileza e atenção;

ao meu esposo, SÉRGIO, pelo amor dedicado; e

a meus filhos CRISTIANO, JOÃO, LIA e CARLOS pelas horas cedidas de seu convívio para a realização deste trabalho.

I - R E S U M O

Cento e oitenta e seis puérperas foram estudadas com o objetivo de verificar: a) os conhecimentos de saúde que possuem com relação ao seu autocuidado e ao cuidado do recém-nascido; b) outros fatores que intervêm nos conhecimentos das puérperas (idade, escolaridade, ocupação, paridade, experiência no cuidado com o recém-nascido, assistência e orientação pré-natal; c) fonte geradora destes conhecimentos. A coleta dos dados foi feita através de entrevista com as puérperas, 12 a 24 horas antes da alta hospitalar. Constatou-se que das 4.836 respostas dadas, 3.574 (73,90%) foram classificadas como corretas. No que se refere à idade da puérpera, verificou-se que a faixa etária acima dos 20 anos obteve mais altos percentuais de conceitos corretos completos. Verificou-se ainda que, quanto maior o grau de instrução e a situação sócio-econômica, tanto mais elevado o percentual de respostas corretas. Pacientes com mais de três filhos tiveram percentual mais alto de conceitos parcialmente corretos. A realização do atendimento pré-natal foi fator importante para a melhoria do conhecimento das pacientes, sendo que as que o iniciaram no primeiro trimestre de gestação foram as que obtiveram percentuais mais expressivos de conceitos corretos completos. O nível de conhecimento das puérperas só se modificou positivamente naquelas com mais de onze consultas. As pacientes, em sua maioria, 132 (71,00%), relataram não haver recebido informações na gestação sobre o puerpério, e 141 (75,80%) não as receberam sobre o recém-nascido. Entre as fontes geradoras dos conhecimentos apresentados, a área da saúde foi mencionada 578 (33,60%) vezes, sendo que a maior frequência correspondeu ao pessoal e meios de comunicação não ligados à área da saúde, 759 (44,10%).

II - S U M M A R Y

A hundred and eighty six puerperal women were studied in order to verify: a) the health knowledge the puerperal women have in relation to their own care and the newborn's care; b) other factors that intervene in the puerperal women's knowledge (like age, schooling, occupation, parity, care experience with newborns, pre natal assistance and orientation); c) sources of knowledge acquisition. The process of data collection was based on interviews with the puerperal women 12 to 24 hours before they were leaving the hospital. It was found that from a total of 4836 answers, 3574 (73.90%) were classified as correct. In terms of the factor age it was found that the age groups above twenty years old had greater percentuals of correct and complete concepts than the groups below that age bracket. It was found that the greater the number of years of schooling and the better the socio economic situation, the higher was the percentual of correct answers. Patients with more than three children had the greatest percentual of answers classified as partially correct. Attending a pre natal program was an important factor affecting the level of knowledge. Patients that have attended such a program from the first trimester of pregnancy had the highest percentual of answers classified as correct complete. The level of knowledge was modified in a positive direction only for the patients that have attended more than eleven appointments. A majority of patients 132 (71%) reported not receiving information, during their pregnancies, about the puerperium and 141 (75.80%) have not received information about the newborn. Among the sources of knowledge acquisition, the health area was cited 578 times (33.60%) but the highest frequency was related to people and the communications systems not linked to the health field.

III - I N T R O D U Ç Ã O

3.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

As preocupações com a saúde materno-infantil e com o bem-estar familiar são universais, tendo como objetivo fundamental atingir grupos definidos: a população feminina, do nascimento até o final de sua vida reprodutiva, e a população masculina desde o nascimento até o final da adolescência. Estas faixas etárias constituem um percentual muito elevado da população, na maior parte dos países.

Muitas causas são as responsáveis pelos riscos que cercam os processos de crescimento e desenvolvimento dos grupos mencionados. As que mais se destacam são as ligadas ao subdesenvolvimento econômico-social e cultural, ao incremento demográfico excessivo e às dificuldades no proporcionamento de serviços adequados à população, aqui incluída a assistência social e à saúde.

A situação atual da saúde materno-infantil, em cada área, é o reflexo das condições demográfica, econômica, social e de saúde existentes. Na maioria dos países da América Latina, ela se caracteriza por uma alta prevalência de riscos redutíveis. Por esta razão, a assistência materno-infantil necessita, cada vez mais, de pessoal solidamente preparado, não só na parte obstétrica, mas também em todos os aspectos do cuidado materno-infantil, preventivo e assistencial.

No Brasil, vários motivos determinam a necessidade de ampliação e de melhora da assistência materno-infantil, dentre

eles destacando-se:

a) o crescimento da população, com o decorrente aumento da demanda naquela área;

b) maior procura de serviço por parte de uma clientela melhor informada.

Para qualquer ação promotora de saúde, é essencial o diagnóstico inicial da situação existente, realidade sobre a qual poder-se-á agir.

Propõe-se no presente trabalho, através de uma metodologia científica a avaliação dos conhecimentos de uma amostra significativa da população de Porto Alegre sobre os cuidados a serem dispensados à puérpera e ao recém-nascido.

Assim o fazendo, espera-se contribuir com dados objetivos, indispensáveis a ações de promoção de saúde com apoio em bases concretas - um marco inicial para elaborar futuros programas educativos materno-infantis, ou um subsídio aos atualmente em execução.

Como a área materno-infantil representa 70,98% da demanda de serviços de saúde por parte da população brasileira; como um grande número de mães têm contato com profissionais da área de saúde durante a gestação, parto e puerpério; como a enfermeira é capaz de propiciar cuidados e ensinamentos importantes para a promoção e preservação da saúde, é naturalmente importante oferecer à enfermeira obstétrica, e a outros profissionais da área de saúde, um estudo capaz de apontar as principais características e deficiências dos conhecimentos da população estudada, que constitui uma amostra representativa da população hospitalar em nossa cidade.

A mãe, como centro de irradiação de conhecimentos no seu ambiente familiar, é um importante veículo na implantação de ações de saúde; por este motivo, foi escolhida como alvo desta pesquisa. A experiência também permite à Autora afirmar que a Enfermagem muito tem podido fazer por ela, não só assistindo-a, mas, principalmente, educando-a para que possa atuar no seu microcosmo familiar e no ambiente social em que vive.

3.2 - ASPECTOS BIBLIOGRÁFICOS

A finalidade da assistência à maternidade é ajudar cada mulher a passar pela gestação e parto com um mínimo de enfermidades, gozando de saúde e bem-estar ótimos, e ao mesmo tempo manter o produto da concepção no melhor estado de saúde possível no decorrer desses períodos. Em um sentido mais amplo, a assistência à maternidade começa com a saúde e a educação dos futuros pais (BETHEA⁹).

A falta de conhecimento da mãe sobre os cuidados de saúde pode trazer sérias conseqüências tanto para ela como para seu filho ¹, ²¹, ³³, ⁴⁸.

Um dos indicadores da situação de saúde de uma população é a taxa de mortalidade materno-infantil.

ROSSELOT⁵⁵, mencionando as causas da mortalidade materna gestação/parto, salienta de modo especial o abortamento. Relata um estudo realizado em que essa mortalidade é 5 vezes maior na América Latina (taxas de 13,1 por 10.000 na América Central e de 14,4 por 10.000 na América do Sul) do que na América do Norte (2,7 por 10.000).

PUFFER & SERRANO⁴⁷ indicam uma mortalidade materna 29 vezes maior em Santiago, Chile (31,6 por 10.000) do que em São Francisco, USA (1,1 por 10.000).

Conforme REZENDE & NAHOUN⁵², as causas mais comuns da mortalidade materna, no Brasil, são: hemorragias, toxemias e infecções. Estes autores apontam acentuada predominância de óbitos evitáveis.

Segundo a Secretaria Municipal de Porto Alegre⁴⁶, a mortalidade materna foi menor em 1971 (8,80 por 10.000) comparada à do ano anterior (9,11 por 10.000). Embora sendo mais baixa que em outras unidades da Federação, seus níveis ainda se mantêm muito elevados em relação aos encontrados em outros países. Há também dados acerca da mortalidade perinatal, que definem a população-alvo como carente no que se refere à saúde.

No diagnóstico da situação de saúde, KOONTZ³² refere que o coeficiente de morbi-mortalidade perinatal também reflete a saúde e o *status* social da população, sendo um dos elementos mais utilizados internacionalmente para avaliar as condições de saúde geral de uma coletividade.

A mortalidade neonatal, em São Paulo, estudada por LAURENTI³³, chama atenção especial, pois apresenta cifras elevadas que só são superadas por algumas poucas cidades das Américas. Nesse mesmo estudo, o autor refere as doenças infecciosas como causas principais de mortalidade.

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde na América Latina¹⁵, revelam que a mortalidade em crianças menores de 1 ano é muito influenciada pelo seu peso ao nascer, a idade ma-

terna, o número de ordem de nascimento e a existência de uma deficiência nutritiva persistente, devido a uma alimentação inadequada, quase todos fatores influenciáveis pelo padrão cultural e educação para a saúde do povo em geral.

Assim, EIDT²¹ conclui que as ações das mães demonstram um baixo nível de conhecimentos em relação à alimentação infantil, o que contribui para aumentar a deficiência nutritiva de seus filhos.

PUFFER & SERRANO⁴⁷, em estudos realizados em seis cidades latino-americanas, verificaram que a falta ou insuficiência do aleitamento materno, assim como dos serviços de atenção pré-natal, são fatores contribuintes para a excessiva mortalidade perinatal e infantil.

YUNES et alii⁶³, investigando sobre o tétano do recém-nascido, em São Paulo, entrevistaram 86 mães destas crianças, verificando que 72% delas não receberam assistência pré-natal.

ESPINOSA DE LOS REYS²² ressalta que nos países de baixa morbidade e mortalidade materno-infantil, há adequada assistência pré-natal, usufruída por praticamente todas as gestantes. O inverso ocorre nas áreas de elevada morbi-mortalidade materno-infantil, o que sugere a importância dos cuidados e da educação na prevenção de morbidade e mortalidade perinatal.

ADRIASOLA et alii¹ sugerem que as causas da mortalidade materna e perinatal, passíveis de prevenção, derivam de defeitos do sistema de atenção à saúde, tanto em nível de assistência ambulatorial como de assistência hospitalar.

PELÁ⁴³, num estudo feito em Ribeirão Preto, São Paulo,

em puérperas hospitalizadas, constatou um alto índice, 91,2%, de procura de assistência pré-natal. Entretanto, somente 1,5% (14) das 929 pacientes receberam educação em saúde de maneira formal, conforme o critério aceito, concluindo aquela autora que a educação para a saúde pode ser considerada inexistente.

Esse trabalho mostra que frequentemente se presta assistência à saúde, mas não se educa para a saúde, deixando-se a população assistida com os padrões prévios de conhecimentos, não modificados. Ora, tendo alta a paciente não educada, o desconhecimento das ações de saúde a levará a comportamentos inadequados, capazes de influenciar negativamente a sua saúde e a de seu filho. É necessário todo um processo educativo, não apenas a assistência à saúde.

A atenção pré-natal tem por objetivo evitar, reconhecer e tratar as condições anormais durante a gestação, a fim de que a mãe e o produto da concepção se mantenham nas melhores condições de normalidade durante esse período, assim como durante o parto e puerpério^{36, 38, 24}. Para alcançar esta finalidade, é preciso assegurar assistência precoce, observação constante e pronto tratamento quando necessário, mas sobretudo educação integral em saúde, talvez o elemento fundamental da prevenção.

BRAVO¹³ salienta que o processo da educação para a saúde é longo, e que não é apenas a transmissão de conhecimentos em um só sentido, de uma mente cultivada a uma mente ignorante. É, ao contrário, um processo ativo, onde o educador estimula a curiosidade, e o receptor sua própria vontade. Para o referido autor, distintos grupos humanos, trabalhando dentro de seu próprio pa-

drão cultural (variações em relação a crenças, valores e experiências prévias), podem apresentar diferenças na maneira como definem suas próprias necessidades de saúde.

Os conhecimentos de saúde que muitas mulheres possuem e que lhes foram transmitidos por mães, comadres e vizinhas, podem não ser corretos. Um exemplo comum é o das que não lavam a cabeça durante o puerpério, porque acreditam que tal prática pode deixá-las loucas.

Conforme BALLESTY⁴, a ignorância e o medo são influências poderosas que, em grande parte, podem ser dominadas pelo ensino e segurança. Objetivando este aspecto, a Organização Mundial da Saúde tem alertado sobre a necessidade de serem dadas às gestantes informações no sentido de manter seu equilíbrio emocional e diminuir suas dependências de crenças e tradições.

Dentro de tal quadro, é claro que o puerpério não é o melhor momento de educá-las para a saúde.

Conforme CAPLAN¹⁴, o puerpério é um período vulnerável à ocorrência de crises emocionais devidas às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto, fazendo com que a puérpera se sinta em geral debilitada e confusa.

MELCHIOR³⁷, estudando as questões relacionadas ao puerpério, admite uma frequência de 6-17 problemas, entre os quais estão a fadiga, a depressão, a preocupação com o cuidado do recém-nascido e o nervosismo.

EVANS et alii²³, estudando as necessidades sentidas por 52 puérperas, do 1.º ao 30.º dia pós-parto, encontrou 263 necessidades, sendo 73 de informações, 151 físicas e 39 psicossociais.

De acordo com SANDOVAL⁵⁶ e ZAPENAS⁶⁴, as oportunidades para realizar o ensino para a saúde no ciclo do desenvolvimento humano encontram-se na infância, na adolescência, na reprodução (gravidez) e em todas mais onde houver de intervir para um desenvolvimento ótimo.

O Comitê de Peritos da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde⁴¹ salienta a importância da enfermeira, na identificação das necessidades de aprendizagem dos indivíduos da área materno-infantil, e de sua participação nos programas educativos para tais grupos. Incluídos nestes programas estão: o desenvolvimento de campanhas educativas de prevenção de enfermidades; o ensino de hábitos alimentares e higiênicos corretos; a educação sexual; o planejamento familiar; o ensino da mãe no cuidado dela própria e de seu filho.

CIARI JUNIOR¹⁶ diz que, mais do que o médico, pode a enfermeira obstétrica ir a fundo na coleta de dados da paciente, pois, como uma mulher falando a outra mulher, estabelecerá, nos sucessivos contatos, um diálogo de que resultará, sem dúvida, a obtenção dos elementos necessários para a assistência integral a essa mulher.

PIMONT⁴⁵ enumera, como sendo o primeiro passo para as programações de saúde, a *realização do diagnóstico educativo dos problemas de saúde*, ou seja, o conhecimento da realidade local e temporal, com base no levantamento das características sócio-econômico-culturais da comunidade e na detecção das barreiras psicológicas, culturais e sociais que interferem nas mudanças do comportamento dos indivíduos e da população.

Estes fatos ressaltam, mais uma vez, a importância da

atenção pré-natal como o ensejo para orientar a mãe quanto à promoção e manutenção da saúde própria e de seu filho, através de uma educação sistemática e contínua. Mediante o aproveitamento integral dos contatos oportunizados pelos serviços de saúde, se fará com que ela adquira conhecimentos corretos para os cuidados de saúde no período pós-parto.

Desta maneira, durante a gravidez, a mãe deverá capitalizar conhecimentos de saúde específicos às necessidades decorrentes da maternidade, limitando-se, no curto período de permanência hospitalar, no puerpério, a reforçar os conhecimentos já adquiridos.

Além dos aspectos até aqui ressaltados pela revisão da literatura pertinente, relacionados ao problema em estudo, outro fator que orientou o enfoque deste trabalho foi a constatação de que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde⁴², a situação da saúde materno-infantil adquire maior gravidade se se considerar a ausência de registro, nas estatísticas vitais e de saúde, das seqüelas invalidantes dos sobreviventes, que se traduzem em danos graves no desenvolvimento físico e psíquico, e por ponderável sobrecarga social com respeito à atenção que deverá ser dispensada a esses deficientes físicos e mentais.

O Comitê de Peritos da OMS⁴⁰ reconhece que o futuro da educação sanitária do povo dependerá tanto da preparação do pessoal técnico, do interesse e compreensão das autoridades oficiais e organizações particulares, quanto dos recursos econômicos disponíveis. Acredita, ainda, que o progresso dependerá igualmente da atenção dada à ampliação de estudos, investigações e programas experimentais. O presente estudo é um passo no mesmo sentido.

3.3 - OBJETIVOS

O presente trabalho propõe-se a:

+ verificar os conhecimentos de saúde que as puérperas possuem com relação ao seu autocuidado e ao do recém-nascido (antes da alta hospitalar);

+ analisar alguns fatores que intervêm nos conhecimentos das puérperas (escolaridade; condição sócio-econômica; experiência anterior; assistência e orientação pré-natal; idade; paridade);

+ verificar de onde provêm esses conhecimentos.

IV - M E T O D O L O G I A

BIBLIOTECA
Esc. de Enfermagem da UFRGS

4.1 - ETAPA PRELIMINAR

Foi feito um levantamento em todas as maternidades de Porto Alegre para verificar o número mensal de partos hospitalares e a classificação das pacientes atendidas, tais como: não pagantes, previdenciárias, particulares.

Entre os hospitais com serviço de maternidade, foram escolhidos três, pelo fato de contarem com representantes de ao menos uma das três categorias acima mencionadas, e pela sua localização dentro do perímetro urbano de Porto Alegre, facilitando assim a obtenção dos dados e reduzindo os custos de locomoção.

Foram adotadas as denominações A, B e C para os hospitais, considerando que:

A → dá atendimento exclusivo a pacientes particulares;

B → atende pacientes predominantemente previdenciárias e, eventualmente, particulares;

C → atende, em sua grande maioria, pacientes não pagantes, visando o ensino.

Assim, a amostra foi composta das pacientes pagantes (particulares), não pagantes e previdenciárias.

4.2 - POPULAÇÃO

Durante o período de 30 dias consecutivos, foram entrevistadas, nesses três hospitais, as puérperas que preenchessem as seguintes condições:

- a) terem tido filhos no hospital em estudo e com previsão de alta juntamente com seus recém-nascidos;
- b) terem previsão de alta dentro do período de 12-18 horas;
- c) não terem presenciado entrevista com outras puérperas.

4.3 - TÉCNICA

A técnica utilizada foi a de entrevista orientada por um formulário padronizado. O mesmo foi aplicado a 186 pacientes enquadradas nos critérios da amostra.

4.3.1 - Treino de entrevistadoras

As entrevistadoras foram em número de três, todas estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, que já haviam cursado a Disciplina de Enfermagem Obstétrica, as quais foram previamente orientadas sobre o que se pretendia obter em cada item do formulário. Após esta orientação, foram treinadas até que as perguntas fossem dirigidas às pacientes sem que provocassem indução das respostas.

4.3.2 - Entrevista

As entrevistas foram realizadas no hospital, após con-

sentimento das pacientes, às quais foi explicado o objetivo do inquérito antes de se passar à obtenção dos dados.

Com o intuito de impedir qualquer influência nas respostas, as entrevistas foram realizadas em quatro enfermarias por dia, ocorrendo o retorno à enfermaria n.º 1 no quinto dia após a primeira aplicação do formulário. Desta maneira, ao retornar a essa enfermaria, todas as pacientes entrevistadas naquela primeira data já haviam tido alta.

4.3.3 - Formulário

Foi elaborado um formulário tomando como ponto referencial as opiniões emitidas por médicos e enfermeiras obstetras e pediatras daquilo que a puérpera deveria saber sobre seu autocuidado e de seu RN, bem como as dúvidas que mais frequentemente elas manifestam.

Como testagem, a Autora aplicou 30 formulários com o objetivo de verificar a compreensão das pacientes a respeito das perguntas e a operacionalidade do instrumento.

O formulário foi reestruturado até chegar à sua forma definitiva (Anexo 1), que se divide em duas partes:

1.^a Parte → consta de dez itens que visam obter dados de identificação da puérpera:

- hospital de origem;
- idade;
- escolaridade;
- posição sócio-econômica;

- paridade;
- experiência anterior no cuidado do RN;
- época da 1.^a consulta médica na gestação;
- número total de consultas realizadas;
- orientações recebidas sobre os cuidados de saúde durante a gestação, sobre o puerpério;
- orientações recebidas na gestação sobre o RN.

2.^a Parte - compreende dez itens que visam estabelecer o conhecimento das puérperas sobre:

- a) higiene corporal;
- b) cuidado com as mamas;
- c) pausa sexual e métodos anticoncepcionais;
- d) revisão médica da puérpera;
- e) medidas dietéticas em relação ao RN;
- f) cuidados corporais com o RN;
- g) sono e repouso do RN;
- h) interação mãe e filho;
- i) revisão médica do RN;
- j) origem do conhecimento sobre os itens perguntados.

4.3.3.1 - Siglas utilizadas no formulário

RN - recém-nascido

PLAS - pessoas ligadas à área da saúde;

PNLAS - pessoas não ligadas à área da saúde;

MC - meios de comunicação;

DM - diversos meios;

PCPFD - possuía conhecimento prévio, fonte desconhecida;

NOI - não obteve informação.

4.3.3.2 - Definição dos critérios adotados para o preenchimento do formulário

a) hospital de origem - foi anotado o tipo de hospital em que a paciente estava internada;

b) idade - anotou-se a idade da paciente em anos completos na ocasião da coleta de dados;

c) escolaridade - tomou-se por base o último ano de escola freqüentado pela paciente;

d) posição sócio-econômica - foi definida pela ocupação do chefe da família ou da própria puérpera, quando esta era só e responsável economicamente por sua família. Por chefe da família considerou-se o marido, companheiro ou responsável da puérpera. As ocupações foram classificadas segundo critérios de GUIDI & DUARTE²⁸, sendo utilizadas as seguintes modalidades:

- *Ocupações não qualificadas* - a maioria das ocupações braçais, as que não exigem, para seu desempenho, experiência profissional prévia ou níveis mínimos de instrução formal; as que não são especializadas e as que têm níveis de remuneração do salário mínimo local. Estão neste caso, por exemplo, ocupações como as de carregador, empregada doméstica, passadeira, lavadeira, lixeiro, servente, operário não qualificado, faxineiro, biscateiro, lavador, garrafeiro, garção de botequim, arrumadeira, trabalhador rural braçal, meeiro, caixeiro de armazém ou de outro pequeno estabelecimento comercial varejista (quitanda, mercearia, peixaria, lanchonete), pescador e outros com idênticas características.

- *Ocupação de nível inferior de qualificação* - ativi-

dades cujo desempenho não exige necessariamente esforço braçal ou que só podem ser exercidas com um nível mínimo de instrução formal (curso primário fundamental), ou de treinamento profissional específico. Enquadram-se nesta categoria as ocupações subalternas de escritório (contínuo, datilógrafo, telefonista, mecanógrafo), que, embora consideradas inferiores e de baixa remuneração, possuem um *status* mais alto que as ocupações da categoria precedente. Pertencem também a este nível os operários qualificados (assim considerados por terem um mínimo de aprendizado profissional, como mecânicos, gráficos, metalúrgicos), porteiros, chefes de turma e mestres das linhas de produção fabril, balconistas e empregados de lojas de artigos finos ou de estabelecimentos comerciais de grande porte (casas de roupas, sapatarias, joalherias, farmácias e drogarias, *bomboníeres*, lojas de aparelhos eletrodomésticos e mobiliário). O pequeno proprietário rural e o pequeno comerciante também integram este nível ocupacional.

- *Ocupações de nível médio* - ocupações para cujo exercício é desejável, pelo menos, o curso ginásial ou colegial completo ou, em alguns casos, curso médio completo*. Em outras palavras, os que compõem esse nível devem ter de 8 a 12 anos de escolaridade, formação profissional especializada de duração mais longa que a fornecida aos operários qualificados da categoria precedente e níveis de remuneração que vão aproximadamente de

*Aqui, e a seguir, usam-se as expressões "curso primário", "ginásial", "colegial", na acepção anterior à reforma do ensino, que instituiu o 1.º, 2.º e 3.º graus, pois se verificou que, na maioria das vezes, as entrevistadas não conseguiam entender ou expressar sua escolaridade senão naqueles termos.

duas a quatro vezes o salário-mínimo local; bancários, professores primários, e atividades correlatas. O pequeno proprietário rural que dispuser de mais de 10 empregados enquadra-se igualmente nessa categoria.

- *Ocupações superiores* - atividades que exigem nível mais elevado de instrução (profissionais liberais de nível universitário, como engenheiros, médicos, advogados, enfermeiros, dentistas e outros), e cargos técnico-científicos, como pesquisador, químico técnico, ou que se caracterizam pela chefia ou gerência de empresas comerciais ou industriais de porte médio. Enquadram-se, também, nesse nível os postos militares inferiores do oficialato (tenente, capitão, major), e os donos de médias propriedades rurais.

- *Ocupações de alta renda* - altos cargos de chefia ou gerência em grandes organizações, grandes proprietários rurais, capitalistas, altas patentes militares, deputados e senadores, ocupantes de elevados postos administrativos no serviço público, diplomatas, donos de cartório, pecuaristas;

e) paridade - consideram-se os filhos que a parturiente deu à luz, excetuando-se os abortos;

f) experiência anterior no cuidado do RN - considerou-se o cuidado de crianças suas ou de outras pessoas - de irmãos, patroa, amigos - no período de 0 a 30 dias de idade;

g) época da 1.^a consulta médica na gestação. Foi anotado o trimestre de gestação em que a mesma ocorreu;

h) número total de consultas realizadas pela puérpera

na gestação, em assistência pré-natal;

i) orientações recebidas sobre o puerpério. Toda orientação recebida por ocasião das consultas pré-natais;

j) orientações recebidas na gestação sobre o RN;

l) origem do conhecimento - foi anotada a fonte da informação de conhecimentos adquiridos pela paciente dentro do seguinte critério: PLAS (médico, pessoal de enfermagem); PNLAS (pais, amigos, parentes, professores); MC (rádio, televisão, revistas, jornais, livros, cinema); DM (quando em jogo mais de três meios de comunicação); PCPFD (quando não sabia precisar sua fonte de informação) e NOI (quando não obteve informação sobre o conhecimento).

4.3.3.3 - Avaliação das respostas

As respostas de cada item foram avaliadas uma a uma e, após, no seu conjunto. Desta maneira, as respostas foram codificadas em:

a) Isoladas:

- E - quando a resposta e a razão da questão estavam erradas;
- C - quando a resposta e a razão da questão estavam certas;
- CRE - quando a resposta estava correta, porém a razão estava errada;
- CRD - quando a resposta estava certa e a razão era desconhecida;
- ERC - quando a resposta estava errada e a razão estava certa;
- ERD - quando a resposta estava errada e a razão era desconhecida;

→ D - quando mostrou desconhecimento das respostas da questão;

b) Conclusão do conjunto de conhecimentos:

- CC (correta completa) - quando todas as perguntas sobre o item foram respondidas corretamente;
- D (desconhecimento) - quando a paciente apresentou desconhecimento total ou parcial das respostas às perguntas que compunham o conjunto e não tendo sido evidenciado respostas incorretas;
- PC (parcialmente correta) - quando as respostas às perguntas do item estavam, em parte, corretas e, em parte, incorretas. Deste modo, se, entre as respostas dadas, pelo menos uma estivesse errada, o item seria classificado com PC, não importando o número de perguntas respondidas;
- I (incorreta) - quando as respostas dadas às perguntas do item estavam incorretas, independente do número de perguntas respondidas.

4.3.3.4 - Gabarito das respostas

O gabarito das respostas corretas foi elaborado baseando-se na experiência profissional e através da bibliografia citada.

A - Higiene Corporal

1) A senhora acha que pode tomar banho após o parto?

R - Sim

Por quê? Quando?

Segunda BETHEA⁸, as medidas destinadas a promover o

bem-estar da mãe incluem o banho diário. REZENDE⁵³, permite o banho de chuveiro no 2º dia pós-parto.

2) Em relação à lavagem de cabeça, a senhora acha que pode realizá-la no puerpério?

R - Sim

Por quê? Quando?

Segundo FUERST²⁵, o cabelo está sujeito à mesma sujeira e oleosidade que a pele, devendo ser lavado com frequência. Para a maior parte das pessoas, lavá-lo uma vez por semana é suficiente. A higiene dos cabelos da paciente é importante, tanto para a sua aparência quanto para seu bem-estar, e pode ser realizada tão logo a paciente consiga fazê-la.

A não lavagem da cabeça, no puerpério, não passa de uma superstição, segundo BOOKMILLER¹².

3) A senhora acha necessário fazer higiene dos genitais após evacuar e urinar?

R - Sim

Por quê? Para limpeza da vulva, períneo e região anal, como meio de evitar as infecções do útero e promover a cicatrização do períneo, e manter a comodidade da mãe. REEDER⁵⁰, afirma que este cuidado deve ser praticado cada vez que a mãe urine ou evacue os intestinos, tenha ela feito episiotomia ou não.

Como?

Segundo REZENDE⁵³, esta limpeza deve ser feita com água fervida em dissolução com anti-séptico brando, limpando-se primeiramente da região dos lábios e vulva e por último a região anal.

A resposta também foi considerada correta se a paciente falava que a higiene poderia ser feita com água.

B - Cuidado com as mamas

5) A senhora acha necessário limpar os seios antes e depois de dar de mamar ao nenê?

R - Não, exceto em casos especiais.

Por quê? Não é necessária nenhuma limpeza adicional antes de cada amamentação, a não ser no caso de a paciente fazer uso de pomada nos mamilos. Necessário, porém se faz, a lavagem das mãos com água e sabão sempre que estas entrarem em contacto com as mamas conforme preconiza REEDER⁵⁰.

Tem-se lido nas bibliografias convencionais que a paciente deve fazer higiene nas mamas antes e depois das mamadas, porém, segundo REEDER⁵⁰ e IFFRIG³¹, o uso de água é, com frequência, desnecessária porque a pele do mamilo se limpa por si só com o anti-séptico natural da lisoenzima.

Com que? No caso de apresentar necessidade de ser realizada a higiene, deverá ser com água destilada ou fervida, evitando-se o uso de água boricada ou sabão, pois, segundo REZENDE⁵³, estes ressecam a pele e o ressecamento pode facilitar a presença de rachaduras no mamilo.

6) Acha necessário o uso de sutiã no pós-parto?

R - Sim

Por quê? REZENDE⁵³ e REEDER⁵⁰, são da opinião de que, durante todo o período do aleitamento, devem as mamas ser trazi-

das bem elevadas pelo uso do sutiã, para evitar acotovelamentos vasculares e de ductos glandulares responsáveis assim pela congestão sangüínea, como por galactoestase e galactocele.

7) A senhora sabe quanto tempo deve durar a mamada?

R - Sim

Por quanto tempo em cada seio?

COSTA¹⁸ chama a atenção para o aspecto de que "as reservas nutritivas do recém-nascido permitem que nos primeiros dias as mamadas sejam pequenas". No primeiro dia, as mamadas não devem ultrapassar os 5 minutos em cada seio, sendo igualmente esta a idéia de diversos autores ^{2, 30, 31, 50}. Deverá ser feito um aumento gradual na duração das mamadas, não ultrapassando o tempo de 15 minutos em cada seio, pois, após este período, a sucção continuada da mama propiciaria o traumatismo e a rachadura dos mamilos.

8) A senhora sabe como retirar a boquinha do nenê da mama?

R - Sim

Como? Conforme IFFRIG³¹ fazendo pressão para baixo no queixo repetidas vezes, já APPLEBAUM², tapando as narinas do nenê até ele abrir a boca para respirar, ou interrompendo a sucção, colocando o dedo anular no canto da boca do nenê antes de afastá-lo do seio.

C - Pausa sexual e métodos anticoncepcionais

10) A senhora acha que pode reiniciar as relações sexuais logo após a alta hospitalar?

R - Não

Por quê? Quando?

Diversos autores ^{11, 18, 50, 52} recomendam evitar relações sexuais antes da revisão médica, período que varia de 4 a 6 semanas, para prevenir infecções e traumas dos órgãos e estruturas em processo de cicatrização e regeneração.

HUNTER ³⁰ refere que, nas infecções puerperais, o microrganismo ganha acesso ao útero como resultado de uma infecção ascendente, podendo esta originar-se de bactérias normalmente encontradas na flora vaginal que se tornam virulentas, ou de organismos virulentos que foram introduzidos pelo trato genital.

11) A senhora acha que seu organismo já está pronto para conceber logo outro filho?

R - Não

Por quê? Para REZENDE ⁵³, o útero completa sua involução, o endométrio prolifera nos moldes habituais e o esfregaço vaginal readquire padrão normoestrogênico entre 50 e 60 dias após o parto.

12) A senhora sabe o que fazer para evitar nova gravidez?

R - Sim

O quê? Quando pretende pôr em prática? CRONIN ¹⁹ demonstrou que as mães que não amamentam devem provavelmente usar alguma forma de anticoncepção em torno da quarta semana após o parto, pois cinquenta por cento podem começar a ovular nessa época. Recomenda-se que este cuidado se estenda também às mães que estão amamentando, pois há evidência de casos, na prática profissional, de gravidez nesse período.

REEDER⁵⁰ ressalta que com frequência a mulher vê as coisas de forma mais real, especialmente a multípara, e que, se mantiver relação neste período, o condon é o anticonceptivo de uso mais prático.

A inserção de um DIU e o uso de diafragma, ou de espuma, ou de outros agentes espermicidas, são geralmente utilizados somente depois da involução uterina completa.

Na resposta deste item, a preocupação girou em torno de anticoncepcional até a revisão médica.

D - Revisão médica da puérpera

14) A senhora acha necessário ir ao médico após a alta hospitalar?

R - Sim

Quando? De 4 a 6 semanas após, segundo os autores já citados na questão número 10.

Por quê? Conforme BOOKMILLER¹² o médico revisará o estado das mamas e mamilos, períneo e vagina, colo e posição do útero. Para BENSON⁸, esta também é a oportunidade de aconselhar a paciente quanto ao planejamento da família, prescrevendo o método anticoncepcional mais adequado ao casal, se tal lhe for pedido.

15) Sabe o local onde deverá ir à consulta médica após a alta hospitalar?

R - Sim

Onde? Médico particular, INAMPS, Santa Casa, Posto de Saúde.

E - Medidas dietéticas do recém-nascido

17) A senhora sabe qual é a melhor alimentação para o seu bebê?

R - Sim

Qual? O leite materno

Por quê? Segundo a Liga Internacional do Leite³⁴, o leite materno está adaptado ao aparelho digestivo do bebê; é assimilado com mais facilidade, contribuindo para que o bebê conserve melhor sua energia, com a qual desenvolverá melhor seu corpo e seu cérebro. Além deste aspecto, para SOUZA e col.⁵⁹ "o leite materno é disponível em poucos segundos quando o bebê está com fome. É servido na temperatura ideal e é o único alimento de que a natureza dispõe que vai direto da fonte ao consumidor".

18) A senhora acha que o seu leite é suficiente para o seu nenê?

R - Sim

Por quê? De acordo com a Liga Internacional do Leite³⁴, se forem atendidas as necessidades alimentares do nenê, ele estará satisfeito, dormindo entre as mamadas, porque recebe alimento suficiente. Entretanto, conforme SOUZA e col.⁵⁹, há algumas manifestações que denunciam quando o leite é insuficiente: o bebê prolonga o tempo de sucção para 30 a 40 minutos, encontra o intervalo entre as mamadas, reclamando antes de duas horas, e toma grandes quantidades de água ou chá. A melhor maneira de saber se o leite é suficiente ou não consiste em pesar o bebê a intervalos de três ou quatro dias, para constatar se seu aumento de peso é satisfatório.

19) A senhora sabe até quando é aconselhável dar de mamar no peito ao seu nenê?

R - Sim

Por quê? Até quando?

Em relação a esta medida, CLARK¹⁷, "estamos convencidos que o crescimento e o desenvolvimento físico e emocional satisfatórios, após o nascimento, são mais certos quando um bebê recebe volume adequado de leite materno; recomendamos que todas as mães sejam incentivadas a alimentar seus filhos no seio por um período de um mínimo de duas semanas, de preferência durante os primeiros quatro a seis meses de vida".

F - Cuidados corporais do RN

21) Sabe quando, no seu entender, deve ser dado o primeiro banho de banheira no seu nenê?

R - Sim

Quando? Conforme SOUZA et alii⁵⁹, após a cicatrização do umbigo o bebê pode ser banhado com água e sabonete neutro.

Descreva a seqüência. O banho deve ser iniciado pela cabeça e rosto, seguindo-se o resto do corpo. A técnica utilizada é a descrita por BETHEA¹⁰. Sustentando o corpo e a cabeça do nenê com a mão esquerda, a mãe deve apoiá-lo no lado esquerdo do seu corpo tendo assim a outra mão livre para poder lavá-lo. Lavar o rosto com água e, após, os cabelos com água e sabonete; enxaguar e secar a cabeça. Só então deverá colocar o nenê dentro da banheira para lavar os braços, pernas e corpo, tendo-o sempre apoiado em

seu corpo.

22) A senhora acha necessário colocar algo no umbigo do nenê, quando já estiver em casa?

R - Sim

O quê? Foi considerada correta a resposta de que, para a cicatrização, a mãe deveria colocar algum anti-séptico, tal como mercúriocromo, álcool iodado, mertiolate ou penicilina⁶³.

Quanto ao uso de faixa umbilical, SOUZA e col.⁶¹ consideram-na desnecessária, pois não previne o surgimento de hérnia umbilical.

23) Sabe o que fazer para seu nenê não ter assadura?

R - Sim

SOUZA e col.⁶¹ aconselham para evitar assaduras trocar o bebê com bastante frequência, procurando mantê-lo sempre seco.

G - Sono e repouso do RN

25) Sabe quantas horas de sono por dia são necessárias para o seu nenê?

R - Sim

Quantas? Os recém-nascidos passam quase todo o dia dormindo, em torno de 20 horas diárias BETHEA¹⁰ e REEDER⁵¹.

26) A senhora sabe onde é o melhor local da casa para o seu nenê dormir?

R - Sim

Onde? Para BARBOSA⁵, a criança deverá dormir sempre no berço, em local bem tranquilo e sem barulho.

Nos primeiros meses aconselha-se o alojamento conjunto, principalmente para as mães que estão amamentando durante a noite.

Até quando? Por quê?

SOUZA et alii⁶⁰ aconselha que se tire o bebê do quarto dos pais pelo menos a partir do terceiro mês de vida, pois ele acorda com os ruídos, como o roncar e ressonar, e com os movimentos dos adultos na cama.

BARBOSA⁵ aconselha que, mesmo havendo somente um quarto de dormir, o berço do bebê fique separado por biombo, colcha ou cobertor, que pode ser até enfeitado; assim, o bebê já terá o seu canto separado.

27) A senhora sabe o que fazer caso o nenê chorar?

R - Sim

O que pretende fazer? O choro é a principal maneira de que o nenê dispõe para comunicar algum tipo de desconforto e que "precisa ser atendido".

O atendimento, conforme MALDONADO et alii³⁵ se faz na base da tentativa: muda-se a fralda, amamenta-se, embala-se, dá-se remédio para cólica, pega-se no colo, verifica se está com frio ou calor.

H - Interação mãe e filho

29) A senhora acha que pode demonstrar amor por seu nenê?

R - Sim

Como? Em tudo que se faz pensando nele. Trocar as fraldas é uma maneira de demonstrar amor e atenção por ele.

30) A senhora fala com seu nenê?

R - Sim

Por quê? A adaptação do bebê ao mundo fora do ventre materno se faz lentamente; os primeiros dias, as primeiras semanas, são para tomar contato, adaptar-se aos poucos à realidade, e para isto MALDONADO et alii ³⁵, entre outros procedimentos, aconselha cantar para ele, falar com ele. Continuando, essa autora refere que os bebês não entendem o significado das palavras, mas sim o tom da voz.

SAVASTANO ⁵⁷ diz que falar com carinho à criança é uma maneira para ela se sentir amada e em segurança.

31) Dar colo, no seu entender, é importante para o nenê?

R - Sim

Por quê? "Acariciar, alisar, tocar o bebê, pegá-lo no colo e aconchegá-lo é também uma excelente maneira de lhe transmitir amor".³⁵

É desta maneira que o bebê vai sentir o cheiro da mãe, o calor do seu corpo e assim sentir-se aninhado e protegido.

Quando?

O correto, conforme BARBOSA⁵, é que a mãe deve pegar o bebê no colo algumas vezes ao dia, quando ele estiver acordado, quieto, sem chorar; fazer-lhe carinho; conversar baixinho. Não esperar que o bebê chore para só então ganhar colo, pois nesta situação ele aprenderá que só chorando receberá atenção.

Se a mãe não tem muito tempo disponível para dar colo ao seu bebê, deverá fazê-lo pelo menos nas vezes em que lher der de mamar.

I - Revisão médica do RN

33) Pretende levar seu nenê ao médico após a alta hospitalar?

R - Sim

Quando? Aos 15 dias de vida, aproximadamente, dependendo das necessidades da mãe e do bebê, deve ser feita revisão médica conforme preconizam SOUZA⁶¹ e COSTA¹⁸.

34) Sabe o local onde deverá levar o nenê para ser examinado?

R - Sim

Onde? Consultório particular, Centro de Saúde, Ambulatório do Hospital, INAMPS.

4.3.4 - Tratamento estatístico

Inicialmente foram construídas tabelas simples de dis-

tribuição de frequência em número absoluto e percentual.

Para verificar a associação entre as variáveis, foi utilizado o teste do χ^2 (qui quadrado), numa significância estatística ao nível de $\alpha \leq 0,05$.

V - RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os dados do presente estudo foram obtidos através de uma entrevista orientada por um formulário aplicado 12 a 18 horas antes da alta hospitalar das puérperas internadas em três hospitais, sendo um de ensino, um previdenciário e um particular.

Das 188 pacientes selecionadas para o estudo, em dois casos não foi possível realizar a entrevista: num caso, a pedido da mãe da paciente, que alegou estar esta fatigada; no outro caso, por recusa da própria paciente, sem que houvesse justificativa por parte da mesma. Ambas as pacientes eram do hospital particular.

As demais pacientes mostraram-se receptivas e houve cooperação por parte do corpo clínico, do pessoal de enfermagem e dos familiares da paciente.

No hospital previdenciário e no de ensino, o número de leitos nas enfermarias impossibilitou a entrevistadora de retornar a uma enfermaria antes de 3 a 5 dias, fato este que circunscreveu o número dos casos estudados.

Cada entrevista durou aproximadamente 25 minutos.

O instrumento de coleta de dados mostrou-se satisfatório, uma vez que permitiu a obtenção das informações desejadas.

5.1.1 - Caracterização da amostra

A amostra constituiu-se de 68 (36,60%) pacientes de hospital particular, 52 (28,00%) de hospital previdenciário e 66 (35,40%) de hospital de ensino.

As idades variaram de 15 a 40 anos, sendo que a maioria das puérperas possuía 29 anos ou menos.

Declararam-se analfabetas 14 (7,50%): com primário 53 (28,50%); com ginásio 38 (20,50%); com curso colegial, 30 (16,10%) e com instrução superior 51 (27,40%) pacientes.

A maioria (109 = 58,60%) tinha instrução igual ou superior ao curso ginásial.

O tipo de ocupação do chefe da casa ou da puérpera, quando esta era só, teve a seguinte distribuição: 53 (28,50%) = ocupação não qualificada; 45 (24,20%) = nível inferior de qualificação; 29 (15,60%) = nível médio; 49 (26,30%) = nível superior; 3 (1,60%) = alta renda; e 7 (3,60%) = a resposta foi prejudicada.

Referiram experiência anterior no cuidado com RN, 123 (66,10%) puérperas.

Não tiveram assistência pré-natal 16 (8,60%) pacientes; consultaram no 1.º trimestre, 130 (69,90%); no 2.º trimestre, 21 (11,40%); e no 3.º trimestre, 19 (10,20%).

O número total de consultas na gestação variou de 1 a 30, sendo assim distribuídas: de 1 a 3 consultas, 34 (18,30%) pacientes; de 4 a 6, 34 (18,30%); de 7 a 10, 54 (29,10%); e as com 11 ou mais consultas, 47 (25,30%) pacientes.

A maioria das pacientes (132 (71,00%)) relatou não haver recebido informação sobre o puerpério durante a gestação. Igualmente, grande número de puérperas não recebeu informação sobre o RN (141 (75,80%) pacientes) durante aquele mesmo período.

Os demais resultados serão apresentados e discutidos dentro dos itens:

- conceitos obtidos em respostas isoladas e conjunto de conhecimentos;
- conceitos obtidos em função das variáveis estudadas;
- fontes de obtenção dos conhecimentos.

5.2 - CONCEITOS OBTIDOS

5.2.1 - Respostas isoladas

Das 26 perguntas formuladas às puérperas sobre conhecimentos a respeito de seu autocuidado e de seu RN, obtiveram 4.836 respostas, sendo 638 (13,19%) classificadas como erradas; 3.247 (67,14%), corretas; 616 (12,73%), desconhecidas; 183 (3,77%), corretas com razão desconhecida; 144 (2,97%), corretas com razão errada; 7 (0,14%), erradas com razão correta; e 1 (0,02%), errada com razão desconhecida.

Somando-se todas as respostas classificadas como corretas, tem-se um total de 3.574, que perfaz um percentual de 73,90% da amostra. Somando todas as respostas erradas e os desconhecimentos, tem-se um total de 1.262, que perfaz 26,09% da amostra.

Nesta amostra estudada, observa-se que há maior incidência de acertos que erros e desconhecimentos nas respostas ob-

tidas. Convém lembrar aqui que esta ocorrência pode estar relacionada ao fato de 66,10% das pacientes terem tido experiência quanto aos cuidados do RN e de 58,10% serem pacientes com duas ou mais gestações.

As tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição dos conceitos obtidos nas questões sobre o autocuidado e o cuidado do recém-nascido.

TABELA 1

Distribuição dos conceitos obtidos nas respostas segundo
as 12 perguntas feitas sobre o autocuidado

1981 - RS

QUESTÕES*	CONCEITOS OBTIDOS NAS RESPOSTAS							TOTAL
	Errada	Correta	Correta c/ razão er- rada	Correta c/ razão des- conhecida	Errada c/ razão cor- reta	Errada c/ razão des- conhecida	Desco- nheci- mento	
1	47	131	-	3	1	-	4	
A	2	101	3	-	-	-	6	
U	3	16	126	32	2	-	10	
T	5	56	115	10	-	-	5	
O	6	9	159	2	6	-	10	
C	7	16	97	4	-	-	69	
U	8	55	27	1	-	-	103	
I	10	19	147	2	9	-	9	
D	11	16	126	7	22	-	14	
A	12	22	69	7	48	-	40	
D	14	18	136	6	13	1	12	
O	15	-	170	-	-	-	16	
TOTAL	375	1379	74	103	2	1	298	2232
PERCENTUAL	16,80	61,78	3,32	4,61	0,09	0,04	13,35	

* As questões que não estão na tabela são relativas à fonte de conhecimento dos conjuntos de perguntas.

TABELA 2

Distribuição dos conceitos obtidos nas respostas segundo
as 14 perguntas feitas sobre o cuidado com o RN

1981 - RS

QUESTÕES*	CONCEITOS OBTIDOS NAS RESPOSTAS						TOTAL
	Errada	Correta	Correta c/ razão er- rada	Correta c/ razão des- conhecida	Errada c/ razão cor- reta	Desconhe- cimento	
17	6	171	-	2	1	7	
C	18	27	114	1	8	-	36
U	19	3	110	5	8	-	60
D	21	39	68	37	21	-	21
A	22	16	154	5	-	-	11
D	23	13	158	1	1	-	13
O	25	4	78	2	-	-	102
C	26	73	96	1	5	-	11
O	27	7	162	2	-	-	15
M	29	2	172	-	4	-	8
O	30	9	171	-	6	-	-
R	31	33	131	10	4	5	3
N	33	31	119	6	21	-	9
	34	-	164	-	-	-	22
TOTAL	263	1868	70	80	6	318	2604
PERCENTUAL	10,10	71,73	2,69	3,07	0,20	12,21	

*As questões que não estão na tabela são relativas à fonte de conhecimento dos conjuntos de perguntas.

Observa-se que o percentual de acertos nas questões sobre o cuidado com o RN é superior ao relativo ao autocuidado. Novamente, deve ser lembrado que 66,10% da amostra já haviam tido experiência quanto àquele cuidado.

Chama-se a atenção para o número de respostas erradas, 101 (54,30%), dadas à pergunta n.º 2 (lavagem de cabeça). Este resultado vem ao encontro da afirmação de BOOKMILLER¹² de que o procedimento está vinculado a superstições. A tradição popular já impõe às jovens a proibição de lavarem a cabeça durante o período menstrual, que é reforçada por ocasião do puerpério. A ação educativa da enfermeira, com relação a esse fato, deve iniciar-se com as crianças e adolescentes, a fim de que, no puerpério, haja maior receptividade para aquela prática.

A pergunta que obteve maior grau de desconhecimento é a que se refere à interrupção da sucção e separação do RN da mama materna. Das mães em estudo, 103 (55,37%) desconhecem a técnica e 55 (29,56%) a descrevem de maneira errada. À pergunta formulada às puérperas - "*A senhora sabe como retirar a boquinha do nenê da mama?*" -, 103 mães responderam "*não sei*". Pode-se supor, talvez, que as mesmas nem cogitem da possibilidade de este fato ocorrer, não se preocupando, portanto, com a forma de fazê-lo.

A enfermeira, no processo educativo, deve estar alerta aos fatores psicossociais determinantes de atitudes, se quiser efetivamente obter mudança de comportamento em relação a procedi-

mentos. É necessário, antes, informar-se do significado da sucção para a mãe, quais valores estão em jogo nesta interação e quais sentimentos estão sendo desencadeados.

IFFRIG³¹ alerta para os dois tipos de sucção que o RN pode apresentar: a efetiva e a sonolenta. A enfermeira necessita discutir com a mãe sobre este tema, a fim de que ela compreenda que o sugar do recém-nascido nem sempre o leva a obter leite e que danos podem advir de uma inadequada sucção.

Reforçando esta premissa, observou-se que 85 (45,69%) das mães ignoravam ou tinham conceitos errados a respeito do tempo das mamadas.

Na pergunta n.º 12: "*O que fazer para evitar nova gravidez?*", 88 (47,31%) desconheciam o que fazer ou a maneira de utilizar o método anticoncepcional. Chama aqui a atenção o fato de que a maioria, 117 (62,90%), desconhece como evitar nova gravidez ou o faz de maneira incorreta. Vale ressaltar que, durante o puerpério, as pacientes apresentam-se altamente motivadas para receber esta orientação. Embora o período de internação puerperal seja curto para explorar todas as necessidades da paciente, em educar-se, a orientação sobre o planejamento familiar deverá ser dada, para que, satisfeita, possa a parturiente estar atenta a outras orientações recebidas.

Com relação ao cuidado com o recém-nascido, 103 (55,38%) mães ignoram e 73 (39,25%) têm conceito errado sobre o total de horas de sono diárias que o RN necessita. Assim, 176 (94,62%) puérperas não são capazes de avaliar a normalidade deste processo em seus filhos. Para as mães desinformadas, o fato de o bebê dor-

mir 20 ou mais horas por dia pode ser interpretado como desvio da normalidade, e também não são capazes de defender, junto aos familiares e visitantes, a necessidade de que seu filho não seja perturbado durante o período de sono.

Frente à pergunta: "*Qual o melhor alimento para seu nenê?*", a grande maioria, 171 (91,93%), respondeu ser o leite materno.

Os dados encontrados neste trabalho são superiores aos apresentados por AUGUSTO³ e RICCO⁵⁴, em cujos trabalhos se encontra que 80% e 51,42%, respectivamente, das pacientes mencionaram o leite materno como o melhor alimento.

Acredita-se que a diferença encontrada pode ser devida a campanhas feitas através dos meios de comunicação, que são influentes na opinião pública em geral e que tiveram lugar no período de 6 anos que separa os dois trabalhos.

Embora a maioria, 123 (66,10%) das mães saiba que deve amamentar seus filhos pelo menos até o 6.^o mês, 63 (43,90%) ignoram ou têm conceito errado a este respeito (pergunta n.^o 19).

Não se deve, porém, supor que todas as mães que têm o leite materno como o melhor alimento para seus filhos, na realidade os tenham amamentado.

Colocam-se aqui os achados de SLOOPER e col.⁵⁸, segundo os quais existe um contraste entre o ideal da maioria das mães e o que está ocorrendo na prática.

5.2.2 - Conjuntos de conhecimentos

A tabela 3 apresenta a distribuição dos conceitos obtidos segundo os nove conjuntos de conhecimentos.

TABELA 3

Distribuição dos conceitos obtidos nas respostas segundo
os conjuntos de conhecimentos

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	CONJUNTOS DE CONHECIMENTOS																TOTAL			
	H.corpo- ral da puérpera		Cuidado com as mamas		Pausa se- xual		Revisão médica da puérpera		Medidas dietéti- cas do RN		Sono e re- pouso do RN		Cuidados corporais com o RN		Interação mãe e fi- lho		Revisão médica do RN		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
I	4	2,15	8	4,30	2	1,08	5	2,69	5	2,69	3	1,61	2	1,08	1	0,54	7	3,76	37	2,21
CC	58	31,18	21	11,29	44	23,66	131	70,43	69	37,10	52	27,96	52	27,96	118	63,44	114	61,29	659	39,37
D	12	6,45	62	33,33	83	44,62	31	16,67	79	42,47	55	29,57	40	21,51	17	9,14	36	19,35	415	24,79
PC	112	60,21	95	51,08	57	30,65	19	10,21	33	17,74	76	40,86	92	49,46	50	26,88	29	15,59	563	33,63
TOTAL	185		186		186		186		186		186		186		186		186		1674	

Pode-se observar que no total, os percentuais de conceitos corretos completos foram os mais altos, 659 (39,37%), seguidos de conceitos parcialmente corretos, 563 (33,63%).

Isto leva a supor que a amostra estudada de alguma forma demonstra possuir conceitos corretos com relação ao autocuidado e ao cuidado do recém-nascido.

Estes achados são estimulantes para as campanhas educativas e para que o pessoal de saúde prossiga no mister de educar a população, não só quanto aos assuntos específicos de saúde, como também aos assuntos de ordem geral.

Quanto ao conjunto higiene corporal, o maior percentual, 112 (60,20%), se acha vinculado ao conceito parcialmente correto. Este percentual pode ser devido principalmente à questão n.º 2 apresentada (tabela 1) - lavagem da cabeça -, onde 101 (54,00%) pacientes responderam de forma errada à questão proposta. Saliente-se que a higiene corporal correta é fator de profilaxia de infecções puerperais e que, entre nós, estas infecções estão entre as causas mais comuns de complicações no puerpério. Este fato reforça uma vez mais a necessidade de a atividade educativa da enfermeira voltar-se principalmente às necessidades básicas do indivíduo.

Em relação ao conjunto cuidado com as mamas, o conceito que obteve percentual mais elevado foi o parcialmente correto, 95 (51,08%), seguido do conceito desconhecimento, 62 (33,33%). Estes resultados, de certa forma, estão relacionados de perto com as questões de números 8 e 7 (Tabela 1), onde 103 (55,30%) pacientes mostraram desconhecer a técnica de interrupção da sucção, por o-

casião do término da mamada, e 69 (37,00%) desconhecem o tempo de duração da mamada.

O desconhecimento, ou erro de execução de ambas as técnicas empregadas relativas às duas questões em estudo conduzem, segundo IFFRIG³⁴, à lesão do mamilo, muito dolorida, que leva a mãe a poupar o seio, substituindo o aleitamento materno pelo artificial.

PELA⁴⁴, em pesquisa realizada sobre 260 pacientes, concluiu que 163 (62,59%) apresentaram algum tipo de lesão em um ou nos dois mamilos, conduzindo à introdução da mamadeira suplementar para o RN.

RICCO⁵⁴, encontrou cifras de 25% de bebês que já saem da maternidade com a suplementação de leite artificial e 16,25% completamente desmamados.

NOVAES³⁹, em estudo realizado em São Paulo sobre aleitamento materno, cita a rachadura dos mamilos entre as múltiplas razões apresentadas pelas mães para desmamar precocemente o filho, numa percentagem de 5,5%.

Segundo aquela autora, tais razões são passíveis de prevenção e correção, pois, quando a mulher é preparada para a lactação, assistida e ensinada no hospital e a domicílio, elas podem ser diminuídas ou eliminadas.

Aqui fica com a indagação se, de fato, um dos fatores que levam ao desmame precoce não será o desconhecimento da mãe sobre o ato de amamentar.

Ainda em relação aos cuidados e higiene das mamas (ques-

tão 5 - Tabela 1), embora 115 (61,80%) pacientes tivessem conhecimentos corretos a este respeito, outras 56 (30,10%) o faziam de forma errada, propiciando a entrada de microrganismos que se irão instalar tanto no seio materno quanto na cavidade bucal do recém-nascido.

A paciente deverá ser instruída sobre como proceder à higiene das mamas, caso esta se torne necessária, e, principalmente, à higiene das mãos antes das mamadas.

No conjunto de conhecimento sobre *Pausa Sexual e Métodos Anticoncepcionais*, o percentual de desconhecimento do assunto chama bastante a atenção, pois 83 (44,62%) pacientes não têm idéia sobre o assunto. Este, para um grande número de mulheres, ainda permanece intocável, cercado de tabus e de ignorância, até mesmo sobre o fato simples de que a amamentação, por si só, não é método anticoncepcional eficaz. Certas puérperas desconhecem a possibilidade da utilização de métodos anticoncepcionais em geral, durante a amamentação.

Sobre este assunto ZAPENAS⁶⁴ diz que a educação sexual, reveste-se de importância cada vez maior, uma vez que através dela as crianças de ambos os sexos aprendem a respeitar e compreender o sexo oposto, com visão correta da vida conjugal.

No conjunto *Revisão Médica da Puérpera*, 131 (70,43%) pacientes responderam corretamente sobre este assunto. A explicação talvez seja devida ao fato de 170 (91,48%) das pacientes terem consultado durante a gestação, somado ao de terem ganho seus filhos no hospital. De qualquer forma, estão vinculadas a um serviço de atendimento médico, facilitando assim seu retorno.

Quanto ao conjunto de *Medidas Dietéticas para com o Recém-nascido*, verifica-se o mais elevado percentual, 79 (42,50%), de desconhecimento sobre o assunto, cifra esta intimamente ligada às questões 18 e 19 (Tabela 2). Quanto ao percentual de acertos, 69 (37,1%), deve-se à circunstância de as mães terem respondido corretamente a questão n.º 17 (Tabela 2), que argüia sobre o melhor alimento para seu filho. Estes resultados chamam a atenção, pois, embora as mães saibam perfeitamente qual o melhor alimento para seus filhos, desconhecem a técnica de amamentação e como avaliar a eficiência do leite obtido pelo RN, gerando desta maneira ansiedades que são o primeiro obstáculo à alimentação natural, induzindo-as à substituição do leite materno pelo artificial.

Cabe aqui, portanto, um alerta, para que a enfermeira, de posse destes dados, tenha sua ação voltada para o rompimento desse círculo vicioso, atuando principalmente em nível de orientação à população.

O pessoal de saúde deve se imbuir da filosofia do Dr. Wendel Holmes, citado por RATNER⁴⁹: "*duas substâncias glandulares mamárias superam, em todo o mundo, ao cérebro do professor mais brilhante quanto se trata de preparar um fluido capaz de nutrir as crianças*".

Já para GRANT²⁶, a chave do sucesso de uma mulher em amamentar seu bebê pode estar nas mãos de uma enfermeira conscientizada.

Não basta a enfermeira, no puerpério, funcionar apenas como agente educativo, mas também como fonte de estímulo à paciente.

No conjunto *Sono e Repouso*, o percentual de respostas parcialmente corretas, 76 (40,86%), foi o de maior incidência. Este fato, talvez, esteja ligado à questão n.º 26 (Tabela 2), onde 84 (45,16%) pacientes responderam erradamente ou desconhecem qual o melhor local da casa para o nenê dormir e até que idade é aconselhável permanecer no quarto com os pais. A questão 25 (Tabela 2); já comentada anteriormente, também teve uma incidência alta, 102 (54,84%), de desconhecimento.

No conjunto *Cuidados Corporais com o RN*, o percentual de respostas corretas completas, 52 (27,26%), foi bastante inferior ao das respostas parcialmente corretas e de desconhecimentos, 132 (70,97%).

Estes resultados são devidos principalmente à questão n.º 21 (Tabela 2), em que 118 (63,44%) puérperas manifestaram conhecimento errado ou desconhecimento da técnica, ou da época do primeiro banho de imersão no bebê.

Os primeiros banhos de imersão no RN são de extrema importância para este, pois ocorre uma identificação do banho com o habitat uterino que ele experimentou durante a gestação. A mãe, que desconhece ou mesmo realiza de maneira errada o banho, pode dificultar este período de adaptação da criança ao meio exterior, ou ainda facilitar a entrada de água no ouvido, propiciando o aparecimento de otites.

No conjunto *Interação Mãe - Filho*, a incidência maior foi de respostas corretas completas, 118 (63,44%), seguida de 50 (26,88%) respostas parcialmente corretas.

Poder-se-ia explicar esta ocorrência pelo fato de a paciente trazer, em sua bagagem de conhecimentos, experiências vividas em família, onde aprendeu espontaneamente que a criança necessita de afeto.

Também a sociedade tem como imagem de *mãe* aquela mulher que atende e consola a criança nos seus desconfortos e necessidades. Este padrão de comportamento materno é igualmente reforçado na literatura popular e nos meios de comunicação.

As respostas parcialmente corretas estão vinculadas à questão n.º 31 da Tabela 2, onde 41 (22,04%) pacientes responderam incorretamente ou desconhecem a resposta correta (resposta Errada + Errada c/razão correta + Desconhecimento).

Muitas pacientes responderam que *colo dá balda*, que a criança fica manhosa e, conseqüentemente, preferem não dar colo para seus filhos. Aqui mais uma vez se vê que, pela falta de informação correta, as mães deixam de estabelecer a interação com seu filho, tão necessária nos primeiros dias de vida.

O conjunto *Revisão Médica do RN* apresentou índice de respostas corretas completas de 114 (61,29%), semelhante ao da revisão médica da puérpera, e a justificativa seria a mesma.

5.2.3 - Conceitos obtidos em função das variáveis estudadas

As tabelas 4 a 14 apresentam os conceitos obtidos em função da idade; escolaridade; ocupação do chefe da família; paridade; experiência anterior no cuidado com o RN; realização de consultas pré-natais; mês (trimestre) da primeira consulta; número

total de consultas na gestação; orientação recebida na gestação sobre o puerpério; orientação recebida na gestação sobre o RN; e hospital de origem, respectivamente.

TABELA 4

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a idade das pacientes

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	IDADE, EM ANOS COMPLETOS										TOTAL
	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 e mais		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
I	8	4,00	17	3,43	9	1,54	3	0,90	0	-	37
CC	46	23,30	180	36,66	271	46,32	124	39,37	38	46,91	659
D	53	26,76	126	25,45	140	23,93	72	22,86	24	29,63	415
PC	91	45,95	172	34,75	165	28,21	116	36,83	19	23,46	563
TOTAL	198		495		585		315		81		1674

$\chi^2_{12gl} = 53,63$ (houve associação significativa entre as variáveis)

Houve associação entre os conceitos obtidos e a idade das pacientes.

O maior percentual de conceitos parcialmente corretos está na faixa etária de 15 a 19 anos.

Os maiores percentuais de conceitos corretos completos vincularam-se a pacientes com mais de 20 anos. Entretanto, na faixa etária de 20 a 24 anos, os percentuais de conceitos corretos completos e parcialmente corretos estão bastante próximos, o mesmo ocorrendo na faixa de 30 a 34 anos.

As pacientes da faixa etária de 15 a 19 anos são adolescentes ou estão saindo da adolescência, trazendo consigo uma grande carga de conflitos entre os valores havidos na família e outros que lhe são apresentados. É, portanto, um grupo de pacientes vulneráveis, que deverão receber uma ação educativa que não lhes imponha maiores níveis de ansiedade, que lhes ajude a obter não só conhecimentos corretos, mas as torne mais seguras diante de seu RN e de si mesmas.

TABELA 5

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo o grau de instrução da paciente

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	GRAU DE INSTRUÇÃO										TOTAL
	Analfabeta		Primário		Ginásio		Colegial		Superior		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
I	2	1,48	21	4,49	11	3,22	0	-	3	0,65	37
CC	32	23,70	112	23,93	116	33,92	111	41,11	288	62,75	659
D	34	25,19	120	25,64	80	23,39	77	28,52	104	22,66	415
PC	67	49,63	215	45,94	135	39,47	82	30,37	64	13,94	563
TOTAL	135		468		342		270		459		1674

$\chi^2_{12g1} = 218,33$ (houve associação significante entre as variáveis)

Houve associação entre os conceitos obtidos e o grau de escolaridade da paciente.

As categorias analfabeta, primário e ginásial apresentaram seus maiores percentuais no conceito parcialmente correto, enquanto as categorias colegial e superior apresentaram seus maiores percentuais no conceito correto completo.

Sabe-se que a escola primária poucas informações fornece sobre os itens pesquisados e que o ensino para a saúde é muitas vezes feito verbalmente e não por escrito. Em consequência, pode-se deduzir que a massa de informações recebidas por esse tipo de paciente provém de meios não qualificados, tais como tradição oral, meios de comunicação em massa, e outros.

Verifica-se que, à medida que aumenta o nível de escolaridade, aumenta igualmente o percentual de conceitos corretos completos nos conjuntos.

No nível colegial, os estudantes não só se familiarizam com conceitos ligados à área biológica, como desenvolvem um espírito crítico que os leva a contestar os conceitos populares adquiridos anteriormente e a buscar outros com maior fundamentação científica.

As puérperas de escolaridade inferior trazem consigo conceitos errados que dificultam a ação educativa do pessoal de saúde, a qual tem de enfrentar dupla tarefa: neutralizar a ação deles e implementar a aquisição de novos.

Os achados do presente estudo apresentam maiores índices de acertos entre as pacientes de maior escolaridade. Entretanto, aqui se coloca um duplo aspecto: a) embora acertem mais, elas

não dominam de maneira integral o conhecimento; b) o fato de terem conceitos corretos não significa que estejam livres de ansiedade quanto à *prática* de seu autocuidado e, principalmente, à do cuidado de seu recém-nascido.

A enfermeira não deve, portanto, concluir que esta classe de pacientes não necessita de orientação e apoio como as demais.

TABELA 6

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a ocupação do chefe da família

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA										TOTAL
	Não qualificada		Nível inferior		Nível médio		Nível superior		Alta renda		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
I	24	5,03	10	2,47	0	-	1	0,23	0	-	35
CC	109	22,85	118	29,14	132	50,57	269	61,00	17	62,96	645
D	111	23,27	109	26,91	65	24,90	103	23,36	7	25,93	395
PC	233	48,85	168	41,48	64	24,52	68	15,42	3	11,11	536
TOTAL	477		405		261		441		27		1611

$\chi^2_{12gl} = 235,12$ (houve associação significativa entre as variáveis)

63 respostas foram excluídas porque foi prejudicado o item da ocupação em 7 formulários.

Os conceitos obtidos associaram-se ao nível sócio-econômico das pacientes.

Como já era de esperar, o conceito parcialmente correto está vinculado aos níveis de ocupação não qualificado e inferior, enquanto que os níveis médio, superior e de alta renda determinavam os percentuais de conceitos corretos completos. Os percentuais destes últimos conceitos aumentavam à medida que os níveis de renda cresciam.

Conforme os achados de PELÁ⁴³, há uma associação altamente significativa entre o tipo de ocupação ou profissão e a escolaridade; portanto, acreditamos que níveis de conhecimentos são devidos à escolaridade das pacientes e não em função da renda familiar.

TABELA 7

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a paridade

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	UM FILHO		DOIS		TRÊS		MAIS DE TRÊS		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	F	%	
I	18	2,56	13	2,89	1	0,34	5	2,22	37
CC	260	37,04	196	43,56	142	47,81	61	27,11	659
D	213	30,34	98	21,78	56	18,86	48	21,33	415
PC	211	30,06	143	31,78	98	33,00	111	49,33	563
TOTAL	702		450		297		225		1674

$\chi^2_{9g1} = 60,05$ (houve associação significativa entre as variáveis)

Houve associação entre os conceitos obtidos e a paridade das pacientes.

Pacientes com mais de três filhos tiveram maior percentual de conceitos parcialmente corretos, enquanto que as com um, dois e três filhos apresentaram conceitos corretos completos.

Na tentativa de explicar estes achados, buscou-se a análise dos dados, a fim de detectar uma possível associação entre paridade e nível sócio-econômico.

Conforme se observa na Tabela I (Anexo 2), houve associação significativa entre a ocupação do chefe da casa e a paridade. Nas 24 pacientes com mais de três filhos, 15 (62,50%), os maridos ou responsáveis estão classificados na categoria não qualificada e 8 (32,33%) na de qualificação de nível inferior.

Conforme já se observou (Tabela 6), o nível sócio-econômico está associado aos conceitos obtidos, o conceito parcialmente correto também apresentando seus percentuais vinculados às ocupações de nível não qualificado e de qualificação inferior.

TABELA 8

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a experiência anterior no cuidado com o RN

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	EXPERIÊNCIA ANTERIOR NO CUIDADO COM O RN				TOTAL
	Sim		Não		
	F	%	F	%	
I	10	1,63	8	2,54	18
CC	273	44,39	132	41,90	405
D	127	20,65	100	31,75	227
PC	205	33,33	75	23,81	280
TOTAL	615		315		930

$\chi^2_{3g1} = 17,94$ (houve associação significante entre as variáveis)

Estatisticamente, obteve-se associação entre as variáveis apresentadas na Tabela 8; entretanto, observou-se que os maiores percentuais de pacientes com experiência e sem experiência nos cuidados com o RN estão vinculados à categoria de conceitos corretos completos.

Parece haver uma incoerência nos achados, porém vale lembrar que foi inquirido apenas quanto à experiência vivida em cuidar de RN, sem a preocupação de apurar se, entre as pacientes sem experiência, haveria alguma que tivesse presenciado, com alguma frequência, outras pessoas cuidarem de RN; se haviam visto filmes a este respeito; se haviam lido a respeito; se haviam assistido a alguma aula ou palestra sobre o assunto.

Fica aqui a sugestão de que, na realização de outros trabalhos similares, sejam feitas aquelas indagações, pois pode haver pacientes que tenham conhecimentos teóricos, sem ter tido experiência prática.

TABELA 9

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a realização de consultas pré-natais

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	REALIZAÇÃO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS				TOTAL
	Não		Sim		
	F	%	F	%	
I	4	2,78	33	2,16	37
CC	38	26,39	621	40,59	659
D	25	17,36	390	25,49	415
PC	77	53,47	486	31,76	563
TOTAL	144		1530		1674

$\chi^2_{3g1} = 28,88$ (houve associação significativa entre as variáveis)

Como se pode observar, houve associação significativa entre a assistência pré-natal e o conceito obtido nos conjuntos de conhecimentos.

Naquelas pacientes que frequentaram o serviço pré-natal, o maior percentual 621 (40,59%) ficou vinculado aos conceitos corretos completos, enquanto que no grupo das que não o frequentaram houve maior incidência, 77 (53,47%), de conceitos parcialmente corretos.

Verifica-se que o fato de a paciente ter frequentado o pré-natal foi importante para a melhoria dos conhecimentos.

Frente a estes resultados é de supor-se que, de alguma forma, o atendimento pré-natal tenha alcançado um de seus objetivos, que é a orientação higiênico-dietética, conforme preconizam BELFORT⁶, GRELLE²⁷ e BENSON⁷.

TABELA 10

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo o trimestre da primeira consulta

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	TRIMESTRE DA 1. ^a CONSULTA						TOTAL
	1. ^o		2. ^o		3. ^o		
	F	%	F	%	F	%	
I	17	1,45	6	3,17	10	5,85	33
CC	530	42,30	54	28,57	37	21,64	621
D	297	25,38	45	23,81	48	28,07	390
PC	326	27,86	84	44,44	76	44,44	486
TOTAL	1170		189		171		1530

$\chi^2_{6g1} = 67,14$ (houve associação significante entre as variáveis)

Houve associação entre os conceitos obtidos e o trimestre da primeira consulta.

As respostas corretas completas tiveram seus maiores níveis, 530 (42,30%), naquelas pacientes que consultaram pela primeira vez no primeiro trimestre de gestação. Os percentuais de conceitos parcialmente corretos foram encontrados entre aquelas pacientes que consultaram no segundo e terceiro trimestres 84 (44,44%) e 76 (44,44%), sendo que no grupo que consultou precocemente constatou-se o índice mais baixo de respostas parcialmente corretas, 326 (27,86%). Os percentuais de conceitos corretos completos foram diminuindo à medida que a consulta se tornava mais tardia na sua gestação.

Verifica-se, portanto, que foi importante para a melhoria dos conhecimentos a consulta no primeiro trimestre.

Isto presuppõe que, quanto mais precocemente tem início o pré-natal, tanto mais a paciente estará exposta à ação educativa.

TABELA 11

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo o número total de consultas na gestação

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NA GESTAÇÃO								TOTAL
	1 - 3		4 - 6		7 - 10		11 ou mais		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
I	18	5,88	11	3,59	3	0,62	1	0,23	33
CC	78	25,49	99	32,35	207	42,68	237	54,73	621
D	78	25,49	71	23,20	128	26,39	113	26,10	390
PC	132	43,14	125	40,85	147	30,31	82	18,94	486
TOTAL	306		306		485		433		1530

$\chi^2_{9g1} = 123,50$ (houve associação significante entre as variáveis)

Houve associação entre os conceitos obtidos e o número de consultas feitas no decorrer da gestação.

O percentual de conceitos corretos completos, de maior índice, encontra-se no grupo de 11 ou mais consultas e, o de maior número de conceitos incorretos, no grupo que consultou de uma a três vezes.

Com os resultados apresentados nesta Tabela, verifica-se que, à medida que a gestante consultou mais, tanto maior foi seu índice de acertos e menor o de erros e desconhecimentos.

Pode-se inferir que o nível de conhecimentos da puérpera só se modifica positivamente naquelas pacientes com onze ou mais consultas, onde os percentuais de conceitos corretos completos, 237 (54,73%), superaram os de parcialmente corretos, incorretos ou de desconhecimentos.

Vale salientar que do ponto de vista da supervisão de saúde, seis consultas durante o período pré-natal, conforme preconiza a OMS⁶², poderão vir a ser um número suficiente; entretanto haverá prejuízo quanto à orientação no autocuidado e nos cuidados com o RN.

TABELA 12

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a orientação recebida na gestação sobre o puerpério

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NA GESTAÇÃO SOBRE O PUERPÉRIO						TOTAL
	Sim			Não			
	F	%		F	%		
I	1	0,46		18	3,41		19
CC	91	42,13		163	30,87		254
D	61	28,24		127	24,05		188
PC	63	29,17		220	41,67		283
TOTAL	216			528			744

$X^2_{3g1} = 15,70$ (houve associação significativa entre as variáveis)

Conforme se pode verificar, houve associação significativa entre a orientação recebida na gestação sobre o puerpério e os conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos.

Estes achados são um estímulo para o pessoal de saúde continuar no seu mister educativo. Entretanto, estudos mais apurados devem ser realizados, a fim de detectar os motivos pelos quais pacientes submetidas à ação educativa ainda continuam apresentando conhecimentos incorretos no puerpério.

Estará a ação familiar, com suas crenças e tabus, influenciando a paciente para a rejeição de conhecimentos que lhe são expostos?

Entre os princípios citados por HOGAN²⁹ no atendimento da mãe, encontra-se que a mesma não deve ser separada de sua estrutura familiar e que a enfermeira deve ter habilidade para identificar os conhecimentos necessários ao casal e não exclusivamente às mães.

TABELA 13

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo a orientação recebida na gestação sobre o RN

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NA GESTAÇÃO SOBRE O RN				TOTAL
	Sim		Não		
	F	%	F	%	
I	2	0,89	16	2,27	18
CC	106	47,11	299	42,41	405
D	47	20,89	180	25,53	227
PC	70	31,11	210	29,78	280
TOTAL	225		705		930

$\chi^2_{3g1} = 4,09$ (não houve associação significativa entre as variáveis)

O fato de a paciente haver recebido orientação sobre o RN durante a gestação não esteve associado aos conceitos obtidos.

Isto leva a supor que as pacientes obtenham informações de outras fontes que não a assistência pré-natal, pois entre os 685 conceitos obtidos, de pacientes que não receberam orientação no pré-natal, 279 (40,73%) pertenciam à categoria de corretos completos.

Poder-se-á supor que, de alguma forma, as campanhas educativas, visando a diminuição da mortalidade e morbidade infantil, estejam atingindo a população de gestantes.

TABELA 14

Distribuição dos conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos
segundo o hospital de origem

1981 - RS

CONCEITOS OBTIDOS	HOSPITAL DE ORIGEM						TOTAL
	Ensino		Previdenciário		Particular		
	F	%	F	%	F	%	
I	27	4,41	9	1,92	1	0,17	37
CC	155	25,33	124	26,50	380	63,97	659
D	141	23,04	140	29,91	134	22,56	415
PC	289	47,22	195	41,67	79	13,30	563
TOTAL	612		468		594		1674

$\chi^2_{6g1} = 288,99$ (houve associação significativa entre as variáveis)

Houve uma associação altamente significativa entre os conceitos obtidos e o hospital de origem da puérpera.

Os maiores percentuais da categoria particular estão vinculados aos conceitos corretos completos (63,97%), enquanto que os maiores percentuais da categoria ensino (47,22%) e previdenciário (41,67%) associam-se aos conceitos parcialmente corretos.

Sabe-se que o hospital de origem está relacionado com o nível sócio-econômico da clientela, sendo o hospital de ensino destinado à população carente; o previdenciário, a camadas inferiores da classe média; e o particular, à classe média e alta.

5,3 - FONTE GERADORA DOS CONHECIMENTOS

O quadro 1 apresenta a distribuição das diferentes fontes geradoras de conhecimento.

QUADRO 1
Distribuição das diferentes fontes geradoras de conhecimentos

*FONTE DE CONHECIMENTOS	F	%
PLAS	578	33,60
PNLAS	471	27,38
MC	213	12,38
DM	75	4,36
CPFD	383	22,26
TOTAL	1720	

O pessoal da área da saúde foi mencionado 578 (33,60%) vezes como fonte de conhecimentos; as pessoas não ligadas à área da saúde foram mencionadas 471 (27,38%) vezes; os meios de comunicação, 213 (12,38%); diversos meios, 75 (4,36%); e informações de fonte ignorada, 383 (22,26%), sendo que puérperas não receberam qualquer informação 112 vezes.

* Do total geral (1832), 112 vezes não foi recebido qualquer tipo de informação.

A área da saúde foi mencionada em um terço das respostas. Nota-se que a maior frequência, 759 (44,10%), corresponde ao pessoal e meios de comunicação não ligados à área da saúde.

Acredita-se que a curto prazo este aspecto não pode ser modificado, pois a criança, a adolescente e a grávida estão muito mais expostas a receber orientação de sua família e de vizinhas do que do pessoal da área da saúde.

Aqui cabe a proposição de ZAPENAS⁶⁴ de que o ciclo materno-infantil não se limita apenas ao período pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido, mas que se deve considerá-lo como contínuo, incluindo mãe, filha e neta. Nesta circunstância considera-se o acompanhamento desde o período pré-natal até a menopausa.

Este fato parece evidenciar a necessidade de aumentar a área de atuação dos agentes de saúde e os meios de comunicação nos lugares onde a comunidade atua, tais como paróquias, igrejas, clubes, e outros.

VI - CONCLUSÕES

1 - Das 26 perguntas formuladas às puérperas sobre seus conhecimentos quanto ao autocuidado e ao de seu recém-nascido, obtiveram-se 4.836 respostas, assim distribuídas:

1.1 - Erradas, 638 (13,18%)

1.2 - Corretas, 3.247 (67,13%)

1.3 - Desconhecidas, 616 (12,73%)

1.4 - Corretas com razão desconhecida, 183 (3,77%)

1.5 - Corretas com razão errada, 144 (2,97%)

1.6 - Erradas com razão correta, 7 (0,14%)

1.7 - Errada com razão desconhecida, 1 (0,02%)

2 - De todas as respostas classificadas como corretas, obteve-se um total de 3.574 (73,9%), evidenciando que na amostra estudada os maiores índices são de conhecimentos corretos.

3 - Dos 1674 conceitos obtidos nos conjuntos de conhecimentos, obtiveram-se as seguintes respostas:

I → 37 (2,21%)

CC → 659 (39,36%)

D → 415 (25,68%)

PC → 563 (33,63%)

- 4 - Houve associação entre a idade das pacientes e os conceitos obtidos, sendo que os maiores percentuais de conceitos corretos completos vinculam-se a pacientes com mais de 20 anos.
- 5 - O grau de instrução mostra associação com os conceitos obtidos, sendo que as categorias analfabeto, primário e ginásial apresentaram seus mais altos percentuais nas respostas parcialmente corretas enquanto que as categorias colegial e superior, nas corretas completas.
- 6 - A ocupação do chefe da família relaciona-se com os conceitos obtidos, sendo que os conceitos parcialmente corretos estão ligados aos níveis não qualificado e de qualificação inferior, ao passo que os corretos completos vinculam-se aos níveis médio, superior e de alta renda.
- 7 - A paridade está negativamente associada aos conceitos obtidos. Mães de três ou mais filhos estabelecem conceitos parcialmente corretos, enquanto que as demais emitem conceitos corretos completos.
- 8 - A experiência anterior com RN está ligada aos conceitos obtidos; contudo, tanto as mães com experiência como aquelas inexperientes apresentaram percentuais mais elevados nos conceitos corretos completos.
- 9 - A assistência aos programas pré-natais foi fator que determinou percentuais mais altos nas respostas corretas completas, enquanto que o não comparecimento aos mesmos motivou conceitos parcialmente corretos.

- 10 - Iniciar o tratamento pré-natal no 1.^o trimestre da gestação proporciona às pacientes a obtenção de mais altos percentuais de conceitos corretos completos, assim como, quanto maior for o número de consultas, tanto maior será a possibilidade de a paciente manifestar conceitos corretos completos.
- 11 - A orientação dada à paciente no atendimento pré-natal sobre seu autocuidado demonstrou ser fator influente na obtenção de conhecimentos corretos completos, nesse assunto; entretanto, a orientação recebida no mesmo período sobre o recém-nascido não demonstrou associação com os conceitos por ela revelados.
- 12 - O hospital de origem tem ligação com os conceitos expressos, sendo que os mais altos percentuais de conceitos corretos completos têm a ver com pacientes oriundas do hospital particular.
- 13 - Entre as fontes geradoras de conhecimentos, o pessoal de saúde foi mencionado 578 (33,60%) vezes, seguido de pessoas não ligadas à área da saúde, 471 (27,38%) vezes; dos meios de comunicação, 213 (12,38%); de diversos meios, 75 (4,36%); e de informações de fonte ignorada, 383 (22,26%); no total geral de respostas, manifestaram 112 (6,11%) vezes o não recebimento de informações.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADRIASOLA, G. et alii. Influência del control pré-natal sobre la morbimortalidad materna y perinatal. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, 83(5):413-24, nov. 1977.
- 2 - APPLEBAUM, R. M. *Técnicas modernas para o êxito da amamentação*. trad. Maria Tereza Maldonado. Rio de Janeiro, Liga do Leite Materno no Brasil, s.d..
- 3 - AUGUSTO, Marianna. *Conhecimentos populares a respeito da alimentação infantil das mulheres que freqüentam os serviços de higiene infantil do ambulatório da Escola Paulista de Medicina*. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1972. 70 p. Tese dout.
- 4 - BALLESTY, B. Antenatal Preparation. *Nursing Mirror*, Canada, 141(1):52-4, 3 July 1975.
- 5 - BARBOSA, Nestor Berilo. Cuidados psicológicos com o recém-nascido. In: _____. *Do pediatra às mães*. São Paulo, Liv. Santos, 1979. cap. 5, p. 55-62.
- 6 - BELFORT, Paulo. Assistência pré-natal. In: REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. cap. 10, parte A. p. 222-34.
- 7 - BENSON, Ralph C. Cuidados pré-natais. In: _____. *Manual de obstetrícia e ginecologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970. cap. 4, p. 87-124.
- 8 - _____. O puerpério. In: _____. *Manual de obstetrícia e ginecologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970. cap. 8, p. 226-44.
- 9 - BETHEA, Doris C. Asistencia actual de maternidad. In: _____. *Enfermeria materno-infantil*. 2. ed. México, Interamericana, 1977. cap. 1, p. 1-10.
- 10 - _____. Asistencia de enfermeria del recién nacido. In: _____. *Enfermeria materno-infantil*. 2. ed. México, Interamericana, 1977. cap. 18, p. 194-206.

- 11 - _____. Cuidados de enfermería durante el puerperio.
In: _____. *Enfermería materno-infantil*. 2. ed. México, Interamericana, 1977. cap. 14, p. 150-71.
- 12 - BOOKMILLER, Mac M. et alii. Asistencia durante el puerperio.
In: _____. *Enfermería obstétrica*. 5. ed. México, Interamericana, 1968. Cap. 17, p. 251-78.
- 13 - BRAVO, A. L. Health education in Industry. *International Journal of Health Education*, Geneva, 1(1):16-24, 1958.
- 14 - CAPLAN, G. Emotional crises. In: DEUTSCH, A. & FISHBEIN, H. ed. *The enciclopedia of mental health*. New York, Franklin Watts, 1963. v. 2.
- 15 - CAUSAS de la Mortalidad Infantil. *Cronica de la OMS*. Ginebra, 30(5):212-15, mayo 1976.
- 16 - CIARI JÚNIOR, Cyro. O que o médico espera da enfermeira-obstétrica no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 17(5):290-94, out. 1964.
- 17 - CLARK, June. Lip-service only. *Nursing Mirror*, Canadá, 140(3):39-40, 16 jan. 1975.
- 18 - COSTA, Pedro Luiz. Clínica Obstétrica. Conselho às mães. In: MANUAL do Residente do Hospital Ernesto Dornelles. 2.ed. Porto Alegre, 1969. p. 57-60.
- 19 - CRONIN, T. J. Influence of lactacion upon ovulation. *Lancet*, London, 2:422, 1968.
- 20 - EHRESMAN, Ellen. Cuidados de enfermería a la madre y al niño. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 64(4):322-7, abr. 1968.
- 21 - EIDT, Olga Rosária. *Influência de ações das mães no estado nutricional de crianças de 0 a 12 meses*. Porto Alegre, UFRS, Escola de Enfermagem, 1976. 65 p. tese livr. doc.
- 22 - ESPINOSA DE LOS REYS, Victor M. Gineco obstetricia social. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, México, 34(202):113-22, ago. 1973.
- 23 - EVANS, Ramona T. et alii. Exploration of factors involved in maternal physiological adaptation to breastfeeding. *Nursing Research*, New York, 18(1):28-33, Jan./Feb. 1969.

- 24 - FRIESNER, Arlyne & RAFF, Beverli. Gravidez. In: _____. *Enfermagem obstétrica*. São Paulo, Organização Andrei Ed., 1978. Cap. 5, p. 79-98.
- 25 - FUERST, Elinor V. et alii. Promover a higiene pessoal. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. México, Interamericana, 1974. Cap. 21, p. 231-54.
- 26 - GRANT, D. M. Breast feeding may be a dying art. *Canadian Nurse*. Ottawa, 64(8):45-7, Aug. 1968.
- 27 - GRELE, F. C. Assistência prénatal. In: _____. *Vade-mécum de obstetricia*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1963. p. 117-26.
- 28 - GUIDI, Maria Lais Mousinho & DUARTE, Sérgio Guerra. Um esquema de caracterização sócio-econômica. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Rio de Janeiro, 52(115):65-82, jul./set. 1969.
- 29 - HOGAN, A. I. The role of de nurse in meeting the needs of the new motter. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, 3:337-44, June 1968.
- 30 - HUNTER, Charles A. Puerpério. Trad. Arnaldo Ferreira. In: MÓDULO de auto instrução. Porto Alegre, PUC, s. d. 26 p. Polígrafo.
- 31 - IFFRIG, M. C. Nursing care and success in breast feeding. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, 3(2):345-54, June 1968.
- 32 - KOONTZ, Ann M. Determining the need for health care providers in maternal and child health. In: SEMINAR ON NURSING - MIDWIFERY ASPECTS OF MATERNAL AND CHILD HEALTH AN FAMILY PLANNING, Washington, Pan American Health Organization, 23-27, Oct. 1972. Washington, 1974. p. 42-7 (Scientific Publication, 291).
- 33 - LAURENTI, Ruy. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da investigação interamericana de mortalidade na infância na área de projeto de São Paulo, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 79(1):1-14, jul. 1975.
- 34 - LA LEACHE LEAGUE INTERNATIONAL. Lo mejor para tu bebe - lo mejor para ti. In: _____. *El arte femenina de amamantar*. Illinois, 1975. Cap. I, p. 1-10.

- 35 - MALDONADO, Maria Tereza et alii. *Nões estamos grávidos*. Rio de Janeiro, Bloch, 1979. 94 p.
- 36 - MARTINEZ, Aducto. *Conduta na assistência pré-natal*. *Atualidades Médicas*. São Paulo, 9(1):20, abr. 1973.
- 37 - MELCHIOR, Lorraine. Is the postpartum period a time of crises for some mothers? *The Canadian Nurse*, Ottawa, 71(7):30-2, July 1975.
- 38 - MENEZES, Dora Maria F. de. Sífilis Congênita. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 40(9/10):285-6, set./out. 1975.
- 39 - NOVAES, Dirce Trevisi Prado. *Conhecimentos das mães sobre alguns aspectos do aleitamento materno*. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem. 1978. 123 p. Diss. maestr.
- 40 - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Comité de Expertos. *Educación higiénica del público*. Primer Informe. Washington, jul. 1963. 31 p. (Publicaciones Científicas, 80)
- 41 - _____. *Funciones de la Enfermera en los programas de salud materno infantil*. In: _____. *Enseñanza de Enfermería materno infantil en las escuelas de Enfermería de la América Latina*. Primer Informe. 24-28 jul. 1972. Washington, 1973. Cap. 3, p. 4-6 (Publicación Científica, 260)
- 42 - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Papel de la Enfermería - obstetricia en la atención materno infantil*. Washington, 1977. 47 p. (Informes de Enfermería, 19)
- 43 - PELÁ, Nilza Tereza Rotter. *Contribuição ao estudo da assistência pré-natal em um Município Paulista*. Ribeirão Preto, USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1972. 93 p. Tese dout.
- 44 - _____. *Trauma mamilar e outros fatores mamários que interferem no aleitamento materno*. Ribeirão Preto, USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1980. 213 p. Tese livr. doc.
- 45 - PIMONT, Rosa Pavone. *A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 82(1):14-22, ene./jun. 1977.
- 46 - PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. *Assistência Materno-Infantil*. In: _____. *Análise institucional e programação de atividade 1973-1976*. Porto Alegre, A Nação, 1976. p. 49-58.

- 47 - PUFFER, Ruth R. & SERRANO, Carlos V. Interrelacion de varios factores que intervienen en la mortalidad infantil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 67 (6):509-33, dic. 1974.
- 48 - _____. Resultados de las investigaciones interamericanas de mortalidad referentes a la reproducción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 81(3):252-65, set. 1976.
- 49 - RATNER, Herbert. Prólogo. In: LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. *El arte femenina de amamantar*. Illinois, 1975. p. 5-8.
- 50 - REEDER, Sharon R. et alii. Cuidados de enfermería durante el puerperio. In: _____. *Enfermería materno-infantil*. Ginebra, OPS/OMS, 1978. Cap. 20, p. 347-75.
- 51 - _____. Cuidados del recién nacido. In: _____. *Enfermería materno infantil*. Washington, OPS/OMS, 1978. Cap. 21, p. 377-421.
- 52 - REZENDE, Jorge de & NAHOUM, Jean Claude. Mortalidade materna e perinatal. In: REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. Cap. 48, p.1025-31.
- 53 - REZENDE, Jorge de & KAMNITZER, Mário de Benning. O puerpério. In: REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. Cap. 18, p. 324-36.
- 54 - RICCO, R. G. *Estudo sobre aleitamento materno em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. 1975. 68 p. Diss. maestr.
- 55 - ROSSELOT, Jorge. Salud maternoinfantil en Latinoamérica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 70(5):407-21, mayo 1971.
- 56 - SANDOVAL, Irene O. The nurse and the midwife as multiplying agents. In: SEMINAR ON NURSING - MIDWIFERY ASPECTS OF MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING. Washington, Pan American Health Organization, 23-27 Oct. 1972, Washington, 1974. p. 35-41 (Scientific Publication, 291)
- 57 - SAVASTANO, Helena et alii. De 0 a 2. In: _____. *Seu filho de 0 a 12*. São Paulo, IBRASA, 1977. p. 19-29.

- 58 - SLOPER, K. et alii. Factores influencing breast feeding. *Archives of Disease in childhood*, London, 50:165-170. 1975.
- 59 - SOUZA, Ronald Pagnoncelli de et alii. Alimentação. In: _____. *Nossos filhos a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. Cap. 2, p. 13-26.
- 60 - _____. Formação de hábitos. In: _____. *Nossos filhos a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. Cap. 3, p. 27-33.
- 61 - _____. O recém-nascido. In: _____. *Nossos filhos a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. Cap. 1, p. 1-12.
- 62 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on maternity care. *First report; a preliminary survey*. Geneva, 1952 (Technical Report Series, 51).
- 63 - YUNES, João et alii. Estudio medico social del tetanos del recién nacido en la zona metropolitana del gran São Paulo. Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 76(2):135-51, feb. 1974.
- 64 - ZAPENAS, Mabel. Tendencias en enfermería obstetricia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 64(2):148-53, feb. 1968.

A N E X O I

F O R M U L Á R I O

ENTREVISTA COM A PUÉRPERA

CONTATO

LOCAL

- Bom dia.
- Como vai a Senhora?
- (dispensável) Comentar algum fato de interesse geral ou da entrevista.
- Sou enfermeira e me chamo Estou querendo conversar com a Senhora sobre os cuidados que vai ter consigo e com seu nenê.
- Gostaria de deixar bem claro é que estou interessada na sua opinião, no que sabe a respeito do assunto.
Estou aqui para ajudá-la a ter uma idéia do que realmente sabe e o que não sabe, isto pode ser importante tanto para a Senhora quanto para a sua criança.
Enquanto a Senhora fala, eu vou anotando para mais tarde não confundir as respostas. Certo?
- Antes de começar, a Senhora gostaria que eu lhe explicasse mais alguma coisa?

Q U E S T Õ E S

1.^a PARTE: IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA

I - A Senhora poderia me dizer qual sua idade?

II - Até que ano de escola a Senhora estudou?

- 0) não estudou - analfabeta
- 1) primário, completo ou não
- 2) ginásio, completo ou não
- 3) colegial, completo ou não
- 4) superior, completo ou não

III - Qual é a ocupação do chefe da família? (Em caso de a paciente ser só, tomar sua ocupação).

- 0) ocupação não qualificada
- 1) ocupação de nível inferior de qualificação
- 2) ocupações de nível médio
- 3) ocupações de nível superior
- 4) ocupações de alta renda

IV - Quantos filhos a Senhora já teve?

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 0) este foi o primeiro | 2) três |
| 1) dois | 3) mais de três |

1. A Senhora tem experiência anterior no cuidado de crianças de 0/30 dias?

1 - () sim 0 - () não

- Vamos falar agora de acontecimentos mais recentes.

V - Nesta gestação, quando a Senhora consultou pela primeira vez?

..... mês

1. Quantas consultas de assistência pré-natal a Senhora teve nesta última gestação?

2. Recebeu orientações de cuidados de saúde durante a gestação com respeito a:

puerpério a - () sim b - () não

cuidados com a criança a - () sim b - () não

2.^a PARTE: CONJUNTOS DE CONHECIMENTOS

I - Higiene Corporal

1. A Senhora acha que pode tomar banho após o parto?

a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por que e quando?

2. Em relação à lavagem de cabeça, logo acha que pode fazê-la?

a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por que e quando?

3. A Senhora acha necessário fazer higiene dos genitais, após evacuar ou urinar?

a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

Como?

CONCLUSÃO: I CC D PC

4. De onde obteve informações a respeito da higiene corporal?

1 - PLAS

- a) médico
b) pessoal de enfermagem

2 - PNLAS

- c) pais
d) amigos
e) parentes
f) professores

3 - MC

- g) rádio
h) televisão
i) revistas
j) jornais
l) livros
m) cinema

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

II - Cuidados com as Mamas

5. A Senhora acha que deve limpar os seios antes e depois de dar de mamar ao nenê?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

Com quê?

6. Acha necessário o uso de sutiã no pós-parto?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

7. A Senhora sabe quanto tempo deve durar a mamada?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quanto tempo em cada seio?

8. A Senhora sabe como retirar a boquinha do nenê da mama?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Como a Senhora faz?

CONCLUSÃO: I CC D PC

9. De onde obteve informações a respeito do cuidado com as mamas?

1 - PLAS

- a) médico
b) pessoal de enfermagem

2 - PNLAS

- c) pais
d) amigos
e) parentes
f) professores

3 - MC

- g) rádio
h) televisão
i) revistas
j) jornais
l) livros
m) cinema

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

III - Pausa Sexual e Métodos Anticoncepcionais

10. A Senhora acha que pode reiniciar as relações sexuais logo após a alta hospitalar?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Quando?

Por quê?

11. A Senhora acha que seu organismo já está pronto para conceber logo outro filho?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

12. A Senhora sabe o que fazer para evitar nova gravidez?

- a) SIM b) NÃO

O quê?

Quando pretende por em prática?

CONCLUSÃO: I CC D PC

13. De onde obteve informações a respeito da pausa sexual e métodos anticoncepcionais?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1 - PLAS | 3 - MC |
| a) médico | g) rádio |
| b) pessoal de enfermagem | h) televisão |
| 2 - PNLAS | i) revistas |
| c) pais | j) jornais |
| d) amigos | l) livros |
| e) parentes | m) cinema |
| f) professores | 4 - DM |
| | 5 - PCPFD |
| | 6 - NOI |

IV - Revisão Médica da Puérpera

14. A Senhora acha necessário ir ao médico após a alta hospitalar?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Quando?

Por quê?

15. Sabe o local onde deverá consultar após a alta hospitalar?

- a) SIM b) NÃO

Onde?

CONCLUSÃO: I CC D PC

16. De onde obteve informações a respeito da revisão médica após a alta hospitalar?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1 - PLAS | 3 - MC |
| a) médico | g) rádio |
| b) pessoal de enfermagem | h) televisão |
| 2 - PNLAS | i) revistas |
| c) pais | j) jornais |
| d) amigos | l) livros |
| | m) cinema |

- | | |
|----------------|-----------|
| e) parentes | 4 - DM |
| f) professores | 5 - PCPFD |
| | 6 - NOI |

V - Medidas Dietéticas

17. Sabe qual o melhor alimento para o seu nenê?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Qual?

Por quê?

18. A Senhora acha que o seu leite é suficiente para o seu nenê?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

19. Sabe por quanto tempo é aconselhável a Senhora dar de mamar no peito ao seu nenê?

- a) SIM b) NÃO

Por quê?

Até quando?

CONCLUSÃO: I CC D PC

20. De onde obteve informações a respeito das medidas dietéticas a serem tomadas em relação ao seu nenê?

1 - PLAS

3 - MC

a) médico

g) rádio

b) pessoal de enfermagem

h) televisão

2 - PNLAS

i) revistas

c) pais

j) jornais

d) amigos

l) livros

e) parentes

m) cinema

f) professores

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

VI - Cuidados Corporais

21. Sabe quando, no seu entender, deve ser dado o primeiro banho de banheira no seu nenê?

a) SIM

b) NÃO

Quando?

Descrever a sequência

22. A Senhora acha necessário colocar algo no umbigo do nenê, quando já estiver em casa?

a) SIM

b) NÃO

c) NÃO SEI

O quê?

23. Sabe o que fazer para seu nenê não ter assadura?

a) SIM

b) NÃO

O que fazer?

CONCLUSÃO: I CC D PC

24. De onde obteve informações sobre os cuidados corporais do nenê?

1 - PLAS

3 - MC

a) médico

g) rádio

b) pessoal de enfermagem

h) televisão

2 - PNLAS

i) revistas

c) pais

j) jornais

d) amigos

l) livros

e) parentes

m) cinema

f) professores

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

VII - Sono e Repouso do RN

25. Sabe quantas horas de sono por dia são necessárias para o seu nenê?

a) SIM b) NÃO

Quantas?

26. A Senhora sabe onde é o melhor local da casa para o seu nenê dormir?

a) SIM b) NÃO

Onde?

Até quando?

Por quê?

27. A Senhora sabe o que fazer caso seu nenê chorar durante a noite?

a) SIM b) NÃO

O que pretende fazer?

CONCLUSÃO: I CC D PC

28. De onde obteve informações a respeito do sono e repouso do recém-nascido?

1 - PLAS

3 - MC

a) médico

g) rádio

b) pessoal de enfermagem

h) televisão

2 - PNLAS

i) revistas

c) pais

j) jornais

d) amigos

l) livros

e) parentes

m) cinema

f) professores

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

VIII - Interação Mãe e Filho

29. A Senhora acha que pode demonstrar amor por seu nenê?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Como?

30. A Senhora fala com o seu nenê?

Por quê?

31. Dar colo, no seu entender, é importante para o nenê?

- a) SIM b) NÃO c) NÃO SEI

Por quê?

Quando?

32. De onde obteve informações a respeito da interação mãe e filho?

1 - PLAS

- a) médico
b) pessoal de enfermagem

2 - PNLAS

- c) pais
d) amigos
e) parentes
f) professores

3 - MC

- g) rádio
h) televisão
i) revistas
j) jornais
l) livros
m) cinema

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

IX - Revisão Médica

33. Pretende levar seu nenê ao médico após a alta hospitalar?

- a) SIM b) NÃO

Quando?

34. Sabe o local onde deverá levar seu nenê para ser examinado?

a) SIM

b) NÃO

CONCLUSÃO:

I

CC

D

PC

35. De onde obteve informações a respeito da revisão médica do recém-nascido?

1 - PLAS

a) médico

b) pessoal de enfermagem

2 - PNLAS

c) pais

d) amigos

e) parentes

f) professores

3 - MC

g) rádio

h) televisão

i) revistas

j) jornais

l) livros

m) cinema

4 - DM

5 - PCPFD

6 - NOI

- Agradecimento.

A N E X O 2

TABELA I

Distribuição das pacientes quanto à ocupação do chefe da família segundo a paridade das puérperas

1981 - RS

*OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	P A R I D A D E								TOTAL
	PRIMEIRO		DOIS		TRÊS		MAIS DE TRÊS		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Não qualificada	15	20,83	14	28,00	9	27,27	15	62,50	53
Nível inferior	19	26,39	9	18,00	9	27,27	8	33,33	45
Nível médio	16	22,22	7	14,00	6	18,18	-	-	29
Nível superior Alta renda	22	30,56	20	40,00	9	27,27	1	4,16	52
TOTAL	72		50		33		24		179

$\chi^2_{9gl} = 25,52$ (houve associação significativa entre as variáveis)

*Sete casos foram retirados por não terem definição correta a ocupação do chefe da família.