



DOCENCIA - FORMACIÓN

AS VIVÊNCIAS E OS SIGNIFICADOS DO PRIMEIRO BANHO DADO PELA PUÉRPERA EM SEU FILHO RECÉM NASCIDO

VIVENCIAS Y SIGNIFICADOS DEL PRIMER BAÑO DADO POR LA PUÉRPERA A SU HIJO RECIÉN NACIDO

***Souza Carvalhêdo, D., *Monteiro Lotufo, F., **Rodrigues da Silva Barbosa, MA., ***Munhoz Gaíva, MA., *Lisboa, SR.**

*Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem. **Professora Mestre do Curso de Enfermagem e Obstetrícia. ***Professora Doutora do Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - Brasil.

(Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem e Obstetrícia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso - Brasil.)

Palavras chave: Alojamento conjunto; recém-nascido; educação em saúde.

Palabras clave: Alojamiento conjunto; recién nacido; Educación en salud.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado no alojamento conjunto de um hospital escola de Cuiabá-MT. Teve como objetivo, compreender as vivências e os significados do primeiro banho dado pela puérpera em seu filho recém-nascido, em alojamento conjunto sob supervisão da enfermagem. A coleta dos dados foi realizada através da observação participante e entrevista. Os resultados mostraram que novas práticas relacionadas à educação em saúde devem ser implementadas para que puérperas sintam-se mais seguras, respeitadas em sua singularidade e tenham maior aproveitamento relacionados aos cuidados com o seu recém-nascido.

RESUMEN

Trátase de un estudio descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativa, realizado en el alojamiento conjunto de un hospital escuela de Cuiaba-MT. Tuvo como finalidad, comprender las vivencias y los significados del primer baño dado por la puérpera en su hijo recién nacido, en alojamiento conjunto bajo supervisión de la enfermera. La colecta de los datos fue realizada a través de la observación participante y entrevista. Los resultados mostraron que nuevas prácticas relacionadas a la

educación en salud debe ser implementadas para que puérperas se sientan más seguras, respetadas en su singularidad y tengan mayor aprovechamiento en relación con con los cuidados a su recién nacido.

1. INTRODUÇÃO

Nascer, era, há algumas décadas, um acontecimento que ocorria no ambiente domiciliar. Ao lado de pessoas conhecidas a mulher sofria as dores do parto e o bebê chegava à esse mundo em contato com pessoas que a partir de então fariam parte de sua vida. Entretanto, a evolução sócio econômica junto ao aprimoramento técnico-científico na área materno-infantil, fez com que as mulheres passassem a ser assistidas nesse momento em instituições hospitalares. Assim, diante da necessidade de minimizar os riscos de agravos à saúde da mãe e da criança, ocorreu a implantação de berçários centralizados e como conseqüência, a separação da mãe e filho durante o período de internação. Posteriormente, diante de pesquisas que apontavam os danos provocados na relação mãe filho, criou-se o Sistema Alojamento Conjunto que favorece a interação e a participação ativa dos pais nos cuidados ao recém nascido.

O Sistema Alojamento Conjunto é definido, segundo o Ministério da Saúde, como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até alta hospitalar de ambos e que permite aos pais receberem orientações que os tornem aptos a prestar cuidados ao filho. Visa também, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, bem como, contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar ⁽¹⁾.

Para o funcionamento efetivo do Sistema Alojamento Conjunto, com atendimento de suas finalidades primeiras, é necessário que a equipe de saúde adote uma postura diferenciada, que demanda conhecimento sobre as necessidades de sua clientela, compromisso e envolvimento com a assistência a ser prestada à mãe e ao bebê. O modelo vigente de assistência específica para a puérpera, enfatiza como fundamental, os aspectos educativos voltados para o desenvolvimento de habilidades maternas com a finalidade de instrumentalizar a mulher a cuidar do filho, responsabilizando-a por esse cuidado. Em especial nas instituições públicas, a mulher não opina sobre a assistência que lhe é prestada ou a modalidade de internação a que é submetida e, nem mesmo questionam o atendimento recebido ⁽²⁾.

Assim, o desenvolvimento deste estudo, baseou-se na observação inicial de que, as puérperas experimentavam diversos sentimentos ao dar o banho em seu filho recém nascido, principalmente da primeira vez, na presença da equipe de enfermagem. No hospital em que ocorreu este estudo, a demonstração do banho do recém – nascido à puérpera, foi implantado desde sua criação e vem sendo desenvolvida no alojamento conjunto do hospital obedecendo a seguinte seqüência:

O recém nascido é envolto em uma toalha de modo que apenas a cabeça fique exposta, em seguida, os ouvidos são protegidos com os dedos polegar e anelar, então, é feita a higiene da região externa dos olhos, rosto e do couro cabeludo. Terminada a higiene do couro cabeludo, estes são secos imediatamente e as orelhas bem como as narinas, são limpas com uma toalha fina e macia. Em seguida, o recém nascido é despido totalmente, imerso em bacia com água morna para a higiene de outros segmentos do corpo, na seqüência: região cervical anterior, tórax, membros superiores (MMSS), abdome, coto umbilical, genitália, membros inferiores (MMII), região dorsal e nádegas. Após terminado o banho, o recém

nascido é seco e colocado sobre superfície seca, envolvido com toalhas secas e submetido a curativo no coto umbilical com álcool a 70%. Em seguida é vestido e se necessário aquecido.

Essa técnica é demonstrada individualmente para as puérperas, no primeiro dia pós parto, utilizando o seu recém nascido e durante a demonstração essas ficam somente como observadoras sendo-lhes comunicado que no dia seguinte deverão devolver o procedimento à equipe de enfermagem, que assumirá o papel de observadora. A devolução é feita na enfermaria e a equipe aproveita o momento para, além de se certificar do aprendizado puérpera, reforçar e/ou corrigir a técnica, caso seja necessário.

Vale destacar que o tipo de orientação utilizada pela equipe de enfermagem é chamada de *demonstração* e pode ser adotada para a orientação individual ou grupal sendo muito utilizada nas maternidades durante as orientações no alojamento conjunto. Este tipo de estratégia de educação é ideal quando se pretende comunicar uma determinada informação e demonstrar procedimentos ⁽³⁾. Porém, nessa situação pode ser usada associada a outras estratégias que facilitassem mais o aprendizado, principalmente pela fase especial em que se encontram, ou seja, o puerpério.

Em um estudo ⁽⁴⁾, analisando uma prática educativa em que utilizou-se um jogo educativo, constando perguntas para discussão em grupo de puérperas com temas relacionados a amamentação e cuidados com o recém nascido, constatou-se que a estratégia utilizada contribuiu para o aumento do conhecimento sobre os temas citados. Entre outros pontos positivos, o uso do jogo estimula o processo intelectual, promove interação e envolvimento entre os participantes, estimula interesse e provê elementos para mudança de atitude.

Este estudo teve como objeto de investigação **as vivências e os significados do primeiro banho dado pela puérpera em seu filho recém-nascido em alojamento conjunto sob supervisão da equipe de enfermagem**. O objetivo do mesmo foi compreender os significados e vivências da puérpera relacionados ao primeiro banho dado por ela em seu filho recém-nascido.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, à luz da abordagem qualitativa, pois esta trabalha com significados, motivos, valores, atitudes e aspirações, possibilitando o estudo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ⁽⁵⁾, como no estudo em questão.

Este foi realizado no alojamento conjunto de um hospital público de Cuiabá - Mato Grosso. Dele participaram um total de 17 puérperas, com idades variando de 16 a 29 anos sendo que 8 tiveram parto normal e 9 parto cesárea, 8 primíparas e 9 múltiparas. Os critérios básicos de seleção dos sujeitos foram a permanência no sistema de internação conjunta da unidade selecionada, no intervalo de tempo da coleta dos dados, e a aceitação de participação na pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada através da observação e da entrevista que teve como questão norteadora a seguinte pergunta: **Como foi para você ter dado o primeiro banho em seu filho recém-nascido?**

Definimos como fonte de informação básica, o momento do primeiro banho que a puérpera deu em seu recém-nascido sob supervisão da enfermagem e o contexto relacional presente

nesse momento, envolvendo a puérpera, o recém-nascido e os trabalhadores da enfermagem, acrescido do discurso específico das puérperas acerca de determinados processos que as envolveram. De forma complementar, o discurso da equipe de enfermagem foi utilizado para confirmar algumas observações realizadas. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, logo em seguida da realização do banho feito pela puérpera e anotadas manualmente no momento das mesmas.

Os dados derivados das observações e entrevistas foram codificados e aglutinados por sua semelhança, constituindo-se em subtemas que, por sua vez, formaram temas mais abrangentes. Desse processo, surgiram, quatro grandes temas que foram objeto desta investigação: O medo de dar o banho no recém-nascido; O nervosismo e a insegurança ao dar o banho no recém-nascido; As relações da equipe de enfermagem durante o banho que a mãe executa em seu filho.

Seguindo orientações das normas que regulamentam pesquisas em seres humanos ⁽⁶⁾, o projeto foi aprovado sob PARECER ofício s/n datado de 22 de janeiro de 2004 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão e os sujeitos entrevistados concordaram e assinaram termo de consentimento informado na pesquisa. Em respeito as questões éticas os sujeitos foram identificados através de pseudônimos.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 O medo de dar o banho no recém - nascido

De acordo com o dicionário MEDO é um sentimento de viva inquietação ante a noção dum perigo real ou imaginário, de uma ameaça; susto, pavor, temor, terror, receio ⁽⁷⁾.

Esse sentimento para nós foi traduzido na dificuldade de acomodação do recém-nascido nos braços e na bacia; na maneira de tocá-lo (somente com a ponta dos dedos e rapidamente); durante a higienização de alguns segmentos como o coto umbilical e a genitália, esta principalmente quando do sexo feminino. Percebemos que isso acontece em especial com as primíparas, mas, não é uma exclusividade destas, as múltíparas também relatam essas sensações ao prestar cuidados, sendo o tamanho do recém-nascido considerado por elas como um fator gerador do medo:

*... e ela também é tão pequenininha, fiquei com medo de derrubar e machucar (Rosa).
Ah, o meu problema é só o medo, eu tenho medo! [] Medo de machucar ele porque é muito pequeno (Jasmim).*

A fragilidade do bebê pode ser algo assustador para as mães. Nesse contexto, sentem-se com muito medo de errar e extremamente inseguros de, ao menor deslize, acontecer algo trágico; porém, o medo de assumir os cuidados com o recém-nascido é menor para as mães que estiveram alojamento conjunto, onde receberam algum treinamento para lidar com os pequenos problemas de rotina e tiveram oportunidade de começar a conhecer melhor o filho ⁽⁸⁾.

Acreditamos que esse sentimento de medo, pode se amenizar se for proporcionada à mãe, uma experiência de contato físico com seu filho, de maneira prazerosa e sem pressões, pois do contrário esse sentimento pode se agravar, ou seja, não é somente a possibilidade de a mãe desenvolver cuidados diretos ao recém-nascido que a torna uma pessoa competente para cuidá-lo, mas também, entre outros fatores, a forma como a equipe a prepara para esse cuidado. Se este for feito atendendo também as necessidades da mãe, percebendo-a como

ser único, respeitando seus sentimentos diante dos cuidados com o filho, certamente os resultados serão melhores.

O medo também é percebido na maneira como a mãe toca o seu filho, durante o banho:

...a mãe depois de ter enrolado o seu filho aproxima-se da bacia molhando levemente sua mão na água e levando-a vagarosamente para lavar com muita delicadeza o rosto do bebê (Nota de Observação).

O toque é uma das formas de se estabelecer o vínculo mãe-filho e há um período após o nascimento durante o qual este se estabelece. O toque das mães segue um padrão bem definido: as mães tocam as extremidades da criança e, depois, a cabeça, primeiro com a ponta dos dedos e, finalmente, com a palma da mão. Este período é crítico para o desenvolvimento de uma interação sadia e vínculo normal ⁽⁹⁾. O toque é o significado humano, é dar vida àquele que é tocado. Mas é preciso aprender/saber tocar com firmeza delicada, pois o bebê pode sentir a insegurança do toque materno ⁽¹⁰⁾. O sentido do tato também se desenvolve desde a época da gravidez e tem um papel muito importante na adaptação do recém-nascido ao mundo extra-uterino e os primeiros meses imediatamente após o nascimento podem ser considerados como continuação direta do estado intra-uterino, havendo necessidade da manutenção de íntimo contato corporal com a mãe, para isto o bebê deve ser carregado no colo com segurança, deve ser amamentado em intervalos regulares, ser embalado, acariciado, precisa que lhe fale, que lhe tranquilizem ⁽¹⁰⁾.

A rapidez com que o bebê reage à ausência do contato seguro é constatada quando o mesmo é deitado sobre uma superfície plana como uma mesa, sem apoio da mão. Ele reage imediatamente com susto e choro. As mães quando ansiosas, costumam, quando seguram a criança, pegá-la sem firmeza ou de modo inseguro. Assim, a insegurança da mãe, pode ser captada pela criança. A pele é o órgão de recepção sensorial que quando tocada, torna-se fundamental para o desenvolvimento humano. As mensagens que o bebê recolhe com seus receptores localizados nas articulações musculares, a respeito do modo como o pegam, mais do que apenas as pressões exercidas sobre sua pele, lhes dizem o que “sente” por ele aquela pessoa que o está carregando ⁽¹⁰⁾.

Assim, entendemos que, se não forem dadas condições às mães para que o processo de interação inicial flua de maneira que ela se sinta segura, ela pode transmitir através de sua pele/toque todos os sentimentos prejudiciais ao seu bebê e este reagirá negativamente à ela mãe, num principio de ação e reação, provocando em ambas as partes reações cada vez mais fortes e conflituosas, o que pode provocar danos ao processo interativo mãe-filho.

Acreditamos que a equipe que lida com a clientela de alojamento conjunto, precisa entender que esse contato é um processo crescente de interação mãe-filho e deve ser proporcionado de maneira delicada, segura e que os trabalhadores da enfermagem devem estar preparados para contribuir de maneira positiva, ou seja, favorecendo um ambiente seguro e sem conflitos, para que puérpera e seu filho consigam estabelecer essa interação de maneira efetiva. No entanto, quando a equipe não se conscientiza da importância desse processo, pode exacerbar na mãe o medo de se aproximar e cuidar do bebê, gerando sentimentos semelhantes ao pânico:

... não posso, [] não posso porque tenho medo (Margarida).

Após termos conversados com essa puérpera, sobre a necessidade de ela aprender a dar o banho no filho ela concordou em executá-lo e após o procedimento ela nos diz em entrevista já um pouco aliviada:

Ah, foi difícil, tenho que dar o banho mais rápido, mas, eu tinha medo, achava que não ia conseguir!(Margarida).

No alojamento conjunto, a educação para a saúde deve ser o principal foco de ação da equipe possibilitando que a puérpera obtenha conhecimentos e habilidades para a realização do cuidado com o bebê e com isso diminua a ansiedade no desempenho do papel de mãe⁽¹¹⁾. O medo de assumir os cuidados do bebê pode ser menor nas que tiveram alojamento conjunto, onde receberam algum treinamento para lidar com os pequenos problemas de rotina e tiveram oportunidade de começar a conhecer melhor o filho.

Entretanto, se algumas mães sentem medo, para outras, a experiência com o cuidado de outros filhos pode facilitar e tornar o momento do banho um ato prazeroso:

Foi bom né, já tô acostumada, já banhei dois, mas, banhá esse daqui também foi bom! (Orquídea).

Assim, a novidade dos sentimentos não se limita à primeira experiência de ter um filho. Sem dúvida, a partir da segunda gravidez, já se conhece uma série de sentimentos e vivências típicas da situação, já se passou pela experiência de um primeiro parto, talvez já se esteja mais confiante na capacidade de lidar com um bebê pequenininho⁽⁶⁾. Compreendemos, que tanto a multipara quanto a primípara podem experimentar sentimentos semelhantes na experiência de ter e cuidar de um filho recém-nascido e que a maternidade é uma experiência singular, ou seja, cada mulher a vivencia de maneira única e intransferível, independente do número de filhos que tenha tido.

O sentimento medo também se apresenta no que se refere a lavagem e higienização do coto umbilical durante o banho:

Foi difícil porque tive medo de lavar o umbigo e fazer curativo (Rosa).

Alguns estudiosos⁽¹²⁾ recomendam que não se deve lavar o coto durante o banho do RN, pelo perigo da contaminação do coto. Na instituição onde se deu esse estudo, estabeleceu-se por rotina a lavagem do coto com água e sabão, durante o banho, o que suscita nas mães dúvidas e medo de proceder conforme essa técnica, pois a prática corrente em algumas comunidades é que o coto umbilical só deve ser lavado após sua queda. Pensa-se que se este for molhado, pode ser contaminado e dificultar sua cicatrização ou até mesmo provocar o tétano neonatal.

Segundo orientações técnicas da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, indica-se lavar com água e sabão, secar e limpar o coto umbilical com cotonete embebido em álcool à 70%, que por sua rápida ação anti-séptica, mesmo sem possuir efeito residual, acelera a secagem e a queda⁽¹³⁾. Em nossas observações neste estudo, pudemos perceber que a maioria das mulheres puérperas tem medo de manipular o coto umbilical e não fazem corretamente a sua higienização durante o banho:

Após pesado, a mãe mantém o recém-nascido nú para iniciar a dar o banho, o mesmo encontra-se com o coto umbilical envolto com gaze a mãe vê e pergunta:” pode molhar o umbigo?” A funcionária volta, observa e diz: “pode lavar direitinho o umbigo, você está com medo mais pode lavar” (Nota de observação).

O medo de manipular o coto umbilical está presente em todas as mães deste estudo e faz com que muitas se utilizem de algumas estratégias para lidar com esse sentimento e uma delas é a de “ignorar” a existência do mesmo durante o banho:

... não lava o coto, lava a genitália superficialmente, vira o recém-nascido, lava as costas e região anal, coloca o recém-nascido na cama e começa a secá-lo (Nota de Observação).

Por vezes, a enfermagem percebe esse comportamento materno e os trata com muita objetividade, desconsiderando os sentimentos maternos:

...a puérpera começa lavando as mãozinhas, os pezinhos e quando chega no abdômen do recém-nascido, a funcionária diz: “pode ir molhando esse aí e tirando” (aponta para o curativo de gaze enrolado no umbigo) a puérpera franze a testa e nos olha com expressão de medo, a funcionária repete: “pode tirar!”, como a puérpera não teve a iniciativa de tirar o curativo, a funcionária aproxima-se e o retira. Nesse momento a puérpera desvia o olhar para o alto, a colega de enfermagem diz: “ parece que vai doer” e a mãe faz sinal com a cabeça concordando (Nota de observação).

Em nenhum momento a enfermagem esclarece que a área em questão é indolor, pela falta de inervação local, o que pode diante da falta de conhecimento materno, exacerbar ainda mais seu medo, principalmente nos casos acima relatados.

Desse modo, a distância entre o conhecimento científico e o senso comum se mantém no interior dos serviços de saúde, perpetuando, assim, a relação infrutífera entre o profissional e o cliente, impedindo a troca de conhecimento e o alcance de uma assistência de qualidade ⁽³⁾.

Estudo sobre a representação da puérpera sobre o sistema alojamento conjunto, revela que o fato das puérperas terem as suas dúvidas esclarecidas durante a internação pelos profissionais que lhes assistem é percebida como uma forma de ajuda e que se constitui em elemento qualificador da assistência e de reelaboração de sua representação acerca da hospitalização ⁽¹⁴⁾.

Acreditamos que a equipe deve justificar, através de conhecimentos teóricos, algumas de suas práticas e afirmações perante as puérperas, para que elas se sintam mais seguras e menos aflitas diante de algumas ações da enfermagem e não somente lhes dizer de maneira imperiosa, o que fazer. Oferecer informações simples, com justificativas claras, é uma das estratégias que se pode utilizar para que as puérperas se sintam mais seguras para desenvolver os cuidados com seus filhos e para que elas adquiram confiança no profissional que as orientam.

3.2 O nervosismo e a insegurança ao dar o banho no recém-nascido

Quando se desenvolve uma tarefa pela primeira vez e em presença do olhar observador de outros, experimenta-se em alguma medida, desconfortos e estes fazem parte das experiências das mães, as quais, durante a constatação de seu aprendizado por membros da equipe de enfermagem, não se sentem à vontade, ficando nervosas:

Fiquei nervosa por estar sendo observada (Tulipa).

A equipe em questão, ao adotar uma atitude disciplinadora, utiliza o olhar hierárquico, que é um dos instrumentos do poder disciplinar ⁽¹⁵⁾. O olhar hierárquico é concretizado na instituição através de processos como a supervisão que a equipe de enfermagem direciona às

puérperas durante o procedimento do primeiro banho. Esse olhar, através do qual se faz a supervisão e controle das atitudes delas durante o desenvolvimento da técnica, é um dispositivo disciplinar para indução de determinados comportamentos relacionados aos cuidados com o filho.

Em estudo realizado em um hospital universitário, sobre o comportamento do recém-nascido durante o banho, revelou que o primeiro banho dado pela puérpera em seu filho acompanhado por uma atendente que participa como instrutora, corrigindo quando a puérpera faz algum procedimento incorreto fazia com que esta se tornasse mais preocupada com a seqüência certa do que com o próprio bebê, além disso a puérpera tornava-se irritada e mostrava-se cansada ao terminar o banho, e o bebê ficava a maior parte do procedimento agitado ou chorando. Quando observado o segundo banho, já sem o acompanhamento da atendente constatou-se que apesar de ainda haver preocupação com a seqüência do banho, as puérperas passaram a reagir mais às mudanças comportamentais de seu filho. Assim, as mães levavam estes bebês de estados de agitação para estados mais calmos, facilitando a interação entre eles ⁽¹⁶⁾.

Todavia, o nervosismo materno se manifesta também por outros motivos, ou seja, algumas mães ficam nervosas com o choro do recém-nascido durante o procedimento e de ter experiências com outro recém-nascido, não diminui esse sentimento:

Fiquei agoniada e apreensiva quando o neném começou a chorar, com vontade de acabar logo. Apesar de já ter dado banho em outros nenéns fiquei um pouco nervosa! (Dália).

O choro é uma linguagem, é comunicação. É o principal recurso de que o bebê dispõe para comunicar suas necessidades e expressar o que sente. Entretanto, a influência do choro da criança sobre os adultos que dela cuidam varia amplamente: desde despertar ternura à angústia da impotência total, chegando até a raiva traduzida no desejo de sumir para não ter que continuar a escutar aquele choro tão difícil de entender. No princípio, ou seja, nos primeiros meses de vida do bebê, é difícil saber a causa do choro, mas pouco a pouco as pessoas que cuidam do bebê vão aprendendo a distinguir as melodias dos diferentes tipos de choro e a linguagem corporal. Para isso, é necessário que as pessoas tenham sensibilidade, paciência e atenção amorosa, para gradualmente conhecer o bebê e vice-versa. Esse processo pode ser mais fácil a partir do segundo filho, pois a prática de cuidar do primeiro filho ajuda muito quando os outros nascem ⁽¹⁷⁾.

O medo de não saber cuidar pode ser atenuado quando os pais decidem mergulhar nas raízes não verbais da comunicação, nos aspectos sensoriais do contato pele a pele com o bebê, navegando amorosamente no olhar, na sensibilidade e na intuição, procurando conhecer as características do filho, seus ritmos, seus estados de humor, a riqueza do seu desenvolvimento ⁽¹⁷⁾.

Na fala descrita anteriormente, percebemos que o choro do bebê parece estar relacionado ao desconforto do banho, da água. Esse desconforto parece ter sido percebido pela puérpera, quando ela refere ter tido pressa para encerrá-lo logo, mas, parece-nos que ela não conseguiu localizar a causa exata do mesmo.

Assim, a reação dos pais frente ao choro do bebezinho varia numa gama imensa de sentimentos, desde a preocupação até a irritação ou o desespero de chorar junto com ele ⁽¹⁷⁾. Embora, esses sentimentos podem até ser percebidos pela equipe não se configuram como objeto de atenção:

A puérpera pega o recém-nascido no colo, está com as mãos tremendo, olha para a funcionária que demonstra como segurar o bebê, tampando os ouvidos para não entrar água (Nota de observação).

Porém, se há algumas mães que, apesar do nervosismo, cumprem a tarefa à elas delegada, há aquelas que se negam a desenvolvê-la de maneira firme e determinada, não cedendo as ordens da funcionária: *Eu não vou dar o banho, fico nervosa, não vou dar! (Azaléia).*

Assim, muitas se dão o direito de não desenvolver os cuidados para os quais estão sendo solicitadas, enfrentando de maneira explícita a pressão da equipe de enfermagem.

Com relação à insegurança, esta se faz presente quando a mãe se depara com conhecimentos que não possuía anteriormente, apesar de ter constatado que a maneira como foi orientada no hospital ser melhor que a que desenvolvia com outros filhos:

Eu não senti muita segurança pra falar a verdade, eu não sabia que tinha que ser assim, cobrir o bebê primeiro, os outros filhos que eu tinha já colocava direto na banheira, mas assim é mais fácil, o bebê chora menos, mas eu preciso de mais informação (Papoula).

Considerando essa fala, faz-se necessário que a equipe que atua nessa unidade, comece a pensar em uma prática educativa mais participativa, que considere e valorize o saber anterior dessas mulheres e que dê oportunidade para que elas se coloquem como sujeitos com potencialidades e conhecimentos prévios, no sentido de humanizar a assistência, diminuindo os conflitos, através de uma relação equipe-cliente mais horizontal possível.

A valorização do conhecimento que o indivíduo possui torna-se imprescindível para iniciarmos o processo de promoção da sua saúde, no âmbito do relacionamento profissional/cliente⁽¹⁸⁾. Assim, quando se trata de educação para a saúde, o pré-requisito básico para seu estabelecimento é a capacidade dos profissionais de estabelecer relação de confiança com o cliente, capaz de fazer com que este aceite o conhecimento transmitido, ao mesmo tempo em que substitui conceitos errôneos ou obsoletos referentes às práticas do cuidado com a saúde⁽³⁾.

A educação como processo histórico, evolui à medida que a sociedade evolui. É um processo flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético, que se constrói a partir das interações entre os seres humanos. Quem ensina, aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas, uma vez que cada ser que interage o faz com sua idéias, seus valores, suas crenças, atitudes e experiências⁽¹⁹⁾.

É necessário compreender que uma educação voltada para o cuidado humano não é aquela que modela ou impõe determinadas regras, ou que treina: é uma educação que permite o vir-a-ser, o tornar-se⁽²⁰⁾. Cuidar envolve a competência e a confiança. Por competência entende-se o estado de ter conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente as demandas das responsabilidades profissionais. Já a confiança refere-se à qualidade que promove relações em que as pessoas se sentem seguras, o que envolve um outro ingrediente: o respeito⁽²¹⁾.

3.4 As relações estabelecidas durante o banho

Os preparativos para o banho dos recém-nascidos se iniciam desde o horário em que as mulheres estão fazendo a primeira refeição do dia, em torno das 07 horas, nota-se que apesar de a equipe fazer um convite, ter sido um aviso, não exclui a intenção implícita de a enfermagem concluir suas tarefas em tempo hábil:

A funcionária passa na enfermaria e diz: estamos esperando vocês lancharem para começar a dar os banhos (Nota de observação).

Essa atitude denota a rigidez e a disciplina no ambiente hospitalar. Sabemos que a disciplina em termos de organização em um ambiente hospitalar é necessária para a otimização do tempo mas, em alguns momentos, poderia haver flexibilidade no desenvolvimento de alguns procedimentos, como o banho do recém - nascido. Essa inflexibilidade constatada neste estudo, nos faz interrogar sobre em que medida isso é benéfico para as relações entre as puérperas e a equipe de enfermagem.

A pressão também aparece relacionada no que diz respeito à capacidade de exercer e querer exercer tarefas maternas como se fosse algo natural que se apresenta de maneira espontânea assim que a mulher se torna mãe; ou seja, aqui dá idéia de que a mulher ao se tornar mãe, ela automaticamente, deve se comportar como uma verdadeira mãe, respondendo ao modelo construído sobre o ser mãe em seu espaço social. A resposta a esse modelo socialmente construído neste contexto, parece independe do seu estado físico, do seu limiar de dor e quando ela não corresponde a essa expectativa, são lançadas dúvidas a respeito de seu compromisso relacionado aos cuidados com o filho:

“não adianta, tem mãe que é assim mesmo, resistente, não adianta nem falar, nós já ensinamos. Ontem falou que tava com dor (se referindo a puérpera), tudo bem, cesárea dói mesmo, mas já falei para ela que tem que levantar, quanto mais ficar parada é pior, só que ela não quer é cuidar do filho!” (Nota de observação).

Em nossa sociedade, ainda circula em determinados segmentos, que a maternidade deve ser considerada prazerosa, independente das condições físicas ou sociais que a mulher tenha para exercê-la. Quando se encontra o oposto do perfil de “boa mãe” não se aceita facilmente e, com freqüência, se nega como apropriado a uma “mãe” ⁽²²⁾.

Assim o mito da boa mãe é um mito profundamente enraizado, e de algum modo prejudica as mulheres, pois subentende que a mãe só pode ser uma boa mãe. A mãe ideal deve ser devotada, toda maternal, esquecendo-se de si para só pensar nos filhos ⁽²³⁾. O mito da maternidade aceito em nossa sociedade é aquele que afirma que as mães sentem amor por seus filhos e lhes têm sentimentos ternos, conseqüentes ao ato biológico de procriação. A idéia é a de que, com o nascimento dos filhos, as mulheres tornam-se abnegadas e generosas, diferentes do seu eu anterior, experimentando a satisfação suprema de sacrificarem-se por seus filhos; as mães ficam isentas de ansiedade e paixão, representando a pureza das mulheres a serviço do filho ⁽²⁴⁾.

A cobrança para as mães desenvolvam a técnica do banho, se configura de forma mais agressiva com gestos e atitudes grosseiras e em forma de devolução da técnica pela puérpera para funcionários. Desse modo, o cuidar torna-se difícil e inadequado quando ocorre em situações que caracterizam apenas o desempenho de uma tarefa:

Você tá prestando atenção né! amanhã eu vou ver e vou cobrar e olha, eu cobro mesmo viu? você não presta atenção, faz tudo errado, a gente ensina, ensina e faz errado (Nota de observação).

Assim, a cobrança se torna agressiva em determinadas situações, onde várias formas de desrespeito são evidenciadas como no que se refere às limitações físicas da puérpera, à sua inexperiência em lidar com o filho recém-nascido, ao ritmo próprio de cada uma para dar conta dessa atividade e a imposição do “ser mãe” no imaginário popular.

Esses comportamentos podem causar danos em uma relação mãe-filho que está começando a se formar e na capacidade de maternar que a mulher está tentando construir. Nessas situações, alguns problemas emocionais relativos ao exercício da maternidade podem se pronunciar, pois a equipe não dá abertura para que a puérpera apresente suas dificuldades e necessidades. De acordo com o que se espera que a mãe desempenhe, são lhe feitas exigências e muitas mães podem se ver em dificuldades para se contrapor à essas.

No âmbito hospitalar, muitas vezes, por necessidades de se fazer cumprir certas rotinas, até mesmo a enfermeira ignora as condições físicas, emocionais, a falta de destreza/agilidade das mulheres atendidas. Além disso, a percepção que se tem de maternidade e do ser mãe, podem contribuir para que a cobrança seja mais intensa, ficando claro o uso do poder:

“mãe molhe essa mão direito! não vai machucar o bebê. Põe um dedo num ouvido e outro no outro para não entrar água”, a puérpera tenta argumentar: “minha mão é curta”. A enfermeira diz: “se já é mãe minha filha, tem que dar conta!” (Nota de observação).

A puérpera começa a passar sabonete na cabeça do Rn apenas com a mão úmida, sem irrigar o couro cabeludo do recém-nascido, a enfermeira diz: “menina, molhe isso direito, passe sabão e esfregue”, a puérpera para olha para ela e volta a lavar a cabeça meio sem jeito, a enfermeira continua “esfrega rápido!” [] A mãe se põe a enxaguar a cabeça para retirar o sabão. A enfermeira demonstrando já estar sem paciência diz: “já não falei que é pra ser rápida!” [] “mãe agora você lava embaixo do pescoço, a barriga, o saco e as perninhas, enxágua ele e vira assim no seu braço, (mostra) lava as costinhas, o bumbum, e tem que ser rapidinho, não pode ficar alisando não!” (Nota de observação).

Entretanto, não há poder sem potencial de revolta, ou seja, o poder só se exerce quando há resistência/potencial de revolta ⁽¹⁵⁾. Desse modo quando indagada sobre o significado do primeiro banho, essa puérpera responde:

“Ah, é difícil! Mas devagar eu pego o jeito, fiquei nervosa mas, já já eu aprendo, aprendi outras coisas, isso também vou ter que aprender!” (olha para suas companheiras de enfermaria e ri muito) (Violeta).

Esse comportamento nos pareceu uma revanche pela situação que passou, ou seja, ela também utilizou o poder, pois foi extremamente criticada, exigida pela enfermeira da unidade para o desenvolvimento do banho em seu filho, perante todas as companheiras de quarto.

A crítica é uma forma de comunicação que costuma ser nociva porque estimula o ressentimento e pode dificultar o vínculo. Também prejudica a auto-estima da pessoa, especialmente quando ela está atravessando fases de transição, em que se encontra emocionalmente mais vulnerável. Convém lembrar que, em especial no primeiro filho, a identidade da mulher como mãe é tão recém-nascida quanto o bebê: frágil, vulnerável, sensível. Num período como esse, a crítica é particularmente nociva, em especial se vem de pessoas consideradas relevantes, uma vez que tende a aumentar os sentimentos de autodesvalorização, inferioridade e falta de confiança em si própria ⁽²⁵⁾.

Além disso, a conduta fria, impessoal e puramente técnica no atendimento é obviamente contrária à atitude clínica: não nos permitimos, por razões várias, entrar em contato com a pessoa que estamos atendendo, mas a encaramos como um objeto e nos conduzimos como as máquinas, instrumentos e aparelhos que utilizamos. Nesse modo de atender, o potencial de ação benéfica do profissional torna-se extremamente limitado. Como acontece com o uso

de formas nocivas de comunicação, atender de modo impessoal acarreta bloqueio ou fechamento dos canais de comunicação. À medida que não se cria o espaço de disponibilidade, o cliente sente-se constrangido, pouco à vontade e sem liberdade de expressar o que de mais significativo se passa com ele⁽²⁶⁾. A abordagem compreensiva do cliente como ser humano, que possui conhecimento próprio, resultante de sua experiência de vida, permite que o profissional de saúde aprenda com ele, havendo um crescimento pessoal e profissional, uma vez que deixará de lado a posição de detentor de todo o conhecimento.

Apesar de pressionadas algumas mulheres deste estudo não se submetem passivamente as cobranças que lhes são feitas, reagindo com recusas a exercerem atividades que não estão preparadas emocionalmente, ou revidando com atitudes de “deboches” disfarçadas contra a situação pela qual passou.

Assim, percebe-se a utilização de uma forma de poder que se expressa nas relações cotidianas, sendo exercido por “uns” sobre os “outros”, configurando uma micropolítica. O poder não se possui, mas se exerce. Ele se estrutura em uma rede onde se encontram pontos de resistência e submissão. O poder é uma ação sobre a ação, no sentido de manipular a ação do outro ou seu campo de opções⁽²⁶⁾.

Entretanto, no que se refere à cobranças direcionadas às puérperas, outras estratégias são utilizadas, como o reforço à identidade materna, tornando-se comum vermos as puérperas serem chamadas rotineiramente de “mãe”, “mãezinha”, como se tudo o que ela foi e é, se perdeu ao se tornar mãe, ou seja, todas as suas identidades (de mulher, de esposa, de estudante, de trabalhadora) desaparecem em função da maternidade. Em todos os procedimentos e diálogos travados com ela, isso se repete, apesar de essa mulher ter sua identificação através de seu nome, fixada acima do seu leito:

Ao terminar o banho diz: “pronto, a mãezinha fez tudo direitinho, aprendeu direitinho” (N.O).

“e aí mãezinha, tá pronta? vamos começar. Você já viu como que enrola. Lava o rostinho só com água e depois lava a cabecinha com a água e sabão, vamos lá eu vou te dar nota, aqui é um hospital escola e a mãezinha tem que sair daqui sabendo tudo direitinho” (N.O).

No transcorrer da história, a identidade feminina vem sendo definida, basicamente pela maternidade. A seqüência menina-mulher-casamento-maternidade é uma seqüência, ideologicamente naturalizada, de acontecimentos que perpassa a vida das mulheres, independentemente de sua concretude no real ou permanência ao nível do imaginário. A mulher é condicionada, desde a infância, para o seu futuro papel social de mãe e todo o seu desenvolvimento é norteado por esse condicionamento, mesmo que ela nunca chegue a ser mãe. Ser mãe, é um processo culturalmente constituído que transpõe o ato biológico de gestar e parir um filho/filha, e reflete o espaço social designado à mulher na sociedade⁽²⁷⁾.

É necessário que ao nos dirigirmos às puérperas nos referirmos à essas, chamando-as por seus próprios nomes, essas são antes de tudo, mulheres. Chamá-las por “mãe”, ou “mãezinha” para nós, reforça sua identidade materna e essa atitude pode fazê-la calar o seu ser mulher que nesses momentos pode estar mais necessitado de atenção. Além disso, compreendemos que a enfermagem precisa demonstrar respeito pelo cliente e muitas vezes, o simples fato de chamar a mulher mãe pelo seu nome, já demonstra que ela existe como pessoa, com sua identidade distinta das demais mulheres.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a mulher na fase de puerpério-maternidade sente necessidade de ser apoiada em seus medos e inseguranças, possui também limitações emocionais e físicas que a dificulta realizar cuidados ao seu filho.

A equipe de enfermagem utiliza meios como o reforço da identidade materna, chamando as mulheres mães por “mãezinha” ao invés de chamá-las pelo nome, para lembrá-las de seu “dever” social embutido na maternidade e estas se tornam prisioneiras de um papel social que se define através dos tempos a partir do momento que a mulher têm um filho. O problema diz respeito tanto à estrutura da maternidade como à persistência dos mitos que a cercam. A equipe de enfermagem deve ter consciência da fragilidade emocional que a mulher puérpera experimenta ao se tornar mãe, entender, e, respeitar sua angústia, fragilidade, seus medos e inseguranças. Assim sendo, é necessário que vejamos a mulher mãe/puérpera, antes de tudo como mulher, com seus desejos e virtudes que precedem sua função materna.

Vale também ressaltar que o precário processo de comunicação que prevalece no âmbito hospitalar dificulta a interação da puérpera com a equipe de enfermagem refletindo no processo de aprendizado dos cuidados ao recém-nascido tão importante nesse período. Necessário se faz refletir sobre o método utilizado para educação em saúde no sistema de alojamento conjunto da instituição em questão, pois este, vem assumindo fórmulas pré-definidas, impositivas e assim, estão sendo abafados os potenciais criativos e os conhecimentos trazidos pela mulher - mãe não trazendo benefícios para esta, pois, não lhe é dado espaço para que exerça sua maternidade da maneira que achar conveniente. De igual modo, os funcionários da enfermagem do local, não tem a oportunidade de desenvolver seu potencial criativo para desenvolver/ensinar a técnica do banho, o que pode estar transformando essa atividade em um momento repetitivo, desgastante e estressante, tanto para si, quanto para a puérpera que assiste.

A educação para a saúde é essencial para a socialização do cuidado humano e da família. Não existem receitas, planos de ensino ou manuais para ensiná-lo. O cuidado técnico pode ser ensinado, porém, o cuidar em sentido amplo, como processo interativo, estar com o outro, precisa ser vivido.

Cabe a equipe de enfermagem e em especial à enfermeira, tornar o cuidado mais humanizado, menos rotineiro, apoiando a competência da mulher mãe, de sua equipe, tornando-se parceiros na prestação de cuidados ao recém-nascido, resultando na integração e aumento do vínculo afetivo mãe-filho, principais objetivos do sistema alojamento conjunto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº. 1016, de 26 de agosto de 1993. Dispõe sobre as normas básicas de alojamento conjunto. Diário Oficial da União, Brasília, 01 set. 1993.
2. Soares, A. V. N.; Silva, I. A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev. Esc Enferm USP 2003; 37(2):72-80.
3. D'Avila, CGC; Gonçalves, R. O conhecimento de puérperas quanto ao cuidado com o coto umbilical: Considerações sobre a assistência de enfermagem. Rev Paul Enf 2003; 22 (1): 22-30 (Jan- Abr 2003).
4. Fonseca, LMM; Scochi, CGS; Mello, DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Rev Latino-Am Enf, mar/abr 2002, Vol 10, Nº 2, p.166-71. ISSN 0104-1169.

5. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 1992.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho nacional de saúde, de 10 de outubro de 1996.
7. Ferreira, ABH. Médio Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira (1980).
8. Maldonado, MT; Dickstein, J. Nós estamos grávidos. 8 ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
9. Brazeton, TB. A dinâmica do bebê, Rio Grande do Sul: Ed. Artes Médicas, 1987.
10. Montagu, A. Tocar: O significado humano da pele. Trad. De Maria Silvia Mourão Netto. 4 ed.. São Paulo: Summus, 1988.
11. Gaíva, MAM; Gomes,MMF. Cuidando do Neonato: Uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB, 2003.
12. Kenner, C. Enfermagem Neonatal. 2 ed. Trad. De Neonatal Care. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
13. São Paulo, Secretária do Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares. Cuidados com o banho, coto umbilical e cateterização de vasos umbilicais. São Paulo (SP): Secretária de Estado da Saúde, 1993.
14. Soares, AVN; Silva, IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev Esc Enf USP 2003; 37 (2): 72-80.
15. Foucalt, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Trad Raquel Ramallete. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
16. Gasparetto, S; Bussab, SR. A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido. Faculdade de Saúde Pública – <http://www.fsp.usp.br/BUSSAB.HTM> - Acesso em 07/08/2000.
17. Maldonado, MT. As sementes do amor: Educar crianças de 0 a 3 anos para a paz. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2003.
18. Santos, VCS; Prado, ML; Boehs, AE. Atuação da enfermeira junto ao casal/RN, no processo de parir, embasada na teoria de Madeleine Leininger. Texto & Contexto Enf. 2002; 9 (2): 375-87 Florianópolis, 2000.
19. Zampieri, MFM. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: Oliveira, ME de; Zampieri, MFM; Brüggemann, OM. A Melodia da Humanização: Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidades Futura, 2001. (142 Páginas)
20. Waldow, VR. Cuidado humano: resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.
21. Waldow, VR. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: Waldow, VR; Lopes, MJM; Meyer, DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar, 1998. p.18. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.
22. Silva, MAR. Mulheres Em Conflito Com A Função Materna Na Internação Conjunta De Uma Unidade Pediátrica: Vivenciando o altruísmo. [dissertação] Cuiabá (MT): Programa Interinstitucional UFSC/UFMT; 1999.
23. Serrurier, C. Elogio às mães más. Trad. De Sônia Goldfeder. São Paulo: Summus,1993.
24. Kitzinger, S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978.
25. Maldonado, MT; Canella, P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.
26. D'Oliveira, AFPL. Gênero e violência nas práticas de saúde: Contribuição ao estudo da atenção integral à mulher. São Paulo, 1996. 193p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
27. Grisci, CLI. Ser mãe: produção dele, reprodução dela. In: Cardoso, RS. (org.). É uma mulher... Petrópolis: Vozes, 1994. p.29-51.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia