

FRANCISCA D.O. ALMEIDA

O CUIDADO À PUERPERA

ACOMPANHADA DO FAMILIAR NA MATERNIDADE
E DOMICÍLIO: UMA ABORDAGEM CULTURAL



Florianópolis, Fevereiro 2000

FRANCISCA D.O. ALMEIDA

**O CUIDADO À PUÉRPERA ACOMPANHADA DO
FAMILIAR NA MATERNIDADE E DOMICÍLIO:
UMA ABORDAGEM CULTURAL**

Florianópolis, fevereiro de 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/UFSC/FAPERGS – UFPEL – RECEPTORA
FURG – URCAMP - ASSOCIADAS

**O CUIDADO À PUÉRPERA ACOMPANHADA DO
FAMILIAR NA MATERNIDADE E DOMICÍLIO:
UMA ABORDAGEM CULTURAL**

FRANCISCA DIAS DE OLIVEIRA DE ALMEIDA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado
Kantorski

Florianópolis, fevereiro de 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**


**O CUIDADO À PUÉRPERA ACAMPAHADA DO FAMILIAR NA
MATERNIDADE E DOMICÍLIO
UMA ABORDAGEM CULTURAL**

FRANCISCA DIAS DE OLIVEIRA DE ALMEIDA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

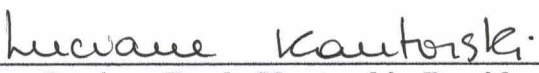
Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em ____ de _____ de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dra. Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

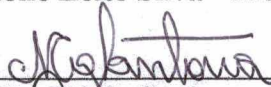
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Luciane Prado Kantorski - Presidente



Dra. Alcione Leite Silva - Membro

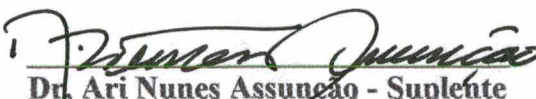


Dra. Maria da Glória Santana - Membro



Dda. Marisa Monticelli - Membro

Dra. Marta César Vaz - Suplente



Dr. Ari Nunes Assunção - Suplente

A447c Almeida, Francisca Dias de Oliveira de
O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na
maternidade e domicílio : uma abordagem cultural.
Francisca Dias de Oliveira de Almeida. –
Florianópolis, 2000. – 161p. - Dissertação (Mestrado
em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal
de Santa Catarina.

I. Puérpera – Assistência domiciliar e hospitalar
I. t.

CDD (20.ed.) 610.7367

Catálogo na fonte: Bibliotecária Carmen Lúcia Lobo Giusti
CRB 10/813.

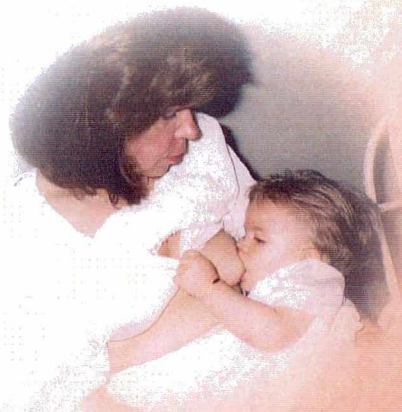
FRANCISCA D.O. ALMEIDA



Dedico:

Aos meus filhos Gabriel e Mateus, que ao vivenciar comigo o luto pela morte de seu pai, aguçaram minha inquietação para a continuidade e conclusão deste estudo.

Ao meu esposo Adacir (in memoriam), companheiro constante que me possibilitou a experiência de ser mãe, com carinho e compreensão, compartilhado por tão pouco tempo.



AGRADECIMENTOS

Inúmeras são as pessoas que contribuíram, das mais variadas formas, para que este estudo se concretizasse. Mesmo com receio de correr o risco de esquecer pessoas importantes, expresso os meus agradecimentos:

- Primeiramente a Deus pela força e coragem de seguir em frente.
- Às mulheres puérperas, aos recém-nascidos e familiares que construíram comigo este estudo, pois, sem vocês, não seria possível.
- Aos meus pais (*in memoriam*), que sem medir esforços me proporcionaram a oportunidade de construir um futuro melhor.
- À professora Luciane, orientadora, pelos desafios propostos, pela disponibilidade em ajudar e pelo acompanhamento incansável, meu muito obrigada. Foi um privilégio vivenciar com você este trabalho.
- Às professoras da Banca Examinadora: Marisa, Alcione, Marta, Glória e ao prof. Ari, por aceitarem examinar o meu trabalho e compartilhar comigo suas críticas e sugestões, contribuindo com o meu processo de crescimento e um trabalho final mais bem elaborado.
- À direção da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e, especialmente, à equipe da maternidade, pelo respeito, a mim e ao meu trabalho.

- À coordenação do mestrado e corpo docente, por possibilitar o crescimento e aprimoramento dos profissionais enfermeiros.
- Às colegas do mestrado, pela possibilidade de troca e convívio enriquecedor.
- Às colegas da FEO/UFPeI, pelo estímulo.
- À Sonia, colega da disciplina, pelas dicas fundamentais e disponibilidade a qualquer hora.
- Aos irmãos e, especialmente, às irmãs Cila e Geralda, pelo carinho manifestado na minha trajetória de vida.
- À minha sobrinha, enfermeira Djair, por admirar o meu trabalho e compartilhar comigo esta estrada.
- À enteada Aline, cuja ajuda foi fundamental.
- Ao Frederico, pela competência e responsabilidade na arte da digitação.
- À colega Eda, pela sua generosidade e disposição em ajudar.
- Finalmente a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a construção deste estudo.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo desenvolver uma prática de cuidado de enfermagem à puérpera e recém-nascidos, acompanhados do familiar na maternidade e domicílio, fundamentada num referencial que enfatiza o cuidado cultural. O suporte para a elaboração deste referencial teórico, inicialmente, deu-se a partir das crenças e dos valores da autora do trabalho e da teoria do cuidado cultural. Embasada neste referencial teórico, desenvolvi uma metodologia de prestação de cuidados de enfermagem – o processo de enfermagem, adaptado ao "Modelo Sunrise" e da observação participante na concepção de Lüdke e André (1986). A implementação da prática de cuidado foi realizada junto a duas puérperas e recém-nascidos, acompanhados do familiar, internados em um hospital da cidade de Pelotas e, posteriormente nos domicílios destas clientes, no período de maio a agosto de 1999. Constatei que a metodologia adotada foi viável com pequenas modificações. Comprovei ser o processo de enfermagem dinâmico num "ir e vir", através de cada etapa. Verifiquei que a identificação de prioridades para definir modos de ações inicialmente assumiram uma forma provisória, sendo depois discutidos e validados com os sujeitos do estudo, de acordo com os três modos de ações: preservação, acomodação e reorganização do cuidado cultural de Leininger. Em relação à puérpera e recém-nascido, especificamente, observei que os mesmos necessitam de cuidado também no domicílio, redimensionando o campo de atuação do/a enfermeiro. Percebi que a equipe de enfermagem não compartilha as crenças e os valores vividos pelas puérperas. Recomendo a aplicação deste estudo a outras puérperas e familiares, em conjunto com a equipe de enfermagem, visando conhecer o contexto cultural desta clientela e adequá-lo a sua realidade, enfatizando a prática de cuidado como processo.

ABSTRACT

This study had as objective to develop a nursing care practice to both mother and newborn followed by relatives in the maternity and at home, with a foundation on an allusion which emphasizes cultural care. The support for this theoretical allusion build-up, initially, started from the author's believes and values about her work as well as the cultural care theory. Based on such theoretical allusion I developed a nursing care services methodology – the nursing process, adapted to the “Sunrise Model” and to interactive observation based on Lüdke's conception; André (1986). The care practice improvement was achieved where two mothers and their newborns were admitted to a hospital in Pelotas along with their relatives and, then in these patient's home, between May and August, 1999. I found that the methodology adopted was viable though it needed some changes. I confirmed that the nursing process is a dynamic process throughout each stage. I found out that the priorities identification in order to establish acting ways initially accepted a temporary shape, being then discussed and validated with the individuals under study, according to the three action modes: Leininger's cultural care preservation, accommodation and rearrangement. Regarding both to the mother and newborn, specifically, I noticed that they required care at home too, resizing the nurse's action field. I realized that the nursing staff does not share believes and values that the mothers are living. I recommend the application of this method to the other mothers and their relatives, along with the nursing staff, aiming to know the cultural context of these customers and suit it to their reality, focusing on the care practice as a process.

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO O TEMA	10
1.1 Objetivo Geral	19
1.2 Objetivos Específicos	19
2 CONVERSANDO SOBRE A MULHER NO PERÍODO PUERPERAL	21
2.1 Modificações Biológicas	22
2.2 Modificações Emocionais	25
2.3 Modificações Culturais	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO PROPOSTO E REELABORADO	35
3.1 Pressupostos de Leininger	36
3.2 Meus Pressupostos Contextuais	38
3.3 Definições Orientacionais da Teoria do Cuidado Cultural	39
3.4 Conceitos Elaborados Para Compor Meu Referencial Teórico	43
3.4.1 Representação Gráfica do Referencial Teórico	52
4 DISCORRENDO SOBRE O PROCESSO METODOLÓGICO APLICADO	53
4.1 Modelo do Sol Nascente de Leininger Representando a Teoria do Cuidado Cultural	53
4.2 Processo Para a Prática de Cuidar	57
4.2.1 Identificação de Prioridades	57
4.2.2 Planejamento das Ações	60
4.2.3 Implementação das Ações	61
4.2.4 Avaliação	64
4.3 Observação Participante	65
4.3.1 Notas Descritivas da Observadora	66

4.3.2	Notas Reflexivas da Observadora	67
5	INICIANDO A TRAJETÓRIA DA PRÁTICA DE CUIDAR	71
5.1	Os Locais e os Contextos da Prática	73
5.2	Narrando o Início da Prática	76
5.3	Descrevendo a Escolha dos Sujeitos para a Prática	77
5.4	Identificando as Puérperas: Perfil Demográfico e Propedêutica	80
6	DESCREVENDO E COMENTANDO OS ENCONTROS A PARTIR DO REFERENCIAL TEÓRICO	85
6.1	Puérpera Maria	85
6.1.1	No Hospital	85
6.1.2	No Domicílio	93
6.2	Puérpera Rose	107
6.2.1	No Hospital	107
6.2.2	No Domicílio	117
6.3	Síntese do Processo de Cuidar Inter-Relacionado com o Referencial Teórico-Metodológico Proposto	128
6.3.1	Puérpera Maria	128
6.3.2	Puérpera Rose	134
7	AVALIANDO A APLICAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO NA PRÁTICA	139
8	CONCLUSÕES, DIFICULDADES E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES	144
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
9.1	Bibliografia Referenciada	150
9.2	Bibliografia Consultada	155
	ANEXOS	157

1 INTRODUZINDO O TEMA

“O homem com um novo conhecimento é um homem transformado”

Álvaro Vieira Pinto

Quando, pela primeira vez, optei por trilhar o caminho de um pós-graduação, em nível de Mestrado, pensei escolher como tema de estudo o cuidado à puérpera, acompanhada do familiar na maternidade e no domicílio.

O desejo de estudar o cuidado à puérpera, numa abordagem cultural, teve acolhida no Mestrado, quando, durante o desenvolvimento da disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos de Enfermagem, pude obter uma visão mais compreensiva das teorias de enfermagem, marcando, então, o meu primeiro encontro com a teoria da enfermeira e antropóloga americana Madeleine Leininger.

Particularmente, estou convicta de que o envolvimento com o tema data do início da minha vida profissional como docente e enfermeira obstetra, atuando na maternidade, assistindo a mulher no pré, trans e pós-parto, percebendo, de forma contínua e crescente, a necessidade de buscar conhecimentos em relação aos cuidados prestados à mulher no período puerperal. Esta experiência permitiu-me constatar que a atenção maior dada à mulher, ainda

se concentra no ciclo gravídico e no processo de parturição, ficando muitas vezes a puérpera com um atendimento incongruente com as suas experiências, suas percepções, suas crenças e suas práticas populares, que permeiam o período puerperal.

Logo, considerando o que foi exposto, não se pode esquecer que esta mulher é um “ser humano” e precisa sentir-se cuidada, amada, respeitada, como mãe, mulher, nutriz, única ... e está enfrentando uma nova realidade, necessitando por conseguinte, neste período puerperal, de uma atenção diferenciada, pois vivencia um momento único em sua vida.

Continuando, gostaria de relembrar com clareza, a minha experiência profissional desses 22 anos, atuando com alunos/as, na área de obstetrícia, mergulhada apenas no assistir a mulher no processo de parturição. Na minha visão de mundo da época, eu estaria descobrindo e aprendendo os aspectos da relação médico/enfermeira, tentando dispor da tecnologia médica para um parto mais humanizado, beneficiando a mulher e, por outro lado, o aluno/a, com um aprendizado específico.

Esta caminhada prática e teórica foi de fundamental importância, pois representava, na época, meus anseios, meus sentimentos e necessidades enquanto profissional. Porém, eu não percebia a lacuna existente no assistir a mulher no período puerperal, principalmente nas singularidades culturais que lhe são inerentes e esquecendo que esta mulher, durante o puerpério, estava atravessando um período relativo ao ciclo vital dos seres humanos muito importante.

Envoltas nesse processo, vinham as dúvidas, a partir das quais eu refletia: o que fazer? seria essa realidade a melhor para mim? ser docente, ser enfermeira obstetra, atuando na maternidade exclusivamente na sala de partos?

será que não estaria me distanciando do papel de enfermeira? Observava também minhas colegas na busca de valorização da profissão. Muitos colegas me criticavam, dizendo que eu era uma docente que, na disciplina de Obstetrícia, só valorizava o parto, e que o aluno tinha que aprender a fazer parto e ainda acrescentavam: “ela forma um especialista na graduação”. Hoje, faço uma reflexão profunda a esse respeito.

Em meio ao tumulto oriundo de minhas inquietações, em 1993, brilhava na minha vida um dos sentimentos mais profundos de uma mulher: o de ser mãe. Nesse momento, foi, quando puérpera, que me coloquei no lugar da outra (puérpera). Então, resolvi investir no cuidado prestado à mulher no pós-parto, como docente, atuando com meus alunos na maternidade, mais especificamente na unidade de alojamento conjunto.

Na verdade, considerando as reflexões acima explicitadas, entendo que a opção por trabalhar este tema no mestrado teve origem na minha história de vida, e que se concretizou quando tive a oportunidade de reorganizar um cuidado mais congruente prestado à mulher no período puerperal, principalmente por estar trabalhando com a Teoria Cultural de Leininger, que proporcionou a oportunidade de conhecer as crenças, os valores e as práticas culturais que permeiam a mulher nesse momento ímpar de sua vida.

O período puerperal é conhecido também como pós-parto, dieta, resguardo, quarentena. Na definição clássica de Rezende (1982), é um período de transição que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, aproximadamente seis semanas depois do parto.

Carvalho (1990) reforça ainda que, nos primeiros dias pós-parto, a puérpera vive um período de transição, sendo vulnerável a qualquer tipo de problema, sentindo-se ansiosa em assumir maiores responsabilidades, com

relação ao filho e à casa. Além disso, as suas próprias carências afetivas poderão produzir sentimentos de ciúme e culpa, ao dar maior atenção ao recém-nascido, deixando transparecer neste momento, claramente, uma certa ambigüidade.

Verifiquei nas colocações destes autores (Rezende, 1982; Carvalho, 1990) que as mudanças biológicas e emocionais que ocorrem na puérpera são encaradas com naturalidade, diante das situações culturais relacionadas às práticas gerais de saúde.

Na minha vivência profissional, atuando na maternidade como supervisora de estágio da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Berçário, cuidando o binômio mãe-filho acompanhado do familiar como já referenciei, foi possível identificar que o cuidado de enfermagem prestado às puérperas limita-se, via de regra, a cuidados rotineiros, os quais são realizados pelas auxiliares de enfermagem, tais como: administração de medicação, verificação de sinais vitais, curativo de cesárea, episiorrafia, encaminhamento e acompanhamento da puérpera ao banho de chuveiro.

No que se refere aos cuidados rotineiros prestados às puérperas, pela enfermeira da unidade, destaco: punção venosa, cateterismo vesical, instalação de solução parenteral. A mesma prepara as mães para o auto-cuidado e o cuidado com o bebê após a alta hospitalar, enfatizando, principalmente, o aleitamento materno. A enfermeira também assiste a partos normais com a episíio em caso de necessidade, por exemplo, no momento em que os médicos estão assistindo outras parturientes, ou se encontram em sala de cirurgia.

Entendo que cuidar da puérpera em nível hospitalar consiste, além de realizar cuidados rotineiros, em também levar em consideração que essas mulheres têm características específicas e precisam ser atendidas em sua individualidade, sendo respeitadas suas crenças e seus valores.

Neste momento do puerpério, fica presente a relação cultural da puérpera com o cuidado profissional. Em relação ao cuidado cultural, que merece destaque, posso citar, por exemplo: “a puérpera não lava a cabeça porque o sangue é recolhido, deixando-a doente; não pode comer alimentos ácidos pois provoca cólicas no bebê; precisa permanecer em repouso no leito, porque o resguardo deve ser mantido para não afetar sua saúde”.

Ao citar estas práticas culturais, vindas de gerações passadas, fica evidente a necessidade de uma interlocução da enfermagem com a antropologia, objetivando uma prática de cuidado coerente com a realidade dessas mulheres no pós-parto.

Portanto, no que se refere ao cuidado profissional, tanto da enfermeira quanto da auxiliar de enfermagem, tenho observado que o cumprimento desses cuidados rotineiros acaba se sobrepondo às crenças, ignorando os saberes e práticas que permeiam o universo cultural da puérpera.

Considerando as reflexões explicitadas, recorro a Leininger (1985) para pensar o cuidado prestado à puérpera em uma perspectiva cultural. Segundo a autora, a Enfermagem Transcultural é um subcampo da Enfermagem tradicional que focaliza o estado comparativo e a análise de culturas, no que se refere às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando cuidados significativos e eficazes às pessoas, grupos e comunidades, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença. Assim, a Enfermagem Cultural, preconizada por Leininger, auxiliou no trabalho que desenvolvi com puérperas, recém-nascidos e familiares, prestando cuidados na maternidade e no domicílio, numa abordagem cultural, visto que, na minha visão de mundo¹, este “ser humano puérpera”, é um “ser” essencialmente cultural.

¹ Visão de mundo: modo como os indivíduos percebem seu mundo ou universo e nele inserem sua perspectiva de vida (Leininger, 1991).

Saliento também que, no que tange ao neonato, as mães são providas de práticas culturais marcantes, imprescindíveis na visão de mundo delas, tais como: quando o bebê nasce, a mãe separa uma roupinha de cor amarela para ser colocada no mesmo, para preveni-lo contra a icterícia; nós não podemos cortar as unhas do bebê, mesmo vendo seu rostinho todo arranhado, porque só a madrinha poderá cortar as unhas do afilhado pela primeira vez, para que o mesmo tenha muita sorte na vida. Também ainda é comum o bebê usar faixa de umbigo para prevenir hérnia umbilical. Todo este ritual significa para as mães e familiares a manutenção da saúde e a prevenção da doença.

Gostaria de ressaltar ainda que a escolha da Teoria de Leininger se justifica, também, por esta autora considerar três tipos de ações em enfermagem que possuem uma base cultural, sendo, assim, coerentes com as necessidades e valores dos clientes. São elas: preservação/manutenção cultural do cuidado; acomodação/negociação cultural do cuidado; e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. Essas três maneiras de agir podem conduzir à execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, provavelmente diminuindo o estresse cultural e o conflito entre o/a cliente e o/a provedor/a de cuidados.

Nas minhas buscas através da literatura sobre o assunto: “cuidado à mulher puérpera com enfoque cultural”, constatei que, em nível nacional, existem dissertações de mestrado com a temática voltada para a mulher no período pré, trans e pós-parto, nas quais as enfermeiras procuraram trabalhar com a Teoria de Leininger, operacionalizando seus conceitos. Entre estas dissertações podemos destacar quatro, defendidas no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Monticelli (1994), que realizou um estudo com um grupo de mulheres na maternidade e no domicílio; Boehs (1990), que aplicou a teoria no cuidado ao recém-nascido e sua família; Patrício (1990), que utilizou a mesma teoria no cuidado à família da adolescente

grávida solteira; e Meincke (1997), que também utilizou a mesma teoria no cuidado à família da adolescente grávida solteira.

Continuando, cito o estudo de Pedroso que, embora com um enfoque diferenciado destes, apresenta certa identificação no que se refere às:

“crenças relacionadas com os princípios higiênico-dietéticos da gestação e puerpério. O estudo foi quantitativo e a autora identificou 286 crenças relacionadas a hábitos alimentares. A mesma classificou essas crenças em três tipos fundamentais: a) positivos – as que não causam prejuízo a saúde e que podem ser mantidas; b) inócuas que, embora não sejam consideradas positivas, não são prejudiciais a saúde, podendo ser toleradas; c) as negativas ou prejudiciais à saúde, que deverão ser substituídas” (Pedroso, apud Gualda, 1993, p.25).

Com esta citação, quero enfatizar a importância da desvalorização sobre esta classificação, que faz valer o conhecimento profissional sobre aquele da mulher, como uma forma etnocêntrica². Para Leininger (1991), a enfermeira ao utilizar uma abordagem cultural, na sua prática assistencial, é encorajada a usar o conhecimento profissional aprendido, como também a abordagem cultural para reorganizar seu conhecimento e suas ações, para que seja aceita e que haja congruência com os valores e estilos de vida dos clientes. Monticelli (1997) comenta que, muito mais importante do que “classificar” uma determinada prática ou ritual, é discutir o modo com que o profissional atua para preservar, acomodar ou reorganizar a prática cultural.

No âmbito da enfermagem internacional, foi a partir da década de 80 que teve início uma preocupação de pesquisadores/as em estudar o cuidado na gravidez, no parto e no puerpério, numa perspectiva cultural. Nos Estados Unidos têm havido maior interesse em se estudar a prática da “curiosa³”, pois o

² Etnocentrismo: tendência para considerar a cultura de seu próprio povo como a medida de todos os demais.

³ Curiosa: são parteiras que atuam no cuidado à mulher durante a gravidez, parto e puerpério em grupos compostos por imigrantes de cultura diversificada, em locais onde há carência de serviços de saúde.

próprio sistema retém a responsabilidade da supervisão desse sistema alternativo de assistência as comunidades. Por outro lado, é nos Estados Unidos que a enfermagem transcultural está mais desenvolvida e há cursos formais de graduação e pós-graduação, os quais vêm despertando interesse de estudantes e enfermeiras para elaborar estudos na perspectiva cultural do cuidado (Gualda, 1993).

Continuando nesta mesma linha de raciocínio, Gualda (1993, p.26) afirma que:

“A produção científica da enfermagem brasileira não demonstra a preocupação com o estudo do fenômeno da enfermagem numa perspectiva cultural, principalmente no que se refere aos assuntos relacionados à maternidade. Isto resulta na carência de estudos sistematizados sobre a mulher brasileira, principalmente a que vive em grandes centros urbanos, provenientes de áreas rurais menos favorecidas, portadoras de bagagem cultural diversificada e que compõem um contingente muito representativo. Como consequência, existe um vazio no conhecimento que precisa ser preenchido para fundamentar e nortear a assistência de enfermagem à mulher durante o ciclo grávido-puerperal”.

Em virtude dessa realidade, considero que minha proposta de estudo possa trazer contribuições, no sentido de procurar uma leitura da enfermagem imbricada na Antropologia, possibilitando ampliar os conhecimentos em relação a esta interlocução das duas áreas e compartilhar o cuidado prestado à puérpera.

O encontro com os sujeitos do estudo teve início na Unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade da cidade de Pelotas – RS e, posteriormente, em seus domicílios, durante a disciplina de Prática Assistencial.

Ao iniciar esta disciplina, o trabalho de campo possibilitou-me conviver com duas puérperas: uma de parto vaginal e outra de parto cesáreo. O cuidado prestado também foi estendido ao neonato e ao familiar. Percebi o

familiar que se encontrava no momento em que eu prestava cuidado a essas mulheres puérperas, constituir-se também em sujeito do estudo, pois, na sua maneira de viver, me ensinaram a ver seus saberes e práticas permeando o universo cultural da mulher no pós-parto.

O caminho metodológico utilizado foi o processo de cuidar adaptado ao “Modelo Sunrise”, como uma atitude intelectual e deliberada, por meio da qual a prática do cuidado cultural foi abordada de forma ordenada e sistemática, num “ir e vir” através de cada fase do processo.

Utilizei-me, também, da observação participante por uma necessidade de dar maior consistência ao meu estudo como caminho metodológico, pois considero de suma importância este método de coleta de dados, uma vez que a mente humana é altamente seletiva. É muito provável que ao olhar para o mesmo objeto ou situação, duas pessoas enxerguem coisas diferentes. O que cada pessoa seleciona para “ver” depende muito de sua história pessoal e, principalmente, de sua bagagem cultural (Lüdke e André, 1986).

No entanto, as decisões e as ações de enfermagem ocorreram embasadas na Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, dentro dos três níveis de ação: preservação, negociação e reorganização do cuidado cultural para melhor satisfazer as necessidades dessas puérperas.

Ao construir o meu referencial teórico e após aplicá-lo ao longo da disciplina de Prática Assistencial, tive a sensação de que algo mais deveria ser explorado, aprofundado e concretizado sobre essa temática pertinente ao meu cotidiano de trabalho. Com este questionamento, espero proporcionar maiores recursos teórico-práticos para os/as acadêmicos/as da área materno-infantil da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, onde desempenho minhas atividades de docência. Espero, também, que este estudo possibilite outros profissionais que se identifiquem com esta temática para

melhor compreensão de uma área ainda bastante inexplorada nos estudos da enfermagem brasileira.

Nesta visão, concebi o presente trabalho, que foi enriquecedor e me proporcionou um importante pensar inovador sobre o cuidado cultural à puérpera, neste período de vida que parece ser desvalorizado no agir profissional do enfermeiro.

Para tanto, o aprofundamento dos meus conhecimentos na área de Antropologia Cultural aconteceu no decorrer da disciplina de Prática Assistencial, num processo em que o conjunto de fatos, experiências e atores se aliaram na construção da realidade, uma vez que este processo conta com movimento, mudança, direção e intencionalidade.

A partir destes questionamentos e reflexões a respeito do interesse em abordar o tema, o qual surgiu de uma realidade vivenciada na prática profissional e da história de vida da autora, estabeleci os seguintes objetivos:

1.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e no domicílio, embasada na Teoria do Cuidado Cultural de Leininger.

1.2 Objetivos Específicos

Elaborar um referencial teórico para embasar o cuidado prestado à puérpera acompanhada do familiar, fundamentado num referencial teórico cultural.

Implementar o referencial teórico na prática de cuidados de enfermagem à puérpera acompanhada do familiar, a partir do referencial teórico construído.

Analisar o referencial teórico construído e a metodologia de prestação de cuidados à puérpera acompanhada do familiar.

2 CONVERSANDO SOBRE A MULHER NO PERÍODO PUERPERAL

“Contra o positivismo, que pára diante dos fenômenos e diz: ‘Há apenas fatos’, eu digo: ‘Ao contrário, fatos é o que não há; há apenas interpretações’”.

Nietzche

Na concepção biomédica, o puerpério inicia-se com a dequitação da placenta e tem duração variável conforme o enfoque: o puerpério legal com duração de 40 dias; o orgânico, que pode levar até 90 dias; o social, até 120 dias; e o psicológico, com um término impreciso (Buchabqui, 1995). Para os autores Rezende (1982) e Benson (1975), a assistência pós-natal é, sobretudo, profilaxia e supervisão, havendo três fases a considerar: puerpério imediato, tardio e remoto, cada um com suas peculiaridades e patologias próprias. Acrescentam, dizendo que o repouso é essencial no puerpério e que nenhuma puérpera deve ser forçada a sair da cama contra sua vontade e realizar qualquer tipo de atividade. Deve procurar evitar esforços, levantar ou empurrar objetos pesados e fatigar-se.

De acordo com a enfermeira obstetra Maranhão (1990, p.29), “na prática, a unidade de puerpério, quase sempre, é considerada um local de trabalho pouco interessante, rotineiro e sem muito trabalho”. Essa situação é apontada pela autora como sendo um dos motivos da inadequada assistência de enfermagem à puérpera. A mesma verificou que docentes da área obstétrica, de modo geral, preferem atuar em outros setores da obstetria, ao invés do

puerpério, e que os/as alunos/as apresentam também esse comportamento que, certamente, irá interferir no futuro exercício profissional.

Refletindo a esse respeito, parece evidente a necessidade de um novo olhar à puérpera. Assim, a idéia de estudar o cuidado cultural no mestrado surgiu por conceber, de forma menos biologista, o modelo e a prática que vivencio, contemplando os parâmetros culturais que envolvem o período puerperal e introduzindo-os na academia: que acompanha a elaboração do conhecimento científico e vem participando intensamente do progresso tecnológico, mas que necessita fundamentalmente de uma abordagem cultural. Leininger (1991) relata que todas as culturas humanas têm conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico (leigo, popular ou nativo), sendo, em termos gerais, os conhecimentos e as práticas de cuidado profissional que variam transculturalmente.

Portanto, a imagem que eu tinha da mulher puérpera era de um corpo, formado de partes que sofriam modificações intensas, sem levar em consideração o modo de viver dessas mulheres, do ponto de vista cultural, que têm profundas modificações comportamentais e rituais, que ultrapassam e são “diversas” daquelas concepções médicas.

A seguir, discutirei as modificações biológicas, emocionais e culturais que ocorrem durante o puerpério, visando mostrar o conhecimento que fundamenta o cuidado profissional/cultural, salientando-se os aspectos mais relevantes.

2.1 Modificações Biológicas

O útero da puérpera sofre uma rápida redução de tamanho e peso, variando conforme o tamanho do recém-nascido e o número de gestações anteriores. Acontece também um processo singular de cicatrização. A localização

e a consistência do útero são avaliações feitas pela enfermeira após o parto, visto que, o útero estando contraído, evita hemorragia. As contrações uterinas e cólicas após o parto ocorrem principalmente nos primeiros dias de puerpério. As contrações podem ser sentidas como cólicas, devido a liberação de ocitocina. A enfermeira poderá informar à puérpera que, durante a amamentação, o útero se contrai, fazendo com que a nutriz sinta cólicas ao amamentar o filho, enquanto que o sangramento pós-parto, conhecido como lóquios, é eliminado do local da placenta, ocorrendo modificações na cor e na quantidade de sangue. Para isto, cabe à enfermeira orientar e esclarecer a puérpera que o sangramento persiste por mais duas semanas e que o odor e a característica dos lóquios são semelhantes ao da menstruação.

A vagina e o períneo apresentam-se freqüentemente com uma aparência edemaciada e arroxeadas, variando seu aspecto com a extensão da episiotomia, ou laceração. Com respeito ao fato, a enfermeira poderá orientar a puérpera a praticar higiene diária e/ou quantas vezes se fizer necessária.

A temperatura, o pulso e a pressão sangüínea da mulher, durante as primeiras 24 horas após o parto, poderão elevar-se, em consequência do esforço e da desidratação do parto. A enfermeira esclarecerá a puérpera, caso estes parâmetros permaneçam além do tempo previsto, que isso pode significar infecção puerperal ou toxemias. Quanto à pressão arterial, poderá haver uma queda, relacionada a uma perda sangüínea pós-parto.

É comum a mulher ter calafrios e tremores imediatamente após o parto, aparentemente relacionados com a resposta nervosa ou à alteração vasomotora, não tendo significado clínico nenhum. Neste caso, são providenciados cobertores para a puérpera e a mesma é tranquilizada sobre a normalidade da ocorrência. A sudorese é comum no pós-parto, tanto durante o dia como durante a noite. A puérpera será informada de que esta é a forma que o seu corpo tem de eliminar o excesso de líquidos acumulados durante a gestação.

São rotineiros, na unidade de alojamento conjunto, o banho diário, a troca freqüente de roupa de cama e o estímulo à ingesta de líquidos. Sugere-se que a enfermeira discuta com a puérpera e familiar sobre a rotina, considerando a preservação, acomodação e reorganização do cuidado cultural.

A musculatura abdominal fica bastante distendida durante a gestação, perdendo muito da sua tonicidade. Cabe à enfermeira proporcionar orientação quanto aos exercícios realizados, gradual e persistentemente, os quais auxiliarão na recuperação da força e do tônus muscular. As estrias diminuem, mas não desaparecem completamente.

O sistema circulatório nas primeiras 72 horas após o parto sofre uma diminuição do volume de plasma e dos componentes celulares do sangue. Em consequência disto, as veias varicosas que se desenvolveram durante a gestação, geralmente, diminuem durante o puerpério, pois diminui a estase venosa causada pela compressão do útero grávido. A enfermeira contribuirá com suas orientações à puérpera a respeito destas mudanças.

No sistema urinário, pode ocorrer retenção após o parto, devido a bexiga estar, muitas vezes, edemaciada e traumatizada. Em torno do meato urinário, poderá diminuir a sensibilidade pela anestesia como também diminuir a capacidade da puérpera em urinar na posição horizontal.

Em relação ao sistema gastrointestinal, normalmente a mulher sente fome e sede após o parto e poderá, se não estiver com náuseas, fazer uma refeição leve. A enfermeira explicará à puérpera que é comum a constipação neste período, devido a diminuição da motilidade gastrointestinal. Por isso, a mesma precisa ser orientada visando o seu conforto.

Quanto ao retorno da menstruação, é variável nas mulheres que não amamentam seus filhos para as que amamentam. A nutriz será orientada sobre a

possibilidade de ovular e engravidar antes do primeiro período menstrual, após o parto. Neste caso, o processo de lactação é o resultado final da interação de muitos fatores – desenvolvimento do tecido mamário, influência hormonal, sucção e produção de leite. Nesta adaptação, a enfermeira orientará a mesma sobre as alterações das mamas e a importância dos sentimentos positivos para aleitar.

Ocorre a perda de peso da puérpera, imediatamente após o parto, devido a retirada da placenta, feto e líquido amniótico. Por isso, a enfermeira incentivará as puéperas a fazerem exercícios para fortalecer e tonificar a musculatura corporal. Estes exercícios puerperais dependerão da avaliação do estado geral de saúde da puérpera, tendo como finalidade o fortalecimento e o relaxamento da musculatura corporal. A enfermeira orientará as puéperas a realizarem os exercícios gradual e persistentemente, a fim de recuperar o tônus muscular, uma vez que a musculatura abdominal fica bastante distendida durante a gestação, perdendo muito a sua tonicidade (Burroughs, 1995).

2.2 Modificações Emocionais

A relação entre mãe e filho no puerpério precisa ser vista como um sistema circular em constante fluxo dinâmico. Assim, há mães que se relacionam satisfatoriamente com o bebê, e outras que sentem tensão e dificuldades nesta relação (Maldonado, 1986).

Num plano mais amplo, se o contexto ambiental do binômio mãe-filho for cercado de pessoas hostis e críticas, ou se for um ambiente excessivamente turbulento e confuso, a ansiedade materna e, conseqüentemente, a inquietação do bebê tenderão a ser maiores, influenciando na produção do leite materno e prejudicando a amamentação.

Assim como a gravidez, o período puerperal favorece um grande impacto no marido (companheiro), que poderá assumir fundamentalmente duas posições: participar ativamente, dividindo com a mulher a responsabilidade de cuidar do bebê, ou sentir-se “sobrando” e essencialmente rejeitado. Em alguns casos, o marido recorre ao mecanismo de fuga, mergulhando no trabalho ou em relações extraconjugais.

As mudanças de humor parecem comuns durante o período puerperal. A mulher passa pela fase do aceitar e a fase do assumir, adaptando-se ao papel materno. Nesta transição, a puérpera tende a sofrer um processo comportamental complexo, decorrente da integração de um novo membro à família, podendo ocorrer até episódios freqüentes de depressão. Portanto, a enfermeira poderá proporcionar orientações sobre mudanças emocionais, comumente surgidas neste período, tais como o sentimento de dependência relativo aos cuidados e a insegurança relacionada com a adaptação ao papel materno (Maldonado, 1986).

Observo na prática que muitas afirmações que se ouvem nem sempre são verdadeiras com relação à mãe e ao recém-nascido. Esta frase é muito comum: “você, mãe, pôs no mundo mais uma criança com o auxílio de um médico. Este bebê, em grande parte, está inconsciente do que se passa em torno dele”. Deste decorre uma outra pergunta muito comum feita pelas mães: meu filho já enxerga? Até bem recentemente a resposta que elas obtinham de quase todas as pessoas era “não” ou “não muito”. Neste sentido, muitas puérperas acreditam que os recém-nascidos são cegos e surdos. Quanto a isto, os psicólogos criticam os profissionais que lidam com o binômio mãe-filho. Outro mito também muito presente entre as puérperas e os profissionais médicos é que os bebês são incapazes de lembrar o que quer que lhes aconteça e que não são capazes de sentir dor. Christopher (1979), ao realizar um estudo, percebeu que boa parte da “choradeira” dos recém-nascidos é devido ao seu manuseio por

parte dos profissionais do hospital em testes “aversivos” e em rotinas que o bebê acha desagradável.

Reforçando o que foi exposto, as vezes nós, enfermeiras, estamos prestando cuidados ao bebê que acabou de nascer junto com alunos/as, e dizemos “chora, nenê; chorar é bom, fortalece as amígdalas, descola o pulmãozinho para que respire bem...”.

Enquanto esse choro não vem espontâneo, ainda estimulamos para que isto aconteça, esquecendo que este pequeno é uma criatura humana, viva e alerta e que já tem seu comportamento próprio, chora quando sente vontade e que não necessita de estímulos artificiais complexos, pois suas faculdades não são limitadas, e que podem fazer isso ou aquilo, se assim o desejarem.

Infelizmente muitas puérperas não estão preparadas para as mudanças emocionais que permeiam o puerpério desencadeado por uma “ocorrência vital” e se sentem desamparadas e, conseqüentemente, poderá haver obstáculos para compreender e cuidar do seu filho no ambiente em que vive. Tal fato se manifesta em mães biológicas e em algumas que adotam filhos.

2.3 Modificações Culturais

A discussão sobre os aspectos biológicos e emocionais que permeiam o período puerperal, só tem sentido se esses aspectos forem interligados aos culturais, que estão relacionados intimamente com os termos “resguardo”, “quarentena ou dieta”..., pois acentuam-se, do ponto de vista cultural, tanto da puérpera, como do familiar que a acompanha, os valores, as crenças e as práticas populares de uma cultura em particular.

Assim, como verificou-se anteriormente, é cada vez mais imprescindível o conhecimento das mudanças culturais relacionadas ao puerpério. Principalmente no que se refere aos rituais de cuidado à puérpera e ao recém-nascido; às mudanças alimentares; ao papel social da mulher, o qual se modifica com o processo de nascimento (passagem de mulher/esposa à mulher/mãe); às mudanças de perspectivas de vida, o enfoque do cuidado ao recém-nascido como sendo essencialmente feminino, os papéis e “status” masculino e feminino durante este período e a amamentação como processo natural e/ou construído.

Vale dizer também que alguns trabalhos foram realizados com mulheres no ciclo grávido-puerperal, numa abordagem cultural, com o objetivo de mostrar através dessas pesquisas uma forte tendência das enfermeiras, como pesquisadoras, de fortalecer a importância do cuidado numa perspectiva cultural e holística, em especial com mulheres: em famílias, grupos, comunidades e instituições – sendo este cuidado a essência da atuação do/a profissional enfermeiro/a, que tanto Leininger preconiza.

O interessante é que verifico em alguns desses trabalhos, publicados em forma de livros, a idéia de reformular o nosso modelo formativo da academia, contemplando a realidade cultural da nossa clientela. Deste modo, a formação do/a profissional enfermeiro/a, por sua vez, não será mais elaborada apenas a partir do conhecimento científico e biomédico, mas também, e fundamentalmente, de uma abordagem cultural, como foi referenciado anteriormente.

Portanto, desde o momento em que entrei no mestrado, e comecei a trabalhar com a teoria do cuidado cultural, me dispus a iniciar na disciplina de Saúde da Mulher, tanto teórica como prática, o enfoque cultural, visto que, constantemente, me deparo com esta realidade no cotidiano. Para isto, eu e meus/minhas alunos/as ousamos pretender lançar esta semente juntos.

Ao mesmo tempo, chamam-me à atenção as crenças, os valores e os saberes populares, que são muito presentes nas mulheres às quais presto cuidado no alojamento conjunto. Essas mulheres são, na sua maioria, de origem italiana e germânica, com suas diferenças e/ou semelhanças, merecendo um estudo aprofundado das implicações de suas culturas no cuidado cultural.

Apresentarei, a seguir, as modificações culturais, muitas delas captadas durante o desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial, como também da minha vivência dos longos anos de atuação na maternidade. As mudanças estão calcadas em pensamentos de autores/as que considero pertinentes ao assunto.

No meu dia-a-dia, as mulheres, no período puerperal, muitas vezes passam a ser apenas mais uma, ou a “mãezinha” que deve ser/estar colaborativa com a equipe de saúde, no que se refere aos cuidados prestados ao seu filho. Tal descaso também está presente na fala de uma parteira curiosa:

“O período do resguardo é o que a mulhé meno precisa de nóis, só no primeiro dia. Este tempo é o que nós ensina mais coisa p’ra ela porque a mulhé fica só, e tem de agir. Depois que a mulhé tem o filho, agora tem de descansá em resguardo. O nome tá dizendo, tem de se resguardá de coisa, como não pegá em peso, não se esgotá muito, não tẽ contrariedade... é um pòbrema, o resguardo quebrado” (Targino, 1992, p.107).

No entender da autora, a curiosa descreve a mulher puérpera como sendo uma cliente muito independente, exceto nos primeiros dias após o parto. É a hora de pôr em prática os ensinamentos e conselhos recebidos, o que garantirá o “resguardo”. Portanto, a incompreensão com a mulher puérpera parece ser bem maior do que a gente pensa.

Não pretendo me estender em demasia, para não tornar o texto cansativo ao leitor e também porque, quando descrevo e comento os encontros com os sujeitos do estudo, faço um retrato de como são e estão estas mulheres no

seu contexto ambiental. Porém, não poderia deixar de pontuar alguns aspectos considerados pertinentes no momento, com relação às modificações culturais durante o puerpério, para não parecer enfáticos somente os aspectos biológicos e emocionais:

a) rituais de cuidado à puérpera: em função das “pressões culturais”, de auto-suficiência das mães e das sogras, as puérperas demonstram insegurança a respeito da saúde, que algo venha a fazer mal, além das dúvidas sobre a capacidade de auto-cuidar-se. Exemplificando, a puérpera não lava a cabeça na quarentena para não ter “recaída”. Nesse momento, ela passa a ser dependente da mãe ou da sogra, voltando a individualizar-se apenas quando se sente “inteira e completa novamente”;

b) rituais de cuidado ao recém-nascido: as dúvidas sobre a capacidade de cuidar do seu bebê são muito prevalentes nas puérperas. Geralmente as mães pedem ajuda e instruções para cuidar de seus filhos assim que nascem, para minimizar sua insegurança e/ou dificuldades. Este fato é visto como obediência às pressões culturais das mães e sogras, por exemplo: é muito comum a puérpera deixar que a mãe, sogra, ou outro familiar de sua confiança, dê o banho no seu filho até cair o coto;

c) rituais nas mudanças alimentares: muitas das práticas com relação à alimentação são contextualizadas a partir das experiências compartilhadas com outras mulheres, tais como: a própria mãe, uma irmã mais velha, ou de algum outro modelo. É um fato notável, que varia de cultura para cultura, os medos e as crenças em que certos alimentos fazem mal à puérpera, principalmente relacionados com a amamentação. Pois “isto” ou “aquilo” passa para o leite e provoca cólicas no bebê. Para a maioria das puérperas a quem presto cuidado, os alimentos ácidos, tais como laranja, limão e couve, não são aceitáveis. Todavia, o “medo” não só faz parte do período puerperal, como

também representa um importante indicador de dependência desta mulher neste momento ímpar de sua vida:

d) rituais sobre o papel social da mulher: o papel social da mulher se modifica com o processo do nascimento, o que significa a passagem da mulher/esposa à mulher/mãe. Nota-se que, quando o bebê nasce, a mãe já apresenta o desejo de alimentar, cuidar e ficar próxima dele. Para Buchabqui (1995), a atitude da mulher como mãe depende de vários fatores: seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas experiências pessoais.

Um fato evidente no cotidiano é que podemos magoar a puérpera, se “ousarmos” falar sobre outro assunto, senão da criança. Por exemplo: o que a torna mais feliz é perguntarmos com quantos quilos ou centímetros nasceu, se é esperta, tranqüila. É comum ainda, ouvirmos da mãe: meu filho não mama direito, não consegue dormir com cólicas, está ficando amarelinho.

Por este envolvimento total com o filho, a atividade sexual do casal fica em segundo plano, tornando a fase de abstinência mais prolongada (Buchabqui, 1995). Reforçando o que relata o autor sobre o assunto, um dos sujeitos do meu estudo referiu sobre o medo de se machucar durante a relação sexual, então expliquei que muito raramente isto acontece:

e) rituais sobre a amamentação como um processo natural ou comportamental (construído): o que nós verbalizamos no dia-a-dia para as mulheres gestantes e/ou puérperas é que a amamentação é muito importante para o bebê, sem levar em consideração os problemas que dificultam este ato, na maioria, gerados pela insegurança e ansiedade que muitas mulheres apresentam. Aqui também predomina o referencial biomédico. Por exemplo, estudos de povos mais primitivos mostraram aspectos culturais sobre a amamentação, destacando rituais e magias para as mulheres produzirem grande quantidade de leite. Por

outro lado, evidencia-se a inibição da lactação nas mulheres *civilizadas* que temem perder sua beleza e seus atrativos sexuais (Buchabqui, 1995).

Geralmente, tenho observado na minha prática profissional que as mulheres de baixa renda conseguem iniciar o processo de amamentação com mais facilidade do que as mães economicamente mais abastadas, o que vem merecer um estudo aprofundado por parte dos/das enfermeiros/as que atuam nas unidades de alojamento conjunto.

Hoje, muito me questiono sobre a forma de trabalhar o manejo com as puérperas, uma vez que, ao abordarmos a cultura, respeitamos o conhecimento empírico nos três níveis de ação: preservação, acomodação e reorganização do cuidado ao cliente. Seguindo esta linha de pensamento, vejo a puérpera como um ser humano carecendo de um cuidado holístico. Não julgar a mãe apenas pelo ato de não amamentar, desconhecendo e desconsiderando, muitas vezes todas as outras habilidades que a mesma possui com relação ao autocuidado e aos cuidados com o bebê. A mulher no período puerperal imediato precisa ouvir muito mais elogios e receber estímulos do que a imposição da cultura profissional.

Muitas vezes, já vem a frustração por parte da puérpera, por seu parto ter sido cesáreo, e não parto normal, como da companheira da cama ao lado. No caso das puérperas adolescentes, a internação obstétrica confere com a primeira vez que as mesmas se encontram afastadas da família, somando-se a esse fator a ansiedade de ter tido um filho tão jovem.

“Apesar de todos os prós e ausência de contras, por mil motivos diferentes, o aleitamento natural é o melhor para o bebê. Nas camadas populacionais de baixa renda e de condições sociais e higiênicas péssimas, o leite humano, além de sua ação fundamental de transferir os anticorpos e células imunocompetentes, também atua diminuindo o risco de contaminação que existe com a mamadeira (água contaminada, limpeza inadequada de vidros e bicos, falta de geladeira e

aproveitamento de restos de mamadas anteriores)” (Martins Filho, 1984, p.16).

Concordo com a afirmação de Martins Filho e entendo que amamentar é, ao mesmo tempo, um ato natural e construído, como a morte, como adoecer, como a sexualidade, por exemplo.

Por último, gostaria de ressaltar que nós, profissionais, não podemos desconsiderar o significado de algumas práticas populares que trazem preocupações às mães, por exemplo: “meu leite é fraco”, “meu leite secou”. “meu filho só chora, é mesmo fome?” Também considero que se deve levar em consideração que as mães precisam ser encorajadas ao processo de amamentação, evidenciando-se as peculiaridades de cada puérpera e de cada recém-nascido, evitando-se a configuração do ato de amamentar numa prática higienista;

f) rituais sobre as mudanças de perspectivas de vida, os papéis e “status” masculino e feminino: muitas vezes o puerpério torna-se uma fase difícil tanto para o marido quanto para a esposa. Antigamente, algumas mulheres sentiam-se inseguras em continuar a realizar seu trabalho fora. Segundo Deutsch apud Buchabqui (1995), atualmente, em nossa cultura, as mulheres costumam apresentar um modelo “masculino” de ideal do ego, ou seja, têm objetivos e oportunidades de trabalho fora de casa, de terem carreira profissional e independência econômica. Tal situação lhes permite por um lado, proteger mais os interesses do seu “eu”, mas, por outro, dificulta, por exemplo: o processo de amamentação e cuidados com o bebê. Da forma que está colocado o pensamento do autor, seria um “preconceito” masculino, aliado a uma imposição da cultura profissional, e não o reconhecimento da mulher no seu papel social (Rosaldo: Lamphere, 1979).

As mesmas autoras consideram uma desigualdade universal nas avaliações culturais dos sexos. A mulher pode ser importante, poderosa e

influyente, mas parece que em relação ao homem de sua idade e de seu status social, não é reconhecida nem valorizada culturalmente. Continuando, Rosaldo e Lamphere (1979) acreditam ainda que uma experiência discriminativa decisiva no desenvolvimento masculino e feminino possa surgir pelo fato de as mulheres, universalmente, serem as grandes responsáveis pelos cuidados do filho pequeno e pela socialização feminina posterior.

Durante a descrição deste capítulo procurei discutir um pouco sobre as mudanças biológicas, emocionais e culturais relacionadas com o puerpério, uma vez que tais modificações são tão importantes no contexto de vida da mulher, enquanto puérpera, como também a oportunidade de comentar sobre alguns estudos desenvolvidos na enfermagem e, fundamentalmente, na área materno-infantil num enfoque cultural.

Percebi que o interesse em utilizar o referencial teórico de Leininger permeou a trajetória pessoal e profissional dessas enfermeiras, substanciando também a minha trajetória.

Saliento que a construção deste capítulo foi imprescindível para a aproximação teórico-prática da cultura profissional com a cultura popular, vislumbrando um modelo diferenciado de prática de cuidar. Ao referir outros guias, mencionei, também, alguns estudos buscando seus significados na teoria do cuidado cultural, os quais considero relevantes por subsidiarem a análise dos meus dados.

Apresentarei a seguir o referencial teórico que orientou a prática de cuidar e auxiliou na análise e discussão das informações. Apoiei-me principalmente em Leininger (1991), com sua teoria do cuidado cultural, pioneira em afirmar que o cuidado humano pode ter significados distintos nas diversas culturas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO PROPOSTO E REELABORADO

“O cuidado cultural é o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidado, de forma a guiar as práticas de cuidado de enfermagem”.

Leininger

Para iniciar a elaboração do meu referencial teórico encontrei na literatura visualizada, vários autores que já apresentaram e discutiram suas definições de referencial teórico, entre os quais cito Trentini (1987), Silva; Arruda (1993), Patrício (1990) e Fawcett (1984).

Segundo Silva; Arruda (1993, p.5), referencial teórico é definido como:

“um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que os concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem”

Trentini (1987, p.136) define conceito como:

“abstrações ou imagens de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade. Isto quer dizer que um conceito pode ter

diferentes significados. É importante mencionar que um determinado conceito pode fazer parte de diferentes teorias. Nesse caso, o que difere é o significado atribuído ao mesmo. As teóricas, ao elaborarem uma teoria, geralmente transmitem o significado de cada conceito, e isto é feito através das definições dos mesmos”.

3.1 Pressupostos de Leininger

Pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros. São idéias que antecedem a formulação de conceitos, ou seja, são crenças e valores claramente enunciados (Leininger, 1985).

Baseada nesta idéia, Leininger (1985, 1988 *a e b* e 1991, p.44-45) apresenta seus pressupostos, que dão apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo. Leininger faz referência aos elementos comuns como universalidade, e às diferenças, como diversidades. São eles:

a) o cuidado é a essência da enfermagem, sendo um enfoque distinto, dominante, central e unificador (1991, p.44);

b) o cuidado (cuidar) é essencial para o bem-estar, para a saúde, cura, o crescimento, a sobrevivência e para enfrentar desafios ou a morte (1991, p.44);

c) o cuidado cultural é o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidado cultural, de forma a guiar as práticas de cuidado em enfermagem (1991, p.44);

d) a enfermagem é uma disciplina e profissão de cuidado transcultural humanista e científico, com o propósito de servir aos seres humanos em todo o mundo (1991, p.44);

e) o cuidado (cuidar) é essencial ao curar, pois não pode haver cura sem cuidado (1991, p.45);

f) os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado cultural são diferentes (diversidade) e similares (tendendo a semelhanças ou universalidades) entre todas as culturas do mundo (1991, p.45);

g) todas as culturas humanas têm conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico (leigo, popular ou nativo) e, em termos gerais, conhecimentos e práticas de cuidado profissional que variam transculturalmente (1991, p.45);

h) os valores, crenças e práticas de cuidado cultural são e estão relacionados a contextos de visão-de-mundo, linguagem, religião (espirituais), afinidades (sociais), política (legais), educação, economia, tecnologia, etno-história e ambiente de uma cultura em particular (1991, p.45);

i) enfermagem de base cultural é benéfica, saudável e satisfatória; colabora para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro de seus contextos ambientais (1991, p.45);

j) cuidado culturalmente congruente ou benéfico somente pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades são conhecidos e utilizados apropriadamente e de modo significativo pelo/a enfermeiro/a (1991, p.45);

l) diferenças e similaridades entre fornecedores profissionais de cuidado cultural e clientes (genéricos), que o recebem, ocorrem em qualquer cultura ao redor do mundo (1991, p.45);

m) clientes que recebem cuidado que falha em ser razoavelmente congruente com suas crenças, valores e modos de vida mostrarão sinais de conflitos culturais, submissão, tensões e preocupações éticas ou morais (1991, p.45);

n) o paradigma qualitativo fornece novas maneiras de conhecer diferentes modos de descobrir dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado humano transculturalmente (1991, p.45).

3.2 Meus Pressupostos Contextuais

Os pressupostos elaborados por Leininger auxiliaram a fortalecer minhas idéias e deram suporte na construção dos meus pressupostos, elaborados a partir das leituras realizadas acerca da Teoria do Cuidado Cultural e citados a seguir:

a) o ser humano puerpera é um indivíduo único, concreto (mulher, mãe e nutriz), e traz consigo crenças e valores culturais, desde o processo gestatório até a parturição. Encontra-se num período de transição, enfrentando uma nova realidade, por conseguinte, necessita de uma atenção diferenciada e um atendimento individualizado, pois vivencia um momento ímpar na sua vida;

b) o período puerperal é caracterizado por mudanças biológicas, emocionais e envolve principalmente parâmetros culturais, que difere de uma cultura para outra. Este período chamado de quarentena, resguardo ou dieta, traz

profundas modificações comportamentais e rituais que ultrapassam o modelo biomédico;

c) nos primeiros dias pós-parto, a mulher vive um período de transição, sendo vulnerável a qualquer tipo de problema, deixando transparecer claramente, neste momento, uma certa ambigüidade (alegria/tristeza, segurança/insegurança);

d) o processo saúde-doença da puérpera refere-se a um estado de bem-estar culturalmente valorizado e que sofre influência de várias concepções médicas de caráter biológico;

e) a equipe de enfermagem tem compromisso com a vida das puérperas. Necessita prestar cuidados, lembrando que esta mulher tem características específicas e respeitando suas crenças e seus valores culturais;

f) a troca de conhecimentos com as puérperas e familiares sobre as mudanças que ocorrem no pós-parto é fundamental, a fim de auxiliá-los no processo de cuidar, considerando a sua cultura;

g) o choque cultural deve ser evitado, no decorrer das ações de enfermagem, uma vez que a enfermeira é um ser humano com suas crenças, seus valores, enquanto interage com outros seres humanos (puérpera, recém-nascido e familiar), também com suas crenças e seus valores distintos dos seus.

3.3 Definições Orientacionais da Teoria do Cuidado Cultural

As definições orientacionais desta teoria são apropriadas, já que o principal método de estudo baseou-se no paradigma qualitativo, utilizando o

método da etnoenfermagem, ao invés da tradicional definição operacional do paradigma quantitativo (Leininger, 1991). São elas:

a) **cuidado** como substantivo significa o fenômeno concreto e abstrato relacionado a experiência ou comportamento de assistência, apoio ou capacitação a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de aliviar ou melhorar as condições ou modos de vida dos humanos (1991, p.46);

b) **cuidando** (gerúndio) refere-se às ações e atividades direcionadas ao assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de aliviar ou melhorar as condições ou modos de vida dos humanos ou auxiliar a enfrentar a morte (1991, p.46);

c) **cultura** refere-se a valores, normas, crenças e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos, de um grupo em particular, guiando seu pensar, suas decisões e ações de maneira padronizada (1991, p.47);

d) **cuidado cultural** refere-se aos valores, crenças e modos de vida padronizados, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, capacitam e facilitam outros indivíduos ou grupos a manter sua saúde e bem-estar, a melhorar sua condição humana e modo de vida, ou a manejar doenças, incapacidades e a morte (1991, p.47);

e) **diversidade do cuidado cultural** refere-se às variabilidades e/ou diferenças em significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentre ou entre coletividades, que estão relacionadas às expressões de assistência, apoio ou capacitação de cuidado (1991, p.47);

f) **universalidade do cuidado cultural** refere-se aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos uniformes comuns, similares ou

dominantes de cuidado, que se manifestam em muitas culturas e refletem maneiras que assistem, apoiem, facilitem ou capacitem o auxílio às pessoas (o termo universalidade não é usado de forma absoluta ou como um resultado estatístico significativo) (1991, p.47);

g) **enfermagem** refere-se à profissão e disciplina humanística e científica aprendida, focada em fenômenos e atividades de cuidado humano, a fim de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou restabelecer seu bem-estar (ou saúde) de modo significativo e culturalmente benéfico, ou a auxiliar as pessoas a enfrentarem desafios e a morte (1991, p.47);

h) **visão de mundo** refere-se ao modo como as pessoas tendem a enxergar o mundo ou seu universo, a fim de formar uma opinião ou posicionamento sobre sua vida ou o mundo ao seu redor (1991, p.47);

i) **dimensões de estrutura cultural e social** referem-se aos padrões e características dinâmicos de fatores estruturais e organizacionais interrelacionados de uma cultura em particular (subcultura ou sociedade), que inclui valores religiosos, incluindo os sociais, políticos (e legais), econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais, fatores etno-históricos e como estes podem se inter-relacionar e operar, influenciando o comportamento humano em contextos ambientais diferentes (1991, p.47);

j) **contexto ambiental** refere-se a um evento, situação ou experiências particulares que dão sentido às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio-políticos e/ou culturais específicos (1991, p.48);

l) **etnohistória** refere-se aos fatos, eventos, instâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são

primariamente centradas em pessoas (etno) e que descrevem, explicam e interpretam modos de vida dos humanos dentro de contextos culturais específicos e por períodos de tempo longos ou curtos (1991, p.48);

m) **sistemas de cuidado genérico** (popular ou leigo) referem-se aos conhecimentos e habilidades nativos (ou tradicionais) ou populares (baseados na família), culturalmente aprendidos e transmitidos, utilizados para prover atos que assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos, grupos ou instituições com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de aliviar ou melhorar os modos de vida dos humanos, as condições de saúde e a manejar inabilidades e a morte (1991, p.48);

n) **sistema de saúde profissional** refere-se a conhecimentos e habilidades profissionais de cuidado, saúde, doença, bem-estar e outros formalmente ensinados, aprendidos e transmitidos, prevalecendo em instituições profissionais, geralmente com pessoal multidisciplinar, com finalidade de servir consumidores (1991, p.48);

o) **saúde** refere-se a um estado de bem-estar que é definido, valorizado e praticado culturalmente e que reflete a habilidade de indivíduos (ou grupos) no desempenho de suas atividades diárias, em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados (1991, p.48);

p) **preservação ou manutenção do cuidado cultural** refere-se às ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação ou capacitação que auxiliam pessoas de uma cultura em particular a manter e/ou preservar valores relevantes de cuidado, a fim de manterem seu bem-estar, recuperarem-se de doenças e encararem as incapacidades e a morte (1991, p.48);

q) **acomodação ou negociação do cuidado cultural** refere-se às ações ou decisões profissionais criativas de assistência, apoio, facilitação ou capacitação, que auxiliam pessoas de uma cultura designada a negociarem com, ou adaptarem-se a outros, em busca de resultados de saúde satisfatórios ou benéficos. ao se relacionarem com provedores de cuidado profissionais (1991, p.48);

r) **repadronização ou reestruturação de cuidado cultural** refere-se às ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação ou capacitação, que auxiliam o cliente a reordenar, mudar ou modificar enormemente seus modos de vida, em busca de padrões de cuidado novos, diferentes e benéficos, respeitando as crenças e valores culturais do cliente e ainda, provendo modos de vida saudáveis e benéficos antes de as mudanças serem estabelecidas com o cliente (1991, p.48);

s) **cuidado cultural congruente** refere-se às ações ou decisões de assistência, apoio, facilitação ou capacitação, cognitivamente baseadas, que são feitas sob medida para encaixarem-se aos valores, crenças e modos de vida culturais de indivíduos, grupos ou instituições, a fim de prover ou apoiar serviços de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (1991, p.49).

3.4 Conceitos Elaborados Para Compor Meu Referencial Teórico

No decorrer da prática assistencial, surgiu a oportunidade de vivenciar junto às puérperas, recém-nascidos e familiares os conceitos propostos na teoria do cuidado cultural de Leininger. Pude constatar que os conceitos não só se encaixaram na especificidade do meu estudo, como também apresentavam ligações com os conceitos específicos fundamentados nas idéias de outros autores (figura 1).

O **ambiente** é um contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família, e propicia a eles relacionar-se com outros seres humanos, com grupos e com a comunidade como um todo (Carraro, 1997).

Leininger (1991) acrescenta que o ambiente refere-se aos centros significativos do ser humano e seus arredores físicos, bem como ao cenário em que a enfermeira atua, que abrange o lar do indivíduo, os ambulatórios, os hospitais e a sociedade como um todo”. Deste modo, o **contexto ambiental** é representado pela soma de experiências culturais da população, criando a estrutura social, que são os principais elementos interdependentes e funcionais de sistemas tais como: valores religiosos, valores de parentesco, valores políticos, valores econômicos, valores educacionais, valores tecnológicos e culturais de uma cultura particular, demonstrados em contextos lingüísticos e ambientais.

O **ambiente da puérpera, recém-nascido e familiar**, influenciado pela cultura, inclui: crenças, valores, práticas populares e modos de vida desta mulher que atravessa um período relativo ao ciclo vital dos seres humanos.

A **cultura** refere-se aos valores, normas, crenças e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos, de um grupo em particular, guiando seu pensar, suas decisões e ações de maneira padronizada (Leininger, 1991). Cultura é um conjunto de comportamentos, saberes e saber fazer, característicos de um grupo humano, sendo estas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto de seus membros (Laplantine, 1997). O que parece não estar incluído na definição de cultura deste autor é a dinâmica cultural de um grupo, a qual é preconizada pela Leininger.

Os **valores culturais** que interagem em uma determinada cultura, se referem a forma mais desejada ou preferida de agir ou conhecer algo, sendo, freqüentemente, mantido por uma cultura, por um certo período de tempo, para governar as ações ou decisões das pessoas (Leininger, 1985).

Neste referencial teórico, a cultura está intimamente relacionada com os valores, as crenças e os modos de vida da puérpera, recém-nascido e familiar neste momento de transição, marcado pelo puerpério.

A **saúde-doença** é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e do meio ambiente. Desta forma, a maneira como um indivíduo, família ou grupo entendem o processo saúde-doença, depende de sua visão de mundo (Rosen, 1980).

Leininger (1991, p.48) “conceitua saúde como um estado de bem-estar culturalmente definido, avaliado e praticado, que reflete a capacidade que os indivíduos e os grupos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”.

Minayo (1994) assinala que a experiência com saúde-doença, cuidados e a tradição familiar e grupal, fornece às pessoas uma relação que constitui seu enfoque de conhecimento embebido e alimentado pela cultura.

Na atualidade, compreendo que o processo saúde-doença dos sujeitos do meu estudo, é um processo que não abrange somente o cientificismo técnico e a tomada de decisão no momento do cuidado profissional, mas fundamentalmente o saber popular, as crenças e os valores desta clientela que vêm de gerações passadas, necessitando de um novo modelo de cuidar.

A **enfermagem** refere-se à profissão e disciplina humanista e científica aprendidas, focada em fenômenos e atividades de cuidado humano, a fim de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou restabelecer seu bem-estar (ou saúde) de modo significativo e culturalmente, ou auxiliar as pessoas a encararem desvantagens e a morte (Leininger, 1991).

A **enfermagem transcultural** refere-se a uma área tanto de estudo quanto de prática comparativa, mas necessita, como todos os aspectos da enfermagem, de uma base teórica e de pesquisa para explicá-la e predizê-la como disciplina e como forma de guiar as práticas (Leininger, 1991).

Na minha concepção, a enfermagem preconizada por Leininger faz um elo entre a enfermagem que pratico voltada para o modelo biologista articulando com uma abordagem cultural vivenciada na prática assistencial pois o ser humano que cuidamos é essencialmente cultural. Observando algumas características próprias da enfermagem, não posso esquecer que ela é uma profissão que exige coragem, disposição, interesse, perseverança a fim de interagir e auxiliar no processo de cuidar.

Portanto, ao prestar cuidado à mulher puérpera, recém-nascido e familiar, num enfoque cultural, senti a necessidade de conhecer a realidade das mesmas, com relação às suas crenças, seus valores e suas práticas populares, com o objetivo de prestar um cuidado culturalmente congruente.

O cuidado culturalmente congruente ou benéfico “somente pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidade são conhecidos e utilizados apropriadamente e de modo significativo pela enfermeira” (Leininger, 1991, p.48). Para a compreensão deste conceito, é indispensável lembrar que a gênese da enfermagem no Brasil está vinculada ao modelo biomédico, com um sistema de saúde em geral etnocêntrico, desvinculado totalmente da antropologia cultural. Nesse sentido, a enfermeira só poderá interagir com esse ser humano e prestar um cuidado culturalmente congruente se conhecer a sua realidade, segundo sua visão de mundo, compartilhando seus pontos de vista, seus princípios, suas crenças e suas práticas populares, relativos a um período transitório que é o puerpério.

O **sistema de cuidado genérico (popular ou leigo)** refere-se a conhecimentos e habilidades nativas (ou tradicionais) ou populares, baseados na família, culturalmente aprendidos e transmitidos, utilizados para prover atos que assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos, grupos ou instituições com necessidades evidentes, a fim de aliviar ou melhorar os modos de vida dos humanos, melhorar as condições de saúde, manejar inabilidades, como também a morte (Leininger, 1991).

O **sistema de cuidado profissional** refere-se a “conhecimentos e habilidades profissionais de cuidado, saúde, doença, bem-estar e outros, formalmente ensinados, aprendidos e transmitidos, prevalecendo em instituições profissionais, geralmente com pessoal multidisciplinar” (Leininger, 1991, p.48).

Neste caso, o padrão de cuidado cultural/profissional da enfermeira se interliga numa disciplina humanista e científica, somando ao “velho” o “novo”, focada em fenômenos culturais, respeitando o ser humano puerpera, recém-nascido e familiar, frente as suas crenças, seus valores e suas práticas e priorizando suas diferenças, no que se refere ao bem-estar da mulher no pós-parto. Com a perspectiva de contemplar esta realidade singular tive o cuidado de preservar os preceitos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O **ser humano** é um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe, possuindo crenças e valores que lhe são próprios. É um ser que interage com os outros e com o ambiente, expressando suas crenças e seus valores, que permeiam suas ações. Pela sua singularidade, este ser apresenta diversificações, aptidões e sentimentos que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos incluindo indivíduos, família, comunidade e outros grupos (Leininger 1991).

Neste referencial teórico, o **ser humano** corresponde a mulher como puérpera e a cuidadora profissional, compartilhando juntas deste momento singular na vida de uma mulher. Este período carregado de mitos, crenças e valores, é, muitas vezes, negligenciado em termos de cuidados de saúde. No modelo biomédico a puérpera vivencia uma experiência nova que a envolve em sua totalidade, na qual suas primeiras vinte e quatro horas constituem uma fase de recuperação da fadiga do parto, seus primeiros dias pós-parto são cheios de emoções intensas e variadas, apresentando sensação de desconforto físico, devido ao esforço do trabalho de parto e as mudanças biológicas no seu corpo que provocam sentimentos de ambigüidade, tais como euforia e depressão alternando-se rapidamente.

Conforme Burroughs (1995), essas alterações acontecem devido às mudanças bioquímicas que se processam logo após o parto, tais como: aumento de corticosteróides e a queda súbita de outros hormônios. Para Maldonado (1986), as frustrações e a monotonia do período de internação, como também a passagem da situação de espera ansiosa, típica do final da gravidez, para a passagem de conscientização de uma nova realidade, justificam todas estas mudanças na mulher no período puerperal. Entendo que, para Leininger, as mudanças no período puerperal são vivenciadas, influenciadas e produzidas no interior de cada cultura.

No entanto, esse **ser humano** não possui apenas modificações biológicas e emocionais, mas, principalmente, mudanças culturais, intimamente relacionadas com os termos quarentena, resguardo e dieta, com profundas modificações comportamentais e rituais que ultrapassam e são diversas daquelas concepções médicas, tais como mudanças alimentares, rituais de cuidado, papel social, como processo de nascimento, passagem de mulher/esposa a mulher/mãe, mudanças de perspectiva de vida e outras já citadas, especialmente no capítulo anterior.

O **ser humano recém-nascido**, neste referencial teórico, é um ser humano que passa também pelo período de transição. Inicia com o nascimento e finda quando o mesmo completa 28 dias de vida extra-uterina (Pizzato; Poian, 1982). Nesta questão, Monticelli (1994), em seu trabalho, procura mostrar que, com o processo de nascimento, inicia o processo de viver deste ser humano, interagindo com as pessoas e com o meio no qual a cultura se desenvolve. Acrescenta que os procedimentos com o recém-nascido têm a função tanto de promover a sua transição do estado de natureza, defendido por Rodrigues (1989), quanto de proporcionar ritos de cuidado que possibilitem o início do processo de viver do mesmo. De acordo com suas características, este recém-nascido necessita de ritos de cuidado cultural e profissional específicos, que estão ligados à saúde-doença.

Vivenciando no momento uma nova concepção de **recém-nascido**, numa perspectiva cultural, concordo com o pensamento dos autores Monticelli (1994) e Rodrigues (1989). Então, este recém-nascido que cuida não é somente um ser humano em fase de transição, que só sente fome 72 horas após o nascimento, dorme a maior parte do tempo, não firma o olhar em objetos e que procura manter-se em posição fetal. Atualmente entendo que nem todas as crianças se enquadram nesses estereótipos. Considero este recém-nascido, um ser único, que possui características e capacidades próprias que lhe fornecerão, de forma singular, meios para que atue e responda à nova experiência de estar no mundo (Monticelli, 1994). Portanto, ao cuidarmos do recém-nascido, torna-se imprescindível reconhecê-lo como um indivíduo, considerando o contexto cultural em que o mesmo está inserido.

O **familiar** é considerado como sendo a mãe, a sogra, a avó, a benzedeira, a cunhada, o marido, a irmã, ou qualquer outro/a cuidador/a que convive diretamente com a mulher no período puerperal. Considero que nesse referencial a família é formada por pessoas que interagem dentro de uma mesma

concepção cultural, compartilhando ritos elaborados a partir de crenças e valores do grupo ao qual pertencem, como também de outras influências do ambiente em que vivem.

Na sociedade tradicional do Ocidente, da Idade Média ao século XVIII, antes da Idade das Luzes e da Revolução Industrial, os familiares tentavam preencher o vazio deixado pela decadência da cidade e das formas urbanas da sociedade. “Esses familiares eram formados por pais, vizinhos, amigos e pessoas que mantinham entre si relações que exigiam solidariedade” (Velho, 1981, p.13). Portanto, possui semelhança com o mundo de hoje, e com a realidade desta prática.

O interesse nesse estudo, em realizar o trabalho com o familiar que acompanhasse a puérpera, numa perspectiva cultural surgiu pelo fato de que a puérpera geralmente se encontra apenas com um membro da família e não com a família em si, composta por pai, mãe e filhos – a família nuclear (Elsen, 1994).

Nesse estudo, os **familiares** foram sendo constituídos de diversos membros da família, predominando a mãe, a sogra, a cunhada, a irmã e a benzedeira.

Desta forma, interagiram a cultura pessoal com a cultura profissional, diferente daquela dos indivíduos e familiares, representada por ações de preservação, acomodação e repadronização, através das quais pude compartilhar conhecimentos e colocar-me na posição de troca e não de detentora do saber. E nessa interação, como aprendemos com a puérpera! Aprendemos a ouvi-la, a segurar sua mão. Pois muitas vezes agir significa ficarmos ao seu lado ouvindo suas indagações e valorizando suas falas, buscando compartilhar significados, crenças, normas e valores junto a essas mulheres (Leininger, 1978).

Quando pela primeira vez optei por estudar o cuidado prestado à puérpera no hospital e domicílio, embasada em uma teoria, imaginava retratar a visão de mundo destas mulheres. Ao construir o meu referencial teórico a partir da teoria de Leininger, estou convicta de que fiz a escolha certa, pois meus pressupostos permitiram obter uma visão compreensiva da prática cultural de um grupo de mulheres relacionadas à experiência do puerpério.

A seguir apresentarei um gráfico, o qual representa o inter-relacionamento dos conceitos utilizados no meu estudo. Os conceitos que no início da prática assistencial pareciam soltos, pude experienciá-los e interligá-los durante o cuidado prestado à puérpera, acompanhada do familiar num ambiente que sofre influências de várias concepções a respeito das crenças, dos valores e das práticas culturais desta clientela.

Saliento, também, que no capítulo 4 será descrita a trajetória metodológica deste estudo, a partir da teoria do cuidado cultural de Leininger (1991) cujo modelo conceitual da figura é simbolizado pelo “nascido do Sol”. Procurei inter-relacionar o modelo com o meu processo de cuidar, somado a minha prática profissional, como também, o método de observação participante de Lüdke e André (1986).

3.4.1 Representação Gráfica do Referencial Teórico

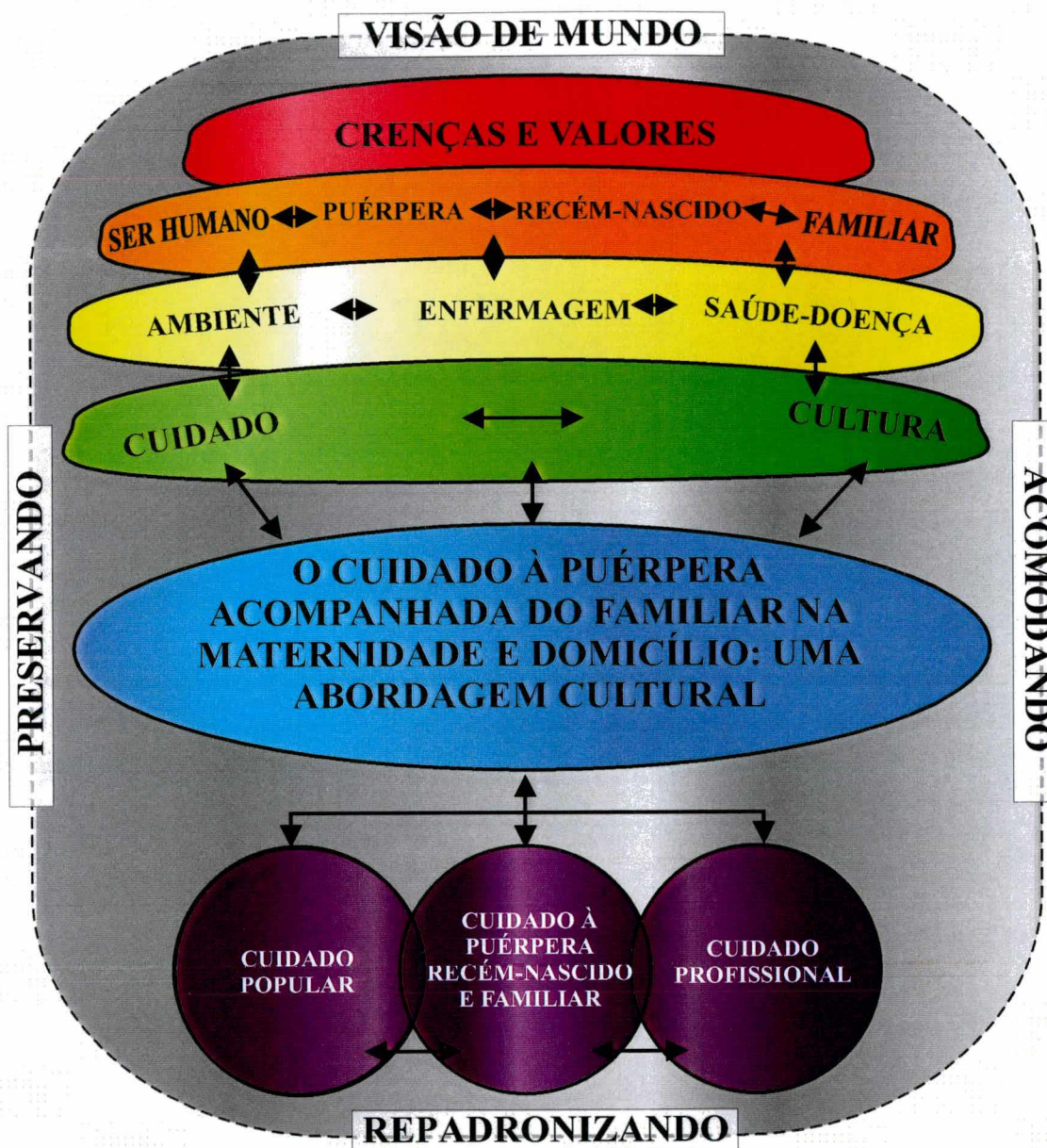


Figura 1 - Representação gráfica do inter-relacionamento dos conceitos.

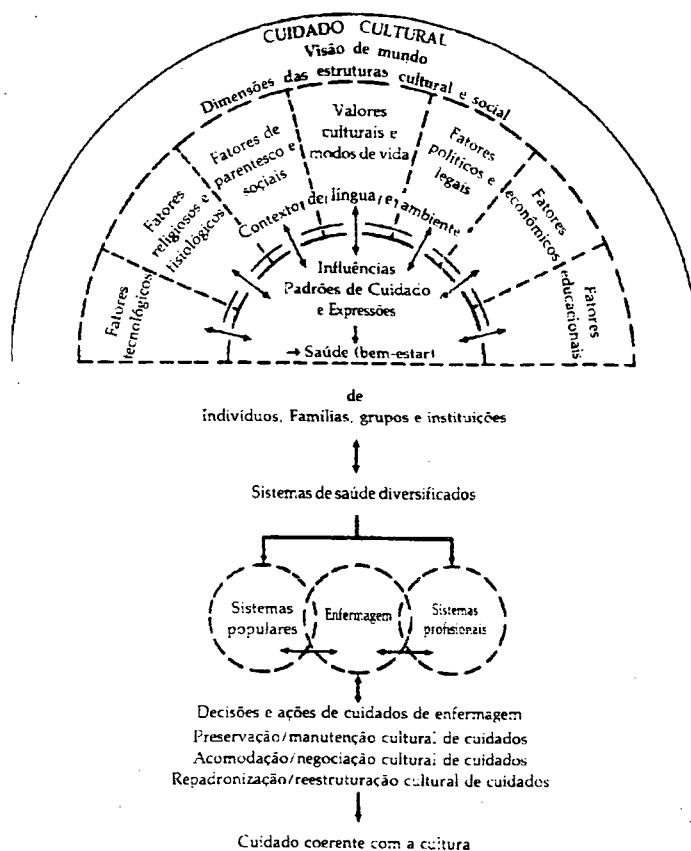
Fonte: ALMEIDA, Francisca D.O. O cuidado prestado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e no domicílio: uma abordagem cultural. Florianópolis, 1999.

4 DISCORRENDO SOBRE O PROCESSO METODOLÓGICO APLICADO

“O novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva”.

Maria Cecilia Minayo

4.1 Modelo do Sol Nascente de Leininger Representando a Teoria do Cuidado Cultural



LEGENDAS

- Influenciadores
- Influenciadores direcionais

Fonte: Leininger, M.M. Culture care diversity, university a theory of nursing. New York. National League for Nursing, 1993. p.43

Tradução: CARNEIRO, M.L.M. 1998.

Figura 2. Modelo do Sol Nascente de Leininger

A teoria do cuidado cultural permite predizer e explicar padrões de cuidado humano das diversas culturas e as práticas do cuidado de enfermagem, bem como os fatores que a influenciam (Leininger, 1991). Desta forma, a autora americana propôs o "Modelo Sunrise", no sentido de auxiliar na descoberta do significado do cuidado para as diversas culturas.

Este modelo, que teve aproximadamente 10 revisões desde que foi proposto há três décadas, segundo Leininger (1991), partiu de suas experiências no campo da enfermagem em saúde mental, quando concluiu que a visão holística que as enfermeiras possuíam das pessoas de quem cuidavam se restringia ao campo biopsicossocial. O modelo tem como finalidade possibilitar a visualização das diversas dimensões da teoria e o inter-relacionamento dos seus respectivos conceitos.

O "Modelo Sunrise", como todos os modelos, não representa a teoria em si, porém um mapa cognitivo ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições socioculturais.

Leininger (1991) teorizou o cuidado cultural das pessoas em uma perspectiva holística que incluía: visão de mundo, estado físico, orientação espiritual ou religiosa, parentesco, ambiente físico, político, legal, econômico, educacional, tecnológico, linguagem prática de cuidado popular e profissional.

Vale salientar também, que o modelo do "Sol Nascente" embasa a operacionalização da teoria e da pesquisa, assim como orienta o estudo da diversidade e universalidade cultural para o ato de cuidar (Gualda, 1993). Acrescenta a mesma autora que o modelo combina teoria e método de pesquisa e distingue níveis de abstração e análise, bem como a abordagem metodológica na geração de conhecimento básico e aplicado, descrito a seguir:

- A porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão de mundo que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental, que influenciam também o sistema de saúde. A parte inferior do modelo é composta pelo sistema popular, profissional e de enfermagem.

- As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao Universo, o que precisa ser explanado pelas enfermeiras para que conheçam o significado do cuidado e suas relações com a saúde.

- À esquerda do diagrama estão dispostos os diversos níveis de abstrações e análise do cuidado: macro, médio e micro, que se referem a abrangência do estudo do cuidado. Os níveis de abstração e análise são classificados em I, II, III e IV, sendo o nível I o de maior abstração e o nível IV o de menor abstração.

- O nível I engloba o sistema social e a percepção de mundo sob três perspectivas: micro estudo de pequena escala, ou seja, indivíduos dentro de determinada cultura; médio estudo em escala um pouco mais ampla, ou seja, fatores complexos, numa cultura específica; e macro-estudo, em larga escala, ou seja, de várias culturas. As informações incluem o significado, os atributos e a natureza do estudo.

- No nível II, são estudados o cuidado e a saúde. Incluem indivíduos, família e cultura no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e de suas expressões.

- No nível III são estudados os sistemas profissionais e popular, na busca de características e aspectos específicos de cada sistema, com a finalidade de serem determinadas as áreas de semelhança e diferença.

- O nível IV é utilizado para que seja desenvolvido um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas que o valorizam.

Gualda (1993) entende que, para o pesquisador incorporar as idéias do "Modelo Sunrise", precisa considerar os diferentes níveis de investigação e de teoria capazes de gerar conhecimento dos diversos níveis de abstração teórica, tornando claros os objetivos do estudo e sua duração.

No entanto, para as decisões e as ações de enfermagem, visando um melhor atendimento das necessidades culturais das puérperas, recém-nascidos e familiares, na maternidade e no domicílio, como também propiciar um cuidado congruente com a cultura delas, utilizei-me dos três modos de ações de Leininger que são: preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação do cuidado cultural (Leininger, 1991), explicados a seguir.

Preservando ou mantendo o cuidado cultural: através de ações profissionais que focalizem o apoio, o auxílio e a capacidade dos clientes para que preservem ou mantenham hábitos de saúde favoráveis ou se restabeleçam de uma doença ou que enfrentem a morte. Por exemplo: uma mãe que veste uma roupinha de cor amarela no seu filho assim que nasce para evitar icterícia. Esta prática não interfere na saúde do bebê.

Acomodando ou negociando o cuidado cultural: representam maneiras de negociar, adaptar ou ajustar a saúde do cliente e os padrões de cuidado, para um estado benéfico de saúde, ou para enfrentar a morte. Por exemplo, uma criança internada com uma enfermidade "x", porém a mãe acredita que seja mau-olhado e deseja a presença da benzedeira. Para ela, a benzedeira é um valor cultural importante. Seu padrão de cuidado cultural inclui a benzedeira junto ao tratamento de saúde profissional. As acomodações desse cuidado

poderão estimular a mãe e a própria criança a enfrentar a situação com mais tranquilidade.

Repadronizando ou reestruturando o cuidado cultural: compreendem as ações ou decisões de caráter profissional de prestação de auxílio, apoio ou capacitação que ajudam a clientela a modificar suas vidas, na busca de padrões novos ou diferentes, que tenham significado cultural satisfatório, ou que apoiem padrões de vida benéficos e saudáveis (Leininger, 1985). Por exemplo: uma gestante diabética que gosta de comer doces, negociar a troca do doce por outra sobremesa, tipo frutas, ou solicitar que troque o açúcar por um adoçante natural (dietético).

4.2 Processo Para a Prática de Cuidar

O método geral de cuidar, proposto por mim, para esta prática, incluiu as seguintes etapas: identificação das prioridades; planejamento das ações; implementação das ações e avaliação dos cuidados.

4.2.1 Identificação de Prioridades

Esta etapa constitui-se de identificar as prioridades voltadas para o cuidado de enfermagem culturalmente congruente. Inicialmente, utilizei os prontuários das puérperas para obter os seguintes dados de identificação: nome, data de nascimento, escolaridade, ocupação, religião, endereço, primeira menstruação, data da última menstruação, data provável do parto, número de gestações, número de partos, tipo de partos, número de filhos vivos, número de consultas pré-natal, grupo sanguíneo, fator Rh e antecedentes patológicos (doenças sexualmente transmissíveis, diabetes e toxemias), marcando assim o início da interação com as puérperas. Minha análise é que esta identificação é

parte integrante desta etapa do processo de cuidar, uma vez que são dados importantes sobre os quais refleti no momento de planejar o cuidado.

As prioridades identificadas durante a prestação de cuidado à puérpera, recém-nascido e familiar, foram voltadas para o conhecimento das crenças, dos valores, das práticas populares e o significado dos mesmos para esta clientela. Pretendi, também, conhecer as angústias, as dúvidas, as expectativas e as frustrações que permeiam o período puerperal, com o objetivo de saber se há congruência e coerência entre o que observei, e os conceitos componentes do meu referencial teórico.

Entendo que esta etapa aconteceu em todos os encontros, uma vez que a prática assistencial caracterizou-se por um processo de cuidar tanto na maternidade como no domicílio e ocorreu em diferentes momentos de maneira dinâmica e interativa, pois o viver da cliente é dinâmico e suscetível a mudanças.

Procurei identificar as prioridades que fossem ao encontro dos meus conceitos, elaborados a partir do referencial teórico de Leininger, descritos anteriormente, com o objetivo de buscar cuidados coerentes com a cultura, como também um bem-estar individual e familiar, dentro dos três níveis de ações representados no “Modelo Sunrise”.

As prioridades foram identificadas gradativamente em cada encontro, procurando o significado e compartilhando-o com a puérpera e familiar, com o intuito de estabelecer um plano de cuidado culturalmente congruente com os meus objetivos.

A compreensão e o aprofundamento das questões identificadas, em muitas situações necessitaram de vários encontros, contatos mesmo por telefone.

fundamentando a qualidade da interação como também o direcionamento das questões.

Utilizei-me do registro de informações priorizadas não como etapa do processo de cuidar, mas sim como um recurso metodológico importante na ajuda de anotação das informações a fim de interpretá-las, como também planejar os cuidados.

A identificação de prioridades foram registradas durante a prestação de cuidados e também através da observação participante descrita posteriormente, como um método de coleta de dados.

Após os encontros, as anotações mais importantes eram feitas ainda dentro do carro, ou em seguida, ao chegar à casa. À noite, eu escrevia um relatório detalhando todos os fatos, impressões, linguagem verbal e não verbal, gestos, símbolos e suspiros.

Nesta etapa, fui construindo mentalmente a identificação de vários aspectos ligados à cultura, como um guia para planejar o cuidado.

Para viabilizar a minha prática assistencial, não me orientei tão somente no referencial biológico, pois sendo assim os sujeitos do meu estudo passariam a ser reduzidos a um conjunto de sinais e sintomas, perdendo toda a sua singularidade.

No entanto, a identificação de vários aspectos nesta prática esteve centrada na compreensão da mulher puerpera, não como um corpo biológico, mas um “ser único”, com suas crenças, seus valores, suas práticas populares, suas angústias e suas frustrações que permeiam o seu universo cultural.

Com o objetivo de direcionar os cuidados de enfermagem à puérpera, recém-nascido e familiar, o plano de ação ficou centrado nas questões culturais, atingindo os três níveis de ação preconizados por Leininger e nas mudanças biológicas e emocionais que emergiram no momento do cuidado profissional. Portanto, o foco de atuação centrou-se nos aspectos culturais, sem no entanto deixar de considerar a multidimensionalidade das clientes.

4.2.2 Planejamento das Ações

Neste momento do processo de cuidar, refleti sobre as informações identificadas, para quando voltar ao campo, certificar-me com as clientes sobre a compreensão que tive dessas informações coletadas.

Para Leininger (1988), é importante que a enfermeira faça, antes de iniciar o seu trabalho, uma avaliação cultural do indivíduo, grupos e/ou comunidades, referente aos seus valores, crenças e práticas culturais de gerações passadas, para determinar as ações e servir como um guia para a elaboração dos cuidados de enfermagem, no contexto cultural do cliente.

Neste tipo de abordagem, foi imprescindível para mim a caracterização dos significados que os sujeitos do estudo possuem relativos às suas experiências de vida. Pois inicialmente, predominava em mim a elaboração de um plano de cuidado ainda voltado para o referencial biologista, com ênfase nas técnicas e habilidades específicas formado por um corpo de conhecimento científico de muitos anos. Faltavam, portanto, habilidades para coleta de informações relativas às características culturais, como o conhecimento da antropologia cultural. Geralmente, durante minha vida profissional, eu ia pronta, com uma “receita” tanto para a mãe a respeito do autocuidado e todos os aspectos biológicos do período puerperal, quanto para os cuidados com o recém-nascido. Eu me sentia pronta para orientar e não com disposição para ouvir.

A preparação para o planejamento neste processo envolveu a puérpera, o recém-nascido e o familiar, a partir dos objetivos propostos para o desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial, numa expressão indicadora de ação. Os objetivos alcançados os quais não coloco como finalizados, pois muito poderão ser aprofundados em futuros estudos, foram utilizados como instrumento de avaliação em cada modalidade do cuidado apresentada neste capítulo.

4.2.3 Implementação das Ações

Após o planejamento, a implementação constituiu-se no processo de cuidados de enfermagem, propriamente efetivado, conforme a caracterização dos significados que os sujeitos possuem em seus modos de vida, fundamentados nos conceitos que constam no referencial teórico reelaborado.

Meus interesses pessoais em trabalhar com a teoria do cuidado cultural focada no cuidado prestado à puérpera e recém-nascido, acompanhados do familiar na maternidade e no domicílio, me fez utilizar os conhecimentos das ciências biomédicas, uma vez que o hospital parece não reconhecer os aspectos antropológicos desses seres humanos que vivem mitos arraigados, sob diferentes contextos.

No decorrer dos encontros, que tinham uma duração, geralmente longa, toda a manhã, ou toda a tarde, comecei a fazer uso dos sentidos (visão, audição e tato), através do exame físico das puérperas e dos recém-nascidos. Desenvolvi, também, a comunicação verbal e não verbal com o familiar, estabelecendo, assim, uma interação com os sujeitos do estudo.

Então, comecei a perceber uma certa relação no período puerperal com os mitos, as crenças, os valores e as práticas culturais que vêm de gerações

passadas. Como diz Minayo (1994), fui unindo de forma crescente o novo que contém o antigo e incluindo-os numa nova perspectiva.

Acrescentando as idéias de Leininger, geralmente eu utilizava os aspectos culturais, para nortear os cuidados relacionados aos aspectos biológicos e emocionais que fazem parte do modelo biologista de cuidado à puérpera no contexto hospitalar.

Uma vez que, a decisão tomada para o desenvolvimento do meu estudo com base nos pressupostos de Leininger, foi de prestar cuidados integralizados a essa clientela, tanto na maternidade como no domicílio, procurei não me afastar dos cuidados rotineiros, para não tumultuar a rotina do hospital, que tem em geral uma cultura própria e especial, e a enfermagem parece não afastar-se desta “cultura”. No domicílio, considerei as prioridades dos cuidados a partir das práticas populares e a possibilidade da participação dos familiares que desenvolviam o cuidado popular, desde que estes fizessem parte do cuidado cultural das puérperas.

Com relação a questão da prioridade de cuidados, houve situações que identificava como prioridade o cuidado com o recém-nascido, pois, no momento, era aquilo que se destacava para a mãe como puérpera. Numa outra situação a prioridade, por uma identificação de necessidade da puérpera com infecção na incisão cesárea (infecção puerperal), era a troca de curativo diário e o acompanhamento constante desta puérpera, como também a reorganização do cuidado cultural da mesma com relação a higienização corporal após o parto.

Antigamente, eu utilizava, no meu cotidiano de trabalho como docente, um roteiro específico para as ações de enfermagem com a puérpera no ambiente hospitalar, o qual descrevo ainda neste capítulo, em que deixava claramente uma lacuna teórico-metodológica no que tange ao enfoque cultural do puerpério.

Entendo que, ao vivenciar esta nova realidade, a escolha corresponde às expectativas, atendendo a proposta do estudo. Atualmente, posiciono-me contrária a este modelo de ações. Sem dúvida é imprescindível uma abordagem cultural, como exemplo, nenhum sujeito do meu estudo apresentou a mesma leitura de todos os fenômenos que permeiam o puerpério. Percebi também, no trabalho que desenvolvi nas residências das puérperas, que todas tinham condições de relatar aquilo que era rotineiro, porém o que dependia da história de vida de cada uma, era mais bem relatado.

Leininger (1991), através da etnoenfermagem⁴, identificou em média “168 constructos do cuidado” e dentre estes elementos destaco os que foram mais utilizados durante a minha prática assistencial, tanto no hospital como nas residências das puérperas.

Os “constructos” que apareceram espontaneamente no ir-e-vir dos encontros foram os seguintes: aceitação, afeição por, confortar, comunicação, preocupação com, compreendendo com, congruente com, consideração, cuidado cultural, curar, dependência, ajuda direta a outros, discernimento, suporte emocional, empatia, estabelecer harmonia, expressar sentimentos, envolvimento familiar, dar conforto para, instruções sobre saúde, manutenção da saúde, melhorar as condições, instruir, ser saudável, conhecimento da cultura, conhecer a realidade do outro, conhecer valores culturais, colocar limites, atender os outros, realizar rituais, preservar, prevenir, promover, tranquilizar, reciprocidade, respeitar modos de vida, respeitar privacidades e desejos, responsabilidade por outros, restauração, servir aos outros, falar a língua, estimular, supervisão, simpatia, ternura, confiar, uso de comidas, uso de práticas populares, uso de conhecimentos de enfermagem, bem-estar (saúde) e bem-estar (família).

⁴ Etnoenfermagem é um método de pesquisa para estudar a teoria do cuidado cultural (Leininger, 1991, p.83).

4.2.4 Avaliação

A avaliação de cada modalidade de cuidado, para o cuidado de enfermagem culturalmente congruente, representou para mim, a apreciação no que se refere à aderência das puérperas e familiares ao cuidado e ao reflexo nos seus modos de vida, tanto individual, como em grupo, bem como os sentimentos demonstrados por esta clientela quanto às mudanças de hábito resultantes do meu trabalho.

Durante a avaliação considerei os seguintes aspectos: a maneira como foi executado o cuidado, incluindo a preservação, a acomodação e a reorganização do cuidado cultural; os recursos utilizados e aqueles ainda necessários e a evolução das situações do processo saúde-doença no sentido de dispensar determinados cuidados, como por exemplo o curativo do coto, os cuidados com a higiene corporal ligados ao aspecto cultural, ou de acrescentar outros cuidados, tais como o incentivo à manutenção do aleitamento materno e a inter-relação com o planejamento familiar.

Na segunda parte do capítulo: descrevendo e comentando os encontros, na qual está descrita a operacionalização do processo de cuidar, apresento a avaliação identificada através de reflexão das notas de campo, nas quais aparecem as anotações das situações vivenciadas durante o desenvolvimento dos encontros. Este mesmo capítulo identifica também quais foram os sujeitos do estudo que aderiram a alguns cuidados profissionais e mudaram ou abandonaram certas condutas que afetavam o seu processo saúde-doença, como: não tomar banho, não lavar a cabeça, não usar sutiã, comer determinados alimentos, aleitar o bebê em posição desfavorável para ambos, não olhar o períneo no espelho, não sair de casa no sétimo dia após o parto. Este fato representou uma decisão dentro do contexto cultural da família, possibilitando-me um maior domínio das crenças, valores e práticas populares, uma vez que me

aproximei da realidade das pessoas num outro modelo – o cultural –, o que viabilizou enxergar uma outra dimensão, levando em consideração o alcance dos meus objetivos propostos na disciplina de Prática Assistencial.

4.3 Observação Participante

Além do processo de cuidar, considerei também, para este estudo, a observação participante como um método para obtenção dos dados, concomitante à implementação do cuidado.

A observação participante consiste na observação *in loco* na vida de uma comunidade, de um grupo, ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Por isso, esta observação pode ser definida como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo, a partir do interior do mesmo (Gil, 1995). Então, o observador se coloca no campo tentando obter uma visão ampla da situação e do que se passa no ambiente.

Pelo fato de o meu referencial teórico enfatizar a compreensão e o contexto ambiental da puérpera e recém-nascido acompanhados do familiar, iniciei as observações, visando elucidar questões relativas às crenças, aos valores, aos mitos, aos modos de vida, às práticas populares, que emergem do período puerperal, como também relativas às angústias, às frustrações e às expectativas desta mulher que vivencia um momento ímpar e recebe um cuidado profissional desvinculado totalmente da sua realidade cultural.

Baseado no referencial metodológico de Lüdke e André (1986), o conteúdo das observações envolveu uma parte descritiva e uma parte mais reflexiva, objetivando orientar a seleção do que observar e ajudar a organizar os dados. A parte descritiva compreendeu um registro acerca do que ocorreu no

campo. A parte reflexiva incluiu as observações pessoais da pesquisadora, feitas durante a fase de coleta ou enquanto prestava os cuidados.

Com este propósito em mente, iniciei a identificação de prioridades para o planejamento das ações, buscando sempre manter uma perspectiva de integralidade em torno dos aspectos que permeiam o cuidado prestado à puérpera e recém-nascido acompanhados do familiar numa abordagem cultural.

Os aspectos observados que registrei no diário de campo foram descritivos e reflexivos, inter-relacionados com o referencial teórico de Leininger e levando em consideração os dilemas e conflitos éticos, que serão descritos no capítulo intitulado: descrevendo e comentando os encontros a partir do referencial teórico.

O processo de observação participante ocorreu nas quatro (4) etapas do processo de cuidar, a partir dos pressupostos de Leininger, no hospital e em domicílio. Para isso, mantive registros de palavras-chave, indicando a seqüência e duração das ações observadas. Apesar de ter realizado um número maior de encontros, apenas cerca de dezoito (18) foram registrados no relatório da prática assistencial, perfazendo uma totalidade de 74 horas, sendo 42 horas para Rose e 32 horas para Maria, as puérperas acompanhadas neste estudo.

4.3.1 Notas Descritivas da Observadora

Compreenderam um registro detalhado do que ocorreu na maternidade e no domicílio.

As descrições foram de vários tipos:

a) descrição dos sujeitos: aparência física da puérpera, do recém-nascido, modo de vestir-se, de comunicar-se, de agir, modo de a mãe ou de o

familiar cuidar do bebê e outros aspectos que distinguem os sujeitos dos outros membros da família:

b) reconstrução de diálogos: descrevi no caderno de anotações as palavras, os gestos, os depoimentos, as observações feitas entre as puérperas, recém-nascidos e familiares, ou entre estes e a observadora. As falas foram descritas textualmente. Procurei captar bem as falas, as quais foram extremamente úteis para compreender a realidade cultural da puérpera, recém-nascido e familiar na maternidade e em domicílio:

c) descrição de locais: descrevi o ambiente físico em que foi feita a observação, como também outros elementos importantes a serem registrados, as condições que envolveram os sujeitos (saneamento básico, energia elétrica, transporte coletivo, posto de saúde, escolas, estabelecimentos de alimentos, igrejas e vizinhança). Descrevi a habitação (casa ou apartamento, própria ou alugada, número de cômodos, ventilação, barulho, calor, frio, iluminação, emanções – cheiros), número de pessoas que habitam na casa, terreno, horta, plantação e outros. Verifiquei, igualmente, o número de pessoas economicamente ativas e a renda mensal em salários mínimos. Foram descritos os eventos especiais, incluindo algum acontecimento envolvendo as puérperas, recém-nascidos ou familiares. Os cuidados prestados e as observações feitas foram registradas na seqüência em que ocorreram os fatos.

4.3.2 Notas Reflexivas da Observadora

Compreenderam reflexões referentes às situações vivenciadas no campo e “especulações” das idéias, impressões, pré-concepções, dúvidas, incertezas, surpresas, decepções, expectativas e sentimentos.

As reflexões foram consideradas do seguinte modo:

a) reflexões metodológicas: envolveram os procedimentos e estratégias metodológicas utilizados, as decisões sobre o delineamento das questões culturais na obtenção dos dados e a forma de resolvê-los com coerência e congruência, a partir dos conceitos componentes do referencial teórico. Sempre que as situações vivenciadas em campo coincidiram com o referencial de Leininger, foram destacados o pressuposto e o conceito e suas inter-relações;

b) reflexões referentes aos dilemas éticos e conflitos: aqui foram descritas as reflexões a respeito das questões surgidas entre o relacionamento da observadora com os sujeitos do estudo.

Segundo Lüdke e André (1986), essas sugestões como guia metodológico não podem ser tomadas como normas para o desenvolvimento de um estudo. São apenas diretrizes gerais que podem orientar a seleção do que observar e ajudar a organização de dados. Evidentemente, para mim este guia foi muito útil, uma vez que permitiu o aprofundamento de pontos de natureza estritamente complexa no que tange à abordagem cultural dos sujeitos do meu estudo.

A seguir passo a apresentar um recorte do roteiro específico para as ações de enfermagem utilizado com as puérperas no ambiente hospitalar, o qual explicitarei no item sobre implementação das ações.

a) cuidados gerais prestados à puérpera:

administrar a medicação; controlar sinais vitais; oferecer alimentação logo após o parto e controlar dieta alimentar durante a internação; proporcionar ambiente tranquilo e leito limpo; observar o sono e repouso; observar as eliminações urinárias, recorrendo aos meios de estímulos à micção, caso houver retenção urinária; observar eliminação intestinal, estimulando a

deambulação precoce e providenciando dieta que facilita a evacuação intestinal; supervisionar e observar higiene corporal;

b) cuidados específicos prestados à puérpera:

palpar o abdome para avaliar a involução uterina; inspecionar a região perineal, observando as condições do períneo e características dos lóquios (sangramento pós-parto); realizar o exame das mamas, observando a integridade dos mamilos, consistência e higiene das mesmas; examinar membros inferiores, verificando temperatura, consistência e cor da pele. Averiguar a presença de dor, especialmente nas panturrilhas; realizar curativo da episiorrafia; acompanhar visita médica, no momento da alta hospitalar.

c) orientações gerais:

autocuidado; cuidados com o neonato; aleitamento materno; alimentação; higiene; vestuário; visitas; dores; medicamentos; sangramento; involução uterina; curativo do períneo; função urinária; função intestinal; atividades físicas; atividade sexual; planejamento familiar; depressão pós-parto; o papel do pai; consulta de revisão pós-parto;

d) orientações específicas:

dores muito fortes ou contínuas que não melhoram com a medicação analgésica em uso, febre acima de 38°C; sangramento genital exagerado, com coágulos grandes ou de cor vermelho vivo; corrimento vaginal purulento, com cheiro desagradável; desconforto para urinar ou evacuar e dificuldades para amamentar, que foram acompanhados no domicílio.

O capítulo descrito a seguir, sobre a trajetória da prática de cuidar, está constituído de itens tais como os locais e os contextos da prática, narrando o início da prática, descrevendo a escolha dos sujeitos para a prática e identificando as puerperas: perfil demográfico e propedêutica.

5 INICIANDO A TRAJETÓRIA DA PRÁTICA DE CUIDAR

Ao iniciar a descrição da trajetória, procuro caracterizar a Instituição e a unidade onde desenvolvi a prática, tentando respeitar os aspectos éticos garantidos na proposta deste estudo.

A palavra ética tem sua origem grega no vocábulo “ethos”, significando “assentamento”, “vida comum”. Para Gelain (1994), “ethos” estaria relacionado aos comportamentos caracterizados por uma cultura, um grupo da mesma atividade profissional, fazendo uso de uma escala de valores.

Segundo a Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996) sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a eticidade da pesquisa implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

No decorrer da prática assistencial, prestando cuidados de enfermagem à puérpera e recém-nascido, acompanhada do familiar, confrontei-me com aspectos que geraram alguns conflitos. Para tanto, tive o cuidado de preservar os preceitos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, Cap. IV – Dos Deveres, art. 21, 28, 35 e 39), respeitando o ser humano puérpera e familiar frente as suas crenças, valores e práticas culturais e priorizando suas diferenças.

Lunardi (1994) ressalta que, na construção do conhecimento em enfermagem, a ética desenvolve-se a partir de uma concepção filosófica do ser humano homem, sendo entendido como ser histórico, social e que transforma de modo consciente o mundo que o rodeia no qual está inserido, transformando sua própria natureza.

Para seguir os preceitos éticos, apoiei-me nos seguintes passos:

- enviei solicitação de autorização ao Hospital para realização da prática, informando os objetivos, local e clientela assistida (anexo 1);
- recebi a autorização do Comitê de Ética da Instituição para a realização do estudo (anexo 2);
- entrei em contato com a chefia da Maternidade para informar e pedir seu consentimento para realização da prática assistencial;
- estabeleci contato com as puérperas selecionadas, acompanhadas de familiar, e expliquei os objetivos da prática e como pretendia desenvolvê-la, solicitando o seu consentimento (Anexo 3);
- realizei uma explanação oral, quando ficou garantido o anonimato e o sigilo das informações e a sua participação espontânea;
- expliquei acerca da livre escolha em participar da prática e a possibilidade de desistência em qualquer momento, bem como da autorização para que todos os resultados fossem apresentados e divulgados durante a apresentação do relatório final da prática assistencial, bem como em publicações e eventos de caráter científico e na apresentação da dissertação de mestrado;
- identifiquei as puérperas com nomes fictícios para assegurar-lhes o sigilo quanto a sua identidade.

Na construção deste caminhar, tive como objetivo central encontrar mulheres no período puerperal, com a perspectiva de contemplar uma realidade singular de saberes e práticas, que permeiam o universo cultural destas mulheres no pós-parto.

5.1 Os Locais e os Contextos da Prática

A Instituição na qual desenvolvi o meu projeto assistencial é um hospital geral, de caráter filantrópico, com 410 leitos, abrangendo todas as especialidades e é considerado o maior hospital da cidade. Recebe clientes de toda a Região Sul, particulares, conveniados e pelo SUS. Possui uma unidade obstétrica, configurada da seguinte maneira: uma sala de avaliação obstétrica, uma sala de recepção e espera para familiares, uma acomodação para médicos e internos da Medicina, um vestiário com banheiro para a equipe de enfermagem, uma sala de pré-parto com três leitos, um centro obstétrico com três salas de parto, um berçário, com um setor de atendimento ao prematuro e outro onde são prestados os primeiros cuidados ao neonato, uma unidade de puerpério em sistema de alojamento conjunto, com quatro enfermarias, perfazendo um total de 20 leitos: uma suíte, três apartamentos privativos e dois quartos semi-privativos reservados para pacientes particulares ou com convênios de saúde. Possui também um posto de enfermagem, um expurgo, uma copa e um Banco de Leite Humano.

O quadro de pessoal da Unidade Obstétrica conta com uma enfermeira nos turnos manhã e tarde, duas auxiliares de enfermagem em cada turno; uma secretária no posto de enfermagem e uma na sala de recepção nos turnos da manhã e tarde; uma copeira durante o dia; uma funcionária da limpeza geral manhã e tarde, um médico de plantão na obstetrícia, dois internos da obstetrícia. O Banco de Leite conta com uma nutricionista no turno da manhã, uma auxiliar de enfermagem das 10 às 16 horas ininterruptamente, uma

funcionária de limpeza geral. O Berçário conta com duas auxiliares de enfermagem em cada turno; um médico pediatra em sistema de plantão a chamar; e um interno da medicina neonatológica em cada turno.

A Unidade de Alojamento Conjunto, Berçário e Banco de Leite são campos de estágio para alunos do 6º semestre do Curso de Enfermagem da FEO/UFPel, onde atuo há 20 anos como supervisora de estágio da disciplina Enfermagem Obstétrica e Berçário, sendo este o mesmo campo de estágio desde a minha admissão na UFPel. É campo de estágio, também, para acadêmicos das duas Faculdades de Medicina de Pelotas (uma pública e outra privada) e campo de estágio para alunos das duas Escolas de Auxiliar de Enfermagem existentes na cidade.

Nesta unidade obstétrica, internam mulheres para dar à luz e gestantes de risco para tratamento clínico, a saber: diabetes gestacional, toxemia gravídica, hiperemese gravídica, trabalho de parto prematuro, pielonefrite, placenta prévia e outras intercorrências. Esta unidade situa-se no 3º piso do hospital, com planta física em forma de “L”, onde estão dispostas todas as acomodações acima citadas. Na sala de espera encontram-se cadeiras e telefone público. Na Unidade de Alojamento Conjunto o horário de visitas é das 13 às 14 horas para clientes do SUS, tendo fluxo de familiares sem estipular quantidade. Quanto aos clientes conveniados e particulares, não é estipulado horário para visitas. Durante os horários de visitas, não há um acompanhamento do profissional enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, a menos que sejam solicitados.

No que se refere a prestação de cuidados de enfermagem à mulher no período puerperal, limita-se, via de regra, a cuidados rotineiros, tais como: verificação de sinais vitais (uma vez em cada turno), curativo de cesárea e de episiorrafia (a cada troca de plantão) e encaminhamento ao banho de chuveiro. Estas ações de enfermagem estão especificadas no capítulo I.

O processo de enfermagem é aplicado parcialmente, sendo realizadas apenas as anotações diárias pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem no momento da internação e “quando necessário”. Existem três livros de registros: o registro de internação ou admissão da parturiente, em que constam o nome completo da mãe, número de partos, número da enfermaria e número do leito, diagnóstico de trabalho de parto, intercorrências, categoria conveniada, nome do médico e profissional da enfermagem que atendeu no momento da internação; o livro de registro de parto com os dados anteriormente citados mais o tipo de parto, o sexo do bebê e APGAR⁵ e também o livro de evolução de enfermagem. A puérpera de parto normal ou distócico permanece por 24 horas, no mínimo, internada após o parto. Já a puérpera de parto cesáreo permanece por 72 horas no hospital. A permanência do neonato com a mãe é constante, o que vem caracterizar a Unidade de Alojamento Conjunto.

É permitida à puérpera a presença de um familiar durante sua internação, tanto do sexo masculino como feminino, sendo que, à noite, é proibido acompanhante do sexo masculino, inclusive o companheiro. Saliento que tal exigência é apenas nas enfermarias do SUS, que são quatro (4) enfermarias com cinco (5) leitos cada uma, ficando liberado para puérperas particulares e conveniadas.

Além de a enfermeira prestar assistência à puérpera, atua também, na parte administrativa da unidade descrita anteriormente. É importante destacar que a mesma distribui enxoval completo para bebês de mães carentes, doados por senhoras da comunidade em geral. Estas senhoras são pessoas de maior poder aquisitivo. As mesmas confeccionam as roupinhas que são distribuídas às mães que dão à luz nesta instituição de caridade. Do ponto de vista profissional, acredito não se tratar de um estímulo ao assistencialismo. Entendo este gesto

⁵ APGAR: a Escala de Apgar, criada em 1952 pela Dr^a. Virginia de Apgar com o objetivo de avaliar clinicamente o recém-nascido no 1º e 5º minuto após o nascimento levando em consideração os seguintes sinais vitais: frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Esta escala varia de “0” a “10” (Pizzato: Poian, 1982, p.47).

como uma ajuda no bem-estar desta mãe e filho. Na concepção destas senhoras deve ser gratificante e importante o significado deste ato, tanto para a cultura profissional, como para as puérperas.

As puérperas recebem, ainda, no momento da alta, um vaso com violetas, doados pelo Serviço Social do Hospital. A entrega é feita por uma funcionária do serviço. Percebo que este momento é vivido com muita emoção e gratidão. A flor representa um nascimento, um fruto que vai surgir. Significa beleza, encanto, formosura, pessoa bela, afável e delicada (Ferreira, 1986).

Após a assistência prestada no ambiente hospitalar, conforme descrito no item sobre implementação das ações, aprazei a primeira visita domiciliar, pelo fato de o meu referencial teórico enfatizar a compreensão da cultura e o ambiente físico onde residem a puérpera e o neonato acompanhados do familiar. Além disso, quero ressaltar que toda e qualquer atividade com as puérperas foram aprazadas conjuntamente. O número de visitas em domicílio não foi estabelecido, a priori, pois definiu-se através da implantação do processo de cuidar. No capítulo seguinte serão descritos os encontros a partir do referencial proposto.

5.2 Narrando o Início da Prática

Na busca de respostas e encontrando caminhos, em uma segunda-feira, dia 07/06/99, às 14h e 30min, resolvi telefonar para a Chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital, com o intuito de saber da solicitação que havia encaminhado, referente ao projeto de Prática Assistencial (Anexo 1). Na ocasião, a secretária informou que a solicitação teria sido analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, e que eu poderia pegar a correspondência. Naquele momento, me senti eufórica demais e interrompi minha orientadora que se encontrava orientando outra mestrand. Verbalizei:

“Professora! Vou iniciar minha Prática Assistencial”. Dirigi-me ao Hospital, passei na Chefia e peguei o ofício (Anexo 2). Chegando à Unidade Obstétrica, encontrei uma funcionária antiga que foi minha aluna no Curso de Auxiliar de Enfermagem. Falei: “Pela manhã fui professora, agora à tarde sou aluna”. Eu me senti outra pessoa, diferente, emocionada, nervosa, aluna mesmo. Confesso, aluna e bem insegura.

Assim, entrei na Enfermaria nº 315, onde projetei realizar a Prática Assistencial. Observei que os leitos estavam todos ocupados. No leito A, Mônica, uma primigesta, 16 anos, 26 semanas gestacionais, com diagnóstico de trabalho de parto prematuro. No leito B, Fabiana, 18 anos, secundípara, de parto cesáreo por uma cesárea anterior, há 11 meses atrás. Pensei... esta não fará parte do meu trabalho por ser puérpera de parto cesáreo. No leito C, Jussara, múltipara, 22 anos, seu 4º filho, internou sem contrações, com bolsa rota, 4 cm de dilatação e B.C.F. de 140 batimentos por minuto. No leito D, Maria, 28 anos, primigesta, 5 cm de dilatação, bolsa rota, 3 contrações em 10 minutos. Queixou-se de muita fome. Acompanhada da sogra, falou-me: “Não agüento mais, o médico disse que eu ganharia às três e até agora nada. Eu podia ter comido, estou louca de fome”. Leito E, Rose, 24 anos, em trabalho de parto também, 3 cm de dilatação, duas cesáreas anteriores. Falou: “não ganho de parto normal, não tenho passagem, acho que vai ser cesárea de novo”.

5.3 Descrevendo a Escolha dos Sujeitos para a Prática

Ao chegar à Maternidade, por volta das 7h e 30min da manhã, do dia 08/06/99, passei pelo Posto de Enfermagem, dei bom-dia e a enfermeira chefe me disse: “- e aí aluna, tudo bem?”. Gostei da brincadeira e achei um gesto carinhoso. Esperei que as alunas chegassem para iniciar as atividades do estágio. Dentro de mim, estava guardada uma expectativa grande com respeito a Enfermaria de nº 315, simbolizando o início da prática assistencial.

Felizmente, tudo começou bem. Entrei na enfermaria, cumprimentei todo mundo pelos novos herdeiros que chegaram. A cliente Mônica, do leito A, continuava inibindo o trabalho de parto prematuro. Fabiana, leito B, 18 anos, puérpera de parto cesáreo, sentada no leito, amamentando, perguntou-me: “quando será que vou ter alta?”. Jussara, 22 anos, leito C, estava no pré-parto, com 7 cm, 4 contrações em 10 minutos, bolsa rota, aparentava tranqüilidade, esperando dar à luz o seu 4º filho. Conversei com ela, prestei cuidados rotineiros do pré-parto e deixei uma aluna acompanhando-a.

A Jussara deu à luz às 08h e 30min de parto vaginal, sem episio por hipnose. Pensei: vou convidá-la a participar do meu trabalho. Por achar também interessante o tipo de parto. A mesma não aceitou por morar em outro município (Capão do Leão). Leito D, Maria tinha dado à luz à 01h e 45min de parto vaginal, com episio. Ela falou: “doutora, meu filho nasceu a 01h e 45min da manhã. O médico disse que ia nascer às três, depois disse às seis da tarde e ele esperou nascer hoje de madrugada, no dia do aniversário do dindo⁶ dele. O dindo está todo bobo”. Continuando, perguntou: “posso botar a cinta? não quero ficar com a barriga grande. Uns dizem que sim, outros que não. Uns dizem se a gente colocar pode ficar cheia de bolota, é verdade?”.

Considerarei a Maria muito simpática, comunicativa, e convidei-a para fazer parte da minha prática. Expliquei o propósito do trabalho e perguntei do seu desejo de participar do mesmo. Aceitou na hora e disse: “que bom... vou ter alguém para me ensinar as coisas porque não sei nada, é o meu primeiro filho mesmo”. Assim, solicitei a ela para assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Percebi na sua fala muito forte a cultura, atendendo o objetivo do meu trabalho, embasado no referencial de Leininger. A mesma me pediu ajuda

⁶ Dindo: é um termo regionalista que significa na cultura desta puérpera o padrinho.

na amamentação. Estava com dificuldade de encontrar uma posição adequada para ambos. Verbalizou: “acho que vou ficar deitada que nem aquela mulher ali”. Expliquei dos riscos de amamentar o bebê em decúbito dorsal, com a cabeça no mesmo nível que o corpo. Tirei um pouco das roupas do bebê e coloquei-os barriga com barriga. Ela respirou fundo e reclamou de dor. Expliquei-lhe: “acho que ele abocanhou, por isso você sentiu um pouco”.

Continuando a visita para selecionar os sujeitos do estudo, fui até o leito E, no qual se encontrava a Rose, em decúbito dorsal, sem travesseiro, recebendo soro glicosado a 5%, endovenoso. Imaginei que a mesma teria ganho seu filho de parto cesáreo como os outros anteriores. Sua mãe, muito simpática, conversou comigo, queixando-se de que durante a noite passou trabalho com a filha no pós-operatório e solicitou para que eu cuidasse também da sua filha. Então, senti-me no compromisso de convidá-la para fazer parte do meu trabalho, mesmo não preenchendo um dos critérios, que seria, puérpera de parto normal. Expliquei sobre o propósito do trabalho, as informações pertinentes ao mesmo e pedi para ela assinar o termo de Consentimento Livre (Anexo 3).

Havia sido previamente estabelecido desenvolver a Prática Assistencial com duas puérperas de parto normal, com filhos vivos, acompanhadas de familiares. As duas puérperas seriam assistidas inicialmente na maternidade e, posteriormente, no domicílio até o 30º dia de pós-parto, e deveriam residir no perímetro urbano de Pelotas. Pelas circunstâncias que aconteceram, tive que redefinir os critérios, no decorrer da prática, incluindo puérperas sem considerar o tipo de parto.

Portanto, a partir da escolha, esta prática contou com duas puérperas, sendo uma de parto normal, contemplando todos os critérios por mim estabelecidos no projeto da prática, e uma puérpera de parto cesáreo, pois sua mãe pediu para que eu cuidasse da sua filha também, e que a mesma participasse

do trabalho que eu propunha desenvolver com puérperas daquela enfermaria. Decidi, então, ampliar os horizontes dos critérios e não faltar com a compreensão para com esta mãe que foi tão solícita.

Para proteger a identidade das duas puérperas selecionadas, as mesmas foram identificadas pelos nomes fictícios Maria e os demais sujeitos da família de: bebê da Maria, sogra da Maria, cunhada da Maria e irmã da Maria e Rose e mãe da Rose como sujeito da família. As mesmas escolheram seus nomes fictícios.

5.4 Identificando as Puérperas: Perfil Demográfico e Propedêutica

Maria, leito 315 D. Nasceu em 04/10/70, 28 anos, cursou até o 2º grau completo. Fez curso profissionalizante (Escola Técnica Federal). Trabalha de balconista numa padaria da cidade, no período das 15 às 21 horas, com uma folga semanal. Forneceu-me seu endereço, residindo em um grande bairro da cidade. Procurou a maternidade na companhia do seu companheiro C.O.S., de 24 anos, e de sua sogra.

A primeira menstruação de Maria aconteceu aos 12 anos. A data de sua última menstruação ocorreu em 19/09/98. A data provável do parto seria em 15/06/99. Ela engravidou uma vez e pariu também uma vez. Não sofreu nenhum aborto e seu filho nasceu de parto normal com episiotomia. A mesma fez pré-natal a partir do segundo mês de gestação, perfazendo um total de nove consultas. Refere rinite alérgica no inverno. Não é diabética, nem hipertensa e não lembra se já sofreu alguma doença sexualmente transmissível.

Durante a conversa com a puérpera, fiquei sabendo que a mesma convive com o companheiro há 5 anos. Ela acrescentou que chegaram a se separar por um período de 8 meses, mas que retomaram a relação, vivendo agora

sem problemas. Falou que a gravidez não foi planejada: esqueceu de tomar a pílula e “aconteceu”. Porém, a partir desse momento desfrutou intensamente sua gravidez.

A mesma internou na maternidade dia 07/06/99 às 10h e 30min, com o seguinte diagnóstico: trabalho de parto com evolução normal, com altura uterina de 33 cm, 140 batimentos cardíacos fetais por minuto, 4 cm de dilatação, colo grosso, centralizado, bolsa rota, sem dinâmica uterina e o feto com apresentação cefálica. Deu à luz de parto vaginal com episíio, nasceu um menino a 1h e 45min do dia 08/06/99. O parto transcorreu sem complicações. Possui grupo sanguíneo O e fator Rh positivo.

Maria informou que teve ameaça de aborto no 4º mês, fez repouso e que, no 8º mês, também necessitou fazer repouso novamente. Seu filho “queria vir antes da hora”. Acrescentou que a data provável para ganhar o bebê seria dia 15/06/99, mas, como era menino, veio uma semana antes porque é lua minguante e menino só nasce na lua minguante.

Descrição da habitação: a casa é alugada, possui cinco cômodos, ventilação favorável, existência de barulho, pois ao lado existe uma fabrica de portões de ferro, de onde emana cheiro desagradável, iluminação boa. Nesta casa, habitam o casal e o bebê, num total de três pessoas. Existe um terreno pequeno nos fundos, um limoeiro, com frutas, não existe horta. A renda familiar do casal é 3 salários mínimos, aproximadamente. Seu esposo tem uma locadora de fitas de game, localizada na residência de sua mãe, na mesma quadra em que moram. O casal não possui animal doméstico.

Sua casa possui uma sala grande com dois sofás, um espelho grande e uma planta perto da janela, cortinas combinando com a cor do sofá. No seu quarto havia uma cama de casal, uma televisão bem grande, um roupeiro.

uma estante e uma cadeira foirada para amamentar. Na estante, havia uma térmica com água morna, pote com gaze, pote com algodão e uma pequena bacia de plástico para higiene do bebê. Ela me disse: “Eu organizei tudo para trocar ele, assim como a senhora ensinou para nós todas no hospital”. Observei também um frasco de paracetamol em gotas para cólica pós-parto. O médico receitou lisador, então eu orientei para ela comprar paracetamol, que é a mesma medicação e é a metade do preço. Ela disse: “O outro remédio era muito caro, este é muito bom!”. A cozinha é bem espaçosa, com uma mesa e quatro cadeiras, uma geladeira, uma fruteira de tripé, um balcão que estava cheio de louça do almoço. O fogão, com uma chaleira de inox em cima. Possui um banheiro com uma cortina de plástico, pia e vaso. Um pátio com roupas na corda. Numa área pequena, uma máquina de lavar roupas.

Quanto às condições que envolvem o local onde o casal mora, pude observar: saneamento básico, energia elétrica, transporte coletivo a duas quadras trafegando a cada 15 minutos, um posto de saúde no bairro, uma escola municipal, um estabelecimento de alimentos ao lado de sua casa, com um telefone público na calçada. Tem uma igreja católica e uma igreja da Assembléia de Deus no bairro. Possuem vizinhança próxima.

Continuando a identificação das puérperas, perfil demográfico e propedêutica, saliento que a Rose, leito 315 E, nasceu em 19/07/74, 24 anos, cursou até a 7ª série, trabalha de cozinheira num restaurante (pizzaria) das 19 às 24 horas, ou até enquanto tem movimento. Reside em um bairro da periferia da cidade.

Procurou a Maternidade na companhia de sua mãe, responsável pela mesma e reside no mesmo endereço. A primeira menstruação de Rose foi aos onze (11) anos. Sua última menstruação aconteceu em 03/09/98 e a data provável do parto em 08/06/99, engravidou três vezes e pariu também três vezes.

Seus partos foram todos cesáreos, não teve aborto e seus três filhos são vivos, uma menina com seis anos, outra com três anos e o que acaba de nascer. Fez pré-natal a partir do 4º mês, um total de sete consultas. É alérgica a esparadrapo. No momento está com escabiose. Referiu não ter tido doenças sexualmente transmissíveis.

Rose internou no hospital dia 07/06/99, às 14 horas com o seguinte diagnóstico: trabalho de parto, medindo 38 cm de altura uterina, batimentos cardíaco-fetais de 144 batimentos por minuto, duas contrações em 10 minutos, 3 cm de dilatação, colo grosso, posterior e apresentação cefálica. Deu à luz de parto cesáreo às 16h e 45min Nasceu um menino, pesando 3,370 kg. Retornou da sala de recuperação às 21 horas. O parto cesáreo transcorreu sem complicações e o motivo do mesmo foi desproporção céfalo-pélvica (SIC). Recebeu, 72 horas após, a injeção de imunoglobulina, pois seu sangue é O e fator Rh negativo e o sangue do bebê é B positivo. Sua gravidez não foi planejada, nem desejada, pois, verbalizou, “engravidar tomando anticoncepcional oral”.

A Rose não mora com seu companheiro. Ela disse: “Dona Francisca, ele mora com a outra e os filhos, mas me dá alguma ajuda”. A mesma mora com seus pais numa casa alugada, com estilo de galpão, aberto na frente. Em cima, tem um quarto em que dormem seus pais e uma saleta, onde dormem seus irmãos. Na parte de baixo, tem um quarto onde ela dorme com suas filhas. O banheiro é coletivo para outras duas casas do mesmo pátio. O terreno é enorme, com árvores e muitos arbustos. A ventilação da casa é péssima: em baixo é tudo aberto, em cima só existe uma janela. Ao lado, existe uma tornearia mecânica, a qual ocasiona muito barulho. Na frente da casa existe uma fábrica de abajures, que é do proprietário de todo o terreno. Não possui horta nem árvores frutíferas, imagino que seja por ser tudo aberto. Tem dois cachorros, os quais ficavam me olhando o tempo todo. Eu morria de medo. Tem dois gatos. Ambos não são vacinados. Um fato que me chamou atenção é que tem TV por assinatura nesta

residência, como também outras características contraditórias: a mãe de Rose tem o 2º grau completo, é aposentada como alfabetizadora, concluiu o magistério na época. Seu pai é varredor de rua, isto é, trabalha na limpeza pública da cidade. Seu irmão, de 22 anos, é universitário. Residem nesta casa nove (9) pessoas, totalmente heterogêneas. A renda familiar é 5 salários mínimos, aproximadamente.

Condições que envolvem o local onde a família mora: possui saneamento básico, energia elétrica, transporte coletivo numa distância de 500 metros de sua residência, o ônibus trafega a cada 30 minutos. Existe um Posto de Saúde da Prefeitura Municipal, uma Escola Municipal de 1º Grau. O bairro possui uma igreja católica e uma protestante. A casa não é isolada, existe vizinhança.

Ao concluir este capítulo, que tratou da trajetória inicial da prática de cuidar, anuncio que, ao longo do próximo capítulo elaborado a seguir, num primeiro momento, serão descritos e analisados os encontros focados no referencial teórico-metodológico proposto e comparado com a literatura pesquisada, bem como o entendimento da autora do trabalho. Na seqüência, apresentarei uma síntese da sistematização do processo de cuidar inter-relacionado com o referencial proposto.

Ressalto, ainda, que este capítulo constitui, também, uma contribuição para facilitar a compreensão do uso de um modelo teórico metodológico, fundamentado nos dados, como guia para a contribuição de um novo saber em enfermagem.

6 DESCRREVENDO E COMENTANDO OS ENCONTROS A PARTIR DO REFERENCIAL TEÓRICO

"... Lua, luar, me deste esta criança e agora me ajuda a criar"⁷.

Maria

6.1 Puérpera Maria

6.1.1 No Hospital

Nome fictício: Maria

Local: Alojamento Conjunto

1º Encontro – dia 07/06/99 (à tarde)

Este encontro preliminar ocorreu com a finalidade de apresentar-me e conhecer a puérpera participante do meu estudo, em 07/06/99, às 14h e 30min, conforme descrevi no capítulo anterior.

O que caracterizou este primeiro encontro foi um contato restrito meu com esta cliente, o que se manifestou através de uma conversa rápida e formal, pois a mesma se encontrava em trabalho de parto. Mesmo assim, ocorreu

⁷ "... Lua, luar, me deste esta criança e agora me ajuda a criar" é uma prática popular conhecida no Rio Grande do Sul, em que o bebê, assim que nasce, é apresentado para a lua para poder sair à rua qualquer hora do dia ou da noite sem adoecer.

uma aproximação franca que permitiu um compartilhar, quando fui solicitada a dar uma idéia sobre o processo de trabalho de parto.

Naquele momento, tentei explicar um pouco como funciona a evolução do trabalho de parto, suficiente para que a parturiente e os familiares entendessem o processo da forma mais simples possível. Comentei das contrações uterinas que são importantes para a completa dilatação do colo e, conseqüentemente, para a expulsão do feto. Falei que nas primíparas (“marinheiras de primeira viagem”), o trabalho de parto é mais prolongado, por isso o caminho parece mais longo.

Desta forma, a mulher parturiente vive o período de trabalho de parto e parto, caracterizado pela percepção de “si” e, principalmente, pelo conjunto de sinais e sintomas físicos, funcionais, emocionais e culturais que geram expectativas a respeito desse acontecimento.

Nome fictício: Maria

Local: Alojamento Conjunto

2º Encontro – dia 08/06/99 (pela manhã)

O encontro teve como pretensão escolher a puérpera para compor meu estudo, como referenciei anteriormente. Entrando na enfermaria, dirigi-me ao leito de nº. 315 D, Maria estava aparentemente bem. A mesma encontrava-se na companhia do esposo e de sua irmã. Ao conversar comigo, comentou sobre o parto de forma positiva, embora tenha achado demorado demais. Ela estava sentada no leito. Quanto à questão de usar a calça-cinta após o parto, procurei explicar com vocabulário simples para ela que durante a gravidez a musculatura abdominal fica bastante distendida, perdendo muito a sua tonicidade e que a calça-cinta iria auxiliar gradativamente na recuperação do tônus muscular.

Outro fato marcante que mostrou uma cultura local é a questão das mães amamentarem seus bebês estando os mesmos em decúbito dorsal, com a cabeça no mesmo nível que o corpo, correndo o risco de uma infecção de ouvido, ou uma pneumonia aspirativa. Continuando o plano de ações, ao realizar exame físico na Maria, observei mucosas normocoradas, útero contraído, lóquios normais, de cor vermelho vivo, sem cheiro. Não referia cólicas pós-parto. Episiorrafia em fase de cicatrização, sem edema e sem hematoma. No café da manhã foi servido pão com manteiga e café com leite. Na prescrição médica, constava dieta livre, controle de sinais vitais e paracetamol (30gotas) se necessário.

Com relação à higiene corporal, ela falou que não iria lavar a cabeça até o 7º dia, pois deu à luz um menino. “e se é menino não lava a cabeça que a gente tem recaída”.

Estando frente a uma postura tipicamente cultural e para compreender a especificidade da mesma, pareceu-me importante especificar bem o significado do “lavar a cabeça” durante o período menstrual e relacionar com o período puerperal. Pois trata-se de um comportamento apreendido dos membros de um determinado grupo específico – mulheres no puerpério. Reportei-me a Leininger (1991), quando fala que o cuidar parece ser uma função universal para conectar pessoas através dos relacionamentos entre os administradores e os recebedores de cuidado. Se o meu papel naquele momento ali era preservar, acomodar e reorganizar o cuidado, não deveria criar uma situação de crise. No capítulo sobre operacionalização do processo de cuidar consta a implementação e a avaliação deste cuidado.

Este encontro foi permeado de perguntas e dúvidas a respeito dos cuidados com o recém-nascido. Percebi nesta mãe uma certa despreocupação no que se refere ao período imediato do puerpério, ficando em evidência para a mesma somente os cuidados com o bebê. Desta forma, o cuidado à puérpera

ficou em segundo plano, o que para mim foi cômodo, usei esta característica como uma maneira de interagir. Refleti: “eu cuidando do seu filho, posso deixá-la mais tranqüila, pois se o seu filho está bem e bem cuidado, conseqüentemente esta mãe também se sentirá muito bem”.

Nome fictício: Maria

Local: Alojamento Conjunto

3º Encontro – dia 08/06/99 (à tarde)

O meu 3º encontro com a Maria, na Unidade de Alojamento Conjunto, foi descontraído. A mesma estava sentada no leito, amamentando. Eram 14h e 10min, a mesma queixou-se de sono e cansaço. Estava na companhia de sua irmã. Ao exame físico constatei na episiorrafia um ponto edemaciado. Orientei o uso de anestésico spray e como proceder o curativo. O sangramento estava normal. Acompanhei a visita do pediatra de plantão. O mesmo falou: “mãe, até 10 dias tetinha, tetinha, tetinha. Me leve este rapaz ao consultório que a 1ª consulta é gratuita. Neste papel (Anexo 4), tem umas instruções para você ler, e atrás um espaço para anotar as dúvidas e me perguntar no dia da consulta”.

Este momento, para mim, foi rico de pormenores. Senti através da observação uma visão completa sobre o ato de amamentar, na concepção de um profissional médico. Pensei: - como terá sido trabalhado este fenômeno durante o período gestacional? O fenômeno amamentar não pode ser visto isolado do processo gestacional, como a maioria dos serviços de saúde o vêem. O ato de amamentar não é uma questão ligada apenas ao puerpério e ao recém-nascido, pois quando isso ocorre, a mulher acaba apresentando maior dificuldade em estabelecer este processo (Silva, 1997).

A mãe relatou que o bebê estava com as unhas compridas, mas só a madrinha iria cortá-las, e disse: “o guri já tem duas madrinhas e nenhuma

apareceu aqui para cortar as unhas. Ele tem uma tesourinha que a vó comprou só para isso, é de ponta redonda”. Informou que parou de trabalhar no 8º mês para não prejudicar o nenê, e no seu retorno o patrão iria fazer um acordo com ela. A mesma trabalha de balconista e gosta muito do que faz. Ela disse: “sou formada na Escola, portanto, trabalho numa padaria. É melhor do que estar parada.” Percebi que ela é muito afetuosa com o filho. É uma pessoa comunicativa, sempre rindo e parece feliz com a maternidade e se adaptando rapidamente ao papel materno. Burroughs (1995, p.218) afirma que “a adaptação ao papel materno é um processo pelo qual a puérpera aprende o comportamento materno e fica satisfeita com sua identidade como mãe, e que esta formação materna ocorre em cada nascimento”.

Ao examinar o bebê, observei que o mesmo se encontrava realmente com o rostinho todo arranhado, e que eu não poderia intervir naquele momento em que estava iniciando uma interação com aquela mãe e familiares. Meu papel enquanto profissional, ali, era tentar conhecê-la como um ser humano que pensa, sente, percebe e que possui suas crenças, suas práticas populares que lhe são próprias e que têm significados fortes com relação ao processo saúde-doença. Para Leininger (1991), saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, avaliado e praticado, que reflete a capacidade que os indivíduos e os grupos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória.

O fato de a mãe não cortar as unhas do seu filho, conforme verbalizou, entendi como uma crença que poderá modificar o estado de saúde do bebê, pois o seu rostinho estava cheio de arranhões. Para minimizar a situação, orientei sua irmã para entrar em contato com a madrinha, que iria batizá-lo, para vir até o hospital e fazer o procedimento, respeitando assim as crenças, as práticas culturais que são próprias deste acontecimento. Procurei acomodar o cuidado cultural para um estado benéfico de saúde do bebê.

Nome fictício: Maria

Local: Alojamento Conjunto

4º Encontro – dia 09/06/99 (pela manhã)

O 4º encontro na Maternidade com a Maria aconteceu às 7h e 30min da manhã. Ao chegar à beira do leito, quem cuidava do nenê era sua cunhada, enquanto a Maria estava no banheiro, fazendo a higiene de rotina. Quando ela saiu do banheiro, dei bom-dia, tendo respondido com um sorriso nos lábios. Indaguei, “E aí? Pronta para ir para casa? Como passaram a noite?”. Sua acompanhante respondeu primeiro: “Passamos ótimas, dormimos toda a noite. O nenê acordou só para mamar”. Ao realizar o exame físico que fazia parte da implementação das ações, constatei que a mesma estava sem sutiã. Questionei a respeito, foi quando ela relatou que não gosta de usar, tem os seios pequenos e nem tem sutiã. Falei da importância do mesmo, tanto na gravidez como no puerpério, no que se refere a juntar o leite uniforme em toda glândula mamária, prevenir o ingurgitamento e até uma mastite, e a questão estética, já que eu percebi sua preocupação com o corpo.

Seguindo a implementação das ações, agora com o bebê, procedi o banho parcial, curativo do coto e teste de reflexos. Ofereci para que a mesma realizasse tal procedimento. Daí ela falou: “Não, não me animo, só estou babando, como ele é lindo, tem tudo do pai, só emprestei a barriga”. A mesma permaneceu todo o tempo ao meu lado. Pensei: “ela é mãe, tem todo o direito de tocar no filho”, não poderia eu, cuidadora profissional, instigar algo que é tão complexo para algumas mães que é o manejo com o filho nas primeiras horas de vida (optei por respeitar o seu temor em manejar com uma frágil criatura).

Na Unidade de Alojamento Conjunto desta instituição o banho do recém-nascido é dado diariamente nas enfermarias na presença da mãe e familiares, com o objetivo de demonstrar o banho parcial do bebê e o curativo do

coto umbilical como “modelagem de comportamento”. Tal procedimento é realizado pelos/as acadêmicos/as de enfermagem, ou pela auxiliar de enfermagem. Quando as mães se sentem seguras e desejam realizar o procedimento é acompanhada pelo/a profissional ou acadêmicos/as de enfermagem.

Às 10 horas acompanhei a visita do residente da obstetrícia. O mesmo falou: “a senhora está com alta”. Entregou uma receita de lisador gotas. Não fez exame físico, nem orientou sobre os cuidados gerais e os específicos, que são imprescindíveis na mulher durante o período puerperal. Inclusive, fiquei esperando acontecer a alta, fiquei parada olhando para o profissional.

Em seguida, entrou a interna da neonatologia e avisou que o bebê estava de alta. Conversou com a mãe sobre as cólicas, curativo do coto e revisão pediátrica com 10 dias de vida.

Depois Maria questionou a respeito do teste do pezinho e as vacinas, sendo orientada. Dispus-me, então, a levá-las em casa, para aprender o endereço correto. Chovia muito, a temperatura não passava dos 10°C. Ela falou: “então nem vou dizer para o meu esposo vir”. Foi quando sua cunhada avisou-o que a enfermeira iria levá-las em casa. Começou a maratona de uma alta hospitalar: passo no berçário, pego a liberação do bebê, no Posto de Enfermagem, a liberação da puérpera, na recepção da Maternidade, o papel para registrar o bebê e no banco de leite para receber orientação sobre aleitamento materno e, por último, na portaria geral do hospital, onde tudo é revisado. Finalmente a puérpera estava liberada, com alta efetiva. Fomos para sua casa.

Ela estava em dúvida se iria para sua casa, ou para a casa da sogra. Eu dirigindo e uma aluna que foi junto comigo na frente; só ouvíamos a discussão da Maria e sua cunhada no banco traseiro do carro. Enfim, no caminho.

ela mudou de idéia e foi para sua casa. Sua sogra se encontrava em casa e nos recebeu sorrindo, parecia muito feliz. A mesma trouxe um guarda-chuva e uma japonsa de nylon para proteger bem o neto da chuva. Daí Maria perguntou: “E o Cacá?”. A sogra respondeu, “Lá dentro de casa”. Pensei: “por que ele não veio receber sua mulher e o filho na porta?”. Convidaram-me para entrar, agradei o convite, pois chovia muito e achei que aquele momento não seria próprio para visita. Agradeceram muito pela minha disponibilidade de levá-las em casa. A puérpera queixou-se de dor no corte do períneo. Orientei sobre a medicação indicada e como usá-la, pois já havia orientado no dia anterior. Finalizando o encontro deixei uma visita marcada para o dia 14/06/99, às 15 horas.

Saí dali preocupada com a situação específica. Refleti a respeito desta ação, como de competência masculina (esposo), não de competência das mulheres, eu como cuidadora profissional e sua cunhada, respaldada pela própria esposa que decidiram sair do hospital, não na companhia do chefe da família. E esta situação nem sempre é fácil, acaba afetando o próprio inconsciente do homem e da sua própria simbologia do masculino, da percepção de seu papel de esposo e pai, uma vez que os valores intrínsecos de “homem-esposo-pai não foram levados em consideração”. Poderá haver alguma evidência cultural nestes aspectos levantados por mim, por exemplo: um simples descuido ou outros sentimentos envolvidos (vergonha, receio, não aceitação da presença da enfermeira, ...)?

Para a Psicologia, parece mais provável que a hostilidade e a rivalidade prevaleçam nos homens quando se tornam pais, tendo como causa as próprias relações do homem com seus irmãos e irmãs durante a infância. Para Christopher (1979), os pais que têm maior dificuldade de se ajustar ao nascimento dos próprios filhos são os que sofreram psicologicamente com o nascimento de um irmão ou irmã em sua infância. Ficando para eles o trauma impossível de recuperação e reativa muito forte com o nascimento do filho.

Na minha visão de mundo, esta situação e contextualização diante da ação do marido de não ir esperar a esposa e filho na porta, é inadmissível, pelo fato da vulnerabilidade que permeia a mulher no período puerperal.

6.1.2 No Domicílio

Nome fictício: Maria

Local: No domicílio

1º Encontro – dia 14/06/99

Antes de iniciar a narrar este encontro, quero esclarecer que o mesmo foi tão rico, que, para mim, dispensaria qualquer tipo de comentário.

Chequei na casa da Maria por volta das 15 horas. Bati na porta e ela veio me receber. Falou: “vamos entrar, vamos lá no quarto que ele estava mamando. Tive que tirar da teta, vai ficar brabo”. Ela me fez uma série de perguntas, eu respondi, rindo: “Vamos por partes! Vamos começar com a mamãe ou com o filho?”. Daí ela respondeu: “Começar por ele, é claro, ele é mais importante que eu. Eu não via a hora da senhora chegar e ver ele; acho muito amarelinho, estou dando chá de raiz de salsa, mas minha cunhada disse que manjerona é melhor, tira todo o amarelão”. Percebi que se tratava de uma icterícia, popularmente chamada de amarelão.

Diante daquela situação apontada, percebi que o bebê não estava aceitando o chá através da mamadeira. Procurei fazer com que a mãe entendesse que o chá poderá atrapalhar o aleitamento materno. Expliquei que o mesmo não seria aconselhável porque o bebê faz confusão de bico, podendo desmamar precocemente. Esclareci que este tipo de icterícia é considerado normal, porque surgiu com mais de 24 horas após o nascimento. Segundo Pizzato e Poian (1982).

a icterícia fisiológica é um sintoma comum no período pós-natal, caracterizada por certa coloração amarela da pele, e conjuntiva ocular durante a primeira semana de vida por aumento da bilirrubina no sangue circulante. °

Continuando, ela falou: “Dona Francisca, ele só mama se eu for pra cima dele”. Eu não entendi nada. Pedi para ela mostrar como era. Ela demonstrou. Realmente a posição não é aconselhável, pois deveria ser barriga com barriga e a cabeça elevada do corpo. É muito cômodo para o bebê, porém, não é para a mãe e poderá provocar uma otite média no bebê, em virtude da posição do mesmo, pois a cabeça do bebê precisa ficar mais elevada que o corpo, preservando as trompas de Eustáquio. Procurei ouvir atentamente e alertar sobre os riscos de o bebê aspirar o leite.

A Maria pediu-me para dar banho no bebê, pois ela não se animaria, e a avó não gosta de dar banho até cair o umbigo. A avó chegou neste momento, trouxe a banheira e providenciou a água para o banho. Eu dei o banho e a avó ficou ao lado o tempo todo e falou: “Meu neto é a cara do meu filho quando nasceu, vou criar ele a mesma coisa”. Continuou: “Ele nasceu na lua minguante, então não pude ainda mostrar ele para a lua, estou esperando, hoje a lua troca, nós estamos cuidando, já falei nem que seja de uma janela a gente vai apresentar ele para a lua e dizer ‘lua... luar, me deste esta criança e agora ajuda a criar!’. Aí sim, daí podemos tirar ele para a rua de noite, qualquer hora do dia ou da noite que ele não adocece. Isso é coisa de geração antiga. Diziam os antigos, as crenças a gente vai fazendo e dá tudo certo”.

Em relação ao recém-nascido, os ritos de cuidado também são desenvolvidos de maneira a prevenir problemas de saúde e proteger a criança dos malefícios a que está sujeita durante o período de resguardo. De uma maneira geral, os ritos desenvolvidos estão de acordo com a representação que as

mulheres têm da criança e baseados nas experiências anteriores com recém-nascidos (Monticelli, 1997).

Impulsionada por estas crenças, e mais especificamente relacionando a lua e suas fases com o nascimento da criança, procurei na literatura e constatei que o ser humano, através da sua história, sempre encontrou grandes interrogações sobre o universo cósmico e seus grandes mistérios. A lua é um corpo celeste que gira em torno da Terra e nela reflete a luz recebida do Sol (Grande Enciclopédia Delta Larousse, 1974). Escrevendo sobre a lua e a mulher, Virgatchik (1983) acredita que a lua sempre teve influência nos acontecimentos femininos relacionando o ciclo da mulher com o ciclo lunar, elucidando, assim, a sabedoria popular dos sujeitos do meu estudo. ⁹

A avó falou: “A senhora sabe... ontem eu cheguei aqui e minha nora estava colocando as fraldas dele no chão, isso não pode. Fralda suja se larga em cima de alguma coisa... numa cadeira, numa bacia, balde, porque senão ele fica **manheiro**”.

O que pude observar é que a proibição destas práticas é temporária, podendo cessar na mesma medida em que se finda o resguardo.

Terminei o banho, e sua sogra falou: “Meu neto! Estás com as mãozinhas quentinhas, o banho foi rápido”. Ela me cumprimentou e me convidou para tomar chimarrão com eles no final da tarde. Naquele momento falei: “Maria, vamos conversar um pouquinho a teu respeito? Como você está?” Ela disse: “Dona Francisca, estou me sentindo fraca, um pouco cansada, meu marido não pode ver o guri chorar que diz: ‘dá maminha’, ‘cuida dele’. Ele se preocupa demais com o guri.”

Continuou: “tenho que fazer tudo, mas não posso, não posso varrer, nem lavar roupa e nem cozinhar antes dos 7 dias para não dá recaída, por que será? Daí eu fico irritada, eu já era assim, se eu não durmo bem, ou tenho as coisas para fazer e não posso, eu me irrita. Minha sogra me ajudava nos três primeiros dias, agora eu fico sozinha, não tenho mãe, meu marido trabalha, minha cunhada também. Ontem o guri nem tomou banho, porque não tinha ninguém para dar. Ainda bem que a senhora veio hoje. Amanhã ele não pode tomar que é o 7º dia, não saio para a rua, nem ele nem eu: dizem os antigos”.

Ela acrescentou: “Choro, às vezes, quando estou sozinha. Cada pessoa que vem aqui diz uma coisa, e eu, mãe de primeira viagem, então sofro... Minha cunhada diz que não posso comer couve, mas no hospital levaram couve para nós, batidinha com ovo. Se fizesse mal elas não levava”. Ela disse: “Os pontos abriram porque fiz as coisas em casa, minha cunhada disse que está feio. Eu pedi para olhar no espelho, ela disse que não, porque se o espelho se quebrar depois, coisa ruim acontece”.

A mesma continuou: “Dona Francisca, hoje entrei no banheiro para tomar meu banho (me lavar), o guri começou a chorar, daí o Cacá (pai dele) disse: ‘vem, ele está chorando!’”. Eu falei pra ele cuida dele, tu és pai. Daí olhei meus pontos no espelho, escondida, e vi uma tetinha pendurada, o que é isso?” Numa linguagem simples e clara, procurei explicar o objetivo do cuidado perineal para melhorar a higiene e o conforto proporcionando a cicatrização do mesmo e evitando a infecção.

O que chama à atenção em todo este processo, é a existência de crenças e práticas populares desenvolvidas pelas puérperas e familiares, no que se referem ao processo saúde-doença. Estas contemplam dimensões simbólicas, às quais levaram-me a relevantes reflexões acerca dos possíveis significados atribuídos ao processo saúde-doença por esta clientela. No caso do meu estudo,

ficou bem claro a importância da proteção do resguardo para puérpera e familiar, como também a prevenção da recaída.

Reforço que, através do método de etnoenfermagem de Leininger – a qual reflete em detalhes observações, reflexões, descrições e experiências sobre o modo de vida das pessoas –, a enfermeira pesquisadora aprende a valorizar e respeitar os pontos de vista destas pessoas, experienciando importantes habilidades de grupos culturais.

No caso desta puérpera, tive que explicar que o seu perineo estava com aparência edemaciada e arroxeadada, o que significava o desenvolvimento de hematoma pouco discreto e que constatei a cicatrização dos demais tecidos da episiorrafia. Orientei higiene diariamente do períneo e troca do absorvente freqüente para ajudar na cicatrização e alívio da dor. Em tom de agradecimento ela disse-me: “Olha! Que bom que a senhora veio! Botei a senhora no serviço, né? Outra coisa que eu queria saber... É verdade que a gente não pode lavar o cabelo quando é menino, até o 7º dia? Os antigos dizem... não lavo, tenho medo de recaída”. Procurei escutá-la atentamente e não demonstrei comportamento repressivo.

As duas mulheres puérperas negaram o banho relacionando-o ao resguardo quebrado – a recaída. A fundamentação teórica e o meu entendimento está descrito no terceiro encontro com a Rose em 08/06/99 no Alojamento Conjunto.

Durante a nossa conversa verifiquei os sinais vitais, observei a episiorrafia, constatei que um ponto se abriu. O útero estava contraído. A mesma parecia mais tranqüila. Observei que ela estava usando o sutiã e perguntei: “Conseguiu colocar o sutiã?”. Ela disse: “Até comprei este, e sabe que é bom mesmo! Não sujo a minha roupa de leite do peito, coloco esta toalhinha, vê se é

assim?”. A Maria estava vestida de pijama de cor bege com vinho e calçava uma pantufa⁸ de cor marfim.

O tempo da visita prestando os cuidados que eu havia planejado previamente somado aos que surgiram, durou 2h e 40min. Por ela eu teria ficado mais tempo. Ela disse: “A senhora volta segunda de novo?”.

Fui a este encontro com o propósito de investigar mudanças decorrentes das orientações durante os cuidados prestados no ambiente hospitalar, relativo aos aspectos biológicos, como episio, ingurgitamento mamário, cólicas e sangramento pós-parto... aspectos culturais, como não lavar a cabeça, não comer certos alimentos, a madrinha cortar as unhas do bebê, não tirar o bebê para a rua até 7 dias de vida... Finalmente, constatei que, durante a minha permanência em sua residência, prestando cuidados, tendo como base o referencial teórico de Leininger, foi possível observar que o encontro foi permeado de crenças e valores que emergem no pós-parto.

A puerpera expressou medo e insegurança em relação aos cuidados prestados ao seu filho e ao autocuidado. Demonstrou, através da expressão facial, conflitos entre o real e o imaginário, caracterizando uma certa ambivalência presente no período puerperal. Parecia feliz com o nascimento do bebê e ao mesmo tempo preocupada por não estar dando conta das inúmeras tarefas domésticas, em detrimento às crenças e valores que permeiam o período puerperal.

Durante a convivência com a Maria e sua sogra, pude observar o poder da sogra exercido sobre a nora, de forma sutil e educada, principalmente quando se tratava de cuidados com o bebê. A Maria não admitia esta situação apontada e se queixava para mim, dizendo que sua sogra queria mandar nela, do

⁸ Pantufa = chinelo de pelego. É um tipo de calçado fabricado de pele de animais, apropriado para regiões de baixas temperaturas.

mesmo jeito que mandava na outra nora que mora no mesmo pátio que ela. Para Foucault (1987), em qualquer relação humana, em que alguém tenta guiar e dirigir a ação do outro, o poder encontra-se presente. Ainda no entendimento deste mesmo autor, o poder não é um objeto, uma coisa, porém uma realidade... não é um lugar que se ocupa, ele se exerce, se disputa, nesta disputa ou se ganha ou se perde. Diante daquela situação, parecia contemplada a dificuldade em compartilhar as questões culturais de um ser humano puérpera e um ser humano sogra. Em que para a sogra tudo aquilo parecia assegurar à mãe de seu neto (sua nora), um puerpério sem complicações, como também uma criança (um neto) com seu bem-estar preservado e pleno.

No encontro seguinte, volto a comentar sobre o relacionamento da Maria com a sogra. Durante o desenvolvimento deste encontro, vivenciei, neste processo de cuidadora, um enfoque cultural, um momento único e particular para mim como um ser humano que sempre prestou cuidados à puérpera com uma preocupação basicamente técnica, proveniente de um modelo assistencial biomédico. Modelo este que é o resultado de uma formação acadêmica, somado ao cargo que ocupo desde o início da minha vida profissional, como docente. Pensei: é um choque cultural meu com a realidade? Então, é imprescindível que eu seja uma cuidadora que transcenda a um modelo técnico e me aproxime mais da visão de mundo das mulheres no pós-parto, o que é preconizado no 1º nível do "Modelo Sunrise".

Considero um ganho para mim, como cuidadora profissional, ver que esta nutriz estava usando sutiã, peça que até então não fazia parte do seu guarda-roupa. Quando a mesma elogiou dizendo: - "Com o sutiã é mais prático, coloco a toalhinha, pois o leite vasa toda hora". Isto representa a repadronização/reestruturação do cuidado cultural, pois modificou hábitos na sua vida na busca de padrões novos e diferentes, com significado cultural satisfatório (nível três do "Modelo Sunrise" de Leininger). Com relação à organização do

material para troca do curativo do coto e banho do bebê, está de acordo com o segundo nível de ação do “Modelo Sunrise”, em que a enfermeira poderá acomodar ou negociar o cuidado adaptando ou ajustando ao cuidado a cultura da cliente.

Antes de iniciar a descrição do segundo encontro, saliento que, naquele dia (14/06/99), às 11h e 30min eu havia telefonado para a Maria com o objetivo de confirmar a visita domiciliar às 15 horas, como havíamos combinado dia 08/06/99, quando fui levá-la a sua residência. Ao falar comigo ao telefone, queixou-se de dor nos pontos, que sua cunhada olhou e achou inflamado. Acrescentou que achava que seu filho estava com amarelão e deu chá de raiz de salsa e agora está dando chá de manjerona. Falou: “Dona Francisca, estou esperando a senhora, quase lhe liguei ontem, mas não quis incomodar”.

Percebi naquele telefonema um vínculo muito forte com esta puerpera e para mim foi gratificante tanto como ser humano quanto como cuidadora profissional.

Nome fictício: Maria

Local: No domicílio

2º Encontro – dia 16/06/99

Às 14h e 15min do dia 16 de junho, estava levando minha outra cliente da Prática Assistencial para sua residência, quando o celular tocou. Era a Maria, com queixas tanto referentes a ela, quanto ao bebê. Pediu para eu ir até sua casa. Chegando lá às 15 horas, a mesma solicitou para eu dar o banho do seu filho, pois ontem ele não tinha tomado, que era o 7º dia de vida e não pode dar banho para não ter o mal de sete dias. Pediu para olhar o umbigo que estava inflamado.

Ao realizar a higiene no recém-nascido não percebi nada de anormal. O coto estava necrosado, para cair a qualquer momento. Ela disse: “a senhora chega aqui e eu lhe boto no serviço... a senhora é mais que doutora!”.

A sogra de Maria estava recolhendo a roupa da corda e arrumando as coisas para levar o neto para sua casa. Ela me disse: “Enfermeira, vou levar meu neto para minha casa. Lá a casa é defronte para onde vai aparecer a lua, e aqui não dá porque a casa é virada, esse guri tem que ser mostrado duma vez para a lua, para acabar essa função das roupas”. E me indagou, dizendo: “Está nublado. A senhora acha que vai chover? Pois ontem foi lua nova e hoje o céu tem que estar limpinho, para a gente enxergar bem ela (a lua)”. A sogra falou: “Esse guri lá na vó vai fugir da mãe e vai pra minha cama. Meu neto de três anos, quando nasceu, passou onze dias lá em casa. Quando foram embora eu chorava dia e noite e a mãe dele dizia: ‘eu não dei meu filho pra senhora criar, só deixava cuidar dele, mas ele é meu’”. Acrescentou que com o outro neto fazia tudo... dava banho, escolhia até a roupa de vestir na hora do banho. Nesta fala da sogra da Maria volta a aparecer o poder da sogra sobre a nora e sobre outros membros da família.

Chauí (1997) relata que na Grécia, antigamente, a família era uma unidade econômica constituída pelos antepassados e descendentes: pai, mãe, filhos, genros, noras/sogro/a, sobrinho/a, netos/as e bens materiais que eram propriedade do patriarca (despotes ou pater-familiar). Portanto, ao buscar reforço na literatura para auxiliar na análise dos meus achados, entendo que a questão do poder nas relações culturais é um hábito milenar.

Ao consultar a literatura constatee que no desenvolvimento dos trabalhos caseiros e no cuidado das crianças, a mãe se utiliza da ajuda da filha e quando esta tem seus filhos, sua mãe e outros familiares mulheres a ajudam. A

rede se completa quando ela se torna avó e passa a ajudar seus filhos ou noras (Both, 1976).

O que confirma a fala da Maria quando eu perguntei: “E você, Maria? Como está se sentindo? Vai para a casa da sogra ficar uns dias?”. Ela respondeu: “É, todo mundo quer. Meu filho já se adaptou bem em casa, acho que agora posso tirar ele para outra casa. E eu também aqui nem descanso muito, é muita visita e estas escadas é ruim, nem faço repouso”.

Parecia que nesta fala, a Maria dependia da sogra para uma maior segurança e bem-estar, enfatizado pelo repouso que é um cuidado imprescindível à mulher no pós-parto. Esta atitude caracteriza os sentimentos ambíguos deste momento singular na vida de uma mulher. Pois, ao ir para a casa da sogra naquele momento, tudo iria melhorar.

Segundo Arendt (1997), o poder não pode ser armazenado e mantido em reserva para casos de emergência, como um instrumento de violência. O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam e quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais. É o poder que mantém a existência, e o espaço potencial da aparência entre os homens que agem e falam. O poder é a potencialidade e passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam.

Ao realizar exame físico na Maria, não constatei nenhuma intercorrência, apenas um ponto na epísio que se abriu. Sua higiene corporal estava satisfatória, com exceção da cabeça, que não lavava para não ter recaída.

Analisando esta realidade que vivenciei com a mãe e o bebê, não posso deixar de considerar a minha grande preocupação em preservar e manter o cuidado cultural através de ações profissionais. Procurei focalizar o apoio, o

auxílio e capacitar esta mãe para preservar e manter hábitos de higiene favoráveis, propiciando um cuidado congruente com a sua cultura (o quadro operacionalização do processo auxilia na compreensão desta ação).

Confesso que ocorreu um vínculo muito rápido com o binômio mãe-filho, talvez, pela aproximação desde a internação em que prestei cuidados no puerpério imediato, no qual a mãe se encontrava na fase de aceitação.

Acredito que o vínculo entre a enfermeira e a Maria, de forma satisfatória, aconteceu pela não imposição das práticas no início dos encontros ainda no hospital, como também, por influências recíprocas em que ambas se utilizaram de experiências comuns, no que se refere ao cuidado com o bebê. Esta modalidade de ação precisa ser incorporada pelos/as profissionais e principalmente pela enfermeira, para que no processo de cuidar possa descobrir e aprender a compartilhar do que tem aprendido (Collière, 1999).

Segundo Freitas (1993), “na fase de aceitação, a puérpera é passiva, dependente dos outros e demonstra uma característica própria deste período que é a ambigüidade, tais como: sono/insônia, tristeza/alegria, segurança/insegurança...”. As características marcantes nesta fase estiveram ligadas aos aspectos emocionais e principalmente aos aspectos culturais.

Reforço dizendo que esta fase de aceitação coincidiu com o objetivo central da disciplina de Prática Assistencial, que desenvolvi e que consistiu em prestar o cuidado cultural à puérpera acompanhada do familiar, procurando conhecer as crenças e os valores que permeiam o período puerperal. Saliento que, no decorrer da mesma, tive a necessidade de adaptar os três níveis de ações do cuidado cultural de Leininger, aos cuidados populares desta clientela, respeitando as suas crenças e os seus valores difundidos nas suas culturas, usando

vocabulário simples que tinha o mesmo significado técnico e que foi apreendido e compartilhado com a puérpera e familiares.

Como exemplo, gostaria de relatar um contato telefônico com a Maria em 18/06/99, às 17h e 40 min, para saber como haviam passado ela e o bebê de terça-feira até aquele dia, pois na terça havia feito uma visita a sua residência e se a Lua aparecesse todos iriam para a casa da sogra. No momento em que liguei, ela estava na sogra, trocando o nenê e naquele instante caiu o coto. Ela falou: “Dona Francisca, caiu o umbigo bem na hora que a senhora falou com a gente. A senhora ajuda até pelo telefone”.

Nome fictício: Maria

Local: No domicílio

3º Encontro – dia 21/06/99

O terceiro encontro com a Maria foi na casa de sua sogra, pois a mesma estava lá desde a apresentação do bebê à Lua, no dia 16 daquele mês.

Chegando lá, procurei prestar os cuidados em primeiro lugar ao bebê, como fazia das vezes anteriores. O bebê continuava um pouco icterico e ao trocar a fralda percebi que o coto havia caído e perguntei o que fizeram com o umbigo, quando caiu. A avó respondeu:

“Está guardado nesta caixinha (abriu uma gaveta da cômoda e me mostrou). Vou enterrar com cuidado para os ratos não comer. Nós vamos numa estância, e enterrar na porteira da fazenda, para quando meu neto crescer ter sorte, ser rico e fazendeiro. Lá na porteira tem quantidade de umbigo” (Sogra da Maria).

Fui a este encontro muito preocupada com a posição que Maria amamentava seu filho. Pedi para ela sentar e coloquei o bebê para mamar

escanchadinho na coxa e ela agarrando ele nas costinhas. A mesma riu, olhou para mim e disse: “Parece um macaquinho!”. O bebê abocanhou muito bem o peito. Expliquei dos riscos que o bebê estava correndo em relação a infecção do ouvido médio. Brincando disse para ela: “Você vai me prometer que a partir de hoje só vai amamentar nesta posição.” A mesma falou: “Eu gostei. Já não agüentava mais meus cotovelos cheios de calo de amamentar escorada neles”.

Refletindo, depois, percebi que esta minha atitude foi contrária a Teoria de Leininger, como também poderia estimular uma relação de infantilização. Porém saí dali realizada profissionalmente, pois havia promovido a repadronização do cuidado cultural preconizado por Leininger, numa situação específica, em que havia riscos à saúde do recém-nascido.

Segundo Silva (1990), a amamentação assume significados diferentes entre as várias culturas, sendo um comportamento social mutável, conforme as épocas e costumes. Para os humanos, este parece ser um comportamento que, embora considerado natural, está baseado em parte no aprendizado e na experiência e principalmente desenvolvido pela observação e exemplos (Fadul et al, 1983 e Sepúlveda et al, 1983).

Além dessa situação, ainda outras foram consideradas importantes durante as ações de reorganização do cuidado. Uma delas diz respeito ao uso da faixa de umbigo (cinteiro), na prevenção da “hérnia umbilical”. No momento em que tirei a fralda do bebê, o mesmo estava com a faixa molhada de urina. Procurei fazer com que a mãe entendesse que a faixa seria desnecessária. Pois, se a criança tem tendência a hérnia umbilical não seria a faixa que iria preveni-la. A mãe acrescentou que “se a criança chora rende o umbigo, e a faixa sendo bem colocada não precisa usar uma moeda no umbigo para curar”.

Os ritos com o coto umbilical são claramente ritos de passagem, associados à fase de transição por que passa o organismo do recém-nascido. “Na tentativa de controlar este estado de perigo que emana da natureza, as mulheres estabelecem e desenvolvem ritos de prevenção e proteção, que são ritos culturais” (Monticelli, 1997, p.192). O coto umbilical é a continuidade do vínculo social entre mãe e filho, como um intenso significado de comunhão (Gennep, 1978). O quadro operacionalização do cuidado ajuda a entender como agi durante esta situação.

Finalizando a descrição e análise dos encontros com a Maria, gostaria de evidenciar que a disponibilidade de atender às solicitações da mesma, foi possibilitando um convívio bem maior que o esperado. Assim, as solicitações extras foram atendidas, exigindo mais visitas domiciliares e contatos telefônicos. Por exemplo, no dia 24/06/99, liguei novamente para a Maria para dizer que havia marcado a consulta no pediatra para o bebê. A mesma verbalizou: “estou levando o guri na benzedeira, ele está tomado de quebranto, chega a dormir de olho aberto. Levei ontem, vou levar hoje e amanhã, para ele se curá!”. Ainda acrescentou: “Eu durmo com ele no claro pois ainda não batizei em casa e enquanto não batizá não pode dormir no escuro”. O quadro operacionalizando o processo auxilia na compreensão de como eu procedi na realização das ações. Tanto a prática do batismo em casa quanto a benzedura para mau-olhado foi relatado pelas duas mães. Analisarei na segunda visita domiciliar da Rose.

Inicialmente, planejei visitar a Maria uma vez por semana, o que não foi possível ocorrer durante a prática. A Maria era uma puérpera que se sentia cheia de dúvidas. A sogra sutilmente comandava a casa, como referenciei anteriormente, deixando a nora sem poder de resolutibilidade das situações próprias do puerpério, necessitando, por conseguinte, de um convívio maior. Portanto, a saída do campo propriamente dito, não se deu, até hoje. Atualmente nos falamos por telefone para comentar do filho e dizer que está tudo bem.

6.2 Puérpera Rose

6.2.1 No Hospital

Nome fictício: Rose

Local: Alojamento Conjunto

1º Encontro – dia 07/06/99 (à tarde)

A visita preliminar à escolha desta puérpera da enfermaria de nº 315 para participar da prática assistencial, aconteceu em 07/06/99, por volta das 14h e 30min, quando estava sendo concretizada a sua internação hospitalar, ainda parturiente. Às 14h e 30min, quando cheguei à maternidade com o objetivo de visitar as clientes da enfermaria 315, local em que desenvolveria minha prática assistencial, tive a felicidade de constatar que todos os leitos estavam ocupados. Fui até a enfermaria e visitei todas as clientes, porém não coloquei o porquê da minha presença ali. Foi quando conheci a Rose; fazia apenas poucos minutos que tinha sido internada. Ela estava um pouco assustada e me disse: “tenho duas cesáreas anteriores, **não tenho espaço para ganhar de parto normal**⁹, acho que vai ser cesárea de novo”. A mesma se encontrava na companhia de sua mãe.

Ao que parecia, preferi não arriscar prematuramente sobre o tipo de parto desta parturiente, diante do que foi relatado pela mesma. Procurei acalmá-la, dizendo: “uma vez cesárea, nem sempre cesárea”, e acrescentei “vamos pensar positivo, confiar na equipe de plantão e tudo vai dar certo!”.

⁹ “Não tenho espaço para ganhar de parto normal” é uma expressão usada pelas mulheres que apresentam desproporção céfalo-pélvica, ou seja a cabeça do feto é maior que a pelve da mãe, sendo indicado o parto cesáreo.

Nome fictício: Rose

Local: Alojamento Conjunto

2º Encontro – dia 08/06/99

Com o intuito de selecionar a puérpera para participar da prática assistencial, em 08/06/99, às 07h e 30min da manhã, relatado anteriormente, Rose – 315-E, estava em infusão, com soro glicosado, 500 ml a 5%, deitada no leito, sem travesseiro. Imaginei: “Esta mãezinha fez cesárea novamente. Não tem os pré-requisitos para participar do meu estudo”.

Ao me aproximar do leito, sua mãe já foi sorrindo para mim e disse “meu segundo filho faz Enfermagem...”. Chamou-me no corredor e pediu para conversar comigo. Fez queixa que sua filha estava com tosse e que se encontrava cansada de cuidá-la sozinha, que não tinha dormido à noite, o bebê só mamava. Achei aquilo um simples desabafo. Realmente ela é uma senhora muito simpática. É aposentada, tem o 2º grau completo (Magistério), era professora como alfabetizadora, num colégio estadual.

Comecei a prestar cuidados a Rose e então resolvi convidá-la para fazer parte do meu trabalho, mesmo sendo uma puérpera de parto cesáreo. Ela aceitou e sua mãe me disse: “era tudo que eu queria!”.

Fui até o posto de enfermagem e verifiquei sua prescrição do dia. Dieta líquida, curativo, voltaren 75mg, 1 comprimido de 8/8 horas, paracetamol gotas, 30 gotas de 6/6 horas, controle de sinais vitais, methergin, 1 amp. IM e soro glicosado a 5%, 500 ml, 15 gotas por minuto. Troquei o curativo da cesárea com álcool 70%. A ferida se encontrava limpa. Percebi pequena irritação na pele do abdômen, como se fosse escabiose, como também um processo alérgico ao esparadrapo. Sinais vitais dentro dos padrões normais e o sangramento em quantidade e aspectos normais.

Este segundo encontro caracterizou-se pela reação de empatia com a mãe desta cliente, partilhando os sentimentos que permeiam as relações do cuidado no ambiente hospitalar. Reconheço o fato de que o estresse, o cansaço e até mesmo a irritação foram aliviados, a partir do momento em que a mãe da Rose pôde falar sobre esses aspectos, o que mostrou para mim que prestar o cuidado significa não me deter apenas na realização dos procedimentos com a puérpera. Portanto, foi observado com maior evidência que o vínculo estabelecido se deu, já neste segundo encontro, tranquilizando o familiar e minimizando o estresse.

Burroughs (1995) comenta que o apoio pode ser dado pelo marido, pela mãe, uma amiga, ou pela enfermeira. A puérpera pode ter apoio de qualquer pessoa em que ela confie. A enfermeira pode também dar atenção à pessoa que estiver apoiando a puérpera.

Nome fictício: Rose

Local: Alojamento Conjunto

3º Encontro – dia 08/06/99, (à tarde)

Neste terceiro encontro, planejei conversar um pouco com ela, uma vez que, anteriormente, a mesma se encontrava sob efeito do parto operatório. Rose encontrava-se no leito, em decúbito dorsal, já sem travesseiro e sem infusão de soro. Sua mãe estava ajudando a pôr o bebê para mamar. Falou que estava indisposta e não havia levantado ainda. Estimulei-a a deambulação, auxiliiei a levantar pela primeira vez, para tomar banho, pois imaginei que ela estivesse há dois dias sem tomar banho. Ela verbalizou que não tomava banho para não ter recaída, porém iria “se lavar”.

A Rose estava vestida com um blusão de lã azul, uma calça bailarina de cor preta e meias de lã amarela, e embaixo das cobertas. Cabelos não penteados. Queixou-se de fome e prurido no corpo. Sua mãe me pediu um

canudo para a mesma tomar um líquido. Fui até a copa, porém esta se encontrava fechada. Fiquei fazendo companhia a Rose enquanto sua mãe foi até a lancheria do hospital pegar um canudo.

As puérperas com as quais convivi no período do estudo, mostraram-se desmotivadas e negaram o banho, relacionando-o ao “resguardo quebrado”, à “recaída”. Se para a enfermeira, a lavagem da cabeça está associada à patogenicidade e às normas de asseio corporal, para as puérperas, a construção cultural segue uma outra lógica, a de que lavar a cabeça leva à recaída, a enfermidade mais temida do período do resguardo (Monticelli, 1997). De uma maneira geral, durante o trabalho de campo, a questão de lavar a cabeça surgiu com bastante relevância para as mulheres e familiares. Tanto Maria quanto Rose expressaram suas crenças e posteriormente esta prática será referenciada novamente do ponto de vista profissional e comparada com a literatura consultada. No “quadro operacionalizando o processo”, exponho como procedi com relação a esta prática.

Tentei conversar um pouco com a Rose, a mesma parecia triste, falou um pouco do seu serviço, das crianças, porque fui “puxando” conversa. Senti dificuldade, a mesma não se abria comigo. Chamou-me a atenção o fato de ela não receber visitas, esposo, parentes, colegas de serviço, o que é rotineiro em maternidade. Pensei em conversar depois com ela a esse respeito. Como era o período da tarde, bem no horário de visitas, a enfermaria estava cheia de gente. Inclusive a sua mãe foi em casa e ela ficou sozinha comigo. A mesma falou que a filha de seis anos já estava na escola, comentou que nos finais de semana trabalhava, às vezes, até às quatro da manhã, até acabar o movimento, daí o dono a liberava.

Preocupou-me a indiferença que esta mãe deixava transparecer. Em relação a isso, associado à ausência do companheiro, Leboyer (1988) comenta que a puérpera, com a presença do companheiro, preenche de maneira particular

as suas necessidades psicológicas e sociais. Acredito que a participação e a presença ativa do companheiro, não como um mero espectador, mas como agente construtor do nascimento do seu filho, é fundamental para o bem-estar da mulher no período puerperal, durante sua internação.

Nome fictício: Rose

Local: Alojamento Conjunto

4º Encontro – dia 09/06/99

Às 7h e 30min da manhã, ao entrar na enfermaria nº 315, cumprimentei todo mundo, pois a senhora da copa distribuía a bandeja com o café da manhã, pão francês, café com leite e manteiga. Perguntei: “Rose, como passou a noite?”. A mesma se queixou de sono e disse: “Passei toda a noite dando teta para o nenê”. Indaguei: “Posso dar banho nele? Só assim ele relaxa, dorme e deixa você descansar um pouco”. Notei que ela estava com um olhar triste e preocupado, conversava muito pouco, só respondia aquilo que eu perguntava. Dei banho parcial no bebê, realizei curativo no coto e testei reflexos. A avó participou mais de todos os cuidados que prestei ao bebê alcançando roupinhas e se desculpando por ter pouca roupa, pois achava que o parto seria normal e só trouxe duas mudas de roupa.

Após prestar cuidados ao bebê, lavei as mãos e comecei os cuidados com a mãe. Ao exame físico, constatei mucosas descoradas, mamas ainda macias, mas com a presença de colostro, curativo limpo, ferida em fase de cicatrização, o processo alérgico ao esparadrapo com aspecto avermelhado, formado o “**globo de segurança de Pinard**”¹⁰ e sangramento normal.

A Rose não havia tomado banho. Eu não quis tocar no assunto diretamente. Outras mães estavam indo para o banheiro. No meio da conversa

¹⁰ Globo de segurança de Pinard é uma expressão técnica que significa útero contraído. Sinal importante de ausência de hemorragia no pós-parto.

indaguei se a mesma lavava a cabeça na menstruação, ela respondeu: “Não, a gente tem medo, né! O sangue pode subir para a cabeça”. Questionei novamente: - E nos outros filhos? você lavava a cabeça? Ela respondeu: “Tomo banho normal depois de 10 dias e a cabeça vou lavar depois da quarentena, é menino, né? Senão dá recaída.”

Neste encontro, a mãe de Rose me questionou sobre o fato de ter sido um parto cesáreo novamente. Pelo que foi relatado por elas, compreendo que, em termos técnicos, o motivo que a levou a submeter-se à cesárea foi desproporção céfalo-pélvica. Na tentativa de refletir e encontrar motivos para a tristeza da puérpera e por a mesma permanecer o tempo todo calada, recorri a literatura. Para Leboyer (1988, p.78), “a cesariana é um rito de passagem frustrado e que o parto confirma ou não a mulher a sua capacidade de colocar uma criança no mundo”. Diz o mesmo autor, “é um rito que marca profundamente o inconsciente da mulher, fazendo com que a mesma se sinta ‘fracassada’, quando em conversa com outras mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal. Outro fator negativo para muitas mulheres, é que a cesariana coincide com uma primeira hospitalização, fonte de muito estresse e tensão”. Sem dúvida para mim continuou uma situação impactante, pois seria um sonho dar à luz como desejamos, onde e como queremos. Finalmente pensei, associada a esta gama de suposição, teria um outro aliado: a depressão pós-parto, que não é um acontecimento raro no puerpério.

Nome fictício: Rose

Local: Alojamento Conjunto

5º Encontro – dia 10/06/99

No quinto encontro com esta mãe, preocupava-me o não tomar banho, a escabiose, o processo alérgico ao esparadrapo e a tristeza estampada, visivelmente, no seu rosto. Encontrei-a sentada pela primeira vez, pois nos outros

dias estava deitada e toda coberta. Fez um ar de riso para mim. Perguntei como havia passado a noite, obtendo como resposta: “Dormi pouco. O guri mama toda hora, dorme mais no peito que no berço”. Falei que iria dar banho nele. Sua mãe disse: “pode dar, filha, pois parece que vamos embora hoje e eu só troquei ele às 10 da noite”.

Ao dar banho, percebi as roupinhas de baixo pelo avesso e questionei com a avó, ela falou: “É para ele controlar o sono, está trocando o dia pela noite e tem que acostumar de cedo”. Perguntei: “quem vai dar o banho no bebê em casa?” A avó respondeu: “eu que cuido deles quando nasce e curo o umbiguinho até cair”. Especificamente, as ações realizadas por mim estão incluídas no quadro “operacionalizando o processo de cuidar”.

O depoimento da avó mostrou o quanto é diferente a cultura profissional da cultura popular. Vendo outro contexto, pude perceber que esta avó estava visivelmente cansada, envolvida em todo um ritual hospitalar, pois sua permanência no hospital foi constante, desde a internação da filha com um período longo, por seu parto cesáreo. Aquilo que é envolto em ambiente familiar, personalizado e dentro de um sistema festivo e compartilhado, passou a ter uma conotação que é comparada, ao “cuidar de um doente”, mesmo que eles (o binômio mãe-filho) não estivessem.

Cumprindo a rotina hospitalar após prestar cuidados ao bebê, fui atender à mãe. Como era pela manhã, fiz exame físico, troca de curativo da cesárea. observei sangramento. As condições de higiene eram precárias, pois a mesma não tomava banho, apenas havia feito higiene íntima antes do café. Ela referiu ter evacuado, que é pré-requisito para alta hospitalar. Informei o fato aos médicos residentes da Obstetrícia e da Pediatria. Expliquei que a puerpera fazia parte do meu estudo e que eu iria acompanhar as visitas dos mesmos.

Durante todos esses anos que atuo na maternidade não havia acompanhado visitas médicas. Nestas visitas, cada profissional faz a sua parte de forma fragmentada. Só evidenciei este fato fazendo a Prática Assistencial. Quanto à visita da pediatra, ela enfatizou o aleitamento materno, cuidado com o coto, revisão médica com 10 dias, o uso do talco e entregou um roteiro de orientação para o bebê. Ela verbalizou exatamente assim: “Mãezinha, não vou dizer muita coisa, porque já sei que vais ter a Francisca por perto, portanto, estás bem acompanhada”.

Em seguida, veio o médico residente da Obstetrícia e conversou com ela, deu uma olhada no curativo e orientou revisão pós-parto, entregou uma receita de paracetamol gotas, 30 gotas quando sentir cólicas, e sulfato ferroso comprimido, por 30 dias, uma dose diária. Naquele meio tempo, eu estava sozinha com a Rose, pois sua mãe pediu para eu cuidar da mesma enquanto ela iria em casa dar uma arrumada, pois desde segunda-feira que ela estava no hospital com a filha. Depois arrumei as bolsas com ela e liguei do meu celular para uma vizinha de sua mãe e avisei da alta e que eu iria levá-la em casa. No dia anterior, eu tinha levado a outra cliente em casa, por dificuldade de reconhecer os endereços. Naquele momento, algumas acompanhantes achavam que eu era Assistente Social e outras falavam: “a senhora é muito humana, Deus vai lhe ajudar muito na vida”. Uma falou: “Esse trabalho da senhora é muito bom, é uma pena não ser com todas”. Nesse momento, lembrei-me das aulas de Prática Assistencial quando uma professora dizia: “Vocês não podem tumultuar os serviços, o que vão trazer de benefícios com a prática?”. Naquele momento refleti sobre o meu papel de enfermeira pesquisadora junto à puérpera e os familiares, principalmente marido, sogra, mãe, irmã, cunhada..., enfim cuidadores que aceitaram colaborar com o estudo.

Então, coloquei-me diante de um dilema ético: o fato de levar ou não levar a puérpera em casa. Nesta situação, as mães tinham características

próprias inerentes a fase puerperal que experienciavam e que é transitória. Demonstravam também uma certa fragilidade própria da fase de aceitação que perpassa o período puerperal. É sabido que as mulheres no pós-parto instintivamente necessitam sedimentar o vínculo com outras mulheres que lhes passam experiências positivas. Por tudo isso, procurei estabelecer um vínculo, no que resultou para aquelas puérperas uma fonte de afetos diversos e variados, em que compartilhei suas dúvidas e suas ansiedades. Contudo, é importante ressaltar que dependendo do apoio que a mulher recebe logo após o parto, ela poderá adquirir a capacidade de cuidar cada vez mais de seus filhos, sua casa, facilitando o processo de maturação interior.

Portanto, gostaria de deixar bem claro que, para mim, o fato de levar as puérperas em suas residências, algo que não é comum no cotidiano dos/as cuidadores/as em saúde, não seja confundida como uma atitude de abnegação, doação ou assistencialismo, e sim percebido, por nós profissionais enfermeiros/as, como uma manifestação de solidariedade com outro ser humano – a puérpera. Entendo que neste caso houve, também, um acerto da pesquisadora com as puérperas pela dificuldade de encontrar os endereços, ou seja, de conhecer o local onde as mesmas moravam.

Continuando a descrição do encontro, a puérpera passou na recepção e pegou o papel para fazer o registro de nascimento do bebê. Fomos até o banco de leite, e a auxiliar de enfermagem orientou sobre o aleitamento materno, vantagens para a mãe e para o bebê. Não questionou, só orientou, informou e não tocou no bebê. Quando íamos para casa, tentei conversar um pouco com a Rose, para conhecê-la melhor.

Percebi que a Rose é muito fechada, muito reservada, sua mãe que responde tudo por ela. Chegando em sua residência, senti um pouco de medo ao

entrar naquela rua cheia de buraco e diferente das por mim conhecidas. Mesmo assim entrei, vinha sua mãe, daí apareceu uma menina de 6 anos, a M., uma de 3 anos, a B., suas filhas, como também um menino de onze anos, seu irmão e uma mocinha de 13, sua irmã. Seu companheiro não estava em casa. Depois, fiquei sabendo que ele não mora com ela. Eu disse: “E o pai do bebê, já conhece o filho?”. Ela falou que não. O mesmo deve estar trabalhando. Ele trabalha num condomínio residencial, como guarda”. Ao me despedir da família, deixei uma visita marcada para o dia 16/06/99, às 15 horas.

Ao final deste encontro, após conhecer o ambiente em que vive esta família, foi viável constatar as condições sócio-econômicas como possíveis determinantes do processo saúde-doença e o “padrão de vida”, podendo estar ligada à aparência física da puérpera, vinculadas também à escabiose e micoses detectadas durante os cuidados prestados na maternidade.

Deste modo considero pertinente minha preocupação constante com a higienização desta puérpera. Neste caso, concordo que água e sabão são aliados “fiéis” na prevenção e cura de doenças. Diante desta situação, senti dificuldade em relacionar-me com a puérpera, falando sobre o meu cuidado profissional, necessitando fazer a repadronização. Portanto, reconheço que na condição de cuidadora profissional este caráter disciplinar proporciona um arcabouço de segurança ao desenvolver ações de saúde como um instrumento de transformação cultural. Para o entendimento de Leininger (1991), as ações profissionais estabelecem apoio, auxílio e capacitam o cliente para que preserve ou mantenha hábitos de saúde favoráveis, ou restabeleçam doenças.

6.2.2 No Domicílio

Nome fictício: Rose

Local: No domicílio

1º Encontro – dia 15/06/99

O primeiro encontro no domicílio ocorreu em 15/06/99, antes do dia marcado, por solicitação da sua mãe.

Hoje pela manhã eu estava no hospital com alunos/as quando o celular tocou. Era a mãe de Rose dizendo que a mesma estava com os pontos infeccionados, que ontem à noite ela veio parar no hospital e que o médico achava que dependendo da evolução ela iria ser internada. Pedi-me uma carona, ou seja, para eu ir buscá-la em casa e a levar no ambulatório às 13 horas, para o médico ver. Chegando lá, por volta das 13h e 10min, a Rose me esperava na frente, com o bebê no colo. Fomos, eu, ela, o filho e seu irmão de 11 anos. Ela disse: “Dona Francisca, muito obrigada por tudo que a senhora está fazendo por mim.” Fomos para sua casa de volta. Chegando lá, perguntei se eu poderia entrar e conversar mais um pouco com ela, apesar de estar marcada uma visita para amanhã, às 15 horas.

Ao entrar, começamos a conversar. Ela me disse que no outro parto também infeccionaram os pontos. Verbalizou não tomar banho nos 10 primeiros dias e que a cabeça só lava quando acaba a quarentena. Cheguei a conclusão que a falta de higiene fez com que a ferida operatória infectasse realmente, mesmo ela dizendo que fazia curativo diário com soro fisiológico e gaze. Perguntei se estava se alimentando bem, falou que sim, porém não dava para comer tudo que gosta para não dar cólicas no bebê. “Olha, não como couve, laranja, chimarrão que eu adoro”. Falou que domingo comeu uma laranja e o bebê passou a noite chorando com cólicas e teve diarreia forte.

Continuando a conversa, a Rose acrescentou: “O guri trocou o dia pela noite, eu já coloquei as roupinhas de baixo pelo avesso e ele melhorou um pouco. Também a mãe tem que fazer tudo, e deve ter deixado fralda dele para pegar o sereno, e a senhora sabe, a lua deixa a criança com cólica. Quando ele tem cólica e chora eu coloco a faixa de umbigo para não crescer”.

Diante deste depoimento, pude perceber diferentes significados no que diz respeito às práticas populares entre Maria e Rose. Quanto à alimentação para a Maria, ficou evidente que a proibição de certos alimentos diz respeito à proteção do resguardo e à prevenção da recaída, a fim de evitar o aparecimento da doença ou até a morte. No caso da Rose, certos alimentos ingeridos pela mãe provocam cólicas no bebê, principalmente alimentos ácidos e o chimarrão.

Para mim, tanto o significado dos alimentos, como colocar a roupa do bebê pelo avesso e as fraldas pegar o sereno em noite de lua, foram práticas populares preservadas, buscando compartilhar com o cuidado cultural desta clientela. Com relação à prática da faixa de umbigo foi uma ação que necessitou ser reorganizada. Para implementar este modo de ação, utilizei uma abordagem participativa, considerando o referencial teórico proposto que revela o próprio cuidado, como uma prática educativa (ver quadro “operacionalizando o processo de cuidar”).

Ela relatou que: “A filha de 6 anos e este agora é do mesmo pai, e a filha de 3 anos é de outro pai, ele era casado, mas viveu comigo 4 anos, me deixou quando engravidei. É sempre assim, pode ser amante muito tempo, a gente engravida eles não querem mais saber. Eu não vivo com o pai desse aqui. O mesmo nem foi me visitar no hospital. Ele é casado vive com outra e tem filhos, mas ele adora as minhas crianças e ajuda a criar”. A Rose continuou falando e disse: “Não quero mais filhos, como posso fazer para ligar? O medo que eu tenho é de ficar ‘diferente’, tem mulher que fica, e tem mulher que fica

gorda, porque será?”. Questionei com a mesma se, por ela só ter 24 anos, não seria muito jovem para fazer ligadura tubária.

Num contexto globalizado de saúde e direito das mulheres relativo ao uso de contraceptivos no Brasil, por costume e padrão cultural, apenas existem dois modos prevalentes de intervenção no ciclo de fertilidade das mulheres: a pílula e a esterilização. Apesar da existência de outros métodos contraceptivos, tais como o dispositivo intra-uterino, condom e diafragma, todos oferecidos nos serviços de assistência à saúde da mulher.

Assim, no que se refere aos métodos contraceptivos prevalentes, segundo Scavone (1996), parece não haver contradições – há prescrições normatizadas: ou a esterilização ou a pílula. No caso da esterilização, é preciso investigar o que leva a mulher a se deixar mutilar, a deixar de ser para poder ser, e deixar de ser completa para se completar no gozo com seu parceiro. Não são caminhos construídos pelas próprias mulheres. Foram ofertas do mercado das tecnologias biomédicas, respondendo também o desejo de evitar a gravidez por parte destas mulheres. Por exemplo, cerca de 12 milhões de mulheres brasileiras estão esterilizadas e no Nordeste, 19% deste total são mulheres com menos de 25 anos, região onde se concentra a maioria da população negra (Roland apud Scavone, 1996).

Nome fictício: Rose

Local: No domicílio

2º Encontro – dia 16/06/99

Hoje às 13h e 10min fui na residência da senhora Rose para levá-la ao médico novamente para troca de curativo, em virtude de sua infecção de parede, o que acontece rotineiramente nos seus partos, possivelmente por falta de higiene. Novamente foi junto para o ambulatório seu irmão R., de 11 anos. e

também seu bebê. Sua mãe me perguntou: “Não quer levar este nenê para a senhora?”. Acho que vais terminar adotando”. Respondi que não, e que o objetivo do meu trabalho era outro, e expliquei com detalhes.

Naquele momento a preocupação era muito grande em relação à infecção desta cliente. Até ontem eu não sabia se falava com ela a respeito do banho, pois sua cultura estaria influenciando e prejudicando diretamente sua saúde. Daí conversei com minha orientadora e a mesma achou por bem eu entrar direto no assunto da higiene corporal, mesmo conhecendo seu padrão de cuidado cultural, que inclui não tomar banho até 10 dias após o parto e só lavar a cabeça após a quarentena (40 dias após o parto). Então, recorri mais uma vez a Leininger, na tentativa de solucionar este problema, acomodando o cuidado terapêutico usado por elas (mãe-filha), no tratamento da infecção de parede, o qual estava alterando o seu estado de saúde. Expliquei para a Rose que o curativo só ficaria bem limpo se a mesma tomasse banho, ou seja, lavasse todo o corpo com água e sabão diariamente e, principalmente, o local dos pontos.

Na dúvida, se a Rose aceitaria a nova forma de cuidado, por prevalecer o conteúdo cultural, conversei com ela na ida para o ambulatório. Eu, sentada na frente, dirigindo, e ela atrás com seu filho e seu irmão. Para mim, foi mais fácil assim do que talvez sentada na sua frente. Durante a nossa conversa ela disse: “a mãe lava os pontos só com aquela agüinha”. Daí perguntei: “Que agüinha?”. Ela respondeu: “Chá de marcela”. Então, percebi que eu estava enganada, pois quando ela e sua mãe me relataram no dia anterior da visita que lavava com aquela agüinha, eu achava que era soro fisiológico (cloreto de sódio) que poderia ser mesmo um soro caseiro, não o chá, sem sal.

Chegando no ambulatório, procurei a enfermeira de plantão, que foi minha aluna. A mesma providenciou o procedimento a ser feito. O médico, também conhecido de muitos anos, achou que a infecção tinha diminuído 50% e

disse que ela continuasse com o voltaren de 6/6 horas e o keflex também, com o mesmo intervalo, por mais 10 dias. Mandou a mesma retornar sexta, dia 18, no mesmo horário e que o curativo deveria ser trocado 3 vezes ao dia, por uma “enfermeira formada”, para que fosse bem feito. Diante da situação, tive que ser mais enfática na abordagem com estas mulheres, da seguinte forma: ao retornar a sua residência, expliquei tudo para sua mãe, ensinei a fazer soro caseiro, disse que poderia colocar um pouco de marcela, mas que o sal seria também importante. Pedi para sua mãe ajudar no banho. A questão gerou um diálogo positivo ao concordarem em negociar o cuidado.

Na tentativa de ajudar a Rose no tratamento rigoroso da infecção, solicitei a uma colega que faz estágio na disciplina Saúde da Mulher, no Posto de Saúde próximo a casa dela, para trocar o curativo da mesma e reforçar os cuidados com o corpo durante o puerpério, como também na cura desta infecção. A troca do curativo ficou agendada para o dia seguinte, às 9 horas com a colega enfermeira.

Um fato chamou a atenção, naquele período em que prestei cuidados a esta mãe no domicílio: é que poucas vezes proporcionei cuidados ao bebê. Aliás nem vi esta criança nua uma só vez. Só sei que aparentemente estava bem e ganhando peso, isto era visível a olho nu. Já caiu o coto, mamava muito bem e vivia com a camisetinha pelo avesso para não trocar o sono, ou seja, o dia pela noite. Isto a avó me contou.

O fato de que proporcionei apenas alguns cuidados ao bebê da Rose, no domicílio, não foi descaso. A questão é que naquela realidade vivenciada por mim, a prioridade foi prestar cuidados intensivos à Rose, visando controlar o seu processo infeccioso. Esta cliente não foi bem sucedida no parto cesáreo, e eu como cuidadora profissional num enfoque cultural, não poderia contestar suas práticas populares que me pareciam incorretas. Pude perceber

também que a infecção puerperal da Rose não tinha somente relação causal com a situação econômica e social da mesma, mas também com suas práticas populares, em particular, o não lavar a cabeça para não ter recaída.

Neste caso, tanto para a Rose, quanto para a Maria, a recaída significa um estado mórbido no pós-parto, que é o período chamado de resguardo. Ferreira (1986) considera que, resguardo é derivado da palavra resguardar; guardar-se com cuidado. Exemplo: a higiene resguarda o homem das enfermidades. Significa também: ato ou efeito de resguardar-se, cuidado, preocupação e prudência. O mesmo autor acrescenta que resguardo é o período subsequente ao parto, em que a mulher observa certos cuidados e repouso.

Continuando a relatar o encontro com a Rose, a sua mãe contou-me que, quando o coto caiu, colocou-o num vidrinho e que depois de um tempo, o mesmo será enterrado com cuidado para os ratos não comerem. A mesma acrescentou: “Umam pessoas falam que deve ser enterrado num local que passa gado por ali, para quando a criança for adulta ser rica, ser fazendeiro”. De forma similar, esta prática de cuidado aconteceu também com a Maria, a qual foi analisada anteriormente.

Percebi que a avó demonstra muito carinho pelo neto. Ela dá o banho no dia que tem sol, para não pegar frio. Nos outros dias só troca as fraldas e a roupa quando vasa o xixi. Oferece para o neto chá de erva-doce para evitar cólicas, “mas o guri não gosta muito, é uma briga, mas, é bom, né, previne a cólica”, diz a avó. Ela falou: “Já batizei ele em casa, pois enquanto não batiza não pode dormir no escuro, sempre com uma luz acesa”.

Para esta avó, o batismo significa colocar Jesus no centro do coração da pessoa. O batismo da Igreja é só para confirmar, o que vale é o batismo em casa.

Alguns dias atrás, havia presenciado um ato de batismo realizado por um pastor de uma Igreja Evangélica a um prematurinho de 930 gramas, internado onde realizei o estágio com alunos. O prematuro se encontrava na incubadora, então o Pastor chegou com os pais do bebê. O mesmo usou água benta para tocar no bebê, orou e leu um texto da Bíblia. Dentre as palavras, o Pastor dizia: “o batismo é o abraço de Deus. Deus está neste momento abraçando o L....”, e pronunciava o nome do bebê. O mesmo dizia: “Vocês, pais, sintam-se também abraçados por Deus. Deus, permita que o L... possa crescer com o Senhor, amém!”. Para Ferreira (1986), o batismo é o sacramento da Igreja. É a iniciação religiosa, é o ato de dar nome a uma pessoa. Através do mesmo obtém-se a certidão de batismo. No batismo é usada a imersão ou aspersão com água, que significa um renascer espiritual, com purificação de todas as culpas e pecados.

Do meu ponto de vista, o batismo na Igreja, hoje em dia, é, às vezes, um ato elitizado, uma vez que é exigido tanto para os pais como para os padrinhos, o Curso de Batismo, que são encontros em finais de semana, como também o próprio ritual do batismo exige gastos financeiros para as pessoas que, muitas vezes, não possuem condições econômico-financeiras para tal. Por serem pessoas que têm fé e são religiosas, acabam batizando seus filhos em casa e quando têm possibilidades, fazem a confirmação na Igreja, como relatou a mãe da Rose.

Discutindo sobre o hábito de utilizar ervas medicinais para os problemas de saúde, no que tange à Teoria Cultural de Leininger, essas iniciativas da avó com suas crenças e costumes sobre as ervas representam para a autora maneiras de negociar, adaptar ou ajustar a saúde do cliente e os padrões de cuidado para um estado benéfico de saúde. As acomodações desse cuidado poderão estimular a avó a enfrentar certas situações com mais tranquilidade, uma

vez que não prejudiquem a criança, como exemplo, o batismo em casa, analisado anteriormente.

São inegáveis as grandes propriedades medicinais das ervas de chá. As mesmas têm sido reconhecidas e apreciadas desde tempos imemoriais, especialmente por povos primitivos (Lima, 1980). De fato, a cura com ervas foi um dos primeiros sistemas de cura que o mundo conheceu, e seu uso através dos séculos jamais deixou de ser questionado, mas mesmo assim utilizado (Lima, 1980).

O fato é que hoje em dia, as mães, principalmente as avós, sabem que ervas usar para socorrer os bebês se possível de alguns problemas físicos. É comum nos fundos dos quintais existirem sempre algumas plantas medicinais. Como, por exemplo, esta avó acima citada, que usa chá de erva-doce, que é usado para cólicas intestinais, como terapêutica alternativa, citado anteriormente pela avó.

Nome fictício: Rose

Local: No domicílio

3º Encontro – dia 21/06/99

Este meu terceiro encontro com a Rose teve início com a minha ida à sua residência para levá-la ao ambulatório para troca do curativo da cesárea. Desta vez, a mesma não levou o bebê nem o irmão de onze anos. Acompanhei o curativo realizado pela enfermeira, quando a mesma chamou o médico para ver a evolução da cura.

Voltando a comentar sobre o processo infeccioso que acometeu a Rose, observei que a incisão cirúrgica melhorou, porém o médico achou por bem prolongar o tratamento com antibiótico por mais três dias. Enquanto

retornávamos para sua casa, ficamos conversando. Ela disse que estava tomando banho todos os dias para lavar bem os pontos, “pois no outro parto ficou 45 dias com tudo aberto e agora foi bem melhor, abriu só um pouquinho”. Indaguei sobre lavar a cabeça e a mesma respondeu: “Vou lavar dessa vez depois de 15, 20 dias, mais ou menos”.

Chegando à casa dela expliquei para sua mãe como proceder o curativo à noite e encaminhei-a pela manhã ao Posto, para fazer o procedimento com uma colega de trabalho, que fazia supervisão de estágio naquele Posto, pois o curativo deveria ser trocado três vezes ao dia, rigorosamente.

Apesar da infecção de parede aparentemente estar controlada, está sendo motivo de preocupação para mim, como cuidadora profissional, pois em 18/06/99 a mesma não foi até o Posto para a troca do curativo porque estava chovendo e a sua mãe verbalizou que a filha não podia se molhar para não ter recaída. Daí, tentei abordar a importância do procedimento, fazendo compreender, dentro de sua cultura, a encarar com mais discernimento o processo saúde-doença, repadronizando comportamentos de cuidados.

As puérperas com as quais convivi no período do estudo, mostraram resistência e negação ao banho. Portanto, a questão do banho, a qual abordo em todos os encontros, trouxe algumas reflexões sobre esse fato que está arraigado no dia-a-dia das puérperas, prejudicando o seu processo saúde-doença. O que a literatura recomenda é que a puérpera deve tomar banho no pós-parto, ainda no hospital, para que a mesma seja observada e orientada. O banho proporciona conforto e proteção contra a infecção (Burroughs, 1995).

O banho no puerpério é diferente dos banhos de rotina, dado a clientes hospitalizadas, porque duas áreas do corpo da mulher estão mais sujeitas à infecção: as mamas e o períneo. Caso o parto tenha sido cesáreo, a incisão

abdominal é outra área suscetível à infecção. No caso da Rose, ficou muito presente, para mim, durante o trabalho que desenvolvi com a mesma na Prática Assistencial, pois tive a necessidade de repadronizar, uma vez que a falta do banho estava prejudicando a sua saúde.

Com o objetivo de continuar uma interação mais intensa com a Rose, decidi fazer contato por telefone, conforme aconteceu também com a Maria, para que o desligamento do campo não se tornasse abrupto, tanto para mim quanto para ela, pois o nosso convívio, inicialmente, chegou a ser quase que diário, ao transportar a mesma para o ambulatório. Então, a saída do campo se deu efetivamente quando a linha telefônica de sua vizinha foi cortada. Por várias vezes liguei aquele número e uma mensagem telefônica informava que este telefone estava temporariamente programado para não receber ligações.

A última vez que ela me ligou relatou-me uma prática popular, a qual está dentro do 2º nível de ação de cuidado de Leininger. Quando ela me ligou, em primeiro lugar me pediu amostra grátis de um medicamento que estava tomando. Após conversarmos sobre ela, eu indaguei como o bebê estava. Ela respondeu: “Agora tá tudo bem. Ele teve ruinzinho do mau-olhado mas já benzi, ele ficou bom”. Então perguntei: “Como é que você benze?” A mesma respondeu: “A gente lambe a testa da criança em cruz e diz: eu ti pari, eu ti criarei... e se tiveres quebranto eu tirarei. Repete 3 vezes”.

Neste caso o padrão de cuidado cultural inclui a benzedura como tratamento popular. No aspecto do cuidado profissional este cuidado estimulou a mãe a enfrentar o cuidado diário com o bebê com mais tranquilidade. Ferreira (1986) define mau-olhado, como a qualidade atribuída a certas pessoas de causarem estado mórbido aquelas pessoas para quem olham. Este mau-olhado, segundo a superstição popular resulta em: dormir de olhos abertos, bocejar,

episódios de diarreia e outras manifestações. As mães usam figas para prevenir o quebranto, provocado pelo mau-olhado.

No primeiro momento deste capítulo, descrevi e comentei os encontros a partir do referencial teórico proposto que, ao longo da minha vivência, com estas puérperas, recém-nascidos e familiares possibilitaram-me compreender os significados acerca do saber popular. Ao analisar as informações identificadas qualitativamente, segundo Lüdke e André (1986), trabalhei todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observações, as descrições e reflexões dos encontros e as demais informações disponíveis, tornando-se mais sistemática e mais formal.

Desta forma, todo este conjunto de procedimentos sistematizados neste subcapítulo, mostra a dinamicidade e o inter-relacionamento das quatro etapas do processo de cuidar que compõem a metodologia preconizada com os conceitos do gráfico, representados na figura 1.

Apresento, a seguir, um quadro com a sistematização dos dados obtidos, explicitados em uma síntese do processo de cuidar inter-relacionado com o referencial teórico-metodológico adotado no presente estudo.

6.3 Síntese do Processo de Cuidar Inter-Relacionado com o Referencial Teórico-Metodológico Proposto

6.3.1 Puérpera Maria

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
08/06	1. M - “Posso usar calça-cinta? Não quero ficar com barriga grande, uns dizem que pode, outros dizem que não, outros dizem se a gente coloca pode ficar cheia de bolota”.	Mecânica corporal e integridade cutânea. Exercícios físicos. Crenças.	Respeitar as crenças. Cuidado corporal congruente. Ouvir atentamente sua cultura. Preservar e prevenir a saúde. Orientar como usar a cinta-calça. Orientar exercícios.	Demonstrou interesse. Procurou melhorar a postura quando sentada. Pediu para sua irmã pegar a cinta na mala e a colocou. Acomodação do cuidado.
08/06	2. M - “Não posso lavar a cabeça até o 7º dia, é menino, e se é menino não lava a cabeça senão a gente tem recaída”.	Mecânica corporal ¹¹ . Educação à saúde. Crenças. Prática cultural.	Respeitar prática popular. Orientação sobre o cuidado com o couro cabeludo e supervisionar lavagem da cabeça. Dar atenção e escutá-la. Não demonstrar comportamento repressivo.	7º dia do resguardo é perigo para mãe e bebê, afirmou ela. Mostrou-se desinteressada. Fez tranças em todo o cabelo. Manutenção e acomodação do cuidado cultural.
08/06	3. M - “O guri tá com as unhas compridas, mas só a madrinha pode cortar para dá sorte. Ele tem duas madrinhas e nenhuma apareceu aqui ainda”.	Educação à saúde. Integridade da pele. Prática cultural.	Observar aceitação. Orientação para entrar em contato com a madrinha e a mesma ir até o hospital para realizar o procedimento, acomodando o cuidado cultural para um estado benéfico de saúde.	Mostrou-se interessada. Escutou atentamente. Realizou ritual cortando a unha com a madrinha. Acomodou e adotou o cuidado. Acomodação do cuidado cultural.

¹¹ Mecânica corporal: significa mudanças na estrutura e funcionamento do organismo deste ser humano mulher, como puérpera.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
08/06	4. M - "Parei de trabalhar fora no 8º mês de gravidez, para não prejudicar o nenê".	Insegurança emocional. Valores culturais.	Dar atenção e escutá-la. Explicar que a gravidez é um episódio fisiológico. Apoio emocional. Respeitar as crenças da puérpera.	Ficou satisfeita e disse que era mãe de primeira viagem. Saber profissional / saber popular. Preservado o cuidado.
09/06	5. M - "Não gosto de usar sutiã, tenho os seios pequenos e nem tenho sutiã".	Auto-imagem. Mecânica corporal. Educação à saúde. Valor cultural.	Orientar quanto a importância para juntar o leite uniforme, prevenindo ingurgitamento mamário e mastite, e importância para a questão estética. Interagir com o conhecimento popular.	Mostrou-se interessada, quando a mesma elogiou e disse: "com sutiã é mais prático, coloco a toalhinha, pois o leite vasa a toda hora". Com a repadronização, foram modificados hábitos e novos padrões com significado cultural satisfatório.
09/06	6. M - "Não, não me animo dá banho, só estou babando como ele é lindo! Tem tudo do pai, só emprestei a barriga".	Tensão, nervosismo. Educação à saúde. Filosofia de vida (valores). Insegurança emocional. Falta de destreza. Incapacidade no manejo com o bebê.	Fazer e ajudar. Ouvir e explicar o banho do bebê. Demonstrar o banho como modelagem de comportamento. Conversar sobre a importância de ir assumindo os cuidados do seu filho.	Foi demonstrado o banho parcial no bebê. Demonstrou interesse depois do procedimento, afirmando que daria o banho após a queda do coto. Preparo para repadronização do cuidado.
14/06	7. M - "Dona Francisca, eu não via a hora da senhora chegar e vê meu filho. Acho que está com amarelão. Estou dando chá de raiz de salsa, mas minha cunhada disse que manjerona é melhor, tira todo o amarelão".	Eliminação, hidratação, comunicação, regulação imunológica, instabilidade emocional. Crenças. Utilização do chá como cuidado cultural.	Observar aceitação do chá. Orientar que o chá atrapalha o aleitamento materno. Orientar que o chá não faz mal, mas o bebê faz confusão de bicos, podendo desmamar precocemente. Orientado que este tipo de icterícia é normal.	O bebê recusou chá na presença da enfermeira. A icterícia é fisiológica. Bebê com dificuldade de sugar bico de mamadeira. Cuidado cultural repadronizado.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
14/06	8. M - "Dona Francisca, ele só mama se eu for pra cima dele..."	Educação à saúde. Sono e repouso. Mecânica corporal. Oxigenação. Prática popular.	Ouvir atentamente. Ensinar e demonstrar a técnica de amamentação confortável para a mãe. Alertar sobre os riscos de infecção de ouvido. Orientar sobre os riscos do bebê aspirar o leite.	O bebê não teve dificuldade para mamar escançado na perna da mãe. A mãe ficou satisfeita e disse: "eu gostei, já não agüentava mais meus cotovelos cheios de calos de dá maminha escorada neles" Prática educativa. Ritos de prevenção e proteção. Cuidado cultural repadronizado.
14/06	9. B - "Meu neto é a cara do meu filho. Vou criar a mesma coisa, ele nasceu na lua minguante, então não pude apresentar ele ainda pra lua. Hoje a lua troca, nós estamos cuidando. Nem que seja de uma janela, a gente vai apresentar e dizer: 'lua, luar... me deste esta criança e agora ajuda a criar...', aí pode tirar ele pra rua de dia, de noite que ele não adoce e também as fraldas pode ficar de noite na rua e não dá cólica nele... Dizem os antigos, as crianças a gente vai fazendo e dá tudo certo"	Filosofia de vida. Religião. Valores e costumes. Ritual, práticas populares.	Procurar compreender a perspectiva cultural do outro e olhar através dela. Dialogar sobre a situação. Auxiliar a investigar o surgimento da lua nova e avisar para a mesma.	O bebê foi tirado pela mãe e levado para revisão médica. Saber popular. As atividades domésticas mais tranquilas. Roupa na corda à noite, em detrimento do cuidado popular, das crenças e dos valores. Saber popular. O fato da crença na lua não prejudica a saúde e o bem-estar do bebê. Cuidado preservado e acomodado.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
14/06	10. B – “Ontem cheguei aqui, minha nora tava colocando as fraldas sujas do guri no chão... Fralda suja não se larga no chão, se larga em cima até de uma cadeira ou num balde, numa bacia, senão a criança fica ‘manheira’”.	Ritual. Modos de vida. Uso de práticas populares. Segurança emocional. Crenças.	Ouvir atentamente sua cultura. Dialogar sobre o assunto. Estabelecer harmonia entre sogra e nora. Conhecer a realidade do outro.	Observado o poder da sogra sobre a nora de forma sutil e educada. São de culturas diferentes. A sogra demonstrou assegurar para a mãe de seu neto um puerpério sem complicações e para o seu neto um bem-estar preservado e pleno. Prática preservada.
15/06	11. M – “Estou me sentindo fraca, um pouco cansada. Meu marido não pode vê o guri chorar que diz: ‘dá maminha, cuida dele’. Tenho que fazer tudo, não posso varrer a casa, nem lavar roupa, nem cozinhar antes de 7 dias pra não ter recaída, ele não entende, daí eu fico irritada... ontem o guri não tomou banho, não tinha ninguém pra dar. Ainda bem que a senhora veio hoje. Amanhã ele não pode tomar banho que é o 7º dia. Não sai para rua, nem ele, nem eu, dizem os antigos”. Acrescentou: “Choro às vezes quando tô sozinha. Cada pessoa que vem aqui diz uma coisa. Minha cunhada diz que não posso comer couve, mas no hospital levaram para nós batidinha com ovo, se fizesse mal elas não levava”. Acrescentou: “os pontos lá embaixo abriram porque fiz as coisas em casa. Minha cunhada disse que está feio. Pedi para olhar no espelho, ela disse que não, porque se o espelho se quebrar depois coisa ruim acontece”.	Sono e repouso. Nutrição. Dependência. Suporte emocional. Crenças e valores culturais. Tensão. “Cisma de morrer”. Identificada diminuição da auto-estima.	Ouvir atentamente suas angústias e queixas. Dialogar sobre o assunto. Orientar para descansar quando o bebê estiver dormindo. Solicitar ajuda ao marido nos afazeres domésticos. Solicitar ajuda da sogra e da cunhada. Esclarecer que se o alimento foi oferecido no hospital e não fez mal, em casa a reação e o efeito são iguais. Conversar com a puérpera dando oportunidade para expressar suas preocupações.	Aceitou ir para casa da sogra já com o filho “apresentado para a lua”. Repousava na casa da sogra. Não se preocupava com as atividades domésticas. Ritos de prevenção. Buscou apoio na profissional. Novos papéis e novas ações. Procurar ações que podem ser realizadas pelo marido/pai. Cuidado preservado e acomodado.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
16/96	12. M – Organizei tudo para trocar ele (o bebê), assim como a senhora ensinou para nós todas no hospital. Uma térmica com água normal, pote com algodão e pote com gazes e uma pequena bacia plástica para a higiene na troca de fraldas”.	Educação à saúde. Comunicação. Mecânica corporal. Integridade cutâneo-mucosa.	No momento do banho do recém-nascido reforcei o cuidado com o coto e a prevenção das dermatites. Cuidado corporal. Ouvir atentamente	Ausência de sujeira no coto umbilical. Ausência de assaduras. Bebê bem cuidado. Demonstrou interesse pelo saber profissional, procurando aprender outra forma de cuidado.
16/06	13. B – “Vou levar meu neto lá pra casa. Lá a casa é de frente para onde vai nascer a lua. Aqui não dá porque a casa é virada. Esse guri tem que ser mostrado uma vez pra lua, pra acabar a função das roupas”. Me indagou questionando: “está nublado? A senhora acha que vai chover? Hoje o céu tem que estar limpinho pra gente enxergar ela (a lua)”.	Crenças e valores culturais. Práticas populares. Religião. Ritual.	Ouvir atentamente. Dialogar sobre a situação. Torcer para que o céu permaneça sem nuvens. Demonstrar otimismo no saber popular da família.	Ritual não prejudicou a saúde e bem-estar do bebê. Tranquilidade na família. Puérpera feliz. Preservou e manteve a prática popular e crença. Bebê apresentado à lua. Cuidado preservado. Crença não prejudicial.
21/06	14. B – “O umbigo do meu neto está guardado nesta caixinha. Depois vou enterrar com cuidado para os ratos não comer. Nós vamos numa estância, acho que a do Dr. Érico Ribeiro e enterrar na porteira da fazenda, onde passa o gado, quando meu neto crescer, ter sorte, ser rico e fazendeiro que nem ele. Lá na porteira dele tem quantidade de umbigo”.	Crenças, valores e práticas populares. Ritos.	Entender os significados no contexto cultural. Procurar não intervir no ritual, se não prejudicar a saúde. Ser simpática. Ouvir com interesse. Ser amável.	Bem-estar do bebê inalterado. Tranquilidade na família. Segurança emocional. Saúde do bebê preservada e mantida. Crença inócua. Cuidado preservado.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
21/06	15. M – “Tive que botar faixa de umbigo no guri. Ele chora muito e pode render...”.	Faixa de umbigo molhada de xixi. Educação à saúde. Mecânica corporal. Integridade da pele abdominal. Valores e crenças culturais.	Orientar a família para o cuidado rigoroso no uso do cinteiro. Explicar que no momento a faixa seria desnecessária para o bebê. Alertar para o risco de infecção no coto, com o uso da faixa molhada. Retardamento na queda do coto.	Ouvir atentamente. A avó disse que usou em todos os filhos e nos netos. Estão todos aí bem faceiros. Colocou a faixa de umbigo por cima da calça plástica, sem contato com a pele. Cuidado repadronizado. Crença prejudicial à saúde.
24/06	16. M – “Estou levando o guri na benzedeira. Ele está tomado de quebranto. Chega a dormir de olhos abertos. Tem que benzer três dias. Levei ontem, vou levar hoje e amanhã pra vê se espanta o ‘mau-olhado’”.	Cisma da morte. Instabilidade emocional. Sono e repouso alterado. Percepção visual. Crenças e práticas populares.	Ouvir atentamente. Respeitar padrão cultural importante que é a benzedeira. Acomodar o cuidado, deixando a mãe mais tranqüila.	Saúde do bebê preservada. Tranqüilidade na família. Bebê continua dormindo com os olhos entre-abertos. Preservado o cuidado e ajustados a saúde do bebê aos padrões culturais da família. Crenças não prejudiciais à saúde.
24/06	17. M – “Durmo com ele no claro (com luz acesa). Ainda não batizei nem em casa e enquanto não batiza ele é pagão e não pode dormir no escuro”.	Religião. Prática cultural. Ritos de passagem. Crenças. Ansiedade da mãe.	Ser simpática. Dialogar sobre crenças mais antigas. Conversar sobre gerações passadas. Acomodar o cuidado e a prática cultural.	Saúde do bebê preservada e acomodada. Segurança na família. Demonstrou tranqüilidade. Crenças inócuas. Cuidado preservado.

6.3.2 Puérpera Rose

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
07/06	1. R – “Fiz duas cesáreas. Não tenho espaço para ganhar de parto normal... acho que vai ser cesárea de novo”.	Mecânica corporal. Comunicação.	Dar atenção e escutá-la. Explicar com vocabulário simples que “uma vez cesárea, nem sempre cesárea”.	Ouviu atentamente. Acreditou que ganhará seu filho de parto cesáreo, permanecendo mais tempo hospitalizada.
08/06	2. E – “Ela está com tosse. Estou cansada de cuidar dela sozinha. Não dormi de noite. O nenê só mamava e eu tinha que ajudar minha filha”.	Alterações de hábitos. Instabilidade emocional. Falta de interação entre membros da família.	Orientar para o familiar compartilhar o cuidado a filha com outro familiar (participação da família). Explicar para o familiar que a tosse poderá surgir no pós-parto. Ajudar no cuidado ao binômio mãe-filho.	Familiar relatou que os familiares moram na cidade, mas nesta hora não pode contar com a ajuda de ninguém. Revelou que a filha é fumante. Estado emocional controlado. Valor cultural preservado.
08/06	3. R – “Depois que ganho nenê não tomo banho, só depois de sete dias, mas... me lavo e o cabelo só lavo depois da quarentena. A gente tem medo, o sangue pode ir pra cabeça e ter recaída”.	Crenças e práticas culturais. Educação à saúde. Mecânica corporal.	Não demonstrar comportamento repulsivo. Orientar importância da higiene do couro cabeludo. Respeitando as crenças da puérpera. Dialogar para conhecer a cultura da família. Mudança de hábito no que interfere no processo saúde-doença.	Revelou que nas crenças deles quando nasce guri não lava a cabeça até 40 dias. Demonstrou insegurança caso descumprisse o ritual. Observei no familiar o não lavar a cabeça está assegurando o processo saúde-doença.
08/06	4. E – “A senhora me consegue um canudo pra minha filha tomá líquido...”.	Alimentação e hidratação da puérpera. Familiar necessita de ajuda.	Fazer companhia para a puérpera. Auxiliar o familiar nos cuidados a mãe e a criança. Orientar a importância da hidratação e nutrição no pós-parto.	Ficou satisfeita pela ajuda. Tomou todo o líquido. Comportamento e estado emocional controlados do familiar. Cuidado cultural preservado.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
10/06	5. E – “As roupinhas de baixo pelo avesso (viradas) é para ele controlar o sono. Ele está trocando o dia pela noite e tem que acostumar de cedo”.	Prática popular. Crenças e ritos familiares.	Observar atentamente o ritual do familiar com o bebê para controlar o sono. Dar atenção. Interagir com a cultura da família.	Preservado e acomodado o bem-estar do bebê, em detrimento a prática popular.
15/06	6. R – “A senhora me trouxe no ambulatório, muito obrigado por tudo que a senhora está fazendo por mim...”.	Estabelecer prioridades numa relação de troca e ajuda.	Dar atenção e ajudar a puérpera como uma relação de troca no fazer da prática com o sujeito em estudo.	Sentiu-se satisfeita com a ajuda do profissional. Profissional descobrindo outra forma de interagir com o cliente.
15/06	7. R -- “Não dá pra comer tudo que gosto, pra não dá cólica no nenê. Olha, não como couve, laranja e nem tomo chimarrão, que eu adoro. Domingo comi laranja e ele chorou a noite e teve diarreia forte.	Crenças e valores culturais.	Respeitar as crenças da família, procurando não intervir. Escutá-la atentamente.	Observada a preocupação do não deixar ficar doente. Preservado e acomodado o saber profissional / saber popular.
15/06	8. R – “Com a camisetinha de baixo pelo avesso ele (o guri) melhorou um pouco... a mãe tem que fazer tudo e deve ter deixado fralda na rua e pegou sereno e a senhora sabe a lua deixa a criança com cólica. Quando ele chora muito quando tem cólica eu boto a faixa de umbigo para não crescer”.	Valores e crenças. Cinto. Educação à saúde. Prejudicada mecânica corporal.	Ouvir atentamente. Orientar o cuidado no uso do cinto e o uso da camisetinha pelo avesso e as fraldas na rua a noite para não pegar sereno.	Ouviram atentamente. A avó explicou que a faixa é só de vez em quando. Preservado e acomodado o bem-estar do bebê.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
15/06	9. R – “Não quero mais filhos. Como posso fazer pra ligar? O medo que tenho é de ficar diferente, tem mulher que fica, tem mulher que fica gorda”.	Padrões culturais no uso de contraceptivos. Mecânica corporal. Preocupação com a mutilação.	Ouvir atentamente. Informar respaldada no que a lei refere sobre a ligadura de trompas e a idade da mulher. Explicar de forma clara a relação da ligadura com o corpo da mulher envolvendo os “mitos”.	Demonstrou atenção e interesse pelo assunto. Escutou atentamente as orientações. Dialogou com interesse.
16/06	10. R – “A mãe lava os pontos com aquela agüinha”. Daí questionei: que agüinha? Respondeu: “chá de marcela”. Eu como cuidadora profissional achava que essa agüinha seria o soro fisiológico.	Comunicações. Educar para a saúde. Práticas populares.	Ouvir com atenção. Negociar a adoção do uso das ervas para o curativo da cesárea. Demonstrar disponibilidade e interesse em fazer o chá de forma modificada.	Escutou com atenção. Acomodou o cuidado acrescentando o sal no chá para lavar a ferida operatória.
16/06	11. E – “Só banho o meu neto no dia que tem sol. Noutros dias troco fralda e as roupinhas só troco se vazar o xixi. Ofereço para ele chá de erva-doce para evitar cólica. O guri não gosta muito. É uma briga, mas é bom, né? Previne cólica”.	Práticas populares. Educação à saúde. Mecânica corporal.	Esclarecer a importância da higiene corporal do bebê. Dialogar sobre o lado positivo das ervas de chá. Explicar sobre o risco de ingerir chá e não mamar o suficiente no peito. Risco do desmame precoce.	Participaram da reflexão. Escutaram atentamente as orientações.
16/06	12. E – “Já batizei ele em casa. Enquanto não batiza não pode dormir no escuro, sempre com uma luz acesa”.	Crenças, valores e ritos familiares.	Questionar o desejo de o profissional ter assistido o ritual do batismo em casa. Ouvir com interesse e entusiasmo sobre o assunto.	Familiares e puérpera tranquilos com seus significados culturais atendidos. Preservado e acomodado o cuidado popular da família.

Data	Identificação de Prioridades	Caracterização dos Significados para o Planejamento das Ações	Implementação das Ações	Avaliação de Cada Modalidade de Cuidado
21/06	13. R – “Tô me banhando todos os dias pra lavar bem os pontos, no outro parto fiquei 45 dias com os pontos tudo aberto e agora foi bem melhor, abriu só um pouquinho. Vou lavar a cabeça acho... com um 15, 20 dias mais ou menos.” Acrescentou: “As vezes que vou com a senhora no médico como o atendimento é rápido!”	Prática cultural. Mecânica corporal. Educação à saúde.	Demonstrou interesse. Observou as mudanças nos hábitos, melhorando seu estado de saúde. Ser carinhosa com a puerpera.	Foi simpática. Agradeceu o que o profissional fez por ela em todos os encontros (falou: “obrigado pela ajuda”). Cuidado repadronizado.
23/06	14. R – “Meu filho estava com mau-olhado, mas já tá bom. Já benzi ele”.	Prática popular e crenças.	Ouvir atentamente. Respeitar as crenças e as práticas populares, acomodando o cuidado da família.	Saúde e bem-estar do bebê preservados e acomodados. Familiares tranquilos.

Encerrando a elaboração deste capítulo, no qual desenvolvi a descrição e comentários dos encontros como também uma síntese da sistematização do processo de cuidar inter-relacionado com o referencial teórico-metodológico proposto, gostaria de revelar o imenso prazer e o grande interesse que senti em realizar este trabalho que foi um processo de prestação de cuidados a estas puérperas, recém-nascidos e familiares que vivenciam uma nova realidade e tem características específicas que precisam ser atendidas em sua individualidade, respeitando e compartilhando suas crenças e seus valores.

O capítulo seguinte consta da elaboração de uma análise sobre a aplicação do referencial teórico de Leininger e a metodologia utilizada no desenvolvimento deste estudo.

7 AVALIANDO A APLICAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO NA PRÁTICA

**“O sentimento da mulher é preciso buscá-lo,
conhecê-lo e respeitá-lo...”**

Marília Largura

Este capítulo visa a atender o terceiro e último objetivo deste estudo. Considero que, quando no capítulo 6, descrevo e comento os encontros com as puérperas, recém-nascidos e familiares, na maternidade e no domicílio, a partir do referencial teórico de Leininger inicio um processo de avaliação da aplicação deste referencial. Durante todos os momentos do processo de cuidar, havia uma constante reflexão dos conceitos do referencial teórico para avaliar sua interligação com a realidade vivenciada.

Na prática assistencial de enfermagem, utilizei as idéias de Leininger como fundamentação teórica para auxiliar na estruturação do meu referencial. Entendo que, no decorrer da mesma, pude interagir com a puérpera, recém-nascido e familiares com o intuito de buscar cuidados congruentes que contribuíssem com um cuidar satisfatório, adequado e, conseqüentemente, com as necessidades culturais dessas puérperas atendidas. Entendo ainda que, sendo a prática assistencial um processo de prestação de cuidados, a mesma marcou meu encontro profissional com esta clientela, e juntos procuramos descobrir as ações culturais, como também encontramos alternativas para concretizá-las. Durante

essa minha caminhada, observei, através do cuidado profissional, as crenças, os valores e práticas culturais que permeiam o período puerperal.

A experiência aqui relatada é, antes de tudo, um processo construído a partir da minha vivência com cada um dos sujeitos. Fundamentei-me em autores (Leininger, 1991; Gualda, 1993 e Monticelli, 1994) que, no campo da enfermagem, sentiram a necessidade de buscar, na antropologia, conceitos específicos para discutirem a prática do cuidado. Nesse sentido, concordo com o pensamento de Gualda (1993), quando considera a importância de uma aliança da enfermagem com a antropologia, para preencher um vazio no conhecimento científico que norteia o cuidado de enfermagem à mulher durante o ciclo grávido-puerperal.

A teoria do cuidado cultural foi minuciosamente construída e reelaborada nas últimas três décadas, a fim de descobrir os fenômenos de cuidado transcultural em enfermagem enraizados nas diferentes culturas. Em âmbito geral esta teoria é considerada de forma compreensiva, holística e ampla, quando permite explicar aspectos específicos do indivíduo, família, grupo, instituições, ou comunidade. A teoria é de suma importância, não somente para gerar conhecimento abstrato filosófico, espiritual e existencial do cuidado e cuidar humano, mas também para o conhecimento que guie enfermeiras em seu pensar e agir, através dos três modos de ação: preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural (Leininger, 1991).

Pude observar que existem pontos convergentes entre os achados do meu estudo e os pressupostos e conceitos da teoria cultural. Tomando como ponto de partida a realidade encontrada na prática assistencial, voltada para a antropologia, os conceitos auxiliaram na identificação de elementos culturais num grupo específico – mulheres no período puerperal.

Desta forma, o conhecimento adquirido ao longo da minha vivência com estas puérperas, recém-nascidos e familiares, revelou-me uma maneira de compreensão dos significados conscientes desta clientela, acerca do cuidado popular. Esta compreensão evidenciada através dos resultados obtidos, estimulou-me a incorporar nas várias atividades que continuei desempenhando durante o mestrado: na docência, com alunos e clientes, um referencial teórico que permite conhecer as dimensões do cuidado cultural.

Compreendo que os conceitos utilizados foram articulados uns com os outros, conforme consta na figura 1 deste estudo. Optei por não discutir cada conceito separadamente e sim fazendo parte da análise dos achados no capítulo 6, pois entendo que a minha atuação com as puérperas, recém-nascidos e familiares, esgota todos os aspectos que dizem respeito à análise do referencial teórico proposto.

De um modo geral, foi uma experiência cheia de satisfação, surpresas e encantamentos, pois houve facilidade em abstrair os conceitos referentes ao puerpério, concretizados na realidade de cada sujeito, através do processo de cuidar e da observação participante como guia metodológico, inter-relacionados com o "Modelo Sunrise". Ressalto que Leininger respaldou-me, especialmente com seus pressupostos, que facilitaram conhecer a bagagem diversificada que compartilham as mulheres no período puerperal, em virtude de ser muito forte o saber popular, as crenças e as práticas populares da clientela assistida durante a prática.

Com base no exposto, utilizei-me dos três modos de ações da Teoria do Cuidado Cultural: preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural, visto que os resultados, obtidos após a análise dos dados do processo de cuidar, evidenciaram a existência de crenças, valores e práticas culturais relacionadas ao período puerperal, principalmente no que se refere aos hábitos alimentares, higiênicos e tarefas domésticas. A crença na quebra do

resguardo (recaída), lavar a cabeça somente após a quarentena, uso da faixa de umbigo, mostrar o bebê para a lua, e outras práticas populares foram aspectos culturais que predominaram na realidade deste grupo de mulheres, seguras do seu saber, ou inseguras frente a um outro saber, diferente do seu.

Neste contexto, a teoria de Leininger contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento deste estudo, através do que vi, ouvi e interpretei e ao conseguir inter-relacionar a realidade biológica, emocional e cultural das puérperas, recém-nascidos e familiares através da observação participante. No entanto, a influência destes resultados deu-me a certeza de que atingi os objetivos aos quais me propus, pois foi possível e viável prestar cuidados de enfermagem que não se limitassem apenas ao hospital ou domicílio, ampliando-se, conforme a necessidade, o número de visitas além do esperado.

Na trajetória deste trabalho, a utilização da técnica de observação participante foi adequada, principalmente com relação à identificação de prioridades para o planejamento das ações, conforme as características de cada puérpera, recém-nascido e familiares.

Ao desenvolver este estudo baseado no referencial teórico de Leininger, tinha inicialmente a idéia de que este caminhar pudesse ser viável, mas, somente com a vivência, no decorrer da prática, é que consegui vislumbrar o quanto foi imprescindível o enfoque cultural para a mulher durante o período puerperal, pois, em todo o contexto, o processo de cuidar foi elaborado através da identificação de prioridades, planejamento das ações, implementação das ações e avaliação de cada modalidade de cuidado, fundamentado nos conceitos de Leininger.

Ao final do trabalho, fazendo uma reflexão a respeito das duas puérperas, recém-nascidos e familiares, senti a necessidade do “compartilhar com

o cliente”, bem como a relevância de nos educarmos para tal, possibilitando não só à enfermeira como também à equipe de saúde repensar sua postura ao se deparar com valores ou comportamentos divergentes que podem criar “conflitos culturais”.

Em relação ao referido anteriormente, aconteceu um fato interessante. Em um dos dias da minha prática profissional, chegou um pediatra e indagou: “Francisca, por que este interesse em trabalhar com cultura, com antropologia? A gente não dá bola nas coisas que as mães dizem, leva mesmo é na gozação, acha que isso é bobagem!”. Respondi que trabalhar com cultura está sendo um desafio para mim e tenho entusiasmo para isso e preciso falar com a puérpera e familiar a mesma linguagem.

Noutro momento esse mesmo pediatra chegou e disse: “Francisca, ontem lembrei-me muito de ti no consultório. Recebi uma criança de um mês de idade com um cheiro muito estranho. Era uma pata de tartaruga no pescoço, indicado para “chiado no peito”. Como eu já conhecia essa prática cultural, disse para ele: “vou te explicar como é feito todo o ritual. Corta a mão direita da tartaruga viva, coloca num saquinho feito de fita mimosa de cor vermelha virgem (nova) e faz de correntinha também a fita mimosa e a criança usa no pescoço até arrebentar. É chamado de “breve”. Daí ele ficou me olhando atentamente e disse: “é mais sério do que a gente pensa”. Bateu no meu ombro e falou: “quero ler teu trabalho, vamos ver isso com detalhes. Gostei. Parabéns!”. Este exemplo veio caracterizar e até fortalecer a necessidade do conhecimento cultural do cliente e não só o saber científico e as nossas referências profissionais.

Encerrando a elaboração final deste estudo, abordo, a seguir, algumas conclusões, dificuldades e recomendações apontadas por mim, enquanto autora do estudo.

8 CONCLUSÕES, DIFICULDADES E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

“Eu ti pari... eu ti criarei... e se tiveres quebrante, tirarei...”.

Rose

Neste capítulo apresento conclusões gerais e pessoais, dificuldades e recomendações acerca do processo de construção do presente estudo.

- Conclusões Gerais

As conclusões resultantes da aplicação do referencial teórico deste estudo como todos aqueles desenvolvidos a partir de uma teoria:

- revela a importância de um referencial teórico como paradigma para a prática do cuidado que permita conhecer o significado do mesmo;
- aponta que o cuidado cultural congruente só ocorre quando os valores, ou padrões, são conhecidos, utilizados adequadamente e de maneira significativa para o cliente;

- reforça que o trabalhar com o processo de cuidar dinâmico num “ir e vir” e a observação participante como guias metodológicos facilita identificar a herança cultural interna do cliente;

- evidencia a necessidade de prestar cuidados à puérpera, recém-nascido acompanhados do familiar no domicílio, logo após a alta hospitalar, permitindo, assim, redimensionar o campo de atuação da enfermeira nos limites físicos hospitalares, através do sistema de referência e contra referência.

- **Conclusões pessoais**

- Aprendi e vi que é possível viver na diversidade com universalidade;

- hoje sei que construir um trabalho científico é muito difícil, mas nada é impossível;

- desde o momento em que concluí este estudo, reflito sobre o meu fazer e o meu saber;

- mergulhada na vontade de fazer um trabalho com dedicação, respeito e ética, escrevi páginas e páginas para documentar uma realidade vivida, que não veio pronto, mas sim foi construída passo a passo.

- **Dificuldades**

- No desenvolvimento deste estudo, uma das grandes dificuldades apresentadas constituiu na falta de experiência da pesquisadora em trabalhar com um referencial teórico cultural. Certamente este fato se reflete em determinados

momentos na minha forma de pensar e interpretar o modelo biomédico, com uma visão distorcida e distante da realidade vivida pela clientela.

Hoje sinto o quanto nós, profissionais, estamos distantes e indiferentes, perante os olhos de um/a cliente. Geralmente chegamos junto a ele/a com uma receita pronta, e orientamos apenas os aspectos biológicos e, inconscientemente, muitas vezes sem disposição para ouvi-lo/a.

- Durante o período em que cuidei das puérperas na maternidade e domicílio, percebi os familiares como prestadores de cuidados à puérpera e neonato, carregados de mitos e crenças. O fato de ser enfermeira fazia com que as pessoas achassem que poderia solucionar seus inúmeros problemas relativos a saúde, o que não era verdade. Pediam-me para marcar as consultas com os pediatras do Hospital Universitário e falavam assim: “a senhora consegue para o mesmo dia e se eu for marcar, demora”. As mesmas me solicitavam, me pediam ajuda, me perguntavam bastante, me confundiam com assistente social, com pediatra e com obstetra. Chamavam-me de pessoa humana. Uma vez a Maria verbalizou: “a senhora é mais que doutora...”. Por mais que eu sentisse interagir com este grupo, tinha dificuldade em trabalhar estas questões comigo mesma.

Na recorrência à literatura (Leininger, 1991; Collière, 1999), a respeito da palavra “pessoa humana”, encontrei que ser humano é uma atitude construída pelo ser humano, com a finalidade de tornar a vida digna de ser vivida. Acredito que a humanidade não somente é a combinação mais íntegra dos seres humanos, comparando entre o trabalho da enfermagem e o/a cliente, ambos não se dão nem se fazem isoladamente, são sempre compartilhados e se concretizam interagindo mutuamente.

Para mim, passa a idéia de identificar-me com estas mulheres na própria certeza da fragilidade das mesmas, na situação de me colocar no lugar do

outro, quando me vi puérpera com 44 anos de idade, e com outro filhinho de 1 ano e 2 meses. Observava-me como um ser humano puérpera com as mesmas características do “ser mulher no puerpério”, que defino no meu referencial teórico, em que a relação de troca e de ajuda não podem ser confundidas com uma atitude de abnegação, doação ou assistencialismo. Deve, sim, ser percebida como uma manifestação de solidariedade e compartilhamento. Disso também Leininger dá conta, uma vez que ela oferece contribuição para entendermos e compreendermos culturas diversificadas. Dialogar com culturas diferentes para “humanizar aquela pessoa” e dar uma oportunidade a ela (Leininger, 1988).

- **Recomendações**

Considerando os objetivos propostos no presente estudo e os resultados dele obtidos, ressalto que esta experiência recomenda mudanças e novas alternativas, tais como:

- que sejam divulgados os resultados do presente estudo, instrumentalizando o cotidiano de trabalho da autora, visando proporcionar maiores recursos teórico-práticos para os/as acadêmicos/as da área materno-infantil da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, onde desempenho as atividades de docência;

- que seja realizada uma reflexão sobre o tema: o cuidado cultural congruente;

- que sejam promovidas mudanças na prática de cuidado, especialmente em relação à puérpera, visto que este momento de vida é pouco explorado e envolto em desinteresse e despreocupação dos/as profissionais que cuidam dessas mulheres;

- que seja incorporado ao saber científico, o conhecimento cultural do/a cliente, conhecimento este discutido certamente no meio acadêmico, embora não reconhecido, para servir de base durante o cuidado prestado. Uma vez que está acontecendo na prática do dia-a-dia, um interesse crescente dos/as profissionais de saúde pelas modalidades alternativas ou integrativas de cuidado e de cura, constituindo um rumo para a realização de um novo modelo;

- que este estudo abra canais de reflexão para que os/as profissionais da área da saúde revejam seu cliente em tempos de novos paradigmas, já que os resultados advindos deste estudo evidenciam as fortes marcas de um paradigma fragmentado do modelo biologista predominante, em que ainda estão embasados os currículos em geral;

- que seja vista como possível a integração dos sistemas popular e profissional das práticas de cuidado, uma realidade emergente que este estudo mostrou;

- que seja refletido sobre o promover mudanças no modo de vida do cliente, sem prejudicar sua visão de mundo. A enfermeira é capaz de interagir e comunicar-se com o/a cliente e que esta comunicação deva ser efetiva e dirigida a uma meta, centralizada neste/a cliente (Leininger, 1991);

- que seja aplicado este referencial a outras puérperas, pelo fato de este estudo ter sido desenvolvido com poucas puérperas, utilizando-se de um modelo de cuidado que subsidie a temática em questão;

- que seja iniciado um processo de elaboração de um referencial teórico e desenvolvimento de uma metodologia de cuidado que oriente o projeto pedagógico num enfoque cultural, para os cursos da área da saúde;

- que seja possível a atuação da enfermeira, no cuidado domiciliar, no caso específico da área materno-infantil, logo após a alta hospitalar:

- que a partir deste trabalho, outros caminhos sejam abertos, contribuindo com os profissionais que atuam em unidades de atendimento ao grupo materno-infantil.

Ao término deste estudo, ficam ainda as inquietações sobre minha vida pessoal/profissional, como docente, como mulher, como mãe. Porém, com possibilidades de um recomeço.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1 Bibliografia Referenciada

- ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. 8.ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1997.
- BENSON, Ralph C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1975.
- BOEHS, Astrid Eggert. **A prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado). Curso em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BOTH, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BUCHABQUI, J. Alberto. **Promovendo a saúde da mulher**. Porto Alegre : Ed. UFRGS, 1995.
- BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **Cuidando e sendo cuidado : um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, RS, 1994.
- BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

- CARNEIRO, Maria Lígia Mohallem. **A bioenergia como caminho do processo saúde-doença no processo saúde-enfermidade**. Tese (Doutorado), USP – São Paulo, 1998.
- CARRARO, E. T. **Enfermagem e assistência : resgatando Florence Nightingale**. Goiânia : Cultura e Qualidade, 1997.
- CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo : EPU, 1990.
- CERQUEIRA, Lourdes T. Comentários sobre uma relevante teoria de enfermagem : cuidado transcultural – diversidade e universalidade da Dra. Madeleine Leininger. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. **Anais**. Florianópolis : UFSC, 1985.
- CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. 9.ed. São Paulo : Ática, 1997.
- CHRISTOPHER, Mary F.F. **Gravidez e parto : prazeres e problemas**. São Paulo : Harper, 1979.
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.
- ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Ed. UFSC, 1994.
- FADUL, F.R. et al. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.36, n.2, p.215-20, 1983.
- FAWCETT, J. **Analysis evaluation of conceptual models of nursing**. Philidelphia : F.A. Davis, 1984.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- FONSECA, D. A. **Assistência de enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado). Curso em Assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 8.ed. Petrópolis : Vozes, 1986.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

GELAIN, Ivo. Repensando o enfoque da ética profissional. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p.29-34, jul./dez. 1994.

GENNEP, Arnold Van. **Os ritos de passagem**. Rio de Janeiro : Vozes, 1978.

GIL, Antônio. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo : Atlas, 1995.

GRANDE ENCICLOPÉDIA DELTA LAROUSSE. **Lua**. Rio de Janeiro : Delta, 1974. v.9.

GUALDA, D. M. R. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.26, n.1, p.75-86, mar. 1992.

_____. **Eu conheço minha natureza** : um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo.

_____. **A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstétrica** : um estudo de caso. São Paulo, 1998. Tese (Livre Docência), Universidade de São Paulo.

JATOBÁ, Izabel Souza A. **No cuidado com os cuidadores em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire**. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado), Curso em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo : Brasiliense, 1997.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo, 1998.

LEBOYER, Frederick. **Se me contassem o parto**. São Paulo : Ground, 1988.

LEININGER, Madeleine. The phenomenon of caring : importance, research, questions and theoretical considerations. In: **NATIONAL CARING CONFERENCE**, 3; 1981; Proceeding... Grove Road : Charles B. Slack, 1988. p.3-15.

_____. A teoria do cuidado transcultural : diversidade e universalidade. **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Anais**. Florianópolis : UFSC, 1985. p.232-254

- _____. Leininger theory of nursing : cultural care diversity and universality. **Nursing Science**, v.1, n.4, p.152-160, 1988.
- _____. **Culture care diversity and universality : a theory of nursing**. New York : National League for Nursing Press, 1991.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem**. Florianópolis, 1988. (Não publicado).
- LIMA, Durval Stockler. **Nutrição orientada : e os remédios da natureza**. São Paulo : União Sul Brasileira, 1980.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação : abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986. (Temas básicos de educação e ensino).
- LUNARDI, V. L. Responsabilidade profissional da enfermeira. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p.47-57, jul/dez. 1994.
- _____. **História da enfermagem : rupturas e continuidades**. Pelotas : UFPel, 1998.
- MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 8.ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1986.
- MARANHÃO, Amélia et al. **Atividades da enfermeira obstétrica no ciclo grávido-puerperal**. São Paulo : EPU, 1990.
- MARTINS FILHO, José. **Como e por que amamentar**. São Paulo : Sarvier, 1984.
- MEINCKE, Sônia Maria R. **O cuidado na família da adolescente grávida solteira : uma abordagem cultural**. Florianópolis, 1997. (Relatório da Prática Assistencial de Enfermagem - Mestrado Expandido), Universidade Federal de Santa Catarina.
- MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo : HUCITEC; Rio de Janeiro : ABRASCO, 1994.
- _____. **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. 9.ed. Petrópolis : Vozes, 1998.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem : uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado), Curso em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **Nascimento como um rito de passagem** : abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascido. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____; ALONSO, Ilca L.K.; LEOPARDI, Maria Tereza. Madeleine Leininger : teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem** : instrumentos para a prática. Florianópolis : Papa-Livro, 1999.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família** : uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado), Curso em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural**. Florianópolis. 1990. Dissertação (Mestrado). Curso em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

PIZZATO, Marina G.; POIAN, Vera R.L. **Enfermagem neonatológica**. 2.ed. Porto Alegre : Luzzatto, 1982.

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

RODRIGUES, José Carlos. **Antropologia e comunicação** : princípios radicais. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo. 1989.

ROSALDO, Michelle Z. Lamphere Louise. **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1979.

ROSEN, George. **Da política médica à medicina social** : ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980. Traduzido por Ângela Loureiro.

SCAVONE, Lucila. **Tecnologia reprodutiva** : gênese e ciência. São Paulo : UNESP, 1996. (Seminários Debates)

SCHWARTZ, Eda. **Desvelando a prática do cuidado com paciente e família teuto-gaúcha na unidade de terapia intensiva** : baseado na teoria transcultural de Leininger. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina. 1997.

SEPÚLVEDA, D et al. Lactância materna : alguns fatores psicossociales y biológicos que la influencian. **Bol. Of. Sanit. Panam.** v.96, n.1. p.51-9, 1993.

- SILVA, A.A.M. **Amamentação** : fardo ou desejo? estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto. 1990. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- SILVA, Alcione L.; ARRUDA, Eloita Neves. **Referenciais com base em diferentes paradigmas** : problema ou solução para a prática de enfermagem. (1993). Mimeo.
- SILVA, Aparecida Isília. **Amamentar** : uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo : Robe Editorial, 1997.
- SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 3.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.
- TARGINO, Regina Bottò. **Visão sócio-antropológica da parteira curiosa** : política educativa, terapêutica (rezas, ritos e ervas). Rio de Janeiro : Cultural Médica, 1992.
- TRENTINI, Mercedes. Relações entre teoria, pesquisa e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n.2, ago. 1987.
- VELHO, Gilberto; FIGUEIRA, A. Sérvulo. **Psicologia e sociedade**. Rio de Janeiro : Campus, 1981.
- VIRGATCHIK, Ilka. **A lua, sua influência sobre o homem e a natureza**. São Paulo : Pensamento, 1983.
- ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1985.

9.2 Bibliografia Consultada

- BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem** : uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica de NANDA. Florianópolis : Bernúncia, 1998.
- DANIEL, Liliana Felcher. **A enfermagem planejada**. 2.ed. São Paulo : Cortez Moraes, 1979.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1979.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem** : os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v.2, 1982. Traduzido por E. D. Nunes.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Sobre o pensamento antropológico**. Rio de Janeiro : Tempo Universitário, n.83, 1997.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando** : fortalecendo o "self" do cliente oncológico e o "self" da enfermagem. Goiânia : Cultura e Qualidade, 1998.

REZENDE, Ana L. M. de. **O compromisso de educar para a saúde**. Belo Horizonte : Amae Educando, 1984.

VIEIRA, Lúcia et all. Evolução histórica da saúde pública. **Revista da Saúde**. Bagé, v.2, jan./jun. 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
DISCIPLINA: PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
PROFª. ORIENTADORA: PROFª. DRª. LUCIANE PRADO KANTORSKI.
MESTRANDA: FRANCISCA DIAS DE O. DE ALMEIDA**

Ilma. Sr. Enfermeira

Maria Tereza Lenz Anschau

Chefe do Serviço de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

Senhora Chefe

Vimos por meio deste solicitar autorização para desenvolver o Projeto de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC-UFPeI-URG-URCAMP-FAPERGS, na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade deste Hospital, sob orientação da Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski.

O grupo de clientes com as quais pretendemos desenvolver o referido Projeto, será constituído por puérperas acompanhadas de familiares, visando uma assistência de enfermagem com ênfase nas crenças, nos valores e práticas culturais da mulher no período puerperal, partindo da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger.

Garantimos o compromisso ético com as puérperas envolvidas na prática.

Na certeza de contar com o Vosso apoio, e ao mesmo tempo colocando-nos ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos, subscrevemo-nos

Atenciosamente

Francisca Dias de Oliveira de Almeida
Mestranda e docente do Deptº. de Enfermagem da FEO/UFPeI

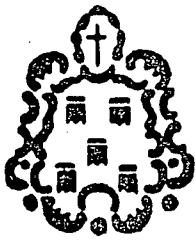
Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

Fundada em 20 de Junho de 1847

RECONHECIMENTO COMO DE UTILIDADE PÚBLICA

Governo Federal - Decreto n.º 653, de 8/3/1962
 Governo Estadual - Decreto n.º 6.732, de 8/11/1965
 Governo Municipal - Decreto n.º 112, de 3/1/1947
 Registro de Conselho Nac. de Serv. Social. Em 6/10/38

Registrado no C. N. S. S. em 06/10/1938
 Registrado no C.G.C.M.F. n.º 92.219.558/0001-25
 Inscrição Estadual n.º 093/0085674
 Hospital de 1.ª Categoria - Classificação do INPS e IPERGS




Pelotas, 04 de junho de 1999

Ilma. Sra.
 Profª Francisca Dias de Oliveira de Almeida

Prezada Senhora.

Venho por meio desta comunicar-lhe que sua solicitação, referente ao Projeto Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC-UFPel-URG-URCAMP-FAPERGS, foi analisada e aprovada, em 04/06/99, pelo Dr. Antônio Pureza Duarte, Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

Atenciosamente,



 Adriana da Silva Pollnow
 Secretária do Comitê
 de Ética em Pesquisa

OBS: Favor encaminhar cópia do Projeto.

ANEXO 3

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
PROF^ª. ORIENTADORA: PROF^ª. DR^ª. LUCIANE PRADO KANTORSKI.
MESTRANDA: FRANCISCA DIAS DE O. DE ALMEIDA**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora

Venho mui respeitosamente através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por mim desenvolvido na Disciplina de Prática Assistencial do Mestrado em Assistência de Enfermagem.

O objetivo do trabalho é que, através de cuidados prestados à puerpera na maternidade e posteriormente em domicílio, após encontros agendados entre nós, eu possa conhecer sua prática de cuidar acompanhada do familiar, fundamentada num referencial teórico que aborda o cuidado cultural, ou seja, respeitando-se as crenças, os valores e as práticas culturais desta clientela. Desta forma proponho ações de cuidados que envolvem acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informada, de maneira clara e detalhada, a respeito dos objetivos e da forma de desenvolver este trabalho que responderei e colaborarei para benefício dos profissionais que atuam no cuidado à puerpera.

Fui informada ainda:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta relacionada ao trabalho;
- da liberdade de retirar o consentimento, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo;
- da certeza de que não serei identificada e que as informações relacionadas a minha pessoa serão confidenciais;
- do total acesso as informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados;

Fica assegurado o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando os direitos de cada participante.

Pelotas, ____ / ____ / ____.

Assinatura da participante

Assinatura da Mestranda

