

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO CULTURAL À MULHER DURANTE A GESTAÇÃO:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO**

Lenir Maria Baruffi

Porto Alegre, janeiro de 2004

Lenir Maria Baruffi

**O CUIDADO CULTURAL À MULHER DURANTE A GESTAÇÃO:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr.^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre, janeiro de 2004

Lenir Maria Baruffi

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, janeiro de 2004.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha – Presidente
Escola de Enfermagem - UFRGS

Prof. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó
Escola de Enfermagem- UFSC

Prof. Dra. Marisa Monticelli
Escola de Enfermagem - UFSC

Prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Escola de Enfermagem – UFRGS

Dedico este estudo à mulher que desde minha infância, através de sua sabedoria e amor, me despertou para o cuidado popular com a gestante e o recém-nascido ao vivenciar suas doze gestações. À mulher que me deu a vida, minha mãe, Etelvina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu porto seguro e me conduzir ao caminho do bem.

Às gestantes deste estudo e suas famílias, que tão carinhosamente me permitiram vivenciar a mais bela experiência de cuidá-las nesses vinte anos de profissão.

À Professora Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, pela confiança em mim depositada, aceitando-me como orientanda, e que, com seu imenso conhecimento, me confiou o desafio de implementar o cuidado cultural na gestação.

À Universidade de Passo Fundo, minha instituição, pelo incentivo na qualificação do corpo docente.

Agradeço à minha família, pela compreensão por minha ausência nesse período de curso e pelo apoio recebido.

À Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, que gentilmente abriu espaço para a realização da prática. Minha gratidão a todos os funcionários do CAIS do Bairro Vera Cruz pelo acolhimento e respeito ao meu trabalho.

Às colegas do curso de mestrado, pela amizade e coleguismo, dividindo as alegrias e as dificuldades nesse período em que convivemos.

A todas as professoras do curso de mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, pela troca de conhecimentos.

Às professoras da Banca Examinadora, por suas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

Muitas pessoas passam pelas nossas vidas, outras ficam para sempre. Durante a realização deste estudo, duas pessoas marcaram para sempre a minha vida; meu sobrinho Artur Daniel, que, com seus 11 anos, ao se despedir para a eternidade, mesmo na dor, me fez repadronizar meus valores em relação ao ser humano; meu sobrinho Lucas Daniel, que, ao chegar a este mundo, com 33 semanas, me possibilitou cuidar de um bebê prematuro no domicílio e, então, repadronizar o meu cuidado profissional.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo conduzido na linha da etnoenfermagem. Teve como objetivo implementar o cuidado cultural congruente à mulher durante a gestação, segundo o modelo de Leininger. Participou seis mulheres gestantes moradoras de Passo Fundo, interior do Rio Grande do Sul, no período de março de 2003 a novembro de 2003. Os dados foram coletados durante a consulta de enfermagem e a visita domiciliar; como estratégia para obtenção dos dados utilizou-se a observação participante e o Guia Rápido para Avaliação Cultural serviu de instrumento para conhecer a cultura da gestante. Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática e de Padrões. A partir dos assuntos abordados durante a implementação do cuidado emergiram unidades de significado que foram agrupadas para a formação dos temas. Procurou-se desenvolver a implementação do cuidado cultural na gestação aplicando as três formas de ação: preservação, acomodação e repadronização. O cuidado cultural na gestação mostrou-se como um recurso para favorecer o cuidado humanizado à mulher durante a gestação. As descobertas deste estudo apontam para a necessidade de se valorizar o contexto cultural da gestante no sentido de alcançar um cuidado congruente com seu modo de vida.

Descritores: enfermagem, cuidado cultural, gestação, cultura, enfermagem transcultural, humanização, etnoenfermagem.

ABSTRACT ¹

It is a qualitative study conducted in the line of ethno nursing. It had as its objective to implement the cultural care to the woman during pregnancy, according to the Leininger model. Six pregnant women, who live in Passo Fundo, in the countryside of Rio Grande do Sul, participated in the study from March 2003 to November 2003. The data were collected during nursing appointment and home visit, as a strategy to obtain the data, participant observation was used. The Cultural Evaluation Fast Guide was a means to know the culture of the pregnant woman. To analyze the data, the Patterns and Thematic Analysis was used. From the topics discussed during the implementation of the care, meaningful units emerged and were grouped to form the themes. It was tried to develop the implementation of the cultural care in the pregnancy by applying three ways of action: preservation, accommodation, and re-standardization. The cultural care in the pregnancy showed itself as a means to favor the humanized care to the woman during pregnancy. The findings of the study point to the need of valuing the cultural context of the pregnant woman in the sense of attaining a congruent care with her way of living.

Key words: nursing, cultural care, pregnancy, culture, trans cultural nursing, humanization, ethno nursing.

Title: **THE CULTURAL CARE TO THE WOMAN DURING PREGNANCY: A CONTRIBUTION TO HUMANIZATION**

RESUMEN²

Refierese de un estudio calitativo conducido en la línea de la etnoenfermaje. El objetivo del estudio ha sido implementar el cuidado cultural congruente a la mujer durante la gestación según el modelo de Leininger. El estudio ha sido realizado con seis mujeres embarazadas, que viven en Passo Fundo, interior del Rio Grande del Sur, el periodo de marzo de 2003 a noviembre de 2003. Los datos fueron recogidos durante la consulta de enfermaje y la visita domiciliar, como estrategias para obtener los datos fue utilizado la observación y el Guión Rápido para Evaluación Cultural sirvió de instrumento para conocer la cultura de la gestante. Para el análisis de los datos, fue utilizada Análisis Temática y de Padrones. Luego después de los asuntos trabajados durante la implemantación del cuidado surgieron unidades de significado que han sido agrupadas para la formación de temas. Se buscó desarrollar la implementación del cuidado cultural en la gestación, aplicando las tres maneras de acción: preservación, acomodación y repadronización. El cuidado cultural en la gestación se ha mostrado como un recurso para favorecer el cuidado humanizado a la mujer durante la gestación. Las descubiertas de este estudio señalan para la necesidad de valorar el contexto cultural de la mujer embarazada en el sentido de alcanzar un cuidado coherente con su modo de vida.

Descriptores: enfermaje, cuidado cultural, gestación , cultura, enfermaje transcultural, humanización, etnoenfermaje.

Título: EL CUIDADO CULTURAL A LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN: UNA CONTRIBUCIÓN PARA LA HUMANIZACIÓN

¹ Version: Roberta Macedo Ciocari

² Traducción: Gisele Benck de Moraes

SUMÁRIO

1 ENCONTRO COM O TEMA	11
2 JUSTIFICANDO O TEMA	16
3 OBJETIVOS	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	31
5.1 ESCOLHA DO MÉTODO	31
5.2 TIPO DE ESTUDO	31
5.3 CAMPO DE ESTUDO	33
5.4 INFORMANTES	34
5.5 COLETA DE DADOS.....	35
5.6 ANÁLISE DE DADOS.....	39
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
6 DESENVOLVENDO O CUIDADO CULTURAL COM AS	
 GESTANTES	42
6.1 CONHECENDO ATALIA.....	47
6.2 CONHECENDO LIA.....	65
6.3 CONHECENDO SARAI	67
6.4 CONHECENDO AQUINOÃ	69
6.5 CONHECENDO ADA.....	71
6.6 CONHECENDO MELCA	73
7 O CUIDADO CULTURAL NA GESTAÇÃO	75
7.1 TEMA UM: GESTAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	75
7.2 TEMA DOIS: AMAMENTAR É BOM PARA O BEBÊ.....	81
7.3 TEMA TRÊS: MEDO DE MACHUCAR O BEBÊ NA RELAÇÃO SEXUAL.....	91

7.4 TEMA QUATRO: ALIMENTO E HÁBITOS FAMILIARES.....	97
7.5 TEMA CINCO: NA DIETA PRECISA SE CUIDAR.....	103
7.6 TEMA SEIS: O PARTO É COISA SIMPLES.....	108
7.7 TEMA SETE: RECURSOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	114
7.8 TEMA OITO: OBSTÁCULOS NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL.....	118
8 UMA REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO CULTURAL	
CONGRUENTE	126
9 UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO	
À GESTANTE	147
10 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	153
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICES	163
APÊNDICE A.....	164
APÊNDICE B.....	165
ANEXO	169

1 ENCONTRO COM O TEMA

Motivada pelas inquietações que me acompanharam ao longo de minha trajetória profissional e pelo desejo de humanizar o atendimento à mulher durante a gestação, vislumbrei o assunto como de importância para uma investigação científica. Para abordá-lo foi necessário refletir sobre alguns momentos de minha vida pessoal e profissional que foram significativos e influenciadores na busca de um conhecimento do cuidado sob um enfoque cultural.

Minha vivência pessoal inseriu-me no convívio de gestantes muito cedo, uma vez que, desde criança, lembro-me de minha mãe grávida. Ela teve doze gestações e, como eu era a segunda filha, passei minha infância e parte da adolescência convivendo com as suas gestações. Os partos eram realizados em casa, com a parteira e o auxílio de meu pai. Lembro-me que, logo após o nascimento de meus irmãos, meu pai, muito feliz, trazia o bebê nos braços para que nós, os irmãos, o conhecêssemos. Cada nascimento era um momento de muita alegria na casa.

Ainda criança, eu auxiliava minha mãe no cuidado de meus irmãos, implementando ações que derivavam de hábitos familiares locais, tais como o uso de chás, a faixa no umbigo, a massagem com óleos no abdômen do bebê para aliviar a cólica, o resguardo de quarenta dias de minha mãe (sem sair de casa, usando lenço na cabeça), a dieta na alimentação a base de caldo de galinha e muitos outros costumes e hábitos culturais que permearam minha adolescência. Nesse contexto, obtive um aprendizado informal do cuidado popular ou leigo cultivado numa comunidade de origem italiana.

Ao ingressar no curso de graduação em Enfermagem na Universidade de Passo Fundo, não sabia muito bem o que era o fazer da enfermagem, porém o que me fascinava, desde o

primeiro contato que tive com os pacientes, era estar com as pessoas, ouvir suas histórias, segurar sua mão, passar a mão em seu rosto, tocá-las e sentir a sua resposta. Contudo, ao cursar a disciplina de Enfermagem em Criança Sadia, emergiu o interesse que me conduziu à área materno-infantil. O que mais me impressionou na época e me desafiou a buscar essa área foi o aprendizado acadêmico, ou melhor, a vivência de um conhecimento científico que se contrapunha a toda a minha bagagem cultural. Durante o estágio da disciplina, vivenciei momentos em que era dito, de forma muito enfática, para as mães que não deveriam usar a faixa umbilical; observei, até, que às vezes a faixa era retirada da criança. A mãe era retirada da cama, no inverno, às sete horas da manhã, e posta debaixo do chuveiro para lavar o cabelo; era rotina e todas as mulheres entravam na fila. Isso tudo sempre de maneira imposta, como se o profissional de saúde fosse o único detentor do saber. Essas questões me intrigavam e desconstruíam toda minha experiência de cuidado popular. Hoje, acredito que esse foi o primeiro choque cultural que experienciei e, talvez, um dos motivos que me levaram à área do cuidado à gestante.

Ao concluir a graduação, iniciei minha carreira profissional em um centro de tratamento intensivo, a única oportunidade de trabalho na época. Coincidentemente, minha primeira paciente foi uma puérpera com complicações pós-parto gemelar. Cinquenta e oito dias sob meus cuidados me oportunizaram praticar o fazer da enfermagem, vivenciando a interação da enfermeira³ com a paciente e sua família e a valorização do ser humano em sua totalidade. Nesse momento, percebi que a família deveria estar incluída no cuidado do paciente hospitalizado.

Minha formação acadêmica foi embasada no modelo biomédico. Embora tivesse aprendido, teoricamente, que deveria cuidar do ser humano como um todo, o enfoque dado à prática era a assistência aos problemas do paciente. Uma ênfase muito grande era dada à tecnologia; a qualidade do profissional era avaliada por seu domínio da técnica, como saber desmontar e montar um respirador, conhecer todas as patologias, enfim, o *status* era da enfermeira que atuava em áreas de alta tecnologia.

Assim que surgiu uma oportunidade, assumi a chefia da maternidade de um hospital de grande porte, quando, então, me deparei com uma unidade obstétrica totalmente tecnicista, fragmentada, desumanizada, na qual o atendimento à paciente era realizado por tarefas: o bebê, ao nascer, era conduzido a uma sala de observação, onde permanecia sozinho por seis

³Enfermeira: neste estudo, optou-se pelo termo “enfermeira” por entender que a maioria na profissão é mulher, entretanto sem excluir o profissional masculino.

horas; a mãe ficava sozinha no quarto; as visitas de familiares, inclusive do pai, seguiam um horário rígido, com esquema de cartão de visita.

Logo na primeira semana de atuação neste local, observei uma situação que me inquietou. Eu estava acompanhando uma gestante em trabalho de parto, no quarto, naquele período dramático de dor, inquietação, medo que é a fase final do trabalho de parto, e ela estava agarrada no pescoço do marido. Então, ao passar pelo quarto, o vigilante do hospital solicitou que ele se retirasse porque o horário de visita havia acabado e, apesar de ver o choro da gestante, ele foi obrigado a sair porque a norma do hospital tinha de ser cumprida. Naquele instante, senti um desejo de lutar pela humanização do cuidado à mulher. Sim, porque, para mim, aquela situação caracterizava-se como uma das formas mais desumanas de atender uma mulher preste a vivenciar um dos momentos mais belo e significativo de sua vida: o nascimento de seu filho.

Convivi, então, com um contexto hospitalar intervencionista, com ênfase nas rotinas e despersonalizado. Nessa época, embora eu fosse inexperiente na área obstétrica, estava convicta de que a maternidade é o palco de início da vida, e assim deveria ser tratada. Certamente, o cenário de parto domiciliar que eu experienciara com minha mãe e o envolvimento de minha família com o nascimento de um bebê, valorizando esse momento festivo, construíram parte da minha visão de mundo.

O meu desejo de transformar aquela unidade em um local onde a identidade da mulher fosse valorizada e onde o nascimento fosse entendido como um momento único para cada mãe e filho foi desafiador. Houve muitas objeções e restrições por parte da equipe, porém, com muito diálogo e negociação, as mudanças começaram a aparecer, como a de instituir a permanência do bebê com a mãe no pós-parto. Então, o bebê passou a ser atendido sob os olhares da mãe na sala de parto e de cesariana e permanecia na sala de recuperação, juntamente com ela, onde se dava o início do aleitamento, indo após, para o quarto no colo dela. Também as visitas foram liberadas, valorizando e incentivando a participação de irmãos e avós no alojamento conjunto e em tempo integral.

No início da década de 90, quando as políticas de saúde em nível nacional começaram enfocar a humanização do nascimento e resgatar o parto natural, as questões familiares que envolviam o processo do parto e pós-parto instigaram-me a compreender os valores culturais implicados nesse evento. Assim, procurei entender por que cada mulher comportava-se de modo diferente na hora de parir, pois havia aquelas que permaneciam caladas diante da dor; outras choravam; outras riam; algumas se desesperavam e gritavam; havia, ainda, as que agarravam o bebê e as que eram alheias a ele. Também me deparei com mulheres que não

queriam ser tocadas pela equipe obstétrica e com puérperas que não queriam amamentar. Dialogando com as mulheres na maternidade, busquei compreender tais comportamentos, quando descobri, surpresa, que a maioria desses estava ligada ao seu modo de vida, ao seu contexto familiar. A busca de respostas para essas indagações introduziu-me em leituras que me conduziram a considerar os costumes, hábitos e crenças de cada família, isto é, com seu contexto cultural.

Com o passar do tempo, cada vez fui me envolvendo mais com o cuidado da gestante. Assim, comecei a observar que havia uma lacuna entre o atendimento pré-natal e a internação hospitalar, pois acredito que o pré-natal é o momento ímpar para auxiliar a mulher a enfrentar o parto, o pós-parto e a amamentação. A gestante chegava à maternidade totalmente despreparada, amedrontada e trazendo consigo valores culturais e crenças que não eram considerados durante sua hospitalização.

Em 1992, quando ingressei na Universidade de Passo Fundo como docente, na disciplina de Enfermagem Obstétrica, senti minha responsabilidade aumentar ao conhecer outro cenário: o atendimento ambulatorial na área de saúde da mulher. Identifiquei que o acadêmico de enfermagem não atuava em pré-natal, no entanto parte desses egressos do curso estava coordenando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) em toda região. Novas inquietações surgiram então: como se poderia formar um profissional sem habilitação para atuar numa área emergente e priorizada pelo Ministério da Saúde como o é pré-natal?

Através de um convênio entre a Universidade de Passo Fundo e a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, implementei a assistência pré-natal em um ambulatório da rede básica, o qual serve de campo para a prática da disciplina de Enfermagem em Saúde da Mulher. A consulta de enfermagem em pré-natal, acompanhada pelos acadêmicos de Enfermagem, é realizada de acordo com as orientações dos manuais do Ministério da Saúde. Durante o atendimento pré-natal, eram realizadas orientações em grupo e individual, dando-se ênfase às dúvidas, às expectativas da gestante em relação ao parto, ao pós-parto, valorizando a participação da família nas consultas e orientações, enfim, priorizando as questões psicológicas, emocionais e sociais do processo gestacional. Esse parecia ser um atendimento humanizado, contudo percebia que o cuidado ainda não era satisfatório; algo permanecia encoberto na fala das gestantes, pois a ação de cuidado nem sempre alcançava o objetivo proposto, ou seja, ainda havia uma lacuna entre a orientação da enfermeira e o que, de fato, a gestante entendia e seguia.

Durante o curso de mestrado em Enfermagem, ao realizar a disciplina de Teorias de Enfermagem, entrei em contato com a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, vislumbrando então o caminho que parecia ser o do cuidado ideal para a mulher durante a gestação. Assim, considerando meu modo de pensar e sentir durante minha trajetória com gestantes nestes últimos dezesseis anos e reconhecendo a importância de se considerar o contexto cultural da mulher, passei a entender que, para humanizar o cuidado à gestação, a enfermeira precisa conhecer a sua cultura e saber trabalhar com ela.

Para Franco et al. (1996), ao nascermos já estamos inseridos em uma determinada cultura e passamos a viver em um determinado momento histórico. No entanto, cada pessoa apreende, de maneira singular, valores, crenças, hábitos, costumes e idéias a partir das formas de relacionamento, através da expressão de sentimentos e ações acumuladas no desenrolar do processo histórico.

2 JUSTIFICANDO O TEMA

As tendências atuais referentes à saúde da mulher têm se expandido para além do enfoque reprodutivo, buscando resgatar o cuidado da mulher em sua totalidade. Atualmente, buscam-se novas formas de ver a saúde, uma perspectiva mais ampla, que coloca o ser humano no centro da atenção e do cuidado. Nos últimos anos, a ênfase na área da saúde estava enraizada em um atendimento biologicista, priorizando a doença, o tratamento, a especialização.

Com relação à saúde, o enfoque dado pelo Programa de Assistência Humanizada à Mulher do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.11) preconiza que

a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças.

No tocante à saúde da mulher, observou-se que esse cuidado tem sofrido mudanças significativas ao longo da história. Com o desenvolvimento tecnológico, as pesquisas avançaram no campo da medicina fetal, na medicalização, fertilização e diagnóstico. Entretanto, ao mesmo tempo em que se instituiu o saber científico e tecnológico, com a propagação do modelo biomédico e sua predominância na atenção à saúde, houve um distanciamento entre o saber do profissional e o da mulher. Com isso, o parto domiciliar passou de um evento familiar para um procedimento hospitalar, configurando-se como um processo de nascimento desumanizado.

O avanço tecnológico foi marcante na área de diagnóstico, tratamento, reprodução humana, às custas de altos investimentos, colaborando, em parte, para a diminuição da

mortalidade materna e neonatal. Em contrapartida, ainda se tem um cenário de serviços de saúde ineficazes, sistemas de referência e contra-referência insuficientes, no qual grande parcela da população vive na pobreza, sem sequer ter acesso a qualquer atendimento à saúde.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), orienta que a atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto, contudo está ainda à espera de ser implantado em grande parte do estado do Rio Grande do Sul: dos 497 municípios do estado, apenas 61 estão cadastrados. Atualmente, estamos diante de um quadro de baixa cobertura de pré-natal, o que corresponde a 21,2% no estado; os índices de mortalidade materna e neonatal significativos, tendo sido registrados coeficientes de 63,9/100.000 na mortalidade materna e 16,87/1000 na mortalidade perinatal no ano de 2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O município de Passo Fundo aderiu ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em março 2003; a rede básica de saúde do município tem quarenta e um ambulatorios, dos quais, contudo, somente sete realizam pré-natal. Possui três equipes de Programa de Saúde da Família, mas a atuação da enfermeira no atendimento pré-natal é incipiente⁴. Em Passo Fundo, no ano de 2000, 40,1% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e 2,9%, nenhuma. Vale lembrar que esses dados incluem as gestantes da rede privada. Nesse mesmo ano, o município apresentou uma taxa de 45,9% de cesarianas, com 8,2% de prematuridade, 11,3% de bebês de baixo peso e 27,1% de bebês com peso insuficiente. Somado a isso, manteve-se um índice de 11,30/100.000 no coeficiente de mortalidade perinatal e um índice de 22,1% de gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Frente a esse cenário estatístico, convive-se no dia-a-dia com uma atenção pré-natal fragmentada, despersonalizada, centrada no modelo biomédico, no qual ainda vigora o modelo que privilegia o aparelho reprodutor, o feto, o ultra-som. Os profissionais da área da saúde da mulher, ao incorporarem essa visão biologicista, mecanicista do atendimento, fizeram-no também com enfoque nas especializações, o que contribuiu para inviabilizar a compreensão do indivíduo na sua totalidade. Nessa ótica de especificidade de cada profissional, os aspectos emocionais, psicológicos e sociais que interferem no processo gestacional são desconsiderados, promovendo-se uma dicotomia entre corpo e pessoa.

⁴ Informações obtidas junto à divisão ambulatorial da Secretaria de Saúde de Passo Fundo, setembro 2002.

O atendimento à saúde da mulher ainda está permeado por uma cultura profissional que envolve o cumprimento de número de consultas exigido pela instituição, priorizando, dessa forma, a quantidade em detrimento da qualidade. Perceberam-se crenças, valores, mitos e costumes familiares muito presentes no processo gestacional. Entretanto, no atual modelo de atenção que vigora no sistema de saúde, as orientações e as tomadas de decisões dos profissionais são unilaterais, valorizando o seu saber científico em detrimento do saber popular. Observa-se a passividade das gestantes diante do atendimento e uma desconsideração do contexto cultural da mulher. Essas inquietações levaram-me a refletir se há espaço para que o contexto cultural da mulher influencie o cuidado durante a gestação e de que forma esse acontece.

Em nível de país, a área da saúde da mulher tem ocupado espaços significativos nas últimas décadas, principalmente quanto ao resgate do parto humanizado. O parto é considerado um processo que afeta as relações entre o grupo familiar e reflete valores que variam de acordo com cada sociedade. No entanto, é fundamental reconhecer a importância do atendimento pré-natal como o primeiro passo para que isso se efetive. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com o acolhimento, a qualidade do atendimento e o preparo dos profissionais da saúde.

Pouco se tem estudado atualmente com relação à prática de atenção pré-natal por enfermeiras. Em grande parte dos serviços, os profissionais utilizam modelos de consulta de enfermagem preestabelecidos e embasados no modelo biomédico.

Um novo enfoque é dado atualmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) no que se refere à atenção à gestação. Nesse, conceitua-se a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres; por isso, recomenda-se que o acompanhamento pré-natal deve acolher a mulher e compreender suas necessidades de conhecimento sobre a gravidez e o parto. Entretanto, isso implica um compartilhar do profissional com a mulher, com base numa compreensão de suas práticas de cuidados, isto é, exige que o profissional de saúde mude o seu olhar de um corpo biológico, onde o patológico é valorizado, para a observação do contexto da gestante. Weissheimer (2002, p. 116) também ressalta que, “em qualquer cultura, a gestação e o parto são mais que um evento biológico, havendo o envolvimento familiar, e portando significados espirituais, emocionais, sociais e psicológicos”.

O pré-natal é uma área propícia para a atuação da enfermeira por se tratar de um contexto favorável a prevenção e promoção da saúde. Por isso, é fundamental que ela crie condições para que a gestante participe no processo do cuidado, preenchendo essa lacuna que

ainda permeia a atenção pré-natal, no sentido de implementar um cuidado compartilhado, enfermeira/gestante. Pela facilidade de estabelecer um elo com a gestante, a enfermeira poderá proporcionar novas vivências de gravidez, parto e pós-parto, de forma mais satisfatória e coerente com seu modo de vida, valorizando a especificidade de cada uma em seu contexto.

Para que se realize o cuidado de enfermagem, é primordial uma aproximação com as pessoas no sentido de promover uma interação entre a enfermeira e a gestante. Nessa linha de pensamento, é evidente que a enfermeira, conhecendo o meio onde as gestantes vivem, com seus mitos, crenças, costumes, terá uma melhor compreensão das formas de cuidado. O conhecimento do cuidado numa perspectiva cultural possibilita um compartilhar entre a gestante e a enfermeira, tornando, dessa forma, o cuidado mais significativo e satisfatório.

Um estudo no qual se resgate um entendimento das crenças, mitos, hábitos, costumes, enfim, o cuidado popular das mulheres grávidas, poderá contribuir no desenvolvimento de modelos de atendimento de enfermagem à saúde da mulher com fundamentação científica e que aborde o contexto cultural da mulher. Atualmente, percebe-se a importância no uso da tecnologia e reconhece-se a sua importância na melhoria do atendimento à mulher, contudo o profissional, ao realizar técnicas complexas, manusear aparelhos sofisticados, deve considerar que os mitos e crenças populares relacionados à gestação fazem parte no processo de nascer dos seres humanos. E esses aspectos se manifestam em todo processo gestacional durante o pré-natal, no parto e no pós-parto das mulheres.

Assim, penso que, a partir da avaliação do cuidado de enfermagem preconizada por Leininger (1995), poderão ser tomadas medidas no sentido de preservar, acomodar ou repadronizar as ações e práticas de cuidado da gestante. Dessa forma, é possível tornar o cuidado na gestação mais satisfatório e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida durante o período gravídico através do cuidado cultural congruente.

Acredito que o cuidado na gestação é essencial para uma melhoria na qualidade de vida das mulheres e bebês, entretanto faz-se necessário incorporar achados de pesquisas à prática para que se possa desenvolvê-la em bases científicas.

3 OBJETIVOS

- 1- Implementar o cuidado cultural congruente à mulher durante a gestação segundo o modelo de Leininger (1995).
- 2- Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas gestantes em seus contextos culturais.
- 3- Refletir sobre a relação entre o cuidado cultural e os princípios da humanização abordados na atenção à mulher gestante.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação é considerada um processo normal da fisiologia feminina, contudo é um momento especial na vida da mulher. A gravidez é um período de repentinas mudanças físicas, emocionais, sociais, econômicas e familiares que cada mulher vivencia de forma diferente. Quando uma mulher engravida, ela não o faz só; é uma situação compartilhada com toda família e com o grupo social ao qual pertence. Nesse espaço se identifica a cultura, pois é por meio dela que a gestante determina suas necessidades, suas crenças, seu modo de vida, enfim, sua história de vida.

A gestação é um ato biológico, mas é, também, um evento social, que afeta as relações entre o grupo familiar e imprime valores e significados que variam em cada grupo; é uma etapa da vida da mulher fortemente influenciada pelos hábitos da família. A gestante traz consigo toda uma identidade de relações sociais cultivadas em seu meio familiar, esses normalmente passada de mãe para filha e que já definem o seu modo de ser. Ainda, recebe influência do meio onde vive, aumentando, assim, sua bagagem de costumes e atitudes relacionadas à gravidez.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) reforçam essa idéia ao afirmar que as experiências passadas de um pai e de uma mãe para a criança são determinantes na modelação dos papéis de cuidadores. Relatam que, muito antes de uma mulher vir a ser mãe, ela já aprendeu um repertório de comportamentos de cuidados maternos pela forma como era cuidada por sua mãe e pela sua vivência. Inferem ainda os autores que, em todas as culturas, a forma como os pais são educados, incluindo tanto a prática da cultura quanto as peculiaridades das experiências de educar seus filhos feitas por seus pais, influencia muito sua conduta em

relação ao seu bebê, significando que cada geração se beneficia com os cuidados recebidos da geração anterior.

Segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), a reprodução também aciona todo um conjunto de saberes referentes à própria formação da criança e às influências que esta sofre do meio externo; assim, cada sociedade estabelece um conjunto de regras para o tratamento da gestante, tanto em termos do que ela deve ou não comer e fazer como dos cuidados que as pessoas que a cercam devem observar. As autoras (p. 16) referem que “a reprodução é um domínio privilegiado para a visualização desta conjunção de concepções biológicas e sociais acionadas pela cultura, visto que ela implica não apenas a continuidade da espécie, mas também da própria sociedade”.

Para Helman (1994), é importante observar que, em todas as sociedades humanas, a gravidez e o nascimento significam mais que simples eventos biológicos; são integrantes também da transição do *status* social de “mulher” para o de “mãe”. Continua argumentando que os antropólogos relatam diferenças evidentes nas percepções sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos, e é a cultura que informa os membros de uma sociedade sobre as condições apropriadas para a procriação e a gestação.

As práticas relacionadas à gravidez incluem mitos, crenças, hábitos, que permeiam a alimentação, higiene, atividade sexual, cuidados com o bebê e com a mãe durante o atendimento pré-natal. Embora, aparentemente, a gestação possa ser entendida como um processo biológico simples e natural do ciclo de vida da mulher, um aspecto bastante relevante para ser abordado diz respeito aos valores que, historicamente, influenciam o comportamento das mulheres durante a gestação. Relata Zampieri (2001a, p. 15):

a gestação e a fecundação do ser humano, desde os primeiros tempos, eram envolvidas por mistérios, tabus, preconceitos e rituais, que buscavam explicar o incompreensível, o não visto, a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação à gravidez eram e continuam sendo incontáveis, remontando aos tempos mais antigos, alterando-se de acordo com cada cultura e momento histórico.

Zampieri (2001a) ainda comenta que, na Antiguidade, a gravidez era extremamente valorizada em razão de sua finalidade, a perpetuação da espécie, tanto que em algumas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade vulgar, por terem sido escolhidas por Deus para dar continuidade à vida humana. Saunders (2002) registra que a gestação afeta todos os membros de uma família, o que leva a um processo de adaptação familiar que ocorre em um ambiente cultural influenciado por tendências sociais.

Williams (2002), discorrendo sobre o contexto cultural da família, afirma que esta difere em suas culturas e etnias. Assim, para prestar atendimento culturalmente competente, a enfermeira deve ter conhecimento das crenças e das práticas culturais importantes para as famílias, considerando-as como únicas. Ressalta ainda que a enfermeira deve considerar os produtos da cultura, incluindo a comunicação, o espaço, o tempo e os papéis familiares ao trabalhar com famílias na gravidez.

Para Leininger (1995), cultura é compreender e compartilhar valores, crenças, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração; a cultura reflete valores, idéias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações.

Para a autora, a cultura inclui conhecimentos e práticas influenciados por fatores como a visão de mundo, a linguagem, a religião, o parentesco, a etno-história, além de fatores políticos, educacionais, tecnológicos e o contexto do meio ambiente no qual ocorre, essa pode ser uma influência poderosa no comportamento das pessoas porque é um conjunto de práticas que perduram através do tempo.

O cuidado da mulher durante a gravidez e o preparo para o parto envolvem um conjunto de medidas e atividades aos quais os profissionais da saúde denominam de pré-natal. Embora os padrões de resposta à gravidez sejam facilmente reconhecidos, a gestante entra no sistema de atendimento pré-natal com preocupações e necessidades individuais.

Saunders (2002) esclarece que há muitas variações culturais no cuidado pré-natal. Assim, algumas práticas podem conflitar com as crenças e com as práticas de um grupo cultural ao qual a gestante pertença; por essa razão, bem como por outras, como a falta de dinheiro, de transporte e a má comunicação com os profissionais de saúde, as mulheres não participam do cuidado pré-natal. Para a autora, outro aspecto é que, para alguns grupos culturais, o médico é considerado um profissional indicado nas ocasiões de doença e a gestação é vista como um processo normal; por isso, o serviço de um médico durante a gestação seria inapropriado porque essa etapa é tida como normal na vida das mulheres.

Zampieri (2001b) comenta que o pré-natal é o momento primordial para dar suporte à mulher, conduzir sua gravidez através da troca de experiências e conhecimentos, facilitando essa vivência. Afirma: “O pré-natal visa assegurar o bem-estar materno e fetal, favorecendo a compreensão e adaptação a novas vivências, oriundas de todas as transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante, do companheiro e dos familiares” (p.78).

É importante, sobretudo, reforçar que a gestação é uma experiência familiar; portanto, para oferecer um atendimento mais global, é necessário pensar em termos de uma família grávida. O cuidado durante a gestação implica um acompanhamento minucioso que extrapola as questões biológicas. É um momento importante para interagir e fortalecer a mulher na condução da gravidez, o parto e o pós-parto; entretanto, os profissionais precisam entender que cada mulher tem uma história de vida e uma personalidade própria.

Williams (2002) reforça a premissa de que a enfermeira deve conhecer cada mulher individualmente e validar as suas crenças culturais; deve apoiar e sustentar as crenças que promovem adaptação física ou emocional à gravidez. Entretanto, se determinadas crenças forem prejudiciais, a enfermeira deve discuti-las com a mulher e usá-las no processo de reeducação e de modificação.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde (BRASIL, 2001), tem reconhecido e enfatizado a importância de reorientar o modelo de assistência à mulher instituindo algumas diretrizes no sentido de propiciar a cada uma o direito de cidadania, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Segundo as diretrizes da Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período esse considerado de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. O próprio Ministério da Saúde preconiza que a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante. Continua orientando que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal que ocorrem no Brasil.

A atual política de saúde da mulher do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a, p.7) preconiza que “cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família”. A abordagem preconizada pelo ministério é fundamental ao se pensar num trabalho com mulher grávida, pois o período pré-natal envolve modificações físicas e ajustamentos emocionais complexos nas relações da gestante, as quais afetam não apenas a mulher e o feto, mas também a família e outras pessoas em seu contexto. Todos necessitam se adaptar aos eventos de preparação do feto para a vida extra-uterina. O cuidado com a saúde para a gestante deve considerar também o estilo de vida, as crenças pessoais adotadas por ela e sua família.

Silva (2002) realizou uma pesquisa etnográfica em um ambulatório de assistência pré-natal para compreender como o pessoal da equipe de saúde se relaciona com a gestante na assistência pré-natal. Alerta que a cultura do cliente e a comunicação são fatores que a equipe de saúde deve valorizar em sua atuação profissional. E acrescenta:

No caso das gestantes, deve-se atentar para aspectos culturais envolvidos com o fenômeno da gestação e precisa-se estar consciente de que há necessidade de suporte à incertezas e dúvidas que permeiam o período gestacional. Deve-se fazer observações, quanto à estrutura emocional e valores morais da gestante, fundamentadas nas condições de vida e no ambiente social em que ela convive (p.14).

A enfermagem é caracterizada como uma profissão do cuidado, cuja prática está presente em todos os momentos da vida, no cotidiano das pessoas; dessa forma, tem buscado apoio na cultura para um melhor entendimento de suas ações de cuidado.

Waldow (1995) enfatiza a necessidade e a importância de se estudar o processo e o fenômeno de cuidar/cuidado na cultura brasileira, pois considera que suas particularidades e a realidade da prática profissional no Brasil merecem ser exploradas para o avanço da profissão de forma independente e original. Para a autora, o cuidado humano está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade o respeito e o amor.

Na enfermagem brasileira, algumas pesquisadoras têm utilizado referenciais da cultura para a busca da compreensão das questões de saúde, entre as quais Gualda (1993), que, em sua tese de doutorado, realizou um estudo para conhecer o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à experiência do parto, na perspectiva de um grupo de mulheres faveladas. Monticelli (1997), em sua dissertação de mestrado, focalizou o nascimento como um rito de passagem no processo de viver do homem; utilizou o referencial de Leininger como base em seu estudo para analisar o nascimento não apenas como um evento biológico, mas como um processo sociocultural. Outra enfermeira que se serviu do referencial da antropologia foi Bonilha (1997), buscando conhecer o cuidado prestado às crianças de baixo peso e o contexto cultural onde isso acontece; seus achados apontam para a necessidade de revisão da prática do cuidado perinatal e de inclusão de dados culturais referentes ao contexto onde isso ocorre. Bonadio (1998), em seu doutoramento, utilizou o referencial da antropologia cultural para conhecer e compreender as necessidades, crenças e valores do cuidado pré-natal na visão e experiência vivenciada por mulheres grávidas atendidas no contexto do Serviço de Pré-Natal de uma instituição filantrópica. Denardin (1999), em seu estudo, desenvolveu um modelo cultural de suporte à saúde de descendentes de imigrantes italianos vivendo em uma

comunidade rural, tendo constatado que o cuidado e as formas de cuidar daquela comunidade estavam permeados de crenças e valores resultantes da história de vida e de visão de mundo dos imigrantes italianos e seus descendentes. Nessa mesma linha, Gonçalves (2001) realizou um estudo para conhecer as crenças e as práticas da nutriz e seus familiares em relação ao aleitamento materno, identificando que a família possui crenças vindas de gerações passadas ou determinadas pelo contexto econômico, cultural e social em que vive. Mais recentemente, Weissheimer (2002), ao estudar um grupo teuto-gaúcho de mulheres, pôde desvelar algumas reações das mulheres nas situações de parto e nascimento, as quais são respostas aos ensinamentos diários de toda a vida, lições que são passadas de uma geração a outra e tidas como certas, sem questionamento. Recentemente, Monticelli (2003) utilizou-se dos referenciais da antropologia para conhecer o cenário de cuidado em um alojamento conjunto.

Entretanto, a primeira e maior contribuição para uma teoria do cuidar/cuidado fundamentado num modelo transcultural surgiu com Madeleine Leininger. No início da década de 50, quando trabalhava num lar de orientação infantil no meio-oeste dos Estados Unidos, experimentou o que chamou de choque cultural. Observando diferenças de comportamentos entre crianças perturbadas e seus pais, concluiu que tinham uma base cultural e, então, começou a explorar o modo como as crenças, valores e práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas. Leininger tornou-se a primeira enfermeira americana a obter o doutoramento em Antropologia; é a teórica que privilegiou o contexto cultural, fazendo uma relação entre a enfermagem e a antropologia ao desenvolver a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Em qualquer cultura, o ser humano vivencia e conhece comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar. Dessa maneira, os valores, as crenças e as práticas culturais influenciam na forma como o ser humano espera ser cuidado pela enfermagem. Daí a importância da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, de reconhecer os significados, usos e funções do cuidado humano no sentido de utilizar esse conhecimento para um cuidado benéfico.

Leininger construiu sua teoria com base na crença de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e de definir as maneiras pelas quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, sendo capazes, também, de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas de saúde. Segundo a autora, as enfermeiras trabalham melhor como profissionais quando sabem e entendem que as pessoas possuem culturas diferentes em relação às suas próprias experiências de vida, condições humanas, valores

culturais e crenças. Nesse sentido, a enfermagem necessita focalizar-se no cuidado para explicar a saúde ou o bem-estar em culturas diferentes ou similares.

Leininger (1995) tem como pressuposto básico que a enfermagem é um fenômeno essencialmente cultural, que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais ou estilos de vida específicos dentro de determinada cultura. Vislumbrando a necessidade de expandir o conhecimento da enfermagem, o qual apresentava um foco bastante limitado e enraizado na lógica positivista, desenvolveu um modelo próprio de investigação de enfermagem a partir de um enfoque humanístico de pesquisa, a etnoenfermagem. Seu grande desafio foi desenvolver um modelo que permitisse decidir sobre ações de cuidar, com base na visão das pessoas, ao invés da visão da enfermeira. A proposição da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger consiste em investigar a diversidade e universalidade em relação à visão de mundo, à estrutura social e a outras dimensões para, então, descobrir meios de prover cuidar/cuidado (WALDOW, 1995).

Leininger (1995) propõe uma nova visão de mundo, colocando a pessoa no contexto, pois não pode ser separada de seu ambiente social e cultural. A pessoa deve ser vista como um todo, valorizando-se suas crenças, mitos e costumes.

Em seus estudos sobre a Enfermagem Transcultural, Leininger (1995) refere que o cuidado é uma necessidade humana essencial e que precisa ser explicado por uma perspectiva transcultural. Para a autora, a cultura seria o elemento que faltava, que não era reconhecido, estudado ou desenhado na enfermagem.

Leininger defende que a enfermagem está relacionada ao cuidado profissional e é disciplina que conduz as enfermeiras a descobrirem e proverem cuidados oriundos do conhecimento e de experiência dos clientes. Assim, define enfermagem desta maneira:

Uma profissão humanística e científica, e uma disciplina focalizada no fenômeno de cuidado humano e atividades de cuidados aptas a assistirem, ampararem, facilitarem, ou capacitarem indivíduos ou grupos a manterem ou recuperarem sua saúde ou bem-estar com maneiras culturalmente significativas e benéficas, ou ajudar indivíduos a visualizarem as possibilidades ou a morte (1995, p.59, tradução nossa).

Leininger (1995) identificou diferenças nas formas das pessoas se expressarem e se comportarem em relação ao cuidar/cuidado, as quais pareciam estar ligadas a padrões culturais. Dessa forma, utilizou alguns conceitos para fundamentar sua teoria:

- *cuidado humano*: refere-se a um fenômeno específico caracterizado pela assistência, suporte ou capacitação a outro ser humano ou grupo, para alcançar uma das metas desejadas, ou tentar ajudar certas necessidades humanas. Contudo, a atividade de cuidar está focalizada nas ações que provêm serviços a outros seres humanos;
- *cuidado cultural*: são os valores, as crenças e os modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos de forma subjetiva e objetiva, que assistem, apóiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos ou grupos a manter o seu bem-estar, assim como melhorar as suas capacidades e o modo de vida para enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte;
- *cuidado cultural específico*: refere-se aos modos particularizados ou adequados de cuidado que são identificados de um indivíduo ou grupo de uma cultura particular, de modo que planeje e implemente cuidados que sejam adequados às necessidades específicas do paciente e ao seu modo de vida;
- *cuidado cultural generalizado*: refere-se às práticas comuns de cuidados profissionais de enfermagem, seus princípios e práticas que são úteis a muitos pacientes como necessidades de cuidados humanos comuns ou gerais;
- *cuidado de enfermagem culturalmente congruente*: refere-se àqueles auxílios, suportes, facilitações ou capacitações dos atos ou decisões baseados cognitivamente, que são, na maioria, feitos sob medida para se adequarem a valores culturais de um indivíduo, de um grupo ou de uma instituição, as suas crenças e costumes, de maneira que propiciem cuidados significativos, benéficos e satisfatórios que levem à saúde e bem-estar;
- *valor cultural*: refere-se às poderosas forças diretivas internas e externas que dão significado e se direcionam ao pensamento de um grupo individual; identificam maneiras desejáveis de ação e de conhecimento; são, comumente, mantidos por longos períodos de tempo e servem para orientar a tomada de decisão dos membros da cultura;
- *contexto cultural*: refere-se à totalidade de significados compartilhados e experiências de vida em um meio particular, social, cultural e físico, que influencia as atitudes, pensamentos e padrões de comportamento. O contexto cultural está intimamente relacionado com os valores, estrutura social e

fatores de desenvolvimento visualizados dentro da totalidade da situação ou cenários ecológicos;

- *visão de mundo*: é a forma pela qual as pessoas vêem o mundo ou o universo e formam um valor sobre ele;
- *dimensões culturais e de estrutura social*: são padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura, que incluem os valores religiosos, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais e os fatores etno-históricos; estes podem estar inter-relacionados e funcionar para influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais;
- *cuidado genérico*: refere-se a uma postura aprendida e transmitida culturalmente, tradicional, ou cuidados familiares e práticas utilizadas para dar assistência, sustentação, capacitação e atos facilitadores para ou por outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou previstas de melhorar ou facilitar uma condição humana de saúde, incapacidade, modo de vida, ou visualização de morte;
- *cuidado profissional*: refere-se ao conhecimento de cuidado formal, aprendido cognitivamente, e às práticas obtidas através de instituições educacionais que se espera que provenham assistência, suporte, capacitação ou atos que facilitem as condições para ou por indivíduos ou grupo, de modo a melhorar uma condição humana, incapacidade, modo de vida ou a trabalhar com pacientes no leito da morte;
- *universalidade do cuidado cultural*: são significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos daqueles cuidados com uma predominância, que são comuns e se manifestam em várias culturas, referindo maneiras de ajudar as pessoas nos atos de assistir, apoiar, facilitar ou capacitá-las;
- *diversidade do cuidado cultural*: são as variações e diferenças nos significados, padrões, modos de vida, suporte, facilitação ou capacitações na prática do cuidado ao ser humano.

Leininger (1995) tem como pressuposto que o cuidado é um fenômeno universal e que suas formas de manifestação variam dentre os diferentes grupos na relação tempo-espço. Dessa forma, propõe três modalidades para guiar as decisões e ações de enfermagem visando proporcionar um cuidado mais coerente com o seu cotidiano:

- *preservação/manutenção do cuidado cultural*: apresenta-se quando as ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação ajudam as pessoas de uma determinada cultura a manter e/ou preservar valores culturais relevantes acerca do cuidado, desde que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar incapacidades ou a morte;
- *acomodação/negociação do cuidado cultural*: são as ações e decisões profissionais criativas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com profissionais provedores de cuidado;
- *repadronização/reestruturação do cuidado cultural*: refere-se às ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, que ajudam o cliente a reorganizar, trocar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento de saúde novo, enquanto são respeitados os valores culturais e as crenças do cliente; ainda, proporcionam um modo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior às mudanças serem compartilhadas com o cliente.

É nessa fase do processo de cuidar que a enfermeira alcança o seu objetivo, entendido como um cuidado compartilhado, uma co-participação entre enfermeira e cliente no alcance da saúde e do bem-estar.

À luz desse referencial teórico, pretende-se realizar a ação de cuidado cultural com a gestante em atendimento pré-natal. Entretanto, para que essa ação de cuidado cultural seja alcançada, é preciso que a enfermeira compartilhe as várias possibilidades de cuidado com a gestante e, em co-participação, tome a decisão para o alcance do bem-estar desta.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 ESCOLHA DO MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido com enfoque na pesquisa qualitativa, considerando que e possibilita a aplicação da ação de cuidado cultural à mulher durante o atendimento pré-natal. Para Víctora, Knauth e Hassen (2000), a metodologia qualitativa possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas e permite, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal, buscando entender o contexto onde o fenômeno ocorre. Afirma Leininger (1998, p. 3. tradução nossa):

Os métodos qualitativos dão uma nova esperança na descoberta de realidades e verdades extremamente cobertas, sutis e subjetivas sobre o significado e expressões da saúde dos indivíduos, tanto em instituições de saúde como em ambiente comunitários.

5.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, conduzido na linha da etnoenfermagem, metodologia desenvolvida por Leininger (1998), com base no método de pesquisa etnográfica. O objetivo do método é ajudar enfermeiras a documentar informações de modo sistemático e obter maior compreensão e significado das experiências do cotidiano das pessoas com relação ao cuidado humano em qualquer contexto.

A teoria de Leininger (1995,1998) é decorrente tanto dos campos que conceberam a enfermagem como da antropologia, significando que os componentes de uma determinada cultura só têm significado se incluídos no meio onde estão sendo estudados. A etnoenfermagem é definida por Leininger (1998) como o estudo das crenças, valores e práticas do atendimento da enfermagem como são percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura, através de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores.

Em seus estudos sobre etnoenfermagem, Leininger (1995, 1998) enfatiza a importância de se estudar a cultura de uma perspectiva emic e etic.⁵ A perspectiva emic refere-se à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo vivido; a perspectiva etic trata da interpretação do vivido naquela cultura na perspectiva da pessoa que não pertence a ela.

Leininger (1998) refere-se à etnografia como sendo um processo sistemático de observação, detalhamento, descrição, documentação e análise do modo de vida ou padrões específicos de uma cultura, ou subcultura, e uma maneira de compreender o modo de vida ou padrões das pessoas dentro de seu ambiente natural. Para Waldow (2001), a pesquisa etnográfica questiona os acontecimentos, buscando clarificar o que são e o que significam fenômenos e experiências, como se apresentam e como são vividos pelos sujeitos.

Segundo VÍctora, Knauth e Hassen (2000), a abordagem etnográfica constrói-se tomando como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam. Dessa forma, o método etnográfico possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre os fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo.

Denardin (1999) esclarece que um dos pontos fundamentais da etnoenfermagem é o que especifica a metodologia, focalizando o fenômeno da pesquisa dentro do aspecto humanístico e científico do cuidado humano em diferentes contextos ambientais e culturais. Assim, esse foi um método adequado para desenvolver o tema aqui proposto, por possibilitar apreender padrões culturais durante o cuidado da gestante, envolvendo seu contexto cultural.

⁵ Os termos emic e etic foram mantidos sem tradução

5.3 CAMPO DE ESTUDO

O local escolhido para a pesquisa de campo foi a cidade de Passo Fundo, onde se desenvolvem as atividades profissionais, no Centro de Atenção Integral à Saúde do bairro Vera Cruz. A escolha do bairro foi feita por ser um dos mais antigos e populosos da cidade e o ambulatório, por ser o espaço onde a pesquisadora realiza as atividades práticas na área de saúde da mulher com os acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, desenvolvendo a consulta de enfermagem em pré-natal.

No bairro Vera Cruz de Passo Fundo reside uma população que pertence à classe média baixa, com cerca de 6.500 famílias; há, em média, cinco pessoas por família, perfazendo um total de aproximadamente trinta mil habitantes. Apresenta bolsões de pobreza nas proximidades de uma via férrea que o atravessa. Esse espaço, conhecido como “beira-trilho”, é uma área invadida pela população, ou seja, não regularizada pela prefeitura por ser um lugar proibido para fixação de residências. É considerado um bairro praticamente autônomo do centro da cidade por abrigar comércio diversificado, indústrias, escolas, unidade de saúde; a maioria dos trabalhadores é moradora do próprio local⁶.

A estrutura física do ambulatório comporta: um consultório odontológico, um consultório de pediatria, um consultório de ginecologia, um consultório de clínica, um consultório de psicologia; sala de vacinas, sala de procedimentos, sala de chefia de enfermagem, sala de observação, sala de enfermagem, sala de espera, área de limpeza e esterilização de materiais, cozinha, vestiários. O ambulatório atende a população no horário das 7h às 22h, e o quadro de funcionários é dividido em dois turnos de trabalho: dois recepcionistas, uma auxiliar de limpeza e um vigilante por turno. A equipe de enfermagem mantém uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem por turno de trabalho, e a equipe médica é composta por cinco pediatras, quatro clínicos, um nefrologista, um endocrinologista, um cardiologista, uma psicóloga, uma nutricionista, quatro odontólogos; realiza em torno de mil e setecentas consultas mês. A saúde da mulher atende à demanda de consultas pelo sistema de fichas diárias, com um profissional médico que atende a dez pacientes na segunda-feira pela manhã e outro, a dez pacientes de segunda-feira a sexta-feira num turno diário de

⁶ Informações obtidas junto à Secretaria de Planejamento do Município de Passo Fundo em agosto de 2002.

trabalho⁷. As consultas de enfermagem em pré-natal e ginecologia são realizadas pelas enfermeiras obstetras docentes da Universidade de Passo Fundo em sistema de agendamento de consulta, garantindo, assim, o retorno da gestante. Os grupos de gestantes e de mulheres são organizados somente pelos acadêmicos de enfermagem, com acompanhamento das enfermeiras docentes. No período de férias escolares o atendimento é mantido em sistema de estágio voluntário.

5.4 INFORMANTES

Participaram deste estudo seis gestantes que realizaram o pré-natal no Centro de Atenção Integral à Saúde do bairro Vera Cruz. Foram estabelecidos critérios para a escolha das gestantes: mulheres adultas, com idade mínima de vinte anos, serem consideradas gestantes com pré-natal de baixo risco e aceitarem participar do estudo. Para que houvesse a possibilidade de acompanhar a gestante até o final do pré-natal, estabeleceu-se como critério de inclusão no estudo estar realizando a primeira consulta no local no período de março de 2003 a maio de 2003.

A pesquisadora permaneceu com as gestantes de março de 2003 a novembro de 2003, acompanhando-as desde a primeira consulta de pré-natal até, no mínimo, trinta dias de pós-parto, período considerado de acompanhamento da gestante pelo Programa de Humanização ao Pré-natal do Ministério da Saúde.

O primeiro agendamento era feito pela recepcionista ou enfermeira do ambulatório, sendo marcados dia e hora. No primeiro contato com a pesquisadora, faziam-se as apresentações de ambas as partes; a pesquisadora explicava o objetivo do estudo, sua finalidade e orientava a gestante em relação à consulta no ambulatório e à visita domiciliar. Esclarecia à gestante que a pesquisa estaria sendo feita durante o atendimento pré-natal; por isso, a necessidade de gravar os encontros, para facilitar a compreensão do que era dito; esclarecia sobre a liberdade em participar do estudo e a garantia do atendimento até o puerpério. Só então era lido o termo de consentimento. Nesse primeiro encontro, a pesquisadora já solicitava todos os exames de laboratório e ultra-som para agilizar o atendimento; a partir daí, eram combinadas a primeira consulta e a primeira visita domiciliar.

⁷ Informações obtidas junto à divisão ambulatorial da Secretaria de Saúde de Passo Fundo em setembro de 2002.

A pesquisadora prontificava-se a levar a gestante até sua casa para saber onde ela morava e já começar a interagir com ela em seu contexto cultural, o que facilitou a aproximação com a gestante e sua família. É importante esclarecer que o foco do cuidado cultural neste estudo foi a mulher durante a gestação. Entretanto, para a implementação do cuidado, fez-se necessário incluir as pessoas que fazem parte do contexto real da gestante, como é o caso do marido, dos filhos, pais e sogros. Para esses informantes foi solicitado o consentimento verbal tanto para a gravação das falas como para a utilização das mesmas.

As seis gestantes deste estudo tinham idade entre 20 e 26 anos. Quanto ao grau de escolaridade, uma tinha o ensino médio completo; uma, ensino médio incompleto e quatro, ensino fundamental incompleto. Todas eram do lar. Com relação à religião, cinco eram católicas e uma, evangélica. Todas tinham parceiro fixo, moravam juntos, e somente um casal havia planejado a gravidez. Quanto à etnia, eram de origem alemã, cabocla e italiana. Todos os casais eram de classe econômica baixa, com renda familiar máxima de quinhentos reais. Somente uma gestante era primigesta; as demais já haviam engravidado anteriormente.

5.5 COLETA DE DADOS

A etnoenfermagem é um método de pesquisa etnográfica que tem como centro de seu interesse os seres humanos. Nesse método, não é o pesquisador o que sabe e o que constrói um conhecimento sozinho, mas, sim, é na interação com as pessoas que participam do trabalho que ele elabora novos conhecimentos. Nesse sentido, a aceitação do pesquisador por parte dos informantes é fundamental para a qualidade do dado obtido. Para Víctora, Knauth e Hassen (2000), uma pesquisa de campo do tipo etnográfico implica uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados. Dessa forma, o pesquisador precisa estar próximo do grupo pesquisado e, ao mesmo tempo, dele se distanciar; precisa ter uma boa inserção no campo; entretanto, para que isso aconteça, é fundamental conhecer o ponto de vista e a visão de mundo dos pesquisados. Vale ressaltar que o pesquisador possui crenças, valores e modo de vida particular, o que se torna decisivo na escolha do assunto que deseja estudar. Neste estudo, a pesquisadora realizou a coleta de informações durante a ação de cuidado da gestante, o que, além de pesquisar, exigiu conhecimento e habilidade prática do cuidado.

Segundo Triviños (2001), a atitude que o pesquisador toma na pesquisa etnográfica é de fundamental importância pelo contato direto, real, empático, democrático e científico com os seres humanos para conhecer seus interesses e suas verdades.

Segundo Víctora, Knauth e Hassen (2000), observar, na pesquisa qualitativa, significa examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. A técnica de coleta de informações mais importante na etnoenfermagem é a observação participante. Para Leininger (1998), é uma técnica utilizada para estudar as pessoas em seu meio natural. Para que os dados possam ser coletados de forma sistemática, a autora propõe quatro fases na observação participante:

- 1 – observação;
- 2 - observação com alguma participação;
- 3 - participação com alguma observação;
- 4 - observação reflexiva.

A entrevista é outra técnica amplamente utilizada na etnoenfermagem com a finalidade de aprofundar a compreensão do sentido do que foi visto, ouvido e observado. A entrevista, para Leininger (1998), é uma técnica importante porque permite que os informantes dêem informações de suas visões de mundo; especialmente a entrevista aberta é um meio ideal para obter os dados emic, os quais vêm das pessoas e revelam a visão de mundo através de sua experiência vivida.

Neste estudo, a observação participante foi uma estratégia para a implementação do cuidado, ao passo que a entrevista está embutida na observação participante e ocorreu durante os encontros,⁸ que duravam em média de 2h. Não se previram questões prévias; as perguntas eram feitas em forma de diálogo com a gestante, explorando suas dúvidas, suas práticas de cuidado e necessidades que surgiam no decorrer da gravidez. Na verdade, não houve preocupação com questões e temas preestabelecidos, pois a pesquisadora preconizava um cuidado individualizado; então, os temas deveriam emergir a partir do contexto de cada gestante, confirmando o pressuposto de Leininger de que o cuidado é um fenômeno universal, mas a forma de cuidar é diversificada e manifestada dentro de cada grupo. Houve opção por gravar todos os encontros para que não se perdesse nenhuma informação e, sobretudo, se apreendesse a linguagem da gestante no momento de avaliar o dado emic. A experiência com o gravador foi muito interessante porque, em momento algum, as gestantes mostraram-se constrangidas ou inibidas por esse recurso; quando a mãe, filho e marido das gestantes

⁸ Encontros são considerados a consulta de enfermagem realizada no ambulatório e a visita domiciliar.

participavam dos encontros, também era informado sobre a gravação, não tendo havido objeção por parte de nenhum deles.

A coleta de dados foi durante a implementação do cuidado cultural com a gestante, através da consulta de enfermagem e a visita domiciliar. A consulta de enfermagem era realizada no ambulatório, após ter sido agendada de acordo com a disponibilidade da gestante e intercalando com a visita domiciliar. Na consulta levantava-se a história clínica incluindo dados socioeconômicos, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, gestação atual. Realizava-se o exame físico geral e ginecobiétrico. Solicitavam-se exames laboratoriais e ultra-som. Faziam-se registros no prontuário e cartão da gestante, interpretação dos exames laboratoriais e encaminhamentos para outras áreas de atendimento.

A visita domiciliar era agendada em data e horário que favorecesse a participação de outros membros da família. Nestas procurava-se conhecer o contexto vivido pela gestante e eram discutidas as ações e decisões de cuidado em co-participação entre pesquisadora e gestante.

A cada encontro combinava-se com a gestante o que seria discutido no encontro seguinte; em conjunto, priorizavam-se os assuntos a serem abordados, tendo o cuidado de expô-los de acordo com a idade gestacional em que a gestante se encontrava. Os encontros eram agendados em dias e horários que facilitassem a vida da gestante e favorecessem a participação do marido. Não havia número de consultas e visitas estabelecido previamente, as quais foram acontecendo conforme a necessidade da gestante; nada era imposto e decidia-se o que era mais viável para cada gestante.

Para auxiliar o entendimento do modo como as crenças, costumes, hábitos e práticas de cuidado popular influenciam no cuidado da mulher na gestação, utilizou-se parte da metodologia de Leininger, adotando o Guia Rápido para Avaliação Cultural (1995), adaptado para a consulta de enfermagem no pré-natal, o que facilitou a compreensão da cultura da gestante. O guia serviu de instrumento para se conhecer a cultura da gestante durante o desenvolvimento dos encontros.

Guia rápido para avaliação cultural de Leininger (1995) adotado durante o desenvolvimento dos encontros no pré-natal

FASE I - registre observações do que você vê, ouve ou experiência com a gestante, incluindo vestuário, aparência, linguagem, maneirismos, comportamento, atitudes e padrões culturais, isto é detalhe da gestante e seu contexto.

FASE II - ouça e aprenda com a gestante sobre seus valores culturais, crenças, hábitos diurnos e noturnos relacionados ao cuidado e à saúde em seu contexto social. Dê atenção às práticas de cuidado familiar relacionadas à gestação e aos bebês, investigue os hábitos relacionados as práticas populares de cuidado, como: benzimentos, simpatia, uso de chás de erva, orações.

FASE III - identifique e documente os padrões e as narrativas com os significados dados pela gestante, considere tudo o que tenha visto, ouvido ou experienciado.

Estas três fases correspondem ao levantamento de dados, o que significa conhecer a situação de vida atual da gestante, os padrões de vida por ela seguidos, lembrar que o corpo e a mente não podem ser separados, considerar a definição de novos papéis desta mulher; a passagem de mulher para ser mãe. Ao longo destas três fases, procura-se levantar os padrões culturais, conhecer os aspectos emic, quer dizer, os que são específicos da cultura de cada gestante e os diversos que são comuns a todas as gestantes.

FASE IV - sintetize temas e padrões originados das informações obtidas nas fases I, II, III.

Nesta fase, ocorrem o planejamento e a implementação com as decisões do cuidado de enfermagem e as ações que devem estar fundamentadas na cultura da gestante, sendo que o cuidado de enfermagem poderá ocorrer de três formas:

- preservação do cuidado cultural: valorizar e apoiar as atitudes que são favoráveis ao seguimento de uma gestação;
- acomodação do cuidado cultural: capacitar e apoiar a gestante em seus padrões de cuidado a fim de manter uma gestação saudável;

- repadronização do cuidado cultural: estabelecer ações de cuidado que necessitam ser reestruturadas ou mudadas para garantir uma gestação saudável, observando a cultura da gestante.⁹

FASE V - desenvolva um plano de cuidado gestante-enfermeira culturalmente fundamentado como co-participante para a decisão e ação para o cuidado congruente. Nesta fase se alcança o cuidado, o fazer compartilhado com a gestante.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na etnoenfermagem inclui a identificação de temas e padrões de cuidado. Segundo Leininger (1998) padrões são geralmente pequenas unidades de comportamento seqüencial que contribuem na formação dos temas. Os temas são grandes unidades de análise derivadas de padrões que podem explicar aspectos do comportamento humano.

Para o processo de análise de dados deste estudo foi utilizada a Análise Temática e de Padrões sugerida por Leininger (1998), de acordo com seus passos seqüenciais:

Passo 1: Identificar e listar os descritores (partes de dados puros) das observações feitas ou domínio sob estudo.

Passo 2: Combinar os dados puros e descritores em unidades seqüenciais significativas ou em unidades maiores, conhecidas como “padrões”.

Passo 3: Identificar mini ou micropadrões e determinar como se relacionam com os padrões e temas.

Passo 4: Sintetizar vários padrões para obter uma visão ampla, compreensiva e holística dos dados como temas e subtemas.

Passo 5: Formular enunciados dos temas (ou padrões) para testar ou reafirmar novos fenômenos de enfermagem.

Passo 6: Usar os temas confirmados para hipóteses, decisões e intervenções de enfermagem.

⁹ Neste estudo optou-se em padronizar a utilização dos termos preservar, acomodar e repadronizar para as ações de cuidado cultural.

Neste estudo os dados foram coletados durante o desenvolvimento do cuidado cultural com as gestantes. Ao concluir o cuidado que permeou toda a gestação de cada uma das gestantes, foram tomados os dados puros que emergiram dos assuntos abordados durante a implementação do cuidado cultural; formaram-se, então, unidades seqüenciais significativas de comportamento, experiências, práticas de cuidado popular relacionadas ao contexto de cada gestante, conhecidas como padrão. Este foi o momento de distanciamento no qual a pesquisadora afastou-se da gestante para olhar todo o material, sintetizar os encontros, fazer uma interpretação do que acontecera em todo o processo de cuidado, avaliar as decisões e intervenções de cuidado, olhar para trás e determinar como cada unidade de significado relacionava-se entre si e com o todo. Para a obtenção de uma visão compreensiva, ampla e holística, as unidades foram agrupadas e emergiram os temas. Optou-se em discutir na análise os temas que foram comuns a todas as gestantes, razão pela qual aparecem na implementação temas que não foram discutidos.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a execução deste projeto no que se refere às considerações bioéticas, foram respeitadas as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Consentimento:

- a) *Da instituição*: para a realização desta pesquisa, foi encaminhada uma cópia do projeto para a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Passo Fundo, acompanhada de um pedido de autorização para o seu desenvolvimento. O mesmo procedimento foi feito com relação ao Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo.
- b) *Das informantes*: De acordo com modelo sugerido por Goldim (2000), foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido contendo objetivo da pesquisa, finalidade, procedimentos a serem realizados. O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) foi assinado em duas vias após a informante concordar em participar do estudo, ficando uma via com a gestante e outra com a pesquisadora. Para a gravação das falas, foi incluído o aceite da gestante. Foi garantida a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo,

bem como o atendimento pela pesquisadora à gestante que fizesse parte do estudo durante todo o pré-natal.

- c) Foi preservada a confidencialidade dos dados das informantes e suas famílias e o seu anonimato, razão pela qual pseudônimos foram adotados no relatório da pesquisa. Como se estava trabalhando com cultura, entendia-se que o nome das pessoas fazia parte de sua história, não se podendo simplesmente lhes atribuir um código; contudo, a pesquisa com seres humanos precisa respeitar uma normatização e diretrizes específicas da resolução 196/96. Durante a coleta de dados, observou-se que todas as gestantes tinham presentes a fé, sua religiosidade, sua espiritualidade e suas leituras bíblicas; assim, utilizou-se esse padrão cultural para buscar nomes de famílias descritas na Bíblia, preservando-se os nomes das gestantes e famílias deste estudo.

6 DESENVOLVENDO O CUIDADO CULTURAL COM AS GESTANTES

O cuidado perpassa a vida do ser humano desde a concepção até a finitude, pois, de uma forma ou outra todas as pessoas cuidam e são cuidadas. Nessa mesma perspectiva, Boff (2001, p. 91) ressalta que “cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato”. Porém, em algumas situações o cuidado precisa ser embasado em conhecimento científico, esse realizado pela enfermeira. Cuidado, então, envolve diálogo, compreensão, troca, presença, isto é, interação, significando que tudo o que diz respeito ao ser humano sob o cuidado da enfermeira merece ser considerado. Nesse sentido, para cuidar é preciso conhecer, é preciso envolver-se com quem é cuidado e saber a sua história de vida.

A relação de cuidado entre enfermeira e cliente dá-se através de um compartilhar de experiências vividas, que parecem estar ligadas às atitudes e aos valores de cada um. Essa relação é uma troca que envolve uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Na interação entre a enfermeira e o cliente, no estar-presente, no ouvir o outro e refletir sobre esse ouvir é possível tornar o cuidado um compartilhar. O ato de cuidar implica, também, transformação, pois ninguém pode passar por uma relação de troca, de compartilhamento sem que nada tenha se transformado.

Dessa forma, na relação de cuidado, a interação do homem com o meio onde vive é importante para sua compreensão, visto que suas crenças, seus mitos e valores culturais fornecem subsídios para um cuidado de enfermagem interativo. Assim, buscou-se em Monticelli (1997, p. 201) uma definição de interação:

a interação ocorre em qualquer situação da vida cotidiana e permite tanto aos seres humanos quanto aos grupos dividirem experiências, significados e refletirem sobre saúde-doença. Portanto é parte integrante do processo de viver, porque ela permite compartilhar. É a través deste processo de constante atividade que estruturas, organizações, ritos de cuidado e papéis sociais são desenvolvidos.

Leininger (1985) salienta que a enfermagem é um fenômeno cultural e que sua essência é o cuidado às pessoas em suas diversas culturas. A autora preconiza que, para cuidar, a enfermeira precisa ter o mínimo de conhecimento da cultura, o que permitirá o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado. Segundo sua teoria:

- há uma relação próxima e identificável entre os padrões de vida, ambientes e linguagens do cuidado do ser humano e as características da estrutura social (valores políticos, econômicos, religiosos, educacionais, tecnológicos e culturais) que influenciam os resultados das práticas de cuidado da enfermagem;
- as decisões e ações de cuidado de enfermagem, que levam em conta os valores, crenças e modos de vida dos clientes, estarão, certamente, ligadas à satisfação do cliente com o cuidado de enfermagem;
- o conhecimento do cuidado na perspectiva cultural dos clientes é essencial para dar-lhes um cuidado significativo e sugestivo;
- os atos do cuidado cultural congruentes com as crenças e valores do cliente são ditos como sendo o conceito mais significativo, unificador e dominante para conhecer, compreender e prever o cuidado terapêutico popular.

Dessa forma, o cuidado somente se torna satisfatório na medida em que o saber do profissional se harmoniza com a necessidade e a vontade do cliente. No entanto, esse processo interativo envolve compreensão, diálogo, respeito, adaptação e união entre o modo de cuidar do enfermeiro e a forma como o cliente espera ser cuidado.

Assim, Leininger (1995) propõe três formas de decisão e ação de cuidado preservação, acomodação e repadronização que precisam ser ajustadas e compartilhadas enfermeira/cliente, pois, à medida que se busca compreender o significado da ação de cuidado da gestante em seu contexto real e respeitando suas diferenças culturais e o seu modo de perceber o mundo, o cuidado será mais coerente e significativo.

Vale lembrar que cada gestante é um ser singular e que nem sempre apenas o conhecimento da enfermeira é o indicado para ser aplicado àquela gestante naquele momento.

Ao propor um estudo dessa natureza, é fundamental que a enfermeira saiba ouvir e respeitar a vontade do outro, tendo o cuidado de não impor as suas crenças e o seu conhecimento, nem acreditar que suas idéias são superiores, mas, sobretudo, não pode esquecer que está cuidando de duas vidas, da mulher e de seu filho.

Adotando o guia rápido para avaliação cultural e desenvolvendo a observação participante durante os encontros

Na primeira fase da observação participante, que é a observação, procurou-se conhecer a situação real como se apresentava, tendo uma visão geral da situação. Seguindo a Fase I do Guia Rápido para Avaliação Cultural de Leininger (1995), observaram-se detalhes da gestante e de seu contexto. No ambulatório, a pesquisadora ficava atenta desde a chegada da gestante, observando se vinha sozinha ou acompanhada, a maneira como se dirigia a ela, a aparência física, expressões, olhares, linguagem, vestuário, postura corporal, gestos, maneirismos. Observava, ainda, o seu comportamento e reações no consultório, quando precisava despir-se, ao realizar exames dos genitais, ao escutar os batimentos cardíacos e ao falar da gravidez.

Quando da visita domiciliar, tudo era observado, desde o momento em que se chegava a casa, o modo como se era recebida pelas pessoas da família, as atitudes das pessoas que faziam parte no ambiente doméstico. Observava-se a organização das casas, procurando detalhes característicos da cultura familiar, como presença de imagens, santos, enfeites, tecnologia; presença de alimentos visíveis, como bandeja de frutas sobre a mesa; presença de medicamentos, de chás caseiros, de verduras, árvores frutíferas. Fazia-se sempre a apresentação a todos os membros da família, dizendo quem era, por que se estava ali, o que não impedia de, ainda no final dos encontros, ser chamada de doutora, apesar de ser ressaltado que era enfermeira obstetra. Logo se procurava saber os nomes dos membros da família e conhecer um pouco de seus costumes. Tendo uma visão mais geral e ampla da situação, começava-se, então, a detalhar os temas relacionados à gravidez. É importante enfatizar que essa fase era o momento em que mais se ouvia, se observava e se registrava.

Na segunda fase da observação participante, que é a observação com alguma participação, continuava-se observando, mas já começando a interagir com a gestante. Seguindo a Fase II e III do Guia Rápido para Avaliação Cultural de Leininger (1995), procurava-se ouvir e aprender com a gestante sobre seus valores culturais, crenças, hábitos relacionados ao cuidado à saúde em seu contexto social. Nesse momento, iniciava-se a

primeira parte da consulta de enfermagem, a anamnese, fazendo perguntas e observando as respostas da gestante. Dava-se atenção às práticas de cuidado familiar relacionadas à gestação e ao bebê; investigavam-se os hábitos e costumes relacionados aos cuidados práticos e populares de saúde; identificava-se o conhecimento que a gestante tinha de cada assunto abordado, sempre tendo o cuidado de trabalhar os assuntos de acordo com a sua necessidade e perspectiva, deixando-a falar sobre suas experiências e costumes. Os mesmos eram discutidos conforme as dúvidas e questionamentos da gestante.

Na terceira fase da observação participante, que é a participação com alguma observação, começou-se a atuar e, seguindo a fase IV do Guia Rápido para Avaliação Cultural de Leininger (1995), procurou-se desenvolver as atividades específicas de cuidado à gestante. De posse das informações coletadas nas fases anteriores, realizava-se o exame físico-obstétrico, não esquecendo que a observação continuava, porém participando mais efetivamente. Sempre se procurou fazer todo o cuidado com a gestante, verificando os sinais vitais; fazendo as medidas antropométricas; realizando os exames físico e ginecológico; coletando o citopatológico; fazendo o exame de mama. Faziam-se as anotações no cartão da gestante, no prontuário, nas fichas de atendimento; solicitavam-se exames de laboratório e ultra-som. Nesta etapa, a interação com a gestante concretizava-se pela proximidade, pelo toque; era pele-com-pele, pesquisadora e gestante sentindo os movimentos fetais, determinando a posição fetal. Muitas vezes, orientava-se o marido da gestante sobre como tocar na barriga e sentir os membros do bebê; fazia-se a expressão mamilar e via-se o primeiro colostro aparecer.

Sem dúvida, esses foram momentos significativos e marcantes nessa trajetória vivenciada pela pesquisadora e casal grávido, momentos de descobertas, de uma nova vida surgindo; na primeira ausculta de batimentos cardíacos um sorriso, olhos brilhando e lágrimas dos pais. Realizava-se a implementação das ações de enfermagem, sempre fundamentados na cultura da gestante sob as três formas: preservação, acomodação ou repadronização do cuidado.

Na quarta fase da observação participante, que é a fase reflexiva, a pesquisadora deteve-se em fazer uma reflexão contínua sobre o impacto que as ações de cuidado provocavam na gestante, sempre considerando o todo da situação vivenciada no contexto da gestante. Era o momento de rever a fase V do Guia Rápido para Avaliação Cultural de Leininger (1995), refletindo sobre o plano de cuidado congruente, o fazer compartilhado com a gestante. Procurava-se desenvolver um plano de cuidado em conjunto, confirmando as

informações obtidas com as gestantes e propondo alternativas para implementação. Dessa forma, a validação das informações ocorria no próprio momento da proposição das ações.

Esse processo tinha de ser contínuo porque a pesquisadora estava realizando as ações de cuidado e muitas vezes não tinha tempo para refletir; as decisões precisavam ser tomadas de imediato. Após cada encontro, tudo o que era observado era anotado e fazia-se uma reflexão a partir do que era observado, ouvido e experienciado com a gestante e sua família; todo o planejamento do cuidado e a implementação foram feitos com base em muita reflexão. Aqui os dilemas da pesquisadora começaram a emergir visto que os seus conhecimentos científico e ético orientavam-na a realizar uma conduta, no entanto o contexto real vivido pela gestante opunha-se a tudo o que até então parecera ser o ideal; por isso, algumas vezes sentiu-se impotente e teve vontade de mudar a vida daquelas pessoas. No entanto, precisou também rever seus conceitos e valores, procurando respeitar os valores da gestante.

A metodologia dos encontros seguia um padrão no qual se procurava, num primeiro encontro, ouvir a gestante, aprofundar o seu conhecimento, conhecer suas vivências e experiências. Ao retornar, fazia-se a transcrição das falas, liam-se os gestos atenta e detalhadamente, procurando apreender o que era dito e observado; levantavam-se os dados brutos, isto é, os dados emic daquilo que vinha da gestante, na sua linguagem, na forma como a própria gestante percebia seu mundo vivido. A partir desse procedimento a pesquisadora fazia a avaliação do dado bruto para obter o dado etic, isto é, a interpretação na perspectiva do profissional. Só então, com reflexão contemplando o contexto da gestante, eram elaborado o plano de cuidado e as ações para sua implementação. No encontro seguinte, que coincidia com a visita domiciliar, o plano era discutido com a gestante e sua implementação contava com a co-participação desta, mesmo que preservando, acomodando ou repadronizando costumes, hábitos e práticas de cuidado popular. Essa implementação acontecia através de diálogo, orientação, demonstração, compreensão, troca de experiências entre pesquisadora, gestante e família. Em cada encontro, sempre se procurava validar a informação obtida anteriormente e avaliar o resultado das ações de cuidado que estavam sendo implementadas, com o que novo plano era desenvolvido.

Vale ressaltar que algumas vezes não foi possível transcrever todas as entrevistas, pois era comum se obter gravações de 2h30min, o que exigia muito tempo de transcrição. Então, optou-se por ouvir atentamente a fala no gravador, abstrair os dados brutos para ter condições de implementar o cuidado no encontro com a gestante; posteriormente, fazia-se a transcrição da fita. Essa fase do trabalho foi muito exaustiva porque, apesar de toda a experiência e habilidade da pesquisadora com gestantes, várias vezes foi necessário buscar novos

conhecimentos na literatura para esclarecer dados que emergiam. Também foi necessário elaborar material explicativo para que os casais compreendessem a anatomia e fisiologia do corpo humano e suas alterações durante a gravidez, para que se buscou apoio em outros membros da equipe de saúde, procurando garantir a ação do cuidado. Nesta fase da implementação, também se teve o cuidado de fazer uma reflexão aprofundada e contínua para avaliar o resultado das ações de cuidado cultural, ou seja, se estavam sendo satisfatórias para ambas as partes. Também a metodologia da pesquisa exigia uma análise concomitante à coleta de dados.

Para a implementação do cuidado cultural à mulher durante a gestação, fez-se necessário conhecer seu contexto real para então propor as ações de cuidado. A seguir faz-se a descrição do contexto de cada gestante. Conhecendo o contexto de cada gestante e partindo do assunto abordado é que se fazia o planejamento das decisões e ações de cuidado. Optou-se em apresentar a gestante Atalia como o modelo de implementação do cuidado cultural na íntegra como era realizado e, para as gestantes Lia, Sarai, Aquinoã, Ada e Melca, colocou-se no apêndice B um quadro demonstrando quais os assuntos abordados e modos de ações de cuidado para cada um deles.

6.1 CONHECENDO ATALIA

Atalia, 23 anos, 94 kg, 1,60 m, obesa, cabelos castanho-claros, cacheados, longos até abaixo do ombro; de pele clara, sorriso largo, extrovertida, é muito prolixa e usa vocabulário coloquial. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental; é católica praticante, devota de Santo Expedito e Nossa Senhora. É adepta de simpatias e benzimentos.

Nasceu e foi criada até a adolescência na zona rural; sua mãe, com 63 anos, é de origem alemã e teve três filhos de parto normal, mas amamentou os filhos por pouco tempo, em torno de dois a três meses; atualmente, mora na cidade, em uma casa nos fundos do terreno da avó materna de Atalia e próximo ao ambulatório; é muito doente, tem problema de obesidade e coluna, é aposentada. Seu pai é aposentado por invalidez, pois ficou cego aos 17 anos.

Atalia tem uma filha, Jerobá, de quatro anos, miúda, cabelos loiros, cacheados, longos até ao meio das costas, olhos azuis. Teve parto normal, fez pré-natal, porém não conseguiu amamentar a filha.

Jorão, marido de Atalia, tem 31 anos, 70 kg, 1,58 m, franzino, olhar sério, cabelos castanhos, olhos castanho-claros; fala pouco, é objetivo. Católico, estudou até a 5ª série do

ensino fundamental. Atualmente, trabalha em uma firma de produtos alimentícios no horário noturno; tem renda de um salário mínimo e auxilia a mãe com a alimentação do mês. Jorão nunca soube quem é seu pai. Sua mãe recebe pensão por viuvez e é benzedeira. Teve seis filhos, todos de parto normal; segundo Atalia, não amamentou os três primeiros filhos. È de origem alemã.

Atalia conheceu Jorão aos 16 anos e foi com ele que teve a primeira relação sexual. Como sua mãe e a avó não concordavam com o namoro, resolveu fugir com ele e estão juntos há seis anos. Ela faz questão de dizer que se casaram no civil e que mantêm um casamento estável.

O casal mora em casa própria, construída no terreno ao lado da casa da mãe de Jorão. A casa é muito pequena, de tijolo; a parte externa é mal revestida de cimento, sem pintura; a frente da casa dá para a rua e nos fundos há um pátio gramado, alguns pés de cidreira e uma bergamoteira. Só há uma porta de entrada, na frente da casa, que dá acesso à sala, muito pequena, onde mal cabe um sofá de três lugares na parede em frente à porta; na parede atrás da porta de entrada, há um móvel com uma televisão de quatorze polegadas preto e branco, que no momento não funcionava, e algumas latas como enfeite. Na parede sobre o sofá, há um calendário com a imagem de Nossa Senhora Aparecida; o chão é de piso bruto e há um pedaço de carpete no centro da sala. À direita da porta de entrada, há uma porta do acesso à cozinha, onde, na parede à direita, está um fogão a gás de quatro bocas; em seguida, um balcão de duas portas com pia inox e uma torneira; há uma janela basculante sobre a pia. Na parede em frente à porta, está um armário de duas portas suspenso, embaixo do qual há uma mesa e quatro cadeiras de madeira envernizada. Seguindo adiante, há uma mesa de madeira azul, sobre a qual estão alguns mantimentos, como arroz, feijão, massa, farinha, açúcar, todos em pacotes fechados. Na parede à esquerda da porta de entrada, está uma geladeira marrom e velha; indo em frente, há o banheiro, à esquerda, e o quarto, à direita. O piso da cozinha é de lajotas coloridas.

No banheiro há um vaso sanitário, pia e chuveiro elétrico; o piso é de cimento bruto; próximo à porta do banheiro, no corredor que vai ao quarto, está uma máquina de lavar roupa daquelas que só batem a roupa. No quarto, de piso de cimento bruto e com uma janela de vidro, há um roupeiro de madeira escura de duas portas, uma cômoda também de duas portas com espelho, sobre a qual há várias imagens de santos, como Nossa Senhora Aparecida; há pedaços de vela próximos às imagens e uma cama de casal com vários bichos de pelúcia. O espaço no quarto é muito pequeno, mal permitindo caminhar entre os móveis. A filha dorme na cama do casal.

Atalia faz questão de falar em sua casa, seu marido, que tem as suas coisas, água, luz e telefone. É obesa e parece acomodada; exercita-se muito pouco, não tem lazer nem faz alguma atividade manual; reporta-se muito ao passado e às vivências familiares, trazendo muitos relatos de experiências da mãe e da avó materna; fala muito pouco no pai, e os hábitos na família são muito presentes.

A questão mais presente durante toda a gravidez foi a frustração por não ter amamentado a filha. Ao longo de sete meses de convivência, realizaram-se nove consultas e três visitas domiciliares, que duravam, em média 2h30min. A empatia com a gestante foi imediata, por ela já conhecer a pesquisadora, de modo que a cada encontro o vínculo era fortalecido pela confiança, pelo respeito e compreensão. Interagir com essa gestante foi uma experiência muito rica, que exigiu adequação de linguagem para dialogar, muita paciência para ouvir suas estórias, suas crenças e conhecer seu estilo de vida.

Vários foram os dilemas que emergiram nas ações de cuidado, como os próprios valores da pesquisadora, que foram colocados em xeque, porém a proposta era de respeitar os valores da gestante. Acreditava-se na repadronização do cuidado. Felizmente, o cuidado foi coerente com a expectativa da pesquisadora e da gestante, Atalia amamentou exclusivamente no seio, mostrou-se segura e tranqüila ao cuidar do bebê.

Modelo de implementação do cuidado cultural com a gestante Atalia

Assunto: GRAVIDEZ

Dados brutos: A gravidez foi planejada, o casal estava na expectativa de ter mais um filho. A gestante iniciou o pré-natal no 2º mês de gravidez. Eu havia feito seu pré-natal na outra gravidez em 1999. O casal me procurou para o atendimento; como eu não estava atendendo fez duas consultas com a outra enfermeira professora, até eu iniciar a coleta de dados, quando optou pelo meu atendimento. A gestante me disse que mudou de bairro e que tem um ambulatório duas quadras de sua casa; mesmo assim, prefere pegar dois ônibus para vir até o ambulatório onde eu trabalho porque confia no atendimento deste serviço de saúde. A gestante já encaminhou todos os exames de laboratório e o ultra-som.

Avaliação dos dados: A gestante parou de tomar a pílula anticoncepcional para engravidar. A aceitação da gravidez interfere no início precoce do pré-natal. Já existia um vínculo da gestante com a pesquisadora, ainda da outra gravidez. Isso reforça a crença de que a confiança no serviço é determinante na escolha da assistência. A gestante tem consciência da importância de realizar os exames.

Ação do cuidado: PRESERVAÇÃO

Implementação do cuidado:

- valorizar a escolha do casal no local de atendimento;
- facilitar o acesso ao atendimento, considerando a distância para chegar ao local das consultas;
- manter e melhorar o vínculo com o casal e família;
- reforçar a importância do acompanhamento laboratorial.

Avaliação do cuidado: A gestante realizou todos os exames de pré-natal. Sempre compareceu em todas as consultas em data agendada. O vínculo da enfermeira com o casal foi muito bom, sempre em clima de respeito, compreensão e confiança.

Assunto: PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dados brutos: Aproveitei a presença do marido na consulta, e falei sobre o método contraceptivo que usariam depois do parto. A gestante disse: “Bom da outra vez eu ia usar aquele outro que é pra vim o leite e não o comprimido né, mas como ela (filha) não quis mamar eu comecei logo com o comprimido normal, era o evanor. -Eu sempre me acertei bem com todos eles o microvlar, neovlar, nunca me fez mal eu sempre trocava depois de dois meses. -Eu sempre comprava na farmácia.”

Avaliação dos dados: A gestante tem consciência da importância do uso de um método contraceptivo; está adaptada ao uso do método hormonal oral, porém faz a troca do comprimido a cada dois meses. O uso do anticoncepcional disponível na rede básica de saúde implica um gasto a menos no orçamento familiar.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO

Implementação do cuidado:

- orientar a gestante de que não há necessidade de trocar de comprimido a cada dois meses;
- explicar a ação da minipílula;
- orientar a forma de uso da minipílula;
- combinar com o casal para aguardar o parto e, após, decidir qual é o método mais indicado;
- aguardar a escolha do comprimido para orientar a gestante sobre a troca de comprimido a cada dois meses;
- dar alternativas ao casal, pois o mesmo poderá usar um método contraceptivo disponível na rede básica para diminuir os gastos;
- propor ao casal que use a pílula disponível na farmácia da rede básica de saúde.

Avaliação do cuidado: A ação de acomodação foi efetiva, pois o casal decidiu usar a minipílula. Foi orientado ao uso correto e esclarecido do período de eficácia do hormônio.

Assunto: ALIMENTAÇÃO

Dados brutos: Bom eu tomo café de manhã daí eu vo come de meio-dia o almoço às vezes meu almoço passa do meio-dia porque, se eu não to com fome eu não como, meu café é ali pelas 8h 30min mesmo assim chega meio-dia não to com fome daí eu como as 2h, e de noite as veis eu como fruta ali pela 5h da tarde daí eu não janto. O horário é assim sempre é o que eu fui criada né, o meu pai dizia filha quando tu tem fome tu come, então o corpo da gente acostumo desde pequena. Esses dia eu comi pinhão, comi, comi, que até o nenê começo se retorçe. Eu tava com vontade de come mandioca, comi dois prato de mandioca com molho, comi tanto, tanto. Gosto mesmo é de sopa, carne não posso nem vê, enjoiei de feijão e arroz, a minha vó sabe Lenir ela disse que aquela água preta do feijão é veneno, pão eu como com chimia, mais é com margarina. Eu mais gosto de come é caqui, maçã, banana, bergamota, melancia, laranja-verdura eu gosto de come cebola, tomate com sal. Sempre todo dia café eu tomo preto, duas xícara só de manhã, eu gosto de leite, mas não tem pra toma eu compro não é todo dia, mas dexo pra nenê mama. Chá como eu tava te falando chá eu gosto de cidreira, de hortelã, mas é que dizem que fais mal pro nene, não é bom, chá eu não tomo, então eu não tomo, suco geralmente eu tomo, eu faço aquele que diz natural, de pacotinho. Chimarrão eu não so muito achegada, tomo assim umas duas cuias por dia.

Avaliação dos dados: Hábito alimentar inadequado às necessidades nutricionais da gravidez. Horários de alimentação com intervalos muito espaçados, conforme o hábito alimentar familiar. A capacidade gástrica diminui na gravidez e a quantidade de alimento influencia na digestão. Importância do preparo da sopa para aumentar o valor nutritivo. Baixa ingesta de proteína. Baixa ingesta de ferro. Derivados do leite contêm cálcio. Alta concentração de vitaminas nas frutas. Alta concentração de sais minerais e vitaminas. Café preto é estimulante. Conhecimento popular de que o chá de ervas é abortivo e provoca má formação fetal. Produto artificial, pouco valor nutritivo.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO E REPADRONIZAÇÃO

Implementação do cuidado:

- enfatizar a importância dos nutrientes para o desenvolvimento do feto;
- explicar como os nutrientes passam para o feto;
- esclarecer a importância de ingerir todos os tipos de alimento para o bom desenvolvimento do feto;
- explicar os tipos de alimentos com seus nutrientes específicos;
- orientar sobre a importância da alimentação equilibrada para manter o peso e favorecer o desenvolvimento fetal;
- valorizar os alimentos que a família consome;
- aproveitar melhor os alimentos que se tem em casa;
- conhecer os hábitos alimentares da família;
- esclarecer para a gestante como ocorre a fisiologia da digestão e o crescimento uterino em direção ao estômago;
- demonstrar para a gestante que a capacidade gástrica diminui na gestação;
- explicar o que é uma porção de alimento;
- sugerir a gestante a mudança nos horários das refeições, oferecendo alternativas para que ela se alimente em períodos mais frequentes e menos quantidade de alimento;
- propor para a gestante o que ela pode comer, com o que ela tem em casa e em que horários;

- sugerir que coloque na sopa ingredientes que contêm maior concentração de vitaminas, como folhas verdes, salsa, legumes, mesmo que seja um pedacinho de cada, quando há em casa;
- orientar que coloque a carne na sopa, com o que pode aumentar o aproveitamento da proteína;
- esclarecer quais as fontes de proteína, pode usar o ovo no lugar da carne;
- explicar a importância do valor nutritivo do feijão na gravidez, pela concentração de ferro;
- informar sobre a necessidade de ferro para o feto e a mãe no sentido de evitar anemia;
- ensinar o cozimento do feijão para melhor aproveitamento do ferro;
- propor que misture a laranja no feijão para maior aproveitamento das vitaminas e ferro;
- estimular o uso de frutas, conforme condições financeiras;
- propor a compra de frutas da estação e em saldos das fruteiras que são mais em conta;
- ensinar o aproveitamento das frutas com folhas verdes para fazer sucos;
- esclarecer a relação entre a quantidade e a qualidade do alimento;
- orientar para não abusar do sal na gravidez;
- esclarecer o efeito estimulante do café preto e a quantidade a ser usada;
- propor a substituição do café por outros líquidos, como suco e chá;
- explicar a importância do cálcio para a ossificação do feto e dar alternativas de alimentos que contêm cálcio para substituir o leite;
- explicar quais as ervas podem ter efeito abortivo para o feto;
- dar alternativas de ervas e frutas que possam ser usadas com segurança para fazer o chá;
- orientar a importância de ingerir em média de dois litros de água por dia;
- dar preferência ao suco de fruta natural;
- aproveitar a fruta que tem em casa para fazer o suco;
- esclarecer que é mais nutritivo usar o suco natural;
- mostrar a vantagem nutritiva do suco de fruta e folhas naturais;
- propor à gestante que substitua a compra do suco natural por algum tipo de cereal, como farelo, farinha láctea, que tem valor nutritivo maior e auxilia a função gastrointestinal;
- combinar que adquira o cereal em mercados de produtos naturais que é mais econômico.

Avaliação do cuidado: Através do diálogo, explorando os recursos da gestante, conseguiu-se uma adaptação no hábito alimentar tendo-se um melhor aproveitamento dos alimentos. Foi feito também um ajuste nos horários da alimentação; passou a alimentar-se de quatro a cinco vezes ao dia e em menor quantidade. A gestante introduziu alimentos que não eram usados pela família, como o fígado de boi, osso de gado no feijão, cereais e farelo de trigo. Passou a comer verduras pelo menos duas vezes por semana e feijão todos os dias. Substituiu o suco artificial pelo suco de laranja natural, passou a tomar chá de pêssego e de cidreira no lugar do café. E afirma que estava comendo coisas mais nutritivas. Dentro das possibilidades financeiras da gestante, ocorreu uma acomodação na maneira de preparar os alimentos e um melhor aproveitamento dos mesmos.

Assunto: SIMPATIAS E BENZIMENTOS

Dados brutos: Na primeira consulta disse: “-a minha sogra, ela benze pra mÍngua, quebrante, bicha então eu acredito.Ela faz xarope pra tosse cumprida, mistura um monte de ervas. Simpatia eu fiz pra minha nenê de vira a camisa. A que mais adianto foi de coloca em baixo do travesseiro uma tesoura aberta, porque ela não dormia de noite. Daí a minha sogra coloca um cordão de alho com sal grosso ali no pescoço, e aquilo foi a que mais adianto. Que nem pra seca o leite da outra veis eu tive que tira leite do peito e bota assim num montinho no sol na grama, numa grama pra pode seca.”

Avaliação dos dados: Práticas de cuidado popular.Uso de misturas de várias ervas para o preparo do xarope. O uso do alho no pescoço da criança pode exalar cheiro forte e ser prejudicial.

Ação de cuidado: PRESERVAÇÃO E ACOMODAÇÃO

Implementação do cuidado:

- respeitar as práticas de cuidado popular da gestante e família;
- orientar a gestante que deve ter cuidado ao tomar esses preparados durante a gravidez, porque cada erva tem um efeito no organismo;
- esclarecer que deve ter cuidado em usar esse preparado, xarope de ervas, para o bebê, pois alguns tipos de ervas podem ter efeitos colaterais para a criança;
- orientar que sempre que o bebê não estiver bem de saúde, deve fazer uma consulta com um profissional de saúde antes de usar qualquer produto;
- orientar que tenha cuidado para não machucar o bebê com a tesoura em baixo de travesseiro;
- explicar que as simpatias podem ser feitas, desde que não se usem substâncias que entrem em contato com o bebê;
- esclarecer que o alho exala um cheiro forte e pode ser prejudicial se ficar muito tempo em contato com o nariz do bebê;
- explicar que o bebê tem uma quantia de sangue suficiente para o seu tamanho;
- esclarecer que a cor da pele do bebê tem influência da raça;
- observar se esta conduta traz algum dano ao seio e à amamentação;
- respeitar a crença da gestante.

Avaliação do cuidado: Foi respeitada a crença da gestante, preservando o ritual, porém realizados ajustes no uso de produtos que possam prejudicar o bebê.

Assunto: RELAÇÃO SEXUAL

Dado bruto: Na primeira consulta a gestante relatou: “-Eu tenho menos vontade nesta gravidez, agora ele, o marido, sim tem vontade todo dia, todo dia. Sei lá parece que a mulher rejeita quando tá grávida.Sentia medo, por causo que dizem que nos primeiros meses é bom ter cuidado, porque senão é perigoso perde o nenê, então eu fiquei nessa né. O marido ele me entende meu lado né, não insiste né, porque tem homem que não entende.”

Perguntei o que o marido pensa sobre a relação sexual na gravidez ela respondeu: “-É ele geralmente ele fala isso ele diz pra mim....risos...Atalia vamo com jeitinho pra não machuca né, ele diz assim pra mim desde a outra vez. Então tanto eu como ele nós temo medo de

machuca a criança, eu achei que ...risos...que nem ele disse assim pra mim credo eu acho que o nenê vai vê...risos... ele pensava nisso tamen, meu Deus será que o nenê não esta vendo?” A gestante conta que o marido estava olhando a agenda da gestante do Ministério da Saúde e disse: “ -Tava lendo, dali a pouco caiu naquela do sexo, daí eu tive que da risada do jeito dele de tão desenxavido que tava daí abriu a foia que tava, daí eu disse tá loco.”

Avaliação do dado: A libido pode alterar durante a gestação por influência hormonal. Hábito cultural de suspender a relação sexual durante a gravidez. Respeito entre o casal. Crença cultural de que o pênis toca o feto. Crença deque o feto possa enxergar o pênis. Receio da gestante em falar sobre questões da sexualidade.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO

Implementação do cuidado:

- conversar com a gestante sobre o desejo sexual fazer parte da vida de marido e mulher e também como parte integrante do corpo;
- investigar as causas do medo;
- identificar o sentimento e atitudes do marido referentes à atividade sexual;
- estimular a gestante a falar abertamente com o marido sobre seus sentimentos sexuais;
- mostrar à gestante através de desenho a anatomia uterina e vaginal;
- explicar onde fica o feto durante a gravidez;
- esclarecer a gestante sobre a fisiologia sexual;
- mostrar para a gestante onde o pênis se aloja na relação sexual;
- demonstrar que o pênis não toca o feto e que nem o feto pode enxergar o pênis;
- orientar a gestante que a relação sexual na gravidez faz bem e não traz riscos para o feto;
- sugerir que a gestante converse com o marido e entrem num acordo, os dois ficando tranquilos, que não há perigo nenhum para o feto;
- estimular a gestante, dizendo que se os pais estão felizes, o bebê também fica;
- propor para a gestante que, ao chegar em casa, converse com o marido e traga as dúvidas ou resultado da conversa para discutir nos próximos encontros.

Avaliação do cuidado: Através do diálogo, o casal conseguiu um ajuste no hábito sexual, sanando as dúvidas e perdendo o medo, pelo entendimento da fisiologia da resposta sexual humana; dessa forma, considerou-se o cuidado satisfatório.

Assunto: AUTOMEDICAÇÃO

Dado bruto: A gestante falou: “ -Me dava ardume na hora de uriná, algumas vezes claro que ainda às vezes da ardume, uma época eu comecei toma tetrax que é antibiótico, que falam que é bom. Que nem remedinho ele já compro tudo né só a única coisa que ele não compro foi o do ouvidinho né, já compro graxa provada, já compro o elixir paregórico,o infantilzinho tamen aquele o sorino.”

Avaliação do dado: Hábito cultural de tomar medicação sem orientação do profissional de saúde.

Ação de cuidado: REPADRONIZAÇÃO

Implementação do cuidado:

- esclarecer a função do antibiótico e os danos que pode causar ao organismo;
- informar sobre as conseqüências do uso de medicação sem prescrição de um profissional;
- enfatizar que nem todas as pessoas podem usar todo tipo de remédio e na mesma dosagem, o que pode fazer bem para um, pode prejudicar o outro;
- alertar sobre o risco que pode correr em usar medicação sem ter um diagnóstico correto;
- explicar ao casal que não deve usar medicação no bebê sem orientação do profissional;
- enfatizar que o uso de medicação no bebê pode trazer conseqüências mais graves no futuro da criança;
- combinar com o casal que, antes de usar o remédio, procure identificar a causa do choro do bebê;
- informar que nem sempre o bebê chora por doença, mas por outros motivos, como frio, calor, má posição, insegurança, cólica;
- esclarecer ao casal a fisiologia da cólica do bebê;
- oportunizar alternativas para o alívio da cólica, tais como fazer massagem no abdômen, colocar calor no abdômen, fazer exercícios com as perninhas do bebê sobre o abdômen;
- explicar para o casal que o uso em excesso de remédio para a cólica, como o elixir paregórico, pode trazer conseqüências na motilidade do intestino do bebê;
- propor ao casal que não use remédio sem consultar um profissional de saúde;
- sugerir ao casal que não compre medicação sem ter necessidade, porque poderá nunca usar e terá um gasto desnecessário, além de a medicação ter um prazo de validade.

Avaliação do cuidado: Através do diálogo e esclarecimento o casal entendeu as conseqüências da automedicação. Ocorreu, assim, uma repadronização do hábito familiar. No pós-parto a mãe aguardou a visita domiciliar para confirmar se deveria tomar o sulfato ferroso prescrito pelo médico no hospital. Disse que usara somente uma vez o elixir paregórico, duas gotinhas, para o bebê, no dia que chegara do hospital. O marido disse que nem comprara os demais medicamentos que o pediatra receitara.

Assunto: DOR NAS PERNAS

Dado bruto: Na visita domiciliar a gestante referiu que estava sentindo dor nas pernas e câibras, por isso não saía de casa.

Avaliação do dado: Distúrbio da gravidez relacionado à circulação. Compressão dos nervos pelo aumento uterino. A gestante é obesa, muito acomodada, não tem estímulo para se movimentar.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO**Implementação do cuidado:**

- explicar para a gestante que, devido ao aumento do útero, começa a haver compressão das artérias, veias e nervos dos membros inferiores;
- dar alternativas de exercícios e condutas que a gestante possa fazer em casa;

- enfatizar a importância de elevar as pernas várias vezes ao dia;
- ensinar a gestante, a se deitar na cama e colocar as pernas retas para cima na guarda da cama;
- demonstrar como a gestante pode se deitar no chão, sobre almofadas, e elevar as pernas retas na parede por 10min;
- propor que se deite no chão e coloque as pernas sobre o sofá;
- propor que, quando está sentada no cozinha, coloque as pernas sobre uma cadeira;
- sugerir que evite cruzar as pernas quando está sentada ou deitada;
- esclarecer a importância do retorno venoso ao realizar esses exercícios;
- propor que faça caminhadas curtas ao redor da quadra por uns 15min a 20min, num horário que não tenha muito sol;
- explicar que durante a caminhada faça exercício respiratório;
- informar que a caminhada e o exercício respiratório auxiliam na melhoria da circulação e da dor nas pernas;
- motivar a gestante de que a caminhada poderá contribuir para melhorar seu estado emocional;
- esclarecer que a caminhada faz bem para manter o peso durante a gravidez.

Avaliação do cuidado: Com a orientação e as sugestões, a gestante aderiu aos exercícios e teve uma melhora na dor. A gestante conseguiu fazer os exercícios diariamente. Optou em colocar travesseiros e elevar os pés na guarda da cama. Estava caminhando ao redor da casa e, quando o marido acompanhava, fazia uma caminhada na rua. Dessa forma, com alguns ajustes, o cuidado foi satisfatório, pela melhora da dor.

Assunto: AMAMENTAÇÃO

Dados brutos: Amamentação foi uma questão angustiante para a gestante, desde a primeira consulta expressou um sentimento de culpa por não ter amamentado a primeira filha. Na segunda consulta, a gestante disse: “- Assim para amamenta porque eu caso de leite mesmo é só depois de três dia do nenê nasce, daí durante esses três dia eu queria sabe como eu vo faze pra não da mamadeira pro nenê. Eu to pensando porque depois de treis dia quando veio, porque depois dos treis dia tinha leite, mais ela não quis, ela rejeito e não teve jeito.É isso que eu quero sabe, como fais pra te o leite nem que seja não muito, mas um poco pra sustenta o nenê, até espera os treis dia pra vim o leite. - Quando ela nasceu, logo depois colocaram ela no seio, mas eu não tinha leite, só colostro, muito poco, muito poquinho. - No hospital não deram nenhuma mamadera pra ela, como eu era boba, mãe de primeira viagem achei que era cólica, só quando cheguei em casa que eu me fraguei que eu não tinha leite.- Bom daquela veis eu tava com 19 anos agora já to com 23 né. - Daí então eu quero sabe como é que eu vo faze desta veis, porque da outra veis deu no que deu né, não consegui da de mama. - E quando eu tive a nenê, eu tomava o tal de combiron tamen que eles deram a receita no hospital, e daí eu botava na água corrente e daí foi que crio íngua, racho o seio. - A menina não queria suga no seio ela chorava dia e noite, por isso mesmo eu quero conversa pra nós vê como é que vai ser agora”. Ao exame físico da mama, na primeira consulta de pré-natal, observei presença de eczema e crostas nas aréolas e mamilos.

Na visita domiciliar, a gestante espontaneamente começou a me contar: “- A minha mãe disse que é perigoso recai, porque ela tava lavando roupa e caiu dentro da água, daí disse que sumiu o leite dela, sumiu, sumiu, que não pode mais amamenta o meu irmão. - Bom pra ti vê quando ela ganho eu e o outro meu irmão ela teve que toma remédio pra junta leite, porque

assim natural mesmo ela não tinha nada. - Sim porque da veis da minha filha ela gritava, esperniava, que parecia bicho, bom daí eu disse assim quem sabe se ela não que o seio vo tira e bota mamadera, ela fazia ânsia, era o leite que ela não queria”.

A gestante me mostrou os seios para ver como melhorara o eczema e fez expressão mamilar para ver como estava saindo o colostro. “ Esse aqui tem menos bico e esse tem mais, é que esse aqui antes da nenê nasce não tinha nada era lá no fundo, era pra dentro, bem assim ó achatado.- Tamen agora tem mais bico, porque já to usando o sutiã furado e já raspo bastante, como as alunas ensinaram no ambulatório. - E quando eu posso tomo banho de sol, que as alunas no ambulatório me ensinaram, por isso que já ta melhor. - Bom pra ti vê, da outra veis eu não coloquei no sol, ele não era acostumado fica exposto e daí racho né. - Pra ti vê da outra veis eu não sonhava que dava de mama e desta vez eu sonho. - No sonho vem que eu do e que o nenê mama mas termina o leite. - Eu acho que esse nenê vai se diferente sabe Lenir, por causo que desta veis o meu marido não compro nenhuma mamadera e da outra veis foi “agôro” com treis méis de gravidez ele compro duas mamadera.”

Na consulta no ambulatório, a gestante estava acompanhada pelo marido. Ao iniciar a conversa, ela pergunta: “ O que é sucção, que nem quando fala em suga? - A outra filha ela não quis pega a gente só encostava a cabeça ela já gritava e se atirava pra trás, ela nunca quis pega, quando botava no colo já fazia um gritado, ela gritava e esperniava que parecia bicho, ela fazia ânsia”.

Após 1h de conversa em conjunto com o marido, quando sugeri que me mostrasse o seio para ensinar o local da pega do bebê, a gestante disse:

“- mais eu tenho vergonha, nem fala ...risos...eu tenho vergonha de da de mama perto de muita gente, ta loco, não sei eu tenho vergonha. Porque eu não gosto muita gentarada assim olhando.” “ A minha mãe também, quando dava de mama pra nós ela saía pro quarto, decerto eu me criei desse jeito. - Mas ali no hospital eu não conheço, as otras pacientes, elas tão deitada eu vo tiro o meu seio e vo da de mama, que nem pessoas que eu não conheço eu não vo me importa, mais é que se eu não conheço essa pessoas elas não vem mexe comigo não vem cutuca eu pra me estrova no que eu to fazendo então eu acho ruim amamenta na frente de visita que tão mexendo com o nenê , vão ta mexendo comigo. - Só uma veis que a sogra disse que eu com uns baita tetão desse não tinha amamentado, eu cheguei e disse pra ela , eu tinha umas tetona e tinha leite eu não dei mama pra ela porque ela não quis, culpa minha não foi, eu disse pra ela queria que eu fizesse o que, que eu matasse a menina? - Eu assim nunca me culpei sobre isso, porque tenta eu tentei né, teria me culpado se eu não quisesse amamenta o meu filho, mas eu fiz de tudo pra minha filha ela que não quis. - Olha aqui ó Lenir, na hora que eu ia amamenta, ai chegava aa vó em cima ficava ahaha!!!! - Ela mama!!!! - Eu ficava nervosa daí saía a vó, chegava a mãe debruçada em cima de mim, aí a nenê chorava, ai caiam tudo em cima de mim

-a minha vó e minha mãe que ficavam junto comigo é isso que eu digo Lenir, porque lá no hospital ela pego, ela chupo, mas não tinha leite, quando eu tava sozinha, quieta, mas quando chego em casa que foi tudo por água a baixo.- Acho que tudo isso atrapalho, eu me incomodei toda a gravidez, ficavam muito em roda de mim, uma noite a menina chorando eu caminhando pra lá e pra cá, e a vó ia na minha frente, o que ela tem, se eu soubesse ela não tava chorando.”

Avaliação dos dados: O leite pode demorar até três dias para descer após o parto. A sucção precoce é fator importante na descida do leite. É normal ter só colostro nas primeiras mamadas. A gestante acha que não tinha experiência para amamentar a primeira filha. Frustração por não ter amamentado. Uso do combiron para aumentar a produção de leite. Condutas inadequadas na amamentação. Gestante ansiosa pela experiência anterior negativa. Aeração e higiene da aréola diminuída. Possibilidade da recaída na dieta. Influência da mãe

sobre as atitudes da gestante. Rejeição do bebê ao seio materno. A gestante demonstra ansiedade em querer amamentar. Em todos os encontros traz questões relacionadas à amamentação. Mamilo plano dificulta a pega do bebê, na amamentação. Experiência anterior da gestante na preparação do mamilo com exercícios. A expressão mamilar pode auxiliar na produção do leite. O sol age fortificando a pele do seio. Experiência anterior negativa na amamentação. Angústia pela frustração de não ter amamentado. Experiência negativa manifesta no sonho. Hábito cultural influenciando a amamentação. Baixo nível de conhecimento da gestante, em relação a amamentação. Rejeição da filha pelo seio. Nestas situações é comum o sentimento materno estar interferindo. A mama representa para a gestante parte do corpo que não deve ser exposta. É uma das causas da filha ter rejeitado o seio. Influência de hábito da mãe da gestante. A gestante garante que só tem vergonha de mostrar o seio a pessoas conhecidas. Neste momento a gestante alterou muito o tom de voz e ficou muito irritada durante a explicação que tentava me fazer. Cobrança da família por não ter amamentado. Mito de que o tamanho do seio tem relação com a quantidade e capacidade de amamentar. Gestante tenta justificar a sua frustração por não ter amamentado. A gestante mostra-se contrária às pessoas conhecidas olharem seu seio. Influência familiar nas relações da mãe com o filho e nas ações da mãe. A gestante morava com a avó, e a mãe morava nos fundos na mesma casa. Ambiente familiar interferindo na relação mãe-filho. Pressão familiar sobre a gestante. Nesta fase a gestante admite que uma das causas de não ter amamentado foi o desequilíbrio familiar vivido na época.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO E REPADRONIZAÇÃO

Implementação do cuidado:

- conversar com a gestante sobre a experiência de amamentação anterior;
- estimular a gestante a falar sobre suas angústias e ansiedades;
- sugerir à gestante que converse sobre a amamentação ao longo da gravidez;
- identificar as causas da rejeição do seio pela filha;
- explicar que o leite pode demorar até 72h após o parto para descer;
- esclarecer que o colostro é produzido durante a gravidez e é o primeiro leite que desce quando a mãe tem o bebê;
- informar sobre a importância do colostro;
- orientar sobre a importância da sucção do bebê logo após o nascimento para começar a produção do leite;
- orientar que, mesmo com pouco leite, é importante a sucção do bebê com frequência para estimular a produção do leite;
- esclarecer que, quanto mais o bebê sugar, mais leite a mãe vai ter;
- identificar os sentimentos da gestante em relação à experiência negativa por não ter amamentado a primeira filha;
- tranquilizar a gestante, que agora ela está mais experiente e isso irá ajudá-la;
- conversar com a gestante que cada gravidez é uma situação diferente da outra;
- explicar para a gestante que não tem necessidade de tomar o combirom porque seu hematócrito e hemoglobina estão normais e ela está se alimentando bem;
- propor à gestante que não dê importância ao que as pessoas comentam, pois cada mulher tem a sua própria experiência de vida;
- oportunizar espaços para a gestante expressar a experiência anterior de amamentação;
- orientar a gestante para higiene adequada da mama;
- procurar secar bem o mamilo com a toalha após o banho;
- evitar o uso de sabonete sobre o mamilo;

- fazer a troca do sutiã com frequência para manter os seios limpos e secos;
- sugerir que passe óleo, o que tiver em casa, na aréola, após o banho e deixe o seio exposto ao ar por alguns minutos até sair as crostas da mesma;
- entender de que forma a mãe influencia nas atitudes da gestante;
- identificar o quanto a gestante acredita nas informações passadas pela mãe;
- identificar as possibilidades da gestante se autocuidar sem o auxílio da mãe;
- valorizar a iniciativa da gestante em fazer a expressão mamilar;
- suspender o uso do óleo com a melhora do eczema;
- orientar para espremer o colostro passar ao redor da aréola e deixar secar ao ar;
- orientar para expor o seio ao sol por 20min uma vez ao dia, antes das 10h e após as 16h;
- orientar a gestante que o melhor é deixar a natureza agir nas mamas durante a gravidez;
- respeitar a iniciativa da gestante em fazer o cuidado com a mama;
- observar a forma de cuidado que a gestante está fazendo;
- valorizar o desejo da gestante em cuidar o seio;
- conversar com a gestante sobre as complicações que teve na amamentação anterior;
- mostrar para a gestante através de desenhos a anatomia da boca do bebê e do seio materno;
- explicar a técnica correta da pega do bebê na aréola;
- orientar sobre a posição da mãe e do bebê para amamentar;
- tranquilizar a gestante para que deixe a natureza seguir e não fique impressionada com os sonhos;
- esclarecer à gestante que é comum no início da gravidez a mãe ter alguns sonhos, mas isso não deve interferir no curso da gravidez;
- conversar com o casal sobre o uso da mamadeira;
- explicar para o casal as implicações do uso da mamadeira e chupeta na amamentação;
- explorar o que a gestante sabe sobre a técnica de amamentação;
- conversar em companhia do marido da gestante sobre as dificuldades que a gestante teve na amamentação;
- procurar identificar as atitudes do marido em relação à amamentação;
- estimular a gestante a falar sobre seus sentimentos de amamentar;
- motivar a gestante a falar sobre as experiências de sua mãe em relação à amamentação;
- explorar a vivência da gestante quando criança com as questões de maternidade e amamentação;
- estimular a gestante a falar o que sentia quando a filha sugava o seio;
- identificar o significado sexual da mama para a gestante;
- explorar o quanto a gestante é influenciada pelos valores culturais maternos;
- respeitar a atitude da gestante em não expor a mama na frente de pessoas;
- propor à gestante que tente esquecer o que aconteceu na gravidez anterior e animá-la pois agora está diante de outra situação na sua vida;
- combinar com a gestante para não falar mais de amamentação até o parto;
- investigar o que significa a vergonha da gestante dar de mamá na frente de pessoas conhecidas;
- perguntar à gestante se ela se sente culpada por não ter amamentado;
- explicar para a gestante que o tamanho da mama não tem relação com a produção de leite;

- entender por que em cada encontro a gestante expõe a questão de não ter amamentado;
- oportunizar espaço para a gestante falar sobre esse sentimento de frustração;
- investigar a não aceitação da gestante se sentir culpada por não ter amamentado;
- identificar a influência da avó e da mãe da gestante sobre suas atitudes;
- propor para a gestante que neste momento ela está mais segura e pode cuidar sozinha do filho;
- sugerir para a gestante que não deixe a mãe ficar em sua casa para interferir nas suas decisões;
- dar alternativas para a gestante atender o bebê com auxílio do marido, já que este não a incomoda;
- valorizar a ajuda do marido, que para a gestante é muito importante;
- mostrar para a gestante que neste momento ela tem a sua casa e pode decidir o que é melhor para ela;
- estimular a gestante a fazer seu autocuidado e cuidar do bebê sem auxílio e opinião da família;
- mostrar para a gestante a vantagem de estar morando longe da mãe e da avó nesta gravidez;
- incentivar a gestante, pois já conversamos muito sobre a amamentação. Já aprendeu várias coisas, já sabe o que tem que fazer, então vamos aguardar o nascimento do bebê para ver como ele vai se adaptar;
- propor à gestante que deixe as coisas fluírem naturalmente, sem tanta preocupação.

Avaliação do cuidado: este cuidado permeou todo o processo de acompanhamento pré-natal. Durante os sete meses de convivência a questão de não ter amamentado a primeira filha foi constante, a gestante começou a fazer os cuidados com a mama já nos primeiros três meses de gravidez. Mesmo sabendo que os exercícios no mamilo não são indicados, no início da gravidez, foi importante interagir com a gestante no sentido de descobrir o que estava lhe incomodando. Respeitando o interesse da gestante negociava e fazia ajustes nos cuidados. Foi um choque para a pesquisadora quando a gestante falou que tinha vergonha de expor a mama, precisou de muita reflexão; por um lado, demonstrava uma vontade enorme em amamentar e por outro, uma questão pessoal de corporeidade e sexualidade interferindo na amamentação. Neste momento, optou-se por não falar mais em amamentação, até porque já havia sido passado todas as informações necessárias. Aguardou-se para ver o resultado no pós-parto. A gestante realizou os exercícios no mamilo durante a gravidez, realizou banho de sol. No final da gravidez o mamilo apresentava-se protuso e com colostro. Ao nascer o bebê foi colocado ao seio ainda na sala de parto. O bebê fez uma boa pega no seio. A mãe amamentou somente no seio durante a hospitalização, estava segura, não precisou de ajuda da enfermagem para a amamentação. Observou-se uma boa relação mãe-filho. No 3º dia pós-parto na visita domiciliar, o mamilo esquerdo estava com início de fissura, a mãe foi orientada para fazer banho de luz e melhorar a pega do bebê. No 5º dia pós-parto o mamilo estava bem, o bebê estava mamando exclusivamente no seio. A mãe demonstrando segurança e habilidade com o bebê. Nos três meses de vida, o bebê continuava com aleitamento exclusivo. Nesta ação de cuidado aconteceu a repadronização, a mãe teve uma experiência positiva e um novo padrão de cuidado com o neném sem ajuda da família.

Assunto: PARTO

Dados brutos: Ao questionar a gestante sobre o trabalho de parto e o parto, desde o primeiro encontro, a gestante, sempre se referiu ao parto como alguma coisa boa, contou sua experiência dizendo: “-No momento que começo doe forte só demoro um pouquinho, por causa que eu não sabia fazer a força, na primeira força não nasceu né, mas na segunda nasceu então não foi difícil, foi rápido.”

Só conversou novamente sobre o parto quando se completaram as 35 semanas, demonstrando uma certa ansiedade: “- Ta na reta final daí a gente se preocupa né, por causa que da outra vez eu não tive cólica nada então fico pensando será que desta vez vo te. Começo era quinze pras seis, e eu fui pro hospital era nove e meia, e assim mesmo ela nasceu era três pra uma hora da tarde. - As dor começaram assim doía um pouco depois parava, era dor meio irritante, depois foi aumentando. - Quando fui para a mesa dentro de quinze minutos ela nasceu. - Uma hora antes dela nascer estouraram a bolsa, daí as dor ficaram mais forte daí ela nasceu. - O que foi mais difícil foi de fazer a força, eu fazia a força no pescoço. - Eu respirava assim normal. - Na sala de pré-parto antes de ganhar, eu tinha vontade de subir pelas paredes, Deus me livre, muié de Deus não podia ficar deitada. - Bom o médico me deitou pra examina ele botou a mão na barriga eu peguei e mandei ele tirar a mão de tanto que doía, fiquei o tempo todo andando eu não podia deitar, nem sentar, bom o soro tava nesse canto eu ficava com a mão assim e andava.”

O marido estava acompanhando a consulta e perguntou qual o hospital que iriam para ter o filho. O marido quis saber sobre a internação, o horário de visitas, registro de nascimento e condutas hospitalares.

Avaliação dos dados: Experiência anterior positiva da gestante em relação ao parto. Nesta fase da gravidez, em torno de 35 semanas, é esperado que a gestante comece a se preocupar com o parto. Evolução do trabalho de parto dentro do esperado. Evolução das contrações. Hábito cultural profissional de romper a bolsa das águas artificialmente. Falta de conhecimento da gestante em relação às forças no período expulsivo. A respiração é fundamental na hora do parto. Deambulação favorece a evolução do parto. Permanecer deitada durante o trabalho de parto é uma intervenção que interfere na evolução natural do parto. O marido estava preocupado com a internação hospitalar.

Ação de cuidado: PRESERVAÇÃO E ACOMODAÇÃO

Implementação do cuidado:

- valorizar a experiência do parto anterior para sanar algumas dúvidas que a gestante possa ter;
- considerar a experiência positiva na orientação para o próximo parto;
- tranquilizar a gestante mostrando que ela já teve uma boa experiência no parto anterior;
- conversar com a gestante sobre a preocupação nesta fase da gravidez;
- orientar o casal que a partir desta data a qualquer momento o neném pode nascer;
- esclarecer o casal sobre o início do trabalho de parto;
- informar sobre a hora de ir para a maternidade;
- explicar para o casal o que é uma contração;
- orientar sobre a evolução das contrações;
- mostrar a ação da contração sobre o colo uterino para dilatar;
- informar sobre o tempo de duração do trabalho de parto em horas;

- explicar sobre o tempo do período expulsivo;
- orientar sobre a ruptura da bolsa das águas;
- informar que o melhor é a bolsa romper espontaneamente;
- explicar para a gestante como deve fazer a força;
- esclarecer a gestante sobre o efeito da respiração durante a contração;
- ensinar a gestante como fazer a força combinada com a respiração;
- demonstrar como realizar movimentos respiratórios profundos e lentos;
- propor para a gestante fazer o exercício respiratório em casa para se preparar para o parto e estar mais segura na hora de fazer a força;
- esclarecer a gestante sobre a posição durante o trabalho de parto;
- incentivar a gestante a caminhar durante o trabalho de parto;
- sugerir que a gestante se debruce sobre a cama e faça balanço pélvico durante as contrações;
- propor para a gestante tomar um banho quente durante o período de dilatação;
- orientar a gestante que, mesmo se tiver soro, ela pode caminhar;
- explicar para a gestante que o exame durante o trabalho de parto deve ser feito para a segurança do neném e que, por isso, o médico precisa colocar a mão na barriga para controlar as contrações;
- tranquilizar o casal que neste momento está tudo bem com o neném;
- combinar com o casal a importância do acompanhamento pré-natal mais freqüente até o parto;
- orientar sobre as normas e condutas de internação dos hospitais da cidade;
- deixar o casal decidir sobre qual hospital quer internar;
- orientar sobre a internação;
- esclarecer onde o pai pode permanecer e o que pode fazer durante o trabalho de parto e parto;
- orientar sobre os horários de visita;
- informar que a filha tem acesso à maternidade com autorização da enfermeira-chefe;
- esclarecer que o pai tem direito a entrada com cartão de visita;
- orientar que a gestante e o bebê vão permanecer por duas horas na sala de pós-parto;
- orientar que o bebê será vestido no centro obstétrico antes de ir para o quarto;
- esclarecer que as enfermeiras da maternidade passarão todas as informações para o teste do pezinho;
- informar que o teste do pezinho é gratuito e é feito no Centro de Saúde assim como as primeiras vacinas;
- orientar que as demais vacinas podem ser feitas no ambulatório;
- reforçar a informação sobre as normas do hospital em relação ao uso de bicos e mamadeiras;
- informar que o registro do bebê poderá ser feito dentro do hospital, durante a internação.

Avaliação do cuidado: Ao iniciarem as contrações às 9h, a gestante telefonou dizendo que a barriga ficava dura a cada pouco e que tinha descido tipo um catarro com sangue. Orientei que fosse para a maternidade para fazer um exame. Foi ao hospital, fez avaliação, foi solicitado que fosse caminhar e voltasse em 2h para nova avaliação; voltou às 15h, internou e o bebê nasceu às 16h 30min. Ao conversar sobre o parto, a gestante contou que fora tudo muito rápido; chegou ao hospital já com 6cm de dilatação e então a médica rompeu a bolsa; internou na sala de pré-parto e ficou caminhando; fez a respiração como havíamos

combinado. Disse que fora bem melhor que da outra vez; quando foi para a mesa de parto o bebê nasceu rápido sem que houvesse tempo de fazer a episiotomia. Comentou que se sentiu bem mais tranqüila e segura porque sabia a hora de ir para o hospital, ficou controlando as contrações em casa.

Assunto: CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

Dados brutos: Quando falamos sobre os cuidados com o recém-nascido, a gestante me falou:

“-meu marido tá esperando saber o sexo do nenê pra ele compra um Kit que ele viu lá no centro, de 35 reais, mas vem com mamadeira, com chuquinha, vem com xampu, vem com perfume pra cima e tudo né, até com pratinho de da comidinha pro nenê”. Pouco antes a gestante me falara que estava preocupada porque não tinha dinheiro para comprar as fraldas descartáveis. A gestante acha necessário fraldas descartáveis nos primeiros dias para usar no hospital. “Eu tenho as faxinhas, guardada porque, geralmente, o nenê chora faz mal sem faxinha. – uso mais pra afirma o umbigo ali eu creio que pra mim afirma a barriguinha se ele for chora né, segura o umbigo pra não força pra fora.”

Avaliação dos dados: A propaganda na venda de produtos infantis influenciando a situação econômica dos pais. A falta de conhecimento dos pais em relação aos cuidados com o recém-nascido, interferindo na situação financeira. Prática cultural. Hábito cultural. Conhecimento de que a faixa previne a hérnia umbilical.

Ação de cuidado: ACOMODAÇÃO E REPADRONIZAÇÃO

Implementação do cuidado:

- explicar ao casal a fisiologia da pele do bebê e a absorção de produtos colocados sobre a sua pele;
- esclarecer que perfume, xampu, talco contêm produtos químicos e podem provocar alergias no bebê;
- informar sobre as conseqüências da aspiração do pó do talco para a criança futuramente;
- orientar que, pela sensibilidade da pele do bebê, a melhor conduta é usar somente um sabonete neutro;
- mostrar para o casal que o bebê já tem um cheirinho próprio dele e não precisa de perfume;
- discutir com o casal a questão de economia na compra de produtos desnecessários;
- propor ao casal que deixe para comprar a mamadeira e a chupeta após o nascimento se for preciso;
- discutir com o casal a possibilidade de comprar outros itens mais necessários para o bebê, como, por exemplo, as fraldas descartáveis;
- explicar ao casal a fisiologia da respiração do bebê;
- esclarecer que não há necessidade de usar a faixa abdominal;
- mostrar o prejuízo da faixa apertando no abdômen do bebê;
- respeitar o casal se optar por usar a faixa e, então, sugerir que use a faixa bem frouxa;
- mostrar para a gestante que no coto umbilical estão os três vasos sanguíneos;
- explicar que qualquer produto colocado sobre o coto umbilical pode provocar infecção;

- esclarecer que o bebê já sai do hospital com um líquido passado ao redor do coto umbilical e que não precisa usar nada mais;
- ensinar a mãe a limpar e secar bem o coto na hora do banho;
- orientar a mãe que não deve molhar o coto umbilical até a sua queda.

Avaliação do cuidado: Nesta ação de cuidado aconteceu uma repadronização importante, na compra dos materiais para o bebê, pois o casal entendeu e comprou o que realmente era necessário para a higiene do bebê, não comprou o talco, o xampu. Compraram um berço para o bebê, as fraldas descartáveis e somente o sabonete neutro para o banho. Aconteceu uma negociação favorável à economia do casal e um ajuste no cuidado do bebê. Sem imposição foi possível uma mudança de hábito em co-participação com o casal. Na visita domiciliar no 5º dia pós-parto, o bebê não estava usando a chupeta; a mãe disse que tentara colocar na boca, mas ele não quisera. Não usou a faixa umbilical, o coto umbilical estava bem mumificado somente com o corante duplo, produto que é colocado sobre o mesmo no hospital logo após o nascimento. No entanto no 30º dia de pós-parto, no consultório, o bebê estava usando a chupeta.

Assunto: PUERPÉRIO

Dados brutos: Quando conversamos sobre a dieta, a gestante me fala: “- Eu não lavo o cabelo depois do parto eu fico sem lava até depois da dieta, da menina eu fiz 40 dias e for pia tem que ser 45 dias. Não eu só lavo o corpo, quando eu to de dieta, nem quando tava menstruada eu nunca lavei a cabeça. Chega a minha mãe que caiu dentro do rio e perdeu o leite. A minha mãe disse que era perigoso recaí, porque uma vez ela recaiu Lenir na dieta de noite eu não saio, o máximo mais cedo que eu saio pra fora de casa é as quatro e meia. Da outra filha quando chegava de noite o marido, ele ia com a nenê bem coberta lá na mãe e eu ficava em casa, eu nunca botei a cabeça pra fora no relento né. Eu comia sopa e tomava chá de funcho com bolacha durante a dieta. Era só uma comida leve, mais depois que a nenê não quis mamá daí eu comecei a come arrois com galinha, mais fruta, verdura porque geralmente quando a gente ta amamentando não pode come folha verde, da cólica, mais mesmo era coisa leve, não pesada durante a dieta pra não fica desse tamanho.”

Avaliação do dado: Influência familiar sobre os cuidados no puerpério. Hábito cultural de não lavar o cabelo, alimentar-se com comida leve. Crença popular da recaída.

Ação de cuidado: PRESERVAÇÃO

Implementação do cuidado:

- respeitar o hábito da gestante;
- explicar que se quiser lavar o cabelo pode, pois, do ponto de vista científico não há problema;
- esclarecer a gestante que isso é uma crença que as mulheres tem e passam umas às outras, mas que do ponto de vista científico pode lavar o cabelo;
- informar sobre os cuidados no puerpério, tais como higiene na episiotomia, higiene corporal;
- respeitar a influência cultural da mãe da gestante;
- esclarecer à gestante que pode sair, tendo o cuidado de se agasalhar se for frio;
- respeitar a crença da gestante;
- orientar a gestante sobre a necessidade de nutrientes para a produção láctea;

- esclarecer a gestante sobre a absorção dos nutrientes do estômago para o sangue;
- explicar para a gestante como o leite é produzido na mama e de que forma os nutrientes passam para o leite;
- informar a importância da alimentação na produção e quantidade de leite;

Avaliação do cuidado: Neste cuidado predominou a influência familiar, foi preservado e respeitado o hábito da gestante em relação à lavagem do cabelo, que ocorreu depois dos quarenta dias de pós-parto. No 5º dia pós-parto a puérpera falou que estava comendo comida leve, sopa, tomou chimarrão e suco de laranja, aqui ocorreu um ajuste no hábito alimentar.

6.2 CONHECENDO LIA

Lia, 21 anos, 1,62 m, 56 kg, magra, miúda, cabelos pretos, cacheados, a altura do ombro, olhos pretos, pele parda, é muito quieta, tímida, delicada e fala mansamente. Estudou até o 2º ano do ensino médio. É católica não praticante. Trabalhava no centro da cidade vendendo pastel em uma tenda; atualmente, em virtude da gravidez, faz o serviço de casa. Seu pai é aposentado e sua mãe, costureira; sua mãe teve três filhas de parto normal e amamentou as três; seus pais são de origem italiana com caboclo. Como os pais de Lia não concordavam com seu namoro porque ambos eram muito jovens, ela decidiu morar com Jacó, e estão juntos há cinco anos. Está na terceira gravidez; teve dois partos normais e os filhos nasceram bem; amamentou, no máximo, dois meses, fez acompanhamento pré-natal e parto nas duas gestações anteriores, com plano de saúde diferenciado, pois era dependente do pai; atualmente, com 21 anos, perdeu o convênio. Não se casou pelo civil para não perder o direito ao convênio de saúde. Tem uma filha, Dina, com três anos de idade, cabelos loiros cacheados compridos até o ombro, olhos castanho-claros, pele clara, que mora com a sogra desde bebê, faz uso de chupeta e usa fralda para dormir; agora, com a gravidez, a filha tem ficado mais em casa com ela. Um filho, Rubem, de dois anos de idade, cabelos raspados, olhos castanho-claros, pele clara sardenta, usa chupeta e mora com ela e o marido.

Jacó, o companheiro de Lia, tem 24 anos, 1,81 m, encorpado, musculoso, pele clara, olhos castanho-claros, cabelos claros, muito falante, extrovertido. Tem ensino médio completo, é de origem alemã. Sua família é crente, mas ele não pratica nenhuma religião; não concorda com a filosofia da religião dos pais por achá-la retrógrada. No momento está desempregado; seu último emprego foi como frentista em um posto de gasolina. Jacó teve um filho aos 15 anos de idade com uma namorada que também tinha 15 anos; como não tiveram condições de assumi-lo, a avó materna criou o menino; quando ele pode, ajuda com alguma

coisa; este filho tem boa convivência com a família de Jacó. O pai de Jacó é militar aposentado e mora com a esposa, uma filha e Dina, filha de Lia, na parte superior da casa; o casal Lia e Jacó com o filho Rubem moram no porão da casa. É uma casa de madeira, pintada de branco, com janelas marrons; o porão é de tijolos, construído a alguns metros da rua; há um jardim em frente gramado e com flores coloridas. Em frente à casa, na calçada da rua, encontra-se uma caixa de areia para as crianças brincarem; um portão de ferro dá acesso a uma calçada de pedra bruta que leva à porta de entrada na casa de Lia. Ao passar pela porta, há um corredor; à esquerda, uma janela pequena, um balcão de madeira com duas portas, sobre o qual está um aparelho de som com duas caixas; à direita, uma porta de acesso à sala, uma peça muito pequena; logo adiante, outra porta dá entrada para um quarto muito pequeno com uma cama de casal, em frente ao qual há uma peça, a cozinha. Esta é mobiliada com alguns móveis velhos, uma geladeira já sem pintura, um fogão a gás de quatro bocas, um balcão com pia e torneira; uma mesa de madeira, sobre a qual há uma toalha e um vaso de flores artificiais coloridas; as cadeiras são de madeira. Ao fundo da cozinha, uma porta dá acesso ao banheiro, onde há uma pia com torneira, vaso sanitário e um chuveiro elétrico. O piso é de lajota marrom; as paredes são claras, porém com pintura desbotada; há pouca ventilação na casa e a luminosidade é precária. Na sala, há um sofá de três lugares e um de dois, uma mesinha com televisão e um aparelho de telefone. Uma calçada e escada lateral dão acesso à entrada na casa dos pais de Jacó. A moradia toda é muito limpa e organizada, demonstrando que Lia é caprichosa, ela mesma faz o serviço de casa e cuida dos filhos.

O casal não paga luz, água e telefone; todos almoçam na casa da sogra de Lia e dela também recebem os alimentos para comer em casa. Lia, aparentemente, tem boas relações com a sogra, pois mora há cinco anos com ela e relata que nunca brigaram; embora não concorde com algumas coisas, fica quieta.

Lia e Jacó mantêm um bom relacionamento, demonstram paixão um pelo outro, fazem planos futuros para dar boas condições de vida aos filhos. Jacó auxilia no cuidado com os filhos e fala deles com carinho.

Lia não aceitou a gravidez, ficou apavorada e tentou abortar tomando chá de arruda. Contou que engravidou tomando a pílula anticoncepcional, havia providenciado uma consulta pelo plano de saúde, realizou um ultra-som, que mostrou estar com 21 semanas de gravidez. O primeiro encontro aconteceu no ambulatório, com a gestante cabisbaixa, apática, desanimada; ela falava pausadamente, com voz baixa, respondia fazendo gestos com a cabeça; usava calça de coton e camiseta preta grande, cobrindo toda a barriga, e apresentava-se despenteada. A pesquisadora começou a falar sobre o trabalho, seu objetivo, a forma de

atendimento, a visita domiciliar, o que Lia prontamente aceitou, referindo que já estava sabendo do trabalho pela enfermeira do ambulatório. Realizou-se o exame físico-obstétrico, constatando que Lia estava com 26 semanas de gravidez; foram solicitados os exames de laboratório. Após 2h de encontro, Lia estava bem mais tranqüila; então, foram combinados dia e horário para a visita domiciliar. A gestante orientou sobre o caminho para sua casa e começou a sorrir ao final da consulta; agradeceu a atenção e mostrou-se interessada em fazer o acompanhamento.

No decorrer dos encontros, Lia foi adquirindo confiança, mostrando-se mais segura; falava de seus sentimentos, do relacionamento conjugal, de experiências anteriores com gravidez e partos. A comunicação, a compreensão e o respeito por parte da pesquisadora fizeram crescer o vínculo com a gestante e sua família. A convivência com a gestante foi de cinco meses, em sete consultas no ambulatório, oito visitas ao domicílio e, ainda, várias comunicações via telefone. A interação permeou todo o processo de decisão nas ações de cuidado, que sempre eram planejadas de acordo com a experiência e o contexto da gestante.

O mais significativo na convivência com esta gestante foi o pavor, o desespero do casal e a consciência de os dois serem jovens, terem mais um filho não planejado, além da falta de estrutura para manter a família. No convívio dos encontros foram emergindo cuidados que eram discutidos e planejados em conjunto, pesquisadora e gestante com seu companheiro.

6.3 CONHECENDO SARAI

Sarai tem 26 anos, 94 kg, 1,65 m, pele clara, sardenta, cabelos castanho-claros, lisos e compridos até abaixo do ombro, olhos castanhos, olhar fixo, semblante triste. É obesa, calma e de fala mansa. Católica, acredita muito em benzimentos e simpatias. É fumante e estudou até a 7ª série do ensino fundamental. Sua mãe tem sessenta anos e teve seis filhos, todos de parto domiciliar; ela mesma fazia os partos e amamentou todos os filhos, em média, de dois a três anos. Atualmente, sua mãe está doente, com problema de coluna; é benzedeira. Seu pai tem 62 anos, trabalha fazendo biscate e não conseguiu se aposentar. Sarai demonstra muito carinho e preocupação com os pais e tem consciência de que precisa cuidá-los; por isso, acha difícil conseguir um trabalho fora de casa.

Sarai tem um filho de um ano e cinco meses, Ismael, tem cabelos pretos crespos e compridos até o ombro; costuma amarrar o cabelo sobre a cabeça com elástico, tem olhos

grandes e pretos; é bem bochechudo, usa chupeta e mama no seio materno. Sarai teve parto normal e realizou três consultas na gravidez anterior.

Abraão, companheiro de Sarai, tem 34 anos e, segundo ela, é um homem grande, alto, forte, moreno, cabelos e olhos pretos. É filho adotivo e, quando descobriu isso, há seis anos, ficou muito revoltado com os pais; conhece sua mãe verdadeira, mas tem ódio por ela. Era motorista de caminhão, envolveu-se com roubo de cargas e está no presídio há quatro anos.

Sarai conta que aos 16 anos conheceu Abraão, quando foi a sua casa para se benzer; apaixonaram-se e ele foi morar com ela, estão juntos há dez anos. O relacionamento dos dois é considerado bom por ela. A cada 15 dias, Abraão tem um dia de liberação do presídio para visitá-la, quando os dois ficam juntos; conta que nunca foi ao presídio visitá-lo. O pai de Sarai não gosta do genro, não conversa com ele nem sabe que ele está preso; ela lhe esconde esse fato, porque tem certeza de que o pai não iria mais permitir que Abraão ficasse na sua casa.

Sarai mora com os pais e o filho em uma casa própria. A rua que dá acesso a sua casa é de terra batida, chamada de beco. Passando por um portão de tela, chega-se a casa, de madeira, construída com tábuas largas, pintada de amarelo e com as janelas vermelhas; uma calçada na parte da frente da casa dá continuidade a três degraus na parte lateral; indo em frente, encontra-se a porta de entrada na parte inferior da casa, considerado o acesso principal para o interior da moradia. Na parte inferior, ao entrar pela porta, encontra-se uma peça grande, que serve de quarto e sala; no quarto, uma cama de casal de ferro bordô e uma poltrona velha com algumas almofadas; aos pés da cama, uma cortina de tecido bordô divide o quarto da sala, onde há um sofá de três lugares e um de dois, de tecido com estampa em bordô; atrás do sofá, numa prateleira de madeira, há um aparelho de telefone e um rádio simples; o chão da sala é de piso vermelho, com alguns pedaços de carpete soltos por onde se caminha. Da sala passa-se para o banheiro, com chuveiro elétrico, vaso sanitário e pia, também com piso vermelho. Outra porta dá acesso à cozinha, uma peça bastante ampla, localizada numa meia-água na parte de trás da casa, com janelas amplas, muita claridade e entrada de sol, piso de cimento bruto. Na cozinha encontram-se um fogão de lenha, fogão a gás de quatro bocas, geladeira, um balcão de madeira de duas portas com pia e torneira; no centro da cozinha, há uma mesa de madeira retangular e algumas cadeiras de madeira. Num dos cantos da cozinha, há um cabide de madeira com vários objetos dependurados, entre eles chapéus, bonés, jaquetas, cintos. Próximo à geladeira e embaixo de uma janela, uma mesa estreita e comprida mantém objetos religiosos, como imagens de várias santas e porta-velas.

No canto da sala, uma escada de madeira vermelha dá acesso à parte superior da casa; segundo Sarai, é onde ela mora com o marido, mas, como ele não está no momento, ela passa a maior parte do tempo com a mãe. Ao lado da casa, há um terreno relativamente grande, onde é mantida uma horta com algumas verduras e temperos. Também há um tanque para lavar roupas e varais para estendê-las.

A alguns metros da casa, na parte dos fundos, existe um matagal com árvores muito altas e um riacho; tanto a casa como o seu entorno na parte externa são muito limpos e organizados. Em cada visita realizada, a gestante e sua mãe recebiam a pesquisadora com muito entusiasmo, oferecendo-lhe suco de limão gelado, chá de folhas de laranjeira ou chimarrão. Muito receptivas, sempre a acolheram com muito carinho e respeito.

Sarai mora a 1.500 m do ambulatório e foi encaminhada para atendimento pela agente de saúde; como não tinha vale-transporte, compareceu às consultas até as 36 semanas de gestação, quando estava com 106 kg e sentia muita dor nas pernas ao caminhar. Por isso, combinou-se que seria feita a consulta durante as visitas domiciliares. Sempre demonstrou muita tranquilidade em relação ao parto e à amamentação; sua preocupação era com a situação financeira.

A convivência enfermeira/gestante foi de cinco meses, com quatro consultas no ambulatório e oito visitas domiciliares, nas quais aconteceram interação e troca de experiências muito significativas. Ao transmitir conhecimentos para ajustar o cuidado da gestante, também se teve a oportunidade de apreender crenças da gestante e sua mãe em relação ao parto, puerpério e rituais de benzimento. Conhecendo e respeitando o contexto da gestante, foi possível compreender os valores de uma mulher aparentemente submissa, mas, ao mesmo tempo, ligada por um sentimento muito forte ao marido, que, apesar de estar em situação discriminada pela sociedade, é quem a faz sentir-se mulher.

6.4 CONHECENDO AQUINOÃ

Aquinoã, 26 anos, 51 kg, 1,57 m, pele clara, olhos castanho-claros, cabelos claros, repicados, até o ombro, é sorridente e muito calma; fala cantado e tem olhar profundo. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental e é católica. Trabalhava como atendente de creche e atualmente está em benefício devido à gravidez. Sua mãe tem 49 anos, cuida de um bar e teve três filhos, sendo dois de parto normal e um de cesariana; amamentou os três filhos.

Seu pai tem sessenta anos e trabalha em obras de asfalto. Ambos são de origem cabocla e moram há duas quadras da casa de Aquinoã.

Saul, marido de Aquinoã, tem 29 anos, 72 kg, 1,78 m, moreno-claro, cabelos castanhos lisos, olhos castanhos, usa bigode; muito sério e seco, fala objetivamente. É católico e estudou até a 5ª série do ensino fundamental. Trabalha sem carteira assinada, é operador de obras de asfalto, recebendo por hora trabalhada, em média trezentos reais por mês. Sua mãe é viúva e mora distante de sua casa. Ambos são de origem italiana.

Aquinoã e Saul são casados pelo civil há dez anos e têm três filhos. A primeira menina, Merob, de oito anos, cabelos bem curtos, pretos, olhos castanho-escuros, pele clara, é repetente na 1ª série do ensino fundamental; Jônatas, de seis anos, tem pele clara toda sardenta, cabelos claros, raspados, olhos castanho-claros, estuda na 1ª série do ensino fundamental; Jessui tem três anos, pele clara, cabelos claros, lisos e curtos, olhos castanho-claros e passa o dia na creche.

Aquinoã está na quinta gravidez, teve um aborto e, posteriormente, três cesarianas; amamentou a primeira filha por dois anos e os dois filhos por seis meses.

A família mora em casa própria, construída em madeira, pintada de amarelo-claro. Nos fundos da casa, há um terreno com laranjeiras e cidreira; uma parte é gramada e há um varal para estender a roupa. Chegando pela rua, a casa fica nos fundos de outra casa, com entrada pela lateral. Uma pequena área de piso vermelho com um degrau dá acesso à porta da frente da casa, de onde se passa para a sala. Nesta há um sofá de três lugares em tecido verde, uma mesa de centro em madeira envernizada, com um guardanapo de renda e um vaso com flores coloridas e artificiais; na parede à esquerda da entrada, há um móvel de madeira envernizada contendo vários objetos, entre eles porta-retratos com fotografias das crianças. Sobre o móvel, há um aparelho de som com duas caixas de som; a seguir, há uma porta de acesso ao quarto do casal e, indo em frente, passa-se da sala para a cozinha; continuando, à esquerda, há mais um quarto, que é o das crianças; após a porta, uma geladeira azul, um fogão a gás de quatro bocas, marrom; em seguida, a porta que dá acesso ao banheiro e, na parede dos fundos da cozinha, um balcão de madeira envernizada com duas portas e pia de inox com torneira de água, um armário de três portas suspenso. No centro da cozinha, há uma mesa de fórmica marrom, oval, com guardanapo de renda e um vaso de flores artificiais, cadeiras no mesmo estilo em torno. O chão dessa parte da casa é de tábuas largas envernizadas; na parede próxima à pia, uma porta dá acesso aos fundos da casa, onde há uma área com tanque e máquina de lavar roupa e saída para o terreno. Na parede da direita na cozinha, uma porta com dois degraus dá passagem para uma varanda construída em toda lateral da casa, com

piso de cimento bruto. Essa é a peça de convívio da família, onde há fogão a lenha e uma churrasqueira; ao lado, um balcão com duas portas e pia para lavar a louça; no centro, uma mesa retangular em fórmica azul, com várias cadeiras; tem água, luz e telefone, porém só recebe ligação.

Aquinoã é caprichosa, gosta de ter a casa bem arrumada e sempre cuidou de tudo sozinha, porque a mãe não pôde ajudar; tinha ajuda da sogra quando morava perto. O marido ajuda nos afazeres domésticos quando está em casa. Merob, apesar de ter somente oito anos, já cuida dos irmãos e toma conta deles; quando a mãe precisa sair, é ela quem leva e busca o irmão menor na creche.

A aproximação da pesquisadora com Aquinoã aconteceu às 10h da manhã de um dia nublado e muito frio. A pesquisadora passou pela sala de espera do ambulatório, onde algumas mães aguardavam consulta com a pediatra, e o seu olhar parou em Aquinoã, que estava próxima à porta de saída, segurando a mão de um menino de três anos. O olhar de Aquinoã brilhou e ela deu um sorriso, iniciando-se um diálogo sobre a consulta da criança. Quando a pesquisadora comentou que atendia gestantes foi com alívio que Aquinoã disse: “Mas eu estou grávida, a senhora não quer me atender?” Nesse momento se iniciou uma interação de sete meses, de um vínculo muito intenso com a gestante e sua família.

Aquinoã, o marido e os filhos adquiriram uma confiança e respeito que foi a base para a repadronização e acomodação do cuidado. Parecia uma família muito carente de informações, uma mulher vivendo em dilema com ela mesma, sentindo no seu corpo uma nova vida, porém cuja mente não estava preparada para aquele processo de ser mãe novamente.

Em sete meses de convivência foram seis consultas e quatorze visitas domiciliares, vários telefonemas; a compreensão, o apoio, o carinho e a valorização da família ajudaram Aquinoã a aceitar a gravidez, tratar a sífilis e fazer a laqueadura.

Conhecer essa família em seu cotidiano levou a se refletir sobre o quanto as políticas de saúde ainda estão distantes da realidade vivida pela população.

6.5 CONHECENDO ADA

Ada, 20 anos, 48 kg, 1,58 m, pele moreno-clara, rosto miúdo, olhos pretos, cabelos castanho-escuros, cacheados, longos até abaixo dos ombros. É muito simpática e sorridente, mas parece imatura e meio encabulada; quieta, calma, fala devagar e é bastante carente

afetivamente. Veste roupas modernas, esportivas, bem justas, expondo a barriga em dias quentes. É católica e estudou até a 5ª série do ensino fundamental. Sua mãe teve oito filhos, todos de parto normal; amamentou a todos, não deu chupeta nem mamadeira para os filhos; tem 55 anos e é do lar. Seu pai tem 65 anos, não trabalha; alcoólatra há muitos anos, sempre bateu na mulher e nos filhos.

Esaú, companheiro de Ada, tem 19 anos, 70 kg, 1,80 m, pele clara, cabelos castanho-claros, cortados curtos, olhos castanhos. Apresenta corpo bem malhado e expõe uma tatuagem no braço direito; aparentemente tímido, fala pouco. É católico não praticante e estudou até a 6ª série do ensino fundamental. Trabalha desde os 11 anos ajudando seu irmão em pinturas de parede, trabalho que lhe rende 120 reais por semana. Usa roupas esportivas e camiseta sem manga; adora moto. Sua mãe teve seis filhos, sendo ele o menor; mamou no seio materno até os nove anos. O pai é funcionário público aposentado, com boa estabilidade financeira.

Ada conhece Esaú desde criança, pois as famílias eram vizinhas; sempre fora apaixonada por ele, mas começaram a namorar há um ano. Depois de seis meses de namoro, Ada foi morar com Esaú na casa dos pais dele. Ada contou que teve sua primeira relação sexual com Esaú; no início, usaram preservativo, mas quando foram morar juntos deixaram de usá-lo. Com a gravidez de Ada, começaram os desentendimentos com a sogra porque ela protegia e mimava muito o filho e tinha ciúmes da nora, o que levou também o casal ao desentendimento. Então, Ada voltou a morar com sua mãe, numa parte da casa.

Entrando pela porta da rua, chega-se a uma peça muito pequena, com piso de cimento bruto; à esquerda, uma porta de madeira dá acesso ao banheiro, com chuveiro elétrico. Logo na parede em frente à porta de entrada, uma cortina bordô divide a casa, compondo a moradia de Ada. Nesta primeira peça, há um balcão de madeira com duas portas e uma pia de inox com torneira; ao lado, um sofá de dois lugares, em tecido estampado de cor vermelho-escura; em frente, um fogão a gás de quatro bocas e, ao lado, uma pequena mesa de madeira retangular. No fundo da peça há um balcão de madeira envernizada, com duas portas nas laterais, onde são guardados os alimentos e a louça e, no meio, duas prateleiras, sobre as quais há guardanapos de renda branca, miniaturas de carrinhos de corrida e uma miniatura de moto. Sobre o balcão há uma televisão colorida quatorze polegadas, um aparelho de som com duas caixas de som, vários CD de música sertaneja. Tudo é muito arrumado e limpo. Indo em frente, na outra parede há uma cama de casal de ferro bordô, com colcha estampada em rosa e duas almofadas; aos pés da cama, um roupeiro marfim com duas portas e, na parede, um espelho. Tudo é muito apertado, havendo pouco espaço entre os móveis. Apenas uma cortina separa a cama do casal da cama do pai de Ada, que fica na outra parte da casa.

O casal é jovem e está iniciando uma relação conjugal muito conturbada pela falta de espaço e privacidade. As duas famílias interferem muito na relação dos dois. Esaú é muito ciumento e possessivo, domina a relação por ser quem tem o poder econômico, mas, ao mesmo tempo, preocupa-se com o bebê e com o bem-estar de Ada. Esaú tem ciúmes de Ada com o bebê e sente-se excluído da gravidez; acha que Ada só pensa no bebê e não mais nele. Conviver com esse casal por oito meses, em sete consultas e doze visitas domiciliares, possibilitou um entendimento das relações parentais, da divisão de espaços nas moradias e da forma como o espaço interfere no cuidado com a gestante. A carência afetiva da gestante e o sentimento de exclusão da gravidez manifestado pelo marido propiciaram uma aproximação da pesquisadora com o casal.

6.6 CONHECENDO MELCA

Melca, 20 anos, 52 kg, 1,60 m, pele clara, olhos pretos, cabelos pretos lisos, longos abaixo do ombro, repicados na frente, com algumas mechas caju. Muito espontânea, fala rápido, tem boa comunicação, usa linguagem adequada e sorri ao falar. Evangélica, gosta de ir à igreja e de cantar os hinos. Concluiu o ensino médio, gosta de música sertaneja e adora leituras. Trabalhava como empregada doméstica e morava com a filha na casa da patroa, mas com a gravidez foi despedida. Sua mãe é de origem italiana, teve três filhas de parto normal e amamentou-as até dois anos, trabalha em casa. Seu pai é italiano, trabalha com gado de leite em um sítio.

Os pais de Melca moram no Paraná; ela saiu de casa aos 15 anos para trabalhar e estudar; conheceu um rapaz que namorou, mas aos 16 anos resolveu deixá-lo e ir morar em Santa Catarina com uma tia, quando descobriu que estava grávida. Teve a filha de parto normal e o pai registrou a criança, mas não ficaram juntos. Há dois anos Melca deixou a filha com a mãe no Paraná e veio trabalhar como empregada doméstica em Passo Fundo; não conhecia ninguém na cidade e estudava à noite para concluir o ensino médio, quando conheceu Nacor no colégio. Começaram a namorar e Melca engravidou. Nesse período, já havia trazido a filha para morar com ela no emprego, mas, quando a patroa soube da gravidez, demitiu-a.

Nacor, companheiro de Melca, tem 20 anos, 72 kg, 1,78 m, alto, franzino, cabelos lisos aparados curtos, castanho-claros, olhos castanhos, pele moreno-clara. Muito simpático e sorridente, fala devagar e é muito educado. Concluiu o ensino médio, é evangélico, adora

futebol e seu sonho é ser bombeiro. Trabalha em uma firma de beneficiamento de madeira com carteira assinada e recebe 350 reais por mês; sua mãe teve três filhos, dos quais ele é o mais velho; a mãe é doméstica e o pai é bombeiro.

A filha de Melca, Feldas, tem quatro anos, pele clara, olhos grandes pretos, cabelos lisos pretos e compridos abaixo do ombro; é muito vaidosa, falante e carinhosa; tem um bom relacionamento com Nacor, inclusive chamando-o de pai.

Com a gravidez, Nacor e Melca resolveram morar juntos, na casa da avó de Nacor, que fica nos fundos do terreno; é uma casa de alvenaria pequena, porém confortável. A entrada da rua se dá por uma calçada ao longo do terreno; chegando a casa, da porta de entrada passa-se pela área de serviço, onde há um tanque; a seguir, uma porta que dá acesso ao banheiro; o piso da casa é de lajota marrom. À direita, uma porta dá para a cozinha, onde, na parede da direita, há um balcão de madeira branco, com duas portas, e uma pia inox com torneira. Um fogão a gás de quatro bocas fica em frente a uma mesa retangular de madeira, com uma toalha estampada e uma bandeja com frutas; à esquerda, uma porta dá acesso ao quarto do casal e, indo em frente, passa-se para a sala. Nesta, à direita, há uma estante de madeira envernizada, sobre a qual há um telefone, um aparelho de som, alguns enfeites; à esquerda, há um sofá de três lugares, de tecido bordô e uma cortina que divide a sala constituindo o quarto da filha. Todo o assoalho da casa é de madeira, com tábuas largas e encerradas. A casa é bem ventilada e está sempre arrumada e limpa.

Melca tem muita saudade da família que mora no Paraná, é carente de afeto, não tem amizades no bairro onde mora; sua sogra mora longe, mas visita-a nos finais de semana. Muito vaidosa, preocupa-se muito com a estética e o corpo; gosta de usar roupas justas, coladas ao corpo, e de pintar o cabelo. O amor, o respeito e o carinho com que o casal se relacionava com o feto e a filha de Melca foram muito marcantes.

No convívio de oito meses, entre oito consultas e doze visitas domiciliares, concretizou-se uma experiência que oportunizou uma troca afetiva entre pesquisadora e gestante.

7 O CUIDADO CULTURAL NA GESTAÇÃO

O desenvolvimento do cuidado cultural na gestação contribuiu para a formação de temas que são apresentados neste capítulo. Buscou-se conhecer como as gestantes se cuidam, qual é a visão de cuidado que permeia o seu contexto e a presença de fatores culturais influenciados pela família.

7.1 TEMA UM: GESTAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

A gravidez foi relatada por essas gestantes como algo que não poderia ter acontecido, como se não tivessem conhecimento das formas de reprodução. Das seis gestantes apenas Atalia referiu ter suspenso o uso da pílula anticoncepcional para engravidar, como relatou:

Daí o meu marido disse assim para mim, né, não vou mais comprar o comprimido. Daí, desde aquele tempo, eu comecei a não tomar, né, sempre esperando. Daí como eu fiquei grávida, ele ficou faceiro, né!

Sarai, mesmo percebendo o atraso menstrual e reconhecendo as modificações do corpo relacionadas à gravidez hesitou em tornar pública a gestação:

Bom, eu nem suspeitava, para todos efeitos era um atraso, porque veio um pouquinho e parou, mas nunca imaginei que estava grávida. E daí naquele dia da consulta que foi visto. A barriga crescendo, engordando, mais apetite, daí a mãe até me avisou: “Cuidado que pode ser diabete, né, que a diabete incha a barriga”. Mas daí eu falei para a agente de saúde que ela apareceu lá e daí ela conseguiu uma consulta aqui com a senhora para tirar a dúvida. Não, não queria, é

muito cedo, o nenê tem um ano e cinco meses, quer dizer que ele tinha nove meses, é muito pequenininho ainda, daí ficou meio complicado.

Sarai já completava 26 semanas de gestação na primeira consulta, era sua segunda gravidez. Independentemente do conhecimento sobre a gravidez e de sentir os movimentos fetais, o fator econômico e o preconceito social pelo fato de o marido ser presidiário impediram que ela tornasse pública a gestação. Esse padrão cultural de comportamento é enfatizado por Leal e Lewgoy (2001, p. 67) quando afirmam que “essa primeira interrupção do ciclo menstrual será possivelmente lida como gravidez se uma série de condições morais e materiais respaldarem a decisão de assumir, tornando esta gravidez biológica uma gravidez social pública”.

Lia também teve uma gravidez inesperada:

No começo eu não sabia, eu não queria mais, dois filho está bom, eu não queria mais. Fiquei espantada. Nem tomar comprimido não adianta. Eu tomo comprimido, eu engravidado, do segundo filho também eu estava tomando comprimido. Daí, como eu só tinha uma filha, daí não ia fazer tanta diferença dois filhos. Agora é três já pesa mais.

Durante todo o acompanhamento pré-natal, Lia afirmava que não percebia os movimentos fetais, mesmo quando estava com trinta semanas de gestação e os movimentos eram perceptíveis. Ela começou a dar importância aos movimentos fetais somente quando relatou que havia tomado o chá para fazer descer a menstruação no primeiro mês de atraso menstrual. Leal e Lewgoy (2001, p. 65) comentam que, “enquanto a gravidez não for assumida, isto é, reconhecida, não há o reconhecimento subsequente de uma pessoa-criança ou, em outras palavras, não há uma importância maior atribuída aos sinais do corpo da mulher”.

Para Melca, a gravidez interferiu diretamente em sua vida. Estava namorando Nacor há dois anos, trabalhava como empregada doméstica e morava na casa da patroa com a filha Merob. Sua família mora no Paraná. A gravidez foi um susto e provocou a demissão do emprego, além de que, na época, o namorado também estava desempregado. Ela relatou:

E também estou mais conformada. No início foi um choque, né. A gente tinha outros planos, eu saí do emprego, daí estava preocupada, né, deixar tudo. A gente sempre quer ter mais, mas, agora, eu vou me animar quero que meu nenê nasça bem, com saúde, não adianta ficar assim, né.

No segundo trimestre, quando Melca ouviu o batimento cardíaco fetal pela primeira vez, já estava morando com o companheiro, que então tinha emprego estável, fez um desabafo:

...tem aquela história de não querer sair: “ Ah eu engordei”. Agora já tem uma explicação, é gravidez, antes não, esta engordando não sabe o motivo. Eu não queria sair de casa, eu achava que todo mundo ia me achar um espantalho!

Evidenciou-se que a aceitação da gravidez foi elaborada pela gestante depois de ter recebido apoio e cuidado do profissional de saúde, da família, e pelo fato de ter se restabelecido a situação financeira na família.

Ada e o marido não planejaram a gravidez, porém não usaram nenhum método contraceptivo; ficaram felizes porque seria o primeiro filho, apesar de serem jovens e estarem iniciando uma relação. Esau disse:

...eu por mim queria ter um filho, estamos morando juntos faz dois mês, agora como casados, mas namorando há oito meses, já tendo relação sexual.

Por outro lado, Aquinoã contou que o marido usava preservativo e não sabe como engravidou, mas admitiu que pode ter esquecido de usá-lo em todas as relações.

Observou-se que as condições em que a mulher se encontra em relação ao número de filhos, idade, situação financeira e apoio conjugal são determinantes para a aceitação da gravidez. Lia, com 21 anos, na terceira gravidez, disse que ficou apavorada e não aceitou o fato porque o marido estava desempregado e ela começava um trabalho informal que a ajudaria a suprir as suas necessidades econômicas. Lia relatou:

Eu tomei chá de arruda, com um mês de atraso, tomei duas xícaras, uma em cada semana. Eu achei que ia descer fácil, porque da primeira gravidez eu tive contrações desde cedo, até hemorragia eu tive, tive que ficar internada. Não falei para ninguém que eu ia tomar o chá, só que daí o marido chegou em casa e ele sentiu o cheiro, daí brigo, brigo, brigo, mas eu já tinha tomado.

Aquinoã relatou que sofrera muito nas três gravidezes anteriores e que tentara fazer laqueadura de trompas na terceira cesariana, mas não conseguiu. No momento em que se descobriu grávida, fazia seis meses que estava trabalhando como atendente de creche, sem

carteira assinada, isto é, sem estabilidade. Tinha planos de ajudar o marido na renda familiar; o filho menor ficava na creche o dia todo e também já havia doado todas as roupas de bebê.

Ela comentou:

Eu fiz bobagem, eu não aceitava de ficar grávida, fiquei ahah...Peguei o teste, sei lá, não é que eu não queria, é que meu marido tem um gênio assim que tem que ter uma paciência com ele que nossa! Então, eu disse: “Mais um filho! já tem três, agora que tava descansando, que o pequeno tem três anos mais um”. E daí eu acho que me deu tipo uma depressão sei lá. Quando eu peguei o exame, vim chorando, não aceitava, não aceitava de jeito nenhum, não conseguia me conforma com aquilo, até que tomei aquele remédio, Cytotec.

Para essas mulheres, a decisão de interromper a gravidez é gerada por uma situação-limite de privação econômica ou afetiva, como afirmam Leal e Lewgoy (2001, p. 68): “O reconhecimento de que há uma pessoa no processo gestacional depende da avaliação de possibilidade de viabilização de um projeto individual que se desenrola nos âmbitos da família e da casa”.

Tanto para Lia como para Aquinoã evidenciou-se que o planejamento familiar fica sob a responsabilidade da mulher. Elas tentaram interromper a gravidez sem que os maridos soubessem; não tinham consciência de que iriam praticar um aborto, mas, sim queriam resolver uma situação de desespero que estavam enfrentando sozinhas. Os maridos manifestaram-se contrários à prática do aborto e colocaram mais um peso nas costas da mulher, culpando-as caso o bebê nasça com má formação, como revelou Lia:

Todo mundo falava que tomava chá de arruda e descia. Daí o meu marido que disse: “Caso não consiga abortar, é capaz da criança nascer com problema”. É esse meu medo, do nenê nasce com defeito. O meu marido não gostou nem um pouquinho, ele também tem medo que o nenê nasça com problema. Imagina se o nenê nasce com defeito, eu vou levar pro resto da vida. Ah, eu estava quieta levando.

Aquinoã também manifestou essa preocupação:

O marido não sabia. Depois que eu tomei, que eu falei, daí ele ficou bem brabo, ele disse: “Por que tomar essa porcaria?” Ele nunca, de todas as gravidez, nunca foi contra, dizer de querer tirar nunca. E eu desse que me deu essa loucura, não falei para ninguém. Por ele, pode ter quantos filhos for.

Constatou-se que havia um grande desconhecimento entre as gestantes do estudo sobre o processo reprodutivo, corpo feminino e métodos contraceptivos. Ao explicar para Aquinoã os riscos em fazer a quarta cesariana, ela questiona: “Em todas as cesáreas é cortado o útero?” Ada, ao ser questionada sobre a relação sexual no puerpério, disse: “Tem que evitar, porque é mais fácil de ficar grávida de novo, acho que tem que evitar”.

As gestantes conheciam poucos métodos contraceptivos, basicamente o anticoncepcional oral e a laqueadura; não conheciam a minipílula. Foi significativo o uso do método comportamental, denominado por elas “ele se cuidava”, para o coito interrompido, e “me cuidava”, para a tabelinha utilizada pelos casais. A respeito expressaram Sarai e Melca respectivamente:

Sim, a gente se cuida, mas não usando camisinha. Sim, ele se cuidava da maneira dele, mas eu nunca imaginei que pudesse ter acontecido de ficar grávida de novo.

Eu me cuidava assim, né, cinco dias antes e cinco dias depois, né, só que eu acho que foi um descuido.

A pílula anticoncepcional é o método mais citado por elas, mas também com alguns inconvenientes, como referiu Jacó, marido de Lia:

Não foi esquecido nada, é o comprimido que é ruim mesmo, é fraco. Ela toda vez engravidou tomando o remédio, só da Dina não, porque nós queria ter a menina, mas dos dois agora ela tava tomando o remédio, o tal do Microvlar.

Aquinoã, por sua vez, relatou:

Eu não posso com o comprimido, tenho tontura. Deus me livre, tenho tontura, dor de cabeça.

Atalia comentou sobre a crença de trocar o comprimido a cada dois meses:

Eu comecei a tomar o comprimido normal, era o Evanor. Eu sempre me acertei bem com todos eles, o Microvlar, o Neovlar, nunca me fez mal. Eu sempre, é claro, trocava depois de dois mês, que diz que não é bom tomar sempre o mesmo.

Sarai, por sua vez, não sabia que poderia associar um método contraceptivo à amamentação: “Não tomava nada porque eu tinha medo que secasse o leite”. Melca ficou surpresa quando soube que existia a minipílula e, sobre o método injetável, comentou: “mas daí falaram que a injeção pode ficar no corpo por quatro meses”.

Quanto ao preservativo masculino, método tão divulgado pelos meios de comunicação, na prática os casais relutam em usá-lo, mesmo sabendo da sua importância para evitar doenças, como relataram Melca, Lia, Aquinoã e Ada, respectivamente:

Até porque a camisinha, esse método, não é eficiente, eu acho assim, eu tenho medo que estoure. Até eu conversava com o marido, tu compra tu sabe que tem tamanho, mais é isso medo que estoure, e também ajuda para infecção, né, para doença, mas graças a Deus eu não tenho nada, porque a gente sabe que tem esse problema da doença, né.

Não, a gente tentou usar a camisinha, mais é que me machucava os pontos eu não gostava, e também o marido não gosta.

Sim, o marido usava camisinha, mas é que nem sempre tinha dinheiro para comprar.

Camisinha eu e ele usamos quando começamos a namorar, né, depois que se juntamos, daí não, daí passou oito meses daí eu fui vê que estava grávida. Ele foi meu primeiro namorado, nunca tinha tido relação com outro. Ele não gosta que eu fale, ele disse: “Nem fale para Lenir isso”. Ele tem vergonha, mas eu acho que ele aprende mais do que eu. Quando ele lê a revista que a senhora deu, ele fica sério, já leu tudo.

A laqueadura de trompas ainda é o método considerado pelas gestantes como o mais seguro e desejado, independentemente da idade do casal. O desejo de fazer a cesariana para laquear as trompas estava presente nas gestantes, como contou Sarai:

Até pensei em mandar ligar, mas daí vai ter que ser feito uma cesariana.

Lia mostrava-se ansiosa por fazer a cesariana para laquear:

Mas se eu conseguisse fazer uma laqueadura eu teria como fazer uma cesárea. Eu poderia fazer uma cesárea, mesmo tendo dilatação?

Dessa forma, observou-se que as gestantes não tinham conhecimento sobre o acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na rede básica de saúde. Nenhuma delas fazia uso da farmácia do Sistema Único de Saúde para obter o anticoncepcional oral ou o preservativo masculino, nem sabiam que poderiam fazer a laqueadura ou a vasectomia pelo Sistema Único de Saúde.

7.2 TEMA DOIS: AMAMENTAR É BOM PARA O BEBÊ

As experiências vivenciadas pelas gestantes em relação à amamentação variam e demonstram práticas diferentes. A variedade de informações apreendidas durante o cuidado cultural foi muito significativa para se compreender o comportamento de amamentação desse contexto. Identificou-se que as gestantes têm conhecimento sobre a importância nutritiva e afetiva do leite materno e têm o desejo de amamentar, como declararam Lia, Aquinoã, Sarai, Melca e Ada, respectivamente:

Eu queria tanto dá bastante de mamá, né, mas não deu, esse eu quero amamentar.

É, o leite materno tem as vitaminas, tudo o que o neném precisa até os seis mês.

Meu leite é bem gordo.

Aquele momento que o nenê está mamando ele está tão perto da mãe, acho tão saudável o nenê mamando.

Ele tem tudo como é que é nutriente, tudo tem ali, já é próprio pro nenê, prefiro mais dar o peito.

Neste estudo, confirmam-se padrões relacionados à amamentação que emergiram no contexto familiar dessas gestantes e testemunham que o tema amamentação é permeado pela cultura local, como é evidenciado na fala de Melca:

A vó tinha me dito: “Olha não presta mulher grávida comer fígado de galinha, não sei por que depois o nenê nasce, a mãe pode ter dificuldade que racha o seio”. Depois eu pensei: “Será que foi disso?” A minha vó nunca errava, ela sempre fazia e dava certo, que nem o sexo da criança, né, ela pegava fígado de galinha que ela colocava para cozinha, ela fazia um cortezinho: se partisse o fígado, era menina; se continuasse fechadinho, era guri.

Para Kitzinger (1978, p. 18), “uma grande parte do que consideramos natural na maternidade, de modo nenhum é natural, mas produto da cultura”. E essa questão está implícita na atitude de Atalia, que não conseguiu amamentar a primeira filha, na qual se observou uma influência muito forte da família. A gestante conta que foi desmamada com três meses porque a mãe engravidou e mulher grávida não podia dar seu leite para criança maior, porque lhe faria mal; acredita que a mãe teve recaída no puerério porque caiu num rio, com o que o leite sumiu, não conseguindo mais amamentar o irmão. Atalia ainda disse acreditar que

a mãe, quando ganhou eu e o meu irmão, teve que tomar remédio para juntar leite, porque assim natural mesmo ela não tinha.

A crença é uma fé, é acreditar no dito e no ouvido no cotidiano e incorporar isso ao pensamento. Na verdade, a crença revela uma forma de ser de quem a possui. Atalia é uma gestante com diversas crenças, todas aprendidas com a avó, a mãe e a sogra, como disse:

Que nem para secar o leite do peito tem que botar um poquinho de leite num montinho numa grama no sol, para poder secar o leite no peito. E na gravidez, desde o início, botar na água corrente que daí junta mais leite. Eu fiz, esse peito aqui não tinha leite, agora, esse aqui tem, é só apertar. Boto assim tipo ligo a torneira e deixo sair a água corrente e pingo no meio da água corrente o leite, a água vai e daí o leite vem.

Nesse sentido, Almeida (1999) faz uma interface entre a natureza e a cultura e aborda o leite humano como um híbrido formado pelos dois domínios, colocando-o como produto que pertence tanto à natureza quanto à cultura. O autor afirma: “A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida” (p. 15).

Embora a amamentação seja valorizada pelas gestantes deste estudo, a observação participante foi significativa porque permitiu apreender informações que demonstraram atitudes e comportamentos variados entre elas, os quais confirmam que a amamentação é um ato muito complexo e que requer apoio e aprendizado durante o seu acompanhamento, como foi referido por Lia no pós-parto:

Sim, porque da primeira gravidez eu não sabia de nada; do segundo filho, deixava os outros me cuidar. Agora, não tem deixar os outros cuidar, agora eu mesmo me cuido. Que nem a amamentação dos dois eu estava amamentando errado, ninguém tinha me explicado como era.

O exercício da maternidade exige mudanças na vida da mulher, e a função de amamentar terá de ser conciliada com outras tarefas. A mulher precisa ser atendida, mas cabe ao profissional da saúde ter a compreensão da magnitude dessa nova adaptação no ambiente vivido por ela. Dos dados emic emergidos no contexto de vida de Atalia pode-se inferir que a frustração de não amamentar a primeira filha esteve totalmente enraizada na influência da cultura familiar, como relatou:

Mas é que eu tinha a minha vó e a minha mãe que ficavam junto comigo, é isso que eu te digo, Lenir, porque lá no hospital a nenê pegou, ela chupou, mas não tinha leite. Quando eu estava sozinha, mas quando cheguei em casa que foi tudo por água abaixo. Ah, a outra filha não quis pegar, ela a gente só encostava a cabeça ela já gritava e se atirava para trás. Ela nunca quis chegar e pegar, quando ela estava no colo e ia chegar já fazia um grito, e aí já tivemos que dá mamadeira. Sim, ela gritava, esperniava que parecia bicho. Bom daí eu disse assim: “Quem sabe ela não quer o seio”. Ela fazia ânsia, era o leite que ela não queria.

Entretanto, Atalia, com toda uma herança familiar, de crenças, mitos e tabus em relação à gravidez, comentou que não tinha experiência e que pouco lhe fora ensinado pelo profissional de saúde na primeira gestação; principalmente, reconheceu que não havia preparado o seio para uma pega adequada do mamilo. Para Atalia:

O bico era para dentro, bem assim, ó, achatado. Agora já tem mais bico, dessa vez já tem mais por causa que esta raspando bastante

quando eu coloco o sutiã furado e eu tomo banho de sol. Esta sendo diferente, bom que nem da outra vez a gente não conversou muito de amamentação. Essa vez até a mãe notou que o bico esta maior, eu não tinha bico, mudou muito, dessa vez eu boto no sol, de manhã e de tarde, da outra vez eu nunca coloquei no sol

Atalia, há quatro anos, participou do grupo de gestantes no ambulatório, onde recebeu orientações sobre a amamentação. Nesta gestação, foi orientada pelo mesmo profissional, porém no domicílio e de modo individual, com o que o vínculo da pesquisadora com a gestante ampliou-se: através da compreensão e do respeito aos valores culturais da gestante, ocorreu uma interação que permitiu o seu aprendizado e uma adaptação no ato de amamentar. No décimo dia de pós-parto, Atalia, muito contente, fez um comentário:

Ah, esta mamando, só mama. Quando ela nasceu, já botaram em cima de mim, daí eu fui pro quarto de vereda, eu já dei a teta. Ela estava grudada quando vieram para dar o banho. Daí a moça disse: “Tu bota o dedo ali pra tirar”. E eu disse: “É, a Lenir já me ensinou”. Ela mama e dorme, tem bastante leite, olha aqui, ó, a cor do leite. Mas ela pega tudo aqui assim, ó Lenir, ela abraça aqui, pega tudo essa parte marrom. Nada, nada só a teta, só experimentei dar o bico sabe, daí ela joga fora, eu pretendo não dar o bico.

É importante que o profissional de saúde conheça as crenças da gestante e sua vivência com a amamentação e que, na relação de cuidado, reconheça seus valores culturais e compreenda-os para apoiá-la e auxiliá-la, oferecendo condições para que ela possa ter uma nova e diferente experiência. Entretanto, o cuidado precisa ser individualizado e contextualizado, uma vez que cada mulher relata alguma dificuldade no processo de amamentar.

Na experiência das gestantes, o ingurgitamento mamário ou a fissura comprometeram a amamentação, como relatou Melca:

O que eu achei mais difícil foi logo que eu ganhei, começou querer tirar a pele bem em cima, rachou.

Lia comentou que teve dificuldade para amamentar:

O peito estava cheio demais tinha leite, tinha que tirar com a mão, eu não tinha aquele aparelho para tirar, sentia dor. Eu não agüentava de tanto doer, encheu demais, nossa.

Aquinoã, por sua vez, referiu que teve ingurgitamento mamário ao amamentar os três filhos e necessitou de drenagem cirúrgica em uma situação:

A menina, ela era bem, novinha, acho que tinha oito dias. Daí empedrou, tive que tomar remédio e drenar o peito. Me deu febre, fiquei ruim, ruim. Eu sei que doeu bastante, chegava dar desespero quando ela ia mamar.

A crença de que a alimentação materna passa para o leite e provoca cólica ao bebê é uma constante entre as gestantes. Lana (2001), ao abordar a alimentação da nutriz, refere que as substâncias que a mãe ingere passam para o leite, deixando-o com um cheiro e um gosto, que, em algumas situações, podem não agradar ao olfato e ao paladar do bebê. Mas o autor recomenda que não se deve agir antecipadamente excluindo alimentos algo do cardápio somente por ter ouvido falar algo, pois o que pode ser desagradável para um bebê pode agradar a outro. Sarai, Aquinoã e Atalia comentaram, respectivamente:

Salada, a mãe disse que dá cólica; chimarrão também dá cólica. Daí o pai queimava a erva, botava um pouco de açúcar e botava brasa ali. Daí eu tomava o chimarrão, nunca deu cólica, graças a Deus, que nunca teve problema.

Eu me cuido, né, o vinagre, a salada, mate, laranja, bergamota, que antigamente diziam que dá cólica, eu não como.

Mais verdura, geralmente, quando a gente tá amamentando não pode come coisa verde, dá cólica.

As verduras de folhas verdes são excluídas do cardápio das mães por se acreditar que causam cólica ao bebê e, muitas vezes, prejudicam as necessidades nutritivas da lactente. Esse fato, provavelmente, aconteceu com Lia, a qual conta que, na primeira gravidez, sua mãe tirava tudo de seu prato; ainda, orientou-a a tomar chá de erva-doce por dois meses, contudo, o leite sumiu. O chimarrão também tem folhas verdes, porém Sarai tomava-o após a folha ser queimada com brasas, o que acredita que não provocaria cólicas. Outro elemento relacionado a cólicas são alimentos que contêm substâncias ácidas, como vinagre, sucos de frutas cítricas em geral. Lia disse:

Que nem suco de laranja a mãe dizia que ia dar cólica no nenê.

Gonçalves (2001), em seu estudo sobre as crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno, relata que as explicações costumam ser as mesmas dadas a todas as mulheres que amamentam, não se considerando as diferenças entre os bebês:

O que prevalece, assim, é a crença de que determinado alimento produz cólica, e isso é repassado de uma geração a outra, mesmo que não seja explicado, fundamentado, como é o caso do alimento que, por ser da cor verde, pode produzir cólica no bebê. (GONÇALVES, 2001, p. 50)

O uso da chupeta foi mencionado pelas gestantes como hábito familiar e nomeado como um artefato que, associado aos prendedores coloridos e bonitos, enfeita a criança, como se evidenciou na fala de Atalia:

Ó, Lenir, deixa eu te mostrar o que o meu marido já comprou pro nenê, uma coisinha bonitinha, ó, parece uma carinha de gatinho, ó, é para prender o bico, ele sempre compra para filha e daí já comprou pro nenê.

Observou-se que o uso da chupeta é uma prática muito significativa para as mulheres, pois tem um efeito calmante para a criança. Aquinoã diz que não sabe por que o profissional da saúde condena a chupeta, pois ela tem a experiência de três filhos e comprovou que a chupeta acalma:

Chuparam bico os três filhos até gastar. Eu acho que deixa mais calmo, acalma mais. Porque desse pequeno eu não ia dar o bico, mas chorava, chorava, daí ele pegou com tanta vontade e dormiu. Eu sei que o doutor no hospital não quer que dê o bico, mas eu sei lá por que eles não gostam de dar o bico.

Esse dado também foi encontrado por Gonçalves (2001), a qual acrescenta que a chupeta é utilizada para suprir a ausência materna com o intuito de acalmar o bebê, para que ele consiga esperar a mãe sem causar transtornos a quem o cuida.

Um padrão identificado neste estudo é que as gestantes que tiveram chupeta quando crianças apresentaram maior tendência a introduzi-la para os filhos, como foi confirmado no relato de Sarai:

O filho com um ano e cinco meses mama no peito e ainda chupa o bico. Para esse nenê vou dar o bico, sim, eu chupei bico até os 19

anos; todos meus irmãos chuparam bico e a mãe deu de mama para eles até os três ou quatro anos. Tirava quando vinha outro filho.

Lia já percebeu que a chupeta está deixando os dentes dos dois filhos tortos, além do transtorno familiar quando a criança perde a chupeta e passa a noite chorando, mas alega a dificuldade em tirar-lhes a chupeta na idade em que estão. Mesmo assim, ofereceu a chupeta para o bebê:

Os dois filhos, de quatro anos e dois anos, chupam bico. Estou tentando tirar mas não consigo, o dente do piá já está torto. Eu sabia que no hospital eles não deixam usar, mas quando cheguei em casa eu dei.

Novamente a herança cultural é evidenciada, quando Ada conta que sua mãe teve oito filhos, amamentou a todos mas não lhes deu chupeta nem mamadeira; ainda, o seu companheiro mamou no seio materno até os nove anos de idade:

Acho que não vou dar o bico. A minha mãe não é acostumada a dar para nenhuma de nós. Ela fala que não deu, mas eu não estou querendo dar, nem o marido falou em bico.

O uso da chupeta e da mamadeira é amplamente combatido por profissionais de saúde, no entanto, mesmo sabendo sobre as normas, atualmente institucionalizadas nos hospitais Amigos da Criança, as gestantes continuam introduzindo esse uso, como aparece na fala de Sarai:

Eu sabia que no hospital as enfermeira de casaco azul não querem que dê o bico, mas eu dei. Quando elas vinham no quarto, eu tirava ligeiro e escondia embaixo do travesseiro.

O chá caseiro também aparece como hábito no tratamento da cólica e com efeito calmante. Aquinoã deixou claro isso e mostrou confiança na orientação da mãe:

Depois do banho, sempre um chazinho já deixa preparado na mamadeirinha, um chazinho de poejo com açúcar. A mãe também diz, né: “Tu tem que dar um chazinho quando dá banho, que daí eles ficam mais quentinho”. E é mesmo, daí parece que eles dormem, vai do costume.

Lia teve experiência com os dois filhos e confirma que o chá de maçanilha é próprio para uso de cólica e tem efeito calmante para o bebê:

Eu sempre usei o chá de maçanilha para cólica. Eu acho que é bom bem quentinho, o nenê se acalma.

Outras ervas muito utilizadas pelas mulheres deste estudo são a manjerona e o poejo. Nesse sentido, Simões et al. (1988) referem ter propriedade antiespasmódica o chá de maçanilha. Sarai e Melca também utilizaram o chá, como relataram:

Eu dei um chazinho de manjerona para cólica, dei de colherinha porque ainda não consegui comprar a chuquinha.

Eu dava umas colheradas de chá de poejo, água de colherinha nunca dei na mamadeira.

Atualmente, o Ministério da Saúde, em seu manual sobre Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher (BRASIL, 2001), preconiza o aleitamento materno exclusivo por um período de seis meses e recomenda que o desejo materno de amamentar ou não deve ser compreendido e respeitado. Nesse padrão cultural, percebeu-se que cada gestante relatou uma história como justificativa para o desmame. Entretanto, o desmame precoce esteve muito relacionado a complicações e a insegurança da mulher durante a amamentação, como foram referidas por Lia, Aquinoã e Sarai, nesta ordem:

Eu queria tanto dar bastante, né, mas não deu. Amamentei até um mês e meio, dois meses. É, no início, tinha bastante leite; depois sumiu.

O mano eu tirei do peito com seis meses, e o pequeno, com dois meses. Empedrou o seio, daí eu tive que ir no hospital drenar, deu infecção, daí o leite não tinha mais.

O filho esta com um ano e cinco meses e ainda estou dando de mamá, não sei como vai ser quando esse nenê nascer.

No convívio familiar com essas gestantes observou-se que o cuidado com a mama e a técnica de colocar o bebê no seio são questões bastante complexas, e, por isso, justamente os pontos onde estão centradas as maiores dúvidas e desconhecimento entre as gestantes. A

orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) menciona o princípio de que conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranqüila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.

O que se evidencia é que a mulher precisa de apoio e confiança para saber como agir durante o processo de amamentação. Esta deve ser a filosofia do profissional de saúde que trabalha com amamentação: além de compreender o contexto vivido pela mulher, respeitar seus valores e crenças, dar-lhe segurança e esclarecê-la nas questões mais complexas da amamentação, que são os cuidados com a mama e a forma de amamentar. Aquinoã relatou a respeito:

Quando via que estava com fome, pegava e colocava, pego no colo e boto na teta.

Ada, por sua vez, demonstrou-se insegura em relação à técnica de amamentar:

Ah, eu não sei, vou botando, se ele quer, ele mama. Depois de meia hora, vou ver se ele quer dou de novo, seguro assim e boto na boca.

Gonçalves (2001) menciona que o discurso sobre a amamentação é importante para a criança e reflete o que é feito na prática em campanhas pró-aleitamento, nas quais só se abordam aspectos que favorecem a saúde do bebê, não sendo mencionados os aspectos quanto às dificuldades que as mães possam apresentar. Isso leva a que as mulheres acreditem que amamentar é um ato simples, o que nem sempre condiz com o cotidiano vivenciado.

Em relação aos cuidados com a mama, cada gestante revelou o seu modo de cuidar, mas nem sempre o cuidado realizado pela mãe, sem ter orientação e apoio, leva ao sucesso, podendo, por isso, ser outro fator que pode ocasionar o desmame precoce. Nos relatos das gestantes, identificaram-se os vários recursos utilizados em relação ao cuidado com a mama. Sarai assim se expressou:

Eu afomentava, passava água morna, quando tomava banho, botava um pouco de graxa provada¹⁰ no bico. Ela não faz mal, ela ajuda a curar, eu colocava no bico do peito.

¹⁰ Termo utilizado pelas mulheres ao se referirem a Gratia Probatum, fórmula a base de enxofre sublimado e essência de terebintina com ação anti-séptica das vias respiratórias e das vias urinárias.

Melca teve um aprendizado no hospital:

Na maternidade, deram banho de luz e eu coloquei o leite do mamão, cicatrizou rápido aquilo, não precisou passar pomada nada. Eu achei uma coisa bem natural... e também eu peguei um desses pentinho fino e comecei a passar, né, para descer bem o leite. Eu peguei o costume de passar um paninho com água antes de dar de mamá, porque o meu leite vasava muito daí tinha que limpar.

Já Aquinoã utilizou outro produto para tratar a fissura:

Eu usava chá preto e banana que me ensinaram, mas o que mais aliviava era o chá preto

Percebeu-se claramente na relação de cuidado vivenciada com essas gestantes que a amamentação, em seu aspecto biológico, representa para elas um seio que tem leite e um bebê que suga. Entretanto, o aspecto valorativo e as atitudes frente à amamentação variam em cada mulher e são determinantes deste ato. Campestrini (1992) afirma que os tabus que envolvem a amamentação fazem parte da sua cultura e merecem ser reconhecidos pelos profissionais da saúde; caso contrário, a questão do aleitamento materno continuará sendo um problema de uma sociedade alienada, que busca soluções e respostas em fatores causais e de forma isolada frente ao desmame precoce.

Passada uma década, ainda existe um descompasso entre o discurso profissional e a prática da amamentação pelas mulheres. Vale aqui reforçar as palavras de Gonçalves (2001 p. 127):

O enfermeiro necessita tornar-se um profissional capacitado para entender a mulher que amamenta num plano que envolva muito mais que apenas seu modo de amamentar e as vantagens da amamentação, mas também consiga enxergá-la como parte integrante de um contexto com características e com crenças específicas, que a norteiam quanto ao modo de agir e pensar diante de suas vivências no cotidiano da amamentação.

Dessa forma, é fundamental que a amamentação seja vista pelos profissionais da saúde de um prisma que valorize cada mulher como um ser humano singular dentro de seu contexto vivido, desestimulando normas institucionais percebidas de forma única, como no caso de ver a amamentação como uma obrigação para a mulher.

7.3 TEMA TRÊS: MEDO DE MACHUCAR O BEBÊ NA RELAÇÃO SEXUAL

A sexualidade sempre foi, e continua sendo, um assunto considerado tabu e pouco enfocado. Neste estudo, o tema emergiu espontaneamente durante o diálogo com os casais. Ao abordar as questões sexuais, as gestantes e os seus companheiros foram espontâneos na revelação dos questionamentos e dúvidas que os afligiam. Observou-se que, independentemente do grau de instrução e idade, o desconhecimento em relação à sexualidade é comum entre os casais, como transpareceu nas palavras de Melca:

Acho que é isso que me preocupa: “Será que o nenê não vai se incomodar?” Para tranquilidade dele, sabe. Com relação a isso, a gente nunca teve na escola, eles não dão diretamente uma explicação. Então a minha preocupação é com o nenê: Será que ele não vai ficar perturbado com a relação sexual?

Melca e o marido têm o ensino médio, são jovens, com vinte anos. Ela gosta muito de ler, busca informação em revistas e livros, entretanto estavam muito ansiosos diante de um problema que, na sua visão, poderia prejudicar o bebê, como foi dito:

A gente sempre tem medo, né, que nem a relação com o marido, que eu e ele, assim, a relação sexual a gente esta na dúvida, fica naquela, né, até estou lendo porque a gente tem aquele medo. No caso, assim, que aconteça alguma coisa com o nenê, será que vai afetar alguma coisa, vai prejudicar? Por mais que faça com carinho, né, sem violência, a minha preocupação é diretamente com o nenê.

De acordo com Kitzinger (1978), durante a gravidez a relação entre o marido e mulher é afetada pela sintonização da futura mãe com o feto, que se desenvolve dentro dela, a qual se preocupa com ele; já, para o marido, a partilha com o bebê ainda é invisível. A relação sexual pode ser negativamente afetada pela gravidez, quer pelo retraimento emocional da sexualidade genital, quer por algum tabu frequentemente imposto.

As alterações sexuais na gravidez podem manifestar-se tanto no aumento da frequência e satisfação sexual quanto na diminuição, como foi relatado por Atalia:

É dessa vez diminuiu, eu não sinto vontade.

O contrário também é comum: a mulher grávida sentir maior desejo sexual que o habitual, o que é explicado pelo aumento de hormônios no corpo, resultando numa facilidade de lubrificação vaginal e de se sentir excitada sexualmente, como é a situação relatada por Melca:

Aumentou o desejo, o que eu tenho medo. Será que é normal? Eu acho que é mais psicológico meu né.

Tanto o homem quanto a mulher terão suas próprias reações ao se darem conta das transformações físicas que estão ocorrendo rapidamente no corpo da mulher, o que pode provocar diferentes reações psicológicas. Nesse sentido, Russo (1998) afirma que nenhuma ação humana pode ser explicada sem referência à cultura. A maneira como o corpo é usado e a maneira de organizar as próprias sensações corporais são intermediados pela cultura da qual se participa; assim, o corpo é uma realidade tão simbólica quanto física.

Ada, na primeira consulta, quando estava com 15 semanas de gravidez, em companhia do marido, relatou a angústia vivida pelo casal manifestada pelo sinal de dor ao manterem relação sexual, como disse:

Agora, depois que estou grávida, estou sentindo dor na relação, é por dentro sabe, quando a gente esta fazendo dói bastante, eu tenho medo, medo de machucar o nenê.

Nessa situação, o medo estava interferindo no relaxamento muscular, levando a gestante a sentir dor ao manter relação sexual. Valins (1999) menciona que o corpo da mulher expressa seus sentimentos: quando ela está estressada ou ansiosa, ele enrijece, pois o medo é um sentimento de inquietação, de perigo e de apreensão diante do desconhecido.

Atalia e o marido, mesmo esperando o segundo filho, expressaram um sentimento de medo pelo perigo de perderem o bebê:

Que dizem que nos primeiros meses é bom ter cuidado, porque é perigoso de perder o nenê. Então eu já fiquei nessa né, ...é geralmente ele fala, ele diz pra mim: “Atalia... vamos com jeitinho pra não machucar, né.” Ele diz assim pra mim desde a outra vez, como nesta vez também. Então tanto ele como eu, nós temos medo de machucar a criança.

Em todas as culturas, há maneiras e formas de falar e de interpretar as sensações corporais, o que está relacionado com a visão de mundo de cada ser humano. A cultura e suas

normas a respeito da relação sexual na gravidez provocam dúvidas, medos e ansiedade ao casal. A falta de conhecimento sobre o corpo, seu funcionamento e a resposta sexual aparecem como fator de relevância na vivência da sexualidade das gestantes e de seus companheiros. O conhecimento popular, com suas crenças e tabus sobre o sexo na gravidez, leva a que o casal evite a relação sexual e provoca insegurança, afetando o relacionamento conjugal, como contou Ada:

Já está acontecendo isso com nós, a falta de sexo. Ele começa fica nervoso, é ruim, e daí a gente até já brigou.

Durante a orientação, quando foi mostrada uma figura do aparelho reprodutor da mulher, Atalia demonstrou total surpresa ao visualizar os órgãos genitais internos. E ao ver o fundo de saco vaginal comentou: “Eu não sabia que vai só até aqui”; apontando para o colo do útero, perguntou: “Esse daqui é o osso que abre no parto?”.

De acordo com Helman (1994), a imagem do interior do corpo é importante porque influencia na percepção e na apresentação das queixas das pessoas. Um exemplo comum disso é a representação que algumas pessoas têm de que o corpo é formado por uma tubulação para explicar a estrutura e o funcionamento do mesmo. Segundo ele, o organismo é formado por uma série de cavidades ou câmaras fundas ligada entre si e com os orifícios do organismo ligados a canos ou tubos. Nos relatos das gestantes identificou-se que a imagem do aparelho reprodutor para a mulher é de um tubo aberto na vagina com os demais órgãos interligados, porém abertos; para elas, o útero é uma continuidade da vagina e, na relação sexual, o pênis entra nele. As mulheres deste estudo não fazem referência à abertura do colo do útero; para elas, o que se abre quando do processo de dilatação são os ossos da bacia. Essa percepção do interior do corpo fica explícita nas palavras de Atalia:

Que nem o marido disse assim para mim: “Credo, eu acho que o nenê vai vê o pênis (risos) meu Deus será que o nenê não está vendo?” Assim, que nem nos primeiros dias eu não queria por causa que assim, nos primeiros dia, a gente sente que tem uma bola assim na barriga da gente. Então, a gente sente que aperta na relação sexual.

Raphael-Leff (1997) menciona que, com a gravidez, a privacidade de um conjunto de dois é interceptada pela presença de um terceiro, que reside no útero, podendo levar o casal a sentimentos que enriquecem seu relacionamento íntimo, ou experimentar um sentimento de

invasão, por imaginarem o feto ocupando o lugar do pênis ou espiando sua cópula de dentro do útero.

Essa imagem do interior do corpo a que as gestantes deste estudo se referem é retratada nas palavras de Delassus (2003) de que o ventre é um mundo e, sem dúvida, um mundo a ser explorado; o interior do corpo é um desconhecido, o corpo é um mundo interior, e se está de tal forma no exterior que se negligencia o interior. O autor afirma ainda que a gravidez é tão mal conhecida que nela se vê apenas o feto, ou seja, reduz-se a gestação a um processo orgânico para o qual há excelentes especialistas. Têm-se o mapa do corpo e seu modo de funcionamento, no entanto é preciso entender que esse interior não é impessoal, que o útero não é um simples continente e que as ligações são mais que tubulações adaptadas.

Durante a implementação do cuidado a essas gestantes foram evidenciadas também questões de ajustes sentimentais frente à gravidez, visto que cada um dos companheiros teve reações diferentes e que necessitaram ser entendidas para o alcance do cuidado cultural. Ada comentou:

Ah, assim, esses dias, o Esaú viu que embolo a barriga e eu não falei nada para ele. Daí ele fico brabo, daí brigou comigo, ele tem ciúme de mim. Não quer que eu saia, acha que os outros homens vão ficar olhando para minha barriga.

Maldonado (2000) salienta que o impacto dos movimentos fetais no homem é, em geral, bastante intenso, mobilizando inveja por não sentir o feto desenvolvendo-se dentro dele. Essas reações podem se manifestar de várias formas.

Os companheiros tornam-se profundamente diferentes: o parceiro masculino pode sentir-se excluído, rejeitado, e a mulher, invadida, vendo seu corpo como disforme. Cada um dos dois pode sentir-se rejeitado ou desprezado pelo outro, sentimentos que foram evidentes no casal Ada e Esaú. Ao comentar o relacionamento com o companheiro, Ada expressou-se da seguinte forma:

O nenê se mexe, só que ele se mexe que só eu sinto, não quem esta fora. Daí o Esaú, às vezes, bota a mão na barriga, mas ele não sente daí ele fica brabo. Ele disse que o nenê não gosta dele, só que eu explico para ele que esta dentro de mim. Ah, daí ele disse assim: “Agora você vai me jogar no lixo, vai me botar no escanteio. Agora é só o nenê que você vai querer”.

No decorrer da gravidez, as várias modificações que se processam na mulher podem ter diferentes repercussões no marido. Nesse sentido, Maldonado (2000) observa que, no homem, a revivência de antigos sentimentos de rivalidade fraterna em relação a sua própria mãe, quando grávida, leva-o a sentir o feto como um intruso, que vai roubar sua posição privilegiada diante da mulher, relegando-o a segundo plano.

Muitas são as razões físicas ou psicológicas que podem motivar a mudança de comportamento sexual durante a gravidez, no entanto é fundamental o diálogo do casal para que cada um exponha seus sentimentos. E, o profissional de saúde pode auxiliá-los através de orientações sobre a sexualidade. Nessa perspectiva, Melca referia muitas preocupações com o corpo, priorizando o cuidado com o cabelo, estrias, celulite, peso, as sensações de alteração de imagem corporal. Nela também emergiram sentimentos de ciúme e suspeita de infidelidade, como expressou:

Ah, eu me preocupo, eu só penso assim: “Eu quero ser uma grávida bonita, como dizem, com aquela barriga redonda. Eu pensava: Será que eu não estou quadrada?” Só que eu não quero engordar demais. É, eu fico preocupada: “Será que ele não vai olhar para outra?”

As maneiras como um casal expressa sua intimidade são individuais e produzidas em um contexto de crenças e valores culturais, envolvendo muito mais que o coito. Nesse sentido, a comunicação verbal promove o entendimento das necessidades e dos desejos do companheiro, permitindo reduzir os temores e dúvidas. Essa questão fica clara na fala de Melca:

Eu vou conversar com ele, porque a primeira coisa eu falei que ia perguntar. Daí ele disse: “Conversa tu que tem dúvida” Ó, porque ele, assim, já acha que não tem perigo. Daí eu disse: “Não eu vou falar com a Lenir que eu prefiro aquela explicação bem detalhada”.

Neste item referente às questões da sexualidade, fica evidenciado que o profissional de saúde precisa tornar-se ciente do que ocorre no contexto das gestantes, onde as crenças, mitos e tabus estão incorporados às suas vivências, definindo seu estilo de vida. Também deve perceber que conseqüências da dicotomia existem e que o saber científico e o saber popular podem provocar um distanciamento entre o profissional de saúde e a gestante, tornando-se um impeditivo para a humanização do cuidado.

Nesse contexto, confirma-se a viabilidade de um cuidado planejado em co-participação, através da compreensão e do diálogo com as gestantes, respeitando seu modo de vida e fornecendo-lhes subsídios para um cuidado mais satisfatório. Ada relatou:

Ontem de manhã eu coloquei a mão do Esaú na minha barriga e daí ele sentiu o nenê se mexer. Daí ele ficou tão feliz que trabalhou o dia inteiro cantando de feliz. Daí ele disse assim: “Eu vou sozinho comprar as roupas pro nenê comprou o cobertor, os mijãozinho, minha e chegou em casa se achando o máximo”.

Melca expressou-se da seguinte forma:

Ah, agora está tão bom. O Nacor disse: “Como tu está diferente!” Porque antes eu nem procurava muito ele, nem ficava perto. Agora nós dois juntos assim, né, quando termina a relação ele coloca a mão na barriga, fica tão feliz. Ele diz: “Olha, o nenê já sabe que é o pai”. Bem animado, né, é outra coisa. Porque no começo daí eu tinha medo, né, a gente via a tristeza, via que ele estava preocupado, daí a gente conversou. Agora eu me sinto tão segura, agora mudou total, né. Acho que a conversa, né, com a senhora, porque se fosse só uma vez por mês no consultório não teria espaço, eu me sinto mais à vontade. Eu disse assim: “A minha dotora é uma amiga”. A gente se sente mais à vontade, aquela aproximação, né, que a gente tinha muita dúvida. Com o convívio que a gente tem, não tem vergonha de falar, isso me ajudou muito. O Nacor falou assim: “Qualquer dúvida eu mesmo vou perguntar para Lenir”. Ele fala com uma confiança, porque geralmente o médico é dado como esta lá na sala, tem cara fechada. Agora, você conhece a minha casa, meu marido sabe que a gente é simples, isso ajudou bastante tanto eu como ele, ainda mais ele já é fechado. Daí você vai na casa, a gente já sente que você é da família, seria bem melhor assim, que nem da outra gravidez. Eu dizia: “Ahaha, hoje é dia de consulta. Chegava lá, às vezes ele media a barriga perguntava se tinha alguma coisa diferente e nada acontecia”.

É importante que o enfermeiro, através do cuidado, compartilhe experiências e saberes com a gestante, criando um elo de modo a que possa abrir um espaço de negociações sobre crenças e tabus, favorecendo o desenvolvimento saudável da gestação.

7.4 TEMA QUATRO: ALIMENTO E HÁBITOS FAMILIARES

Nas expressões das gestantes, o assunto alimentação emergiu envolvido por uma série de questões peculiares ao modo de vida de cada uma. Observou-se que o padrão alimentar seguido por elas está muito imbricado com a situação socioeconômica, hábitos familiares e, vinculado a isso, com as questões relacionadas à imagem corporal.

A situação financeira é um padrão muito significativo no momento de se fazer qualquer orientação e adequação alimentar, porém isso só se torna evidente quando a gestante é solicitada a contar sobre a forma como preparar os alimentos, ou relata o tipo de alimento que costuma ingerir em cada refeição. Em caso contrário, ela sempre diz que está se alimentando bem e que come de tudo, isto é, come em quantidade e aquilo de que dispõe em casa. Elas não fazem referência à qualidade, como é o caso de Aquinoã :

Como bem, estou comendo de tudo.

Lia também demonstrou não ter conhecimento sobre o valor nutritivo dos alimentos:

Como até demais, eu como o que tem para comer. Eu como pão, café preto, tudo. Bastante tipo de comida, arroz, molho, daí eu como bem.

Embora a alimentação humana possa se constituir numa necessidade básica para a sobrevivência, não se limita a um fenômeno natural, na medida em que as práticas alimentares encontram-se vinculadas à disponibilidade de alimentos e à escolha dentro de uma gama de possibilidades (VICTORA; KNAUTH, 2000). Como refere Helman (1994), na verdade, a constante transformação do alimento cru em cozido, por si só, já é uma das características definidoras de todas as sociedades humanas, um critério-chave da definição de cultura em oposição à natureza.

As gestantes têm maior necessidade de nutrientes do que as mulheres não grávidas. Porém, as gestantes deste estudo costumam deixar períodos longos entre uma refeição e outra, padrão comum nos relatos de Ada, Sarai, Atalia, Aquinoã e Lia, respectivamente:

Café não gosto de tomar, não tomo nunca café. Ao meio-dia, de tarde e de noite, eu como bastante.

Ah, de manhã, normalmente eu levanto às 5h, esquento o chimarrão e daí, ali pelas 7h, eu tomo um café. Almoço ali pelo meio-dia e daí vou comer às 6 h o que sobra do almoço.

Meu café é às 8h. Chega ao meio-dia se eu não estou com fome, então eu não como, vou comer lá pelas 2h. De noite eu janto, o horário é assim, sempre eu fui criada desse jeito, porque o pai dizia assim: “Minha filha, quando tu tem fome, tu come”. Não tinha fome ao meio-dia, ia come às 2h da tarde. Então, o corpo da gente já acostudou desde pequena.

Eu tomo café de manhã, ali pelas 8h, almoço ao meio-dia e de noite, ali pelas 7h. Não costumo comer fora de hora.

Eu levanto ali pelas 9h, daí eu tomo café quando tem o que comer. De meio-dia almoço bem porque como na sogra e janto de noite.

Uma alimentação equilibrada para a gestante começa pelos horários das refeições, pois ela tem necessidade de ingerir menor quantidade de alimento, mas com maior frequência, em virtude das modificações ocorridas no aparelho digestivo ocasionadas pela gravidez. Muitas mulheres pensam que isso significa comer mais, porém devem preocupar-se com a qualidade nutritiva do que estão ingerindo.

A história nutricional da gestante é elemento fundamental no cuidado pré-natal, pois seu estado nutricional interfere diretamente no crescimento e desenvolvimento fetal. Percebeu-se que, num mesmo local geográfico, as mulheres mantêm padrões diferentes de alimentação. Sarai tem uma alimentação com deficiência de vitaminas, ferro, cálcio, proteína, alimentando-se a base de carboidratos, em parte por causa da situação financeira que enfrenta:

No café de manhã, é café preto, pão e margarina; não tomo leite não tem condições de comprar. Daí até meio-dia eu tomo chimarrão. Almoço é arroz, feijão, massa, polenta, às vezes salada, mas nem sempre tem; carne de frango, mas não é sempre, eu não sou muito de feijão. Frutas tem um pé de laranja e bergamota lá em casa, mas eu não como, outras frutas não; chá não suporto, faço suco de pacotinho.

Associada à falta de alimento, observou-se a discrepância no horário das refeições. O hábito de tomar chimarrão acarreta a diminuição da ingestão dos nutrientes necessários ao desenvolvimento da gravidez. Embora Sarai tenha feijão todo dia, não come, e o costume que mantém de cozinhar o feijão, desprezar a primeira água escura que sai dele, considerando-a veneno, diminui o aproveitamento do ferro. Outro fato a destacar envolvendo essa gestante é

que tem uma laranjeira em casa, entretanto não come a fruta, nem tem o hábito de fazer suco natural, preferindo tomar chimarrão e café preto.

Aquinoã tem um hábito alimentar mais balanceado, porém mesmo tendo as verduras em casa, não as consome, como ela própria contou:

Nem sempre tem carne. Então, é feijão, arroz, massa, polenta, mandioca; verdura não vai muito, chuchu que eu gosto. Café preto, tomo chimarrão, como bastante pipoca, suco de pacotinho de sabor laranja. Chá eu nem tenho comprado, é muito caro, tento botar um pouco de leite no café, mas não é sempre. Fruta que eu como é banana, laranja e bergamota, são o que tem em casa, né. Eu como assim até que eu tenho fome, que nem de manhã, eu tomo uma xícara de café com pão, eu como até enche bem a barriga, daí eu paro. Às vezes, quando tem, eu frito um ovo e boto com o pão, de meio-dia também, só quando me dá estufamento daí eu não como.

Percebeu-se que Aquinoã tem o hábito de comer grande quantidade de comida em cada refeição e que não costuma fazer suco natural; tem cidreira e hortelã no quintal de sua casa, no entanto consome chá industrializado. Também tem o hábito de comer alimentos com baixo valor nutritivo, como a pipoca, que dificulta a digestão e lhe provoca mal-estar.

Por sua vez, Ada tem condições financeiras para se alimentar bem, porém outros fatores dificultam o aproveitamento do alimento, como o fato de não terem geladeira para a conservação dos alimentos. Então, ela dá preferência a produtos artificiais e com alto índice de gordura, como relatou:

Almoço faço massa, carne, feijão e batata frita; salada só verde, nem sempre faço, suco de pacotinho Tang, não faço natural. Fruta eu gosto de todo tipo, mas não é todo dia, não gosto de leite. Fígado de gado eu nunca comi, batata frita eu faço e como bastante. Eu era costumada come beterraba, cenoura, mas agora eu não compro mais, acho que a salada verde é melhor. Nós não temos geladeira, minha irmã não deixa mais eu botar lá na geladeira dela, daí tem que comprar pouca coisa.

Ada não gosta de leite; gosta de cenoura, beterraba, mas não os compra porque acha mais prático preparar salada verde. Outro problema que interfere diretamente na alimentação de Ada é o contexto familiar, pois ela divide o mesmo espaço da casa com os pais, irmãos e sobrinhos. Queixa-se que o marido lhe deixa dinheiro para comprar a comida, entretanto as pessoas que convivem com ela consomem o que ela adquire. Ada completou dizendo:

Agora está difícil, o Esaú está bem brabo, está louco para fazer a nossa casa de uma vez, porque lá que nem eu compro a comida, e eu não estou comendo quase nada. Por isso que eu não engordei, eu compro as coisas, eu guardo lá naquele balcão, daí eles entram e pegam. E daí ele está dando um jeito de arrumar uma casa para nós dois. Só que eu comprava assim quatro banana, quatro maçã, quatro laranja, que daí eu comia uma por dia, mas quando eu vou ver não tem mais. Então, quando eu vou no mercado, eu como um pedaço de queijo lá mesmo.

Melca é a gestante que mantém uma alimentação mais equilibrada em relação a vitaminas, ferro, proteína como pode ser observado em sua fala:

Gosto de torradinha, pão com café preto, o leite não gosto muito, biscoito, bolacha, feijão bem temperado, arroz, bife acebolado, salada de beterraba. Gosto muito de frutas, eu faço suco de laranja com beterraba. Adoro fazer uma jarra de chá de hortelã e deixar gelado. A gente tem o hábito de come fruta e verdura.

Como a maior preocupação de Melca é com o aumento de peso, espaça os horários das refeições para não engordar. Ela relatou:

Ah... não vou comer demais, senão vou engordar demais. Na outra gravidez eu engordei 14 kg, estava assim. Eu falei vou engordar demais daí eu compro a fruta, que nem a uva, o abacaxi, que ele queima caloria, corta bastante a gordura. Essa semana nem quis me pesar. Será que eu já engordei de novo?

A preocupação com a estética corporal pode também influenciar na alimentação da gestante. Moore (2002) recomenda que a gestante deve compreender o significado de ganhar peso adequado durante a gravidez, reconhecendo as razões e avaliando o próprio ganho em termos de padrão desejável. O ganho de peso deve ocorrer durante toda a gravidez: no primeiro e segundo trimestres, ocorre principalmente nos tecidos maternos e, no terceiro, nos tecidos fetais. Toma-se como base um ganho de peso de 1 a 2,5 kg no primeiro trimestre e, a partir daí, de 400g por semana, para uma mulher de peso normal.

Lia tem dificuldades financeiras e faz as refeições na casa da sogra, mas admite que é enjoada e não come as principais fontes de vitamina, como ferro. Sua alimentação é a base de carboidratos e produtos artificiais, como relatou:

Eu como pão com café preto, não tem leite. De meio-dia é arroz, molho, daí eu como bem; salada é só repolho, pimentão. Passo o dia comendo bolacha e pão, como banana de vez em quando, refrigerante, suco de laranja de pacotinho. Eu não como rúcula, chuchu, cenoura de jeito nenhum, feijão eu não gosto, fígado de gado eu não gosto. Chá eu não tomo porque tenho medo que faz mal pro nenê.

Percebeu-se que a gestante não come verduras, feijão e bife de fígado porque não aprecia esses alimentos nem tem consciência da importância de seus nutrientes para o desenvolvimento fetal. Helman (1994) ressalta que o alimento pode ser ingerido por razões tanto nutritivas quanto culturais, mas as influências culturais podem afetar a nutrição, excluindo nutrientes essenciais da alimentação e estimulando o consumo de determinados alimentos ou bebidas prejudiciais à saúde.

Atalia também mantém uma alimentação a base de carboidratos, mais por costume do que pela situação financeira, conforme seu relato:

Bom, de manhã, é café preto com pão, às vezes eu passo margarina; o que mais eu como mesmo é sopa. A carne o feijão tem todo dia, mais eu enjoiei, só de frango que vai. Eu gosto de comer tomate com cebola; suco geralmente eu tomo aquele comprado de pacotinho, que diz natural. Fruta é laranja, que tem um pé lá em casa. Chá eu gosto de cidreira, de hortelã, mas dizem que faz mal pro nenê. Então eu não tomo.

Mesmo tendo a fruta em casa, Atalia toma suco artificial, não come feijão nem folhas verdes. Na verdade, prevalece a crença de que o chá natural faz mal para o bebê, contudo toma café preto e chimarrão; a ingestão de líquido por essa gestante é reduzida.

Helman (1994) menciona que, em virtude do papel central do alimento na vida diária, no que diz respeito às relações sociais, é notoriamente difícil modificar crenças e práticas alimentares, ainda que essas dificultem uma alimentação adequada. Por isso, antes de modificar crenças e práticas, é importante compreender a maneira como cada cultura percebe seus alimentos e como os classifica dentro das diferentes categorias.

Observou-se entre as gestantes o hábito de tomar chimarrão, que faz parte da cultura gaúcha. Afirma Helman (1994) que a cultura alimentar, com suas crenças e práticas tradicionais relativas ao alimento, não só garante um sentido de continuidade cultural com relação aos países de origem como também desempenha funções simbólicas, religiosas e sociais na vida diária. Nesse sentido, é importante que a gestante entenda que deve ingerir

nutrientes não só para o seu corpo em transformação, mas também para suprir as necessidades do feto. Para alcançar resultado neste cuidado alimentar, é primordial conhecer a hábito alimentar de cada gestante.

Noronha (1997) relata que, por mais fisiológica que seja, durante a gravidez haverá a necessidade de uma alimentação mais adequada e que deve ser corrigida ou adaptada visando a um melhor equilíbrio durante todo o período gestacional e de lactação, para que se alcance um desenvolvimento fetal saudável.

Embora com situação financeira, estilo de vida e de etnia diferentes, as gestantes expressaram padrões culturais comuns em relação à alimentação, como não tomar leite e ingerir café preto.

Durante a gravidez, os alimentos devem ser ricos em vitaminas, principalmente ferro, cálcio, magnésio e zinco. A necessidade da ingestão de cálcio aumenta na gravidez, porque o bebê exige esse componente para a formação de ossos e dentes, e os laticínios, sobretudo o leite, são excelentes fontes de cálcio. Quanto ao consumo de café preto, por conter a cafeína e ser um estimulante do sistema nervoso central, pode afetar o metabolismo de cálcio tanto da mãe como do feto. Moore (2002) acrescenta que a cafeína afeta a vasoconstrição dos vasos sanguíneos supridores do útero ou pode interferir na divisão celular do feto em desenvolvimento.

Outro padrão comum é o consumo de sucos artificiais e refrigerantes, em contraposição ao suco natural, que tem grande valor nutritivo por ser excelente fonte de vitaminas e minerais. Esse valor é reforçado por Brüning (1996, p. 22) ao comentar: “Sempre que o homem modifica a natureza em seus elementos naturais acaba por prejudicar a si próprio”.

As considerações sobre as preferências alimentares culturais da mulher favorecem a comunicação entre o profissional de saúde e a mulher, favorecendo um maior comprometimento com o padrão de ingestão combinado. A enfermeira deve ficar atenta para o que constitui uma dieta típica de cada grupo.

Segundo Moore (2002), embora as crenças alimentares étnicas e culturais possam parecer, à primeira vista, conflitantes com as instruções dietéticas elaboradas pelos médicos e enfermeiras, é sempre possível para o profissional de saúde empático identificar as crenças culturais congruentes com a compreensão moderna da gestação e com o desenvolvimento fetal. No entanto, o princípio básico que deve nortear a alimentação é a máxima utilização de recursos disponíveis e financeiramente acessíveis; assim, ao elaborar um plano de

implementação alimentar, deve-se levar em conta as condições da maioria da população, que são determinadas pelo baixo poder aquisitivo.

7.5 TEMA CINCO: NA DIETA PRECISA SE CUIDAR

Em suas falas, as gestantes expressam várias crenças e tabus relacionados ao período pós-parto, denominado de puerpério, ou, segundo elas, resguardo, quarentena ou dieta¹¹. Esse é um período vulnerável, no qual o organismo sofre alterações tanto em nível físico como no psicológico, em que a mulher precisa se cuidar e sobre o qual emergem crenças, como é relatado por Aquinoã:

Depende se é guri ou menina; se é menina, 40 dias e, se é guri, 45 dias. Eu faço bem certinho, eu me cuido até pra ter relação. A gente fica com medo, né, porque por fora tudo bem, mas ii por dentro?

Atalia também expressou a mesma crença:

É, da outra vez da menina, eu fiz 40 dias e, desse aqui, se for piá, tem que ser 45 dias.

Nota-se que, no entender das gestantes, do estudo, o sexo da criança determina os dias de cuidado no pós-parto da mulher.

A questão da recaída é um padrão cultural que assusta as gestantes, como se fosse um fantasma a rondar seu corpo, um mal que pode afetar qualquer puérpera que não se cuidar. Porém, as gestantes fazem interpretações diversas para a ocorrência da recaída. Aquinoã afirmou que teve recaída e relacionou-a a sintomas e sinais de alterações fisiológicas do corpo:

Do primeiro, filho, me deu essa recaída, uma dor de cabeça, de não pode falar, não querer ver ninguém, e assim, o coração que pula, é horrível.

¹¹ Dieta, para as mulheres deste estudo, refere-se ao período de pós-parto.

Atalia afirmou e acredita que sua mãe teve recaída em consequência de molhar a cabeça, cujo resultado foi a perda do leite:

A minha mãe disse assim que era perigoso recaí lavando o cabelo. Ela recaiu estava lavando roupa e caiu dentro da água, se molho toda a cabeça. E daí ela disse que começou, dar cólica nela, uma cólica forte, forte que ela chegava urra. Daí disse assim que sumiu o leite.

Já, para Sarai, a recaída que a sua mãe teve foi decorrência da alimentação, de um tipo de alimento que ela ingeriu e lhe provocou mal-estar, como afirmou:

A mãe disse que recaiu do primeiro filho. Ela comeu batatinha, daí incho e deu dor de cabeça, porque nos outros partos ela nunca tinha comido batatinha.

Um aspecto relevante nesse tema cultural é relativo à lavagem dos cabelos, um tabu que permeia o cuidado de todas as gestantes, mesmo que de formas diferentes. Observa-se que, se elas não lavam o cabelo quando estão menstruadas, também não o fazem no puerpério. Ada explicou por que não lava o cabelo após o parto:

Nunca lavei o cabelo quando estava menstruada; minhas irmã nenhuma lavou o cabelo quando ganharam neném. Eu acho que também não vou lavar.

Lia demonstrou acreditar nos mais velhos e relacionou o ato de lavar o cabelo com a quantidade de sangramento:

Eu não lavo quando estou menstruada, e também não lavo depois do parto, até secar bem os pontos e o sangramento ficar pouco, uns vinte dias. Não sei se pode acontecer alguma coisa, sempre aprendi com os mais velhos, né, com a mãe.

E Atalia deu a sua explicação:

Eu nunca lavei o cabelo, agora o corpo sempre lavei. Eu lavei antes de ganhar, daí na dieta eu não lavei, fiquei quarenta dias sem lavar. A mãe explicou desde o dia que veio a menstruação, eu tinha dez anos, ela disse: “Ó tu lava o corpo, mas a cabeça tu não lava, porque o que importa é o corpo da gente, né, o cabelo não fica com aquele cheiro, que nem o corpo que a gente necessita deixar limpo”. Eu pra mim, o corpo é o que mais suja, o cabelo não necessita tanta água de que o corpo.

Observa-se que Atalia separa totalmente o cabelo do resto do corpo, deixando a impressão de que o cabelo é um anexo do corpo; portanto, os cuidados também são distintos entre eles.

Embora Sarai tenha lavado o cabelo no primeiro dia de pós-parto, nela permanece forte a crença de que deve lavar no primeiro dia e na primeira gravidez para não ter recaída; para ela tudo o que for feito no primeiro parto pode continuar a ser feito nos demais:

Eu ganhei na sexta-feira e no sábado tava em baixo do chuveiro. A mãe disse: “Aproveita o primeiro filho que daí tu depois pode tomar banho, senão depois tu já recai”. Ela tava dizendo: “Cuida pra não molhar os pé, só no banho e deu. Agora sempre lava o corpo e depois a cabeça, mas não abaixar a cabeça molhada, lava o corpo primeiro e depois, por último, lava a cabeça pra não ficar com a cabeça abaixada. Tem que saber toma banho, né o que mata é a sujeira”.

Nota-se que Sarai lavou o cabelo, entretanto associou a esse hábito um ritual aprendido com sua mãe, definindo passos de como fazê-lo. Nesse sentido, sabe-se que a cultura determina um valor simbólico para as diferentes partes do corpo. Segundo Van Gennep citado por Helman (1994), o banho pode ser entendido como um ritual de limpeza, ao descrever os estágios dos ritos de passagem, menciona que o estágio de incorporação é freqüentemente celebrado através de banhos.

Leininger (1995) ressalta que rituais culturais também impregnam as práticas de cuidados à saúde. As enfermeiras por exemplo, possuem o ritual de banho matinal dos pacientes, que são aprendidos pela observação de modelos e comportamentos.

Outro padrão muito comum entre as gestantes relacionado à alimentação é o cuidado com a comida pesada no puerpério. Boltanski (1989) faz referência às categorias dietéticas utilizadas pelos membros das classes sociais populares, demonstrando que as mulheres dessas classes fazem uma oposição entre alimentos leves e fortes. Aquinoã, em sua fala, expressou essa categoria:

Não muita coisa assim que não é de come, eu não como, coisa gorda, batata-doce, coisa pesada, daí eu não como. Como mais coisa leve, o que eu como é cafezinho e chazinho com bolacha, a isso eu como direto. E a comida já era mais uma sopa, que não é comida forte.

As gestantes relacionam a categoria de comida pesada com a involução uterina, acreditando que, se ingerida, aumenta a possibilidade de terem a sua barriga crescida. Lia relatou:

Mesmo coisa leve, né, não pesada durante a dieta para não ficar gorda, senão ia ficar desse tamanho, pelo amor de Deus. Ah, assim carne de porco, carne de gado eu acho que é pesada, feijão, polenta, batata-doce; mais leve é fruta, sopa. Eu penso que comida pesada vai laceia mais, porque o útero da gente laceia quando o nenê nasce, daí a gente comendo coisa leve ele diminui, pra gente não ficar barriguda.

Atalia também revelou acreditar que a comida pode contribuir para o aumento da barriga:

Eu vou come de tudo, só não vou come comida pesada, ah, tipo banana, por exemplo, até a barriga volta. Depois, tudo bem, uns cinco seis dias.

Um aspecto interessante aparece na fala de Sarai, quando afirma com muita ênfase, que pode se comer todo tipo de alimento durante o puerpério, porém deve-se acostumar a fazer isso desde o primeiro filho. Assim, a comida não ingerida no puerpério do primeiro filho pode fazer mal depois, nos outros. Sarai considerou a alimentação como a uma questão de aprendizagem:

Eu comi de tudo, a mãe acostumou do primeiro filho. A minha mãe que me cuidava, comi até lingüicinha assada, só salada verde que não, pra não dar cólica no nenê. Porque tem que aprende come de tudo no começo na primeira dieta, mas, se não acostumar agora, depois nunca mais você pode comer aquela comida na dieta.

Outro fator relacionado à alimentação é a crença na ação de certos alimentos, em especial líquidos, que teriam o efeito de aumentar a produção de leite, como é comentado por Atalia, Aquinoã e Melca, respectivamente:

Eu tomava chá de funcho pra juntar leite.

Torra a erva-mate e faz com leite, que diz que é bom pro leite vim, pra aumentar o leite.

Café com leite é bom pra juntar mais leite.

O cuidado no puerpério dessas gestantes também é influenciado pela relação do corpo com as condições climáticas. Boltanski (1989) salienta que categorias climáticas, como frio, calor, o frio seco e frio úmido, são muito utilizadas para explicar a origem de doenças. Sobre isso Atalia referiu:

De noite, eu não saio, o mais tarde é as 4h30min da tarde, depois eu não saio e eu nunca botei a cabeça para fora no relento.

Melca relatou:

Quando esta de dieta, tem que se cuidar, não pode saí muito no vento.

Sarai explicou:

Tem que se cuidar para não molhar os pé só tomar banho e deu, não ficar com os pé molhado. Também cuidar para não pegar réstia de lua, nunca saí de noite.

As gestantes acreditam ser o puerpério um período em que o corpo permanece quente pela eliminação do sangramento no pós-parto; conseqüentemente, não podem pegar frio, o que lhes seria perigoso. Observou-se que esse cuidado se relaciona mais às extremidades do corpo, como os pés e a cabeça. Helman (1994) relata que, em alguns países, a mulher é considerada vulnerável a perigos externos até que o sangramento pós-parto estanque completamente.

Ainda sobre esse padrão cultural do corpo, ao expressar-se sobre as cólicas no pós-parto, as gestantes fazem alusão à mãe do corpo, que, no seu entender, é um organismo que se mexe após o parto e pode provocar cólicas, como aparece no relato de Atalia:

Eu sentia uma bola assim se mexendo dentro da barriga. Daí diz que era a mãe do corpo procurando o nenê, diz que é aquilo que cuida do nenê, que fica ali ajeitando o nenê. Minha mãe disse assim que ela também se mexe junto com o nenê, ela ajeita o nenê, por isso que depois do parto ela se mexe porque esta procurando o nenê ali em roda, ela anda por a barriga. Só que daí depois do parto ela se coloca no lugar do nenê e pula, diz que ela fica naquela parte de fora, não dentro da bolsa junto com o nenê, só fica dentro do útero que é pra ajeitar o nenê. Sim, porque tinha vez que já se mexia com dois mês de gravidez e não podia ser o nenê.

Sarai aprendeu com a mãe sobre a existência de um organismo chamado mãe do corpo:

Não tive cólica nenhuma. Já falam na mãe do corpo, né, é um organismo que a gente tem por dentro, né. A mãe sempre falava, diz que se mexe, mas eu não tive cólica.

Em estudo realizado sobre as relações e espaço corporal em grupos populares, em Porto Alegre, Víctora (1999) também observou a existência de um órgão chamado “a mãe do corpo” como sendo um órgão emic que se encontraria dentro do corpo e acompanharia o bebê durante a gravidez.

Dessa forma, pode-se inferir que, ao trabalhar com gestantes, compreende-se o corpo em sua dimensão simbólica, dentro da cultura onde ela vive; assim, será possível entender que há modos diferentes de perceber e organizar as sensações que emergem do corpo no período grávido-puerperal.

7.6 TEMA SEIS: O PARTO É COISA SIMPLES

O tema cultural relativo ao parto é algo ímpar para ser abordado por uma enfermeira obstetra. Entende-se o nascimento como um momento único e divino na vida da família e do ser humano que está para nascer. As palavras de Largura (2000, p. 5) expressam essa maravilha que é o nascimento:

Não importa a raça, se é branco ou se é negro, se é bonito ou se é feio, se é pobre ou se é rico. Importa a vida, importa aquela criança que centraliza em si toda a esperança, primeiro de sua família, e depois de todo um povo, de toda uma raça. Aquele era, aparentemente, mas só aparentemente tão frágil, tão dependente.

No diálogo com as gestantes emergiram padrões culturais relativos ao parto, cada qual com seu significado; entretanto, um dos aspectos salientados foi a vontade e o desejo de ter o parto normal. Aquinoã, mesmo tendo de fazer a quarta cesariana, considera que o parto

normal é mais fácil; a afirmação de Sarai, por sua vez, reflete o significado do processo de parir para as gestantes deste estudo:

O parto é coisa simples.

Sarai já havia tido um parto e, assim, relatou sua experiência. Convivendo com essa gestante ao longo da gestação, soube-se que sua mãe tivera seis filhos e que ela mesma fizera seus partos em casa. Quando a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer a mãe de Sarai na visita domiciliar, ela lhe relatou todo o ritual que realizava para aguardar o nascimento dos filhos: não tendo parteira por perto, geralmente o parto iniciava quando ela se encontrava só em casa; então, ela preparava o material para cortar o cordão umbilical, a água para limpar o bebê e, no período expulsivo, ficava de cócoras próxima à cama e aparava o bebê. Sarai foi sua filha caçula, porém, como sempre conviveu com a mãe; complementou sua experiência no parto dizendo:

Foi bem, graças a Deus. Nasceu fácil, eu não senti assim tanta dor, dor assim não deu, deu aquelas contrações forte e pronto. Daí com três dor que deu na sala de parto, ele nasceu. Daí não houve assim sacrifício, sacrifício não, que disseram que era difícil.

Para Kitzinger (1978), o trabalho de parto em si não é apenas um ato biológico, mas é também um processo social; o parto humano é um ato cultural, no qual, num contexto de costumes, dá-se lugar para processos fisiológicos espontâneos, como expressou Melca:

Eu acho que assim o parto tem aquela dor na hora, né, mais é menos cuidado que a cesárea. Acho que o parto é bem mais rápido. Eu acho que eu estou bem tranqüila pro meu parto. Eu prefiro o parto.

Embora Ada esteja grávida pela primeira vez, chama a atenção a expressão utilizada por ela quando falou sobre o parto normal:

Eu queria ter parto normal, parece que a gente é mais mãe, acho melhor.

Largura (2000) refere-se ao parto como um rito de passagem, que confirma ou não na mulher a sua capacidade de colocar uma criança no mundo. O primeiro parto é um rito de

passagem para uma nova etapa de sua vida de mulher e marca profundamente seu inconsciente.

Lia não costumava se preocupar com a dor das contrações, pois, chegando ao hospital, o parto acontecia logo, ou seja, a evolução do parto era rápida. Ela relatou:

Ah, saía de casa, chegava na maternidade logo ganhava, só começa as dor em casa; quando chego no hospital, já estou com oito dedo de dilatação.

Entretanto, o que mais amedrontava e angustiava Lia durante toda a gestação era o medo do corte, a episiotomia. Segundo ela, a cicatriz das duas episiotomias anteriores causam-lhe dores na relação sexual, por isso:

Ah estou começando a ficar com medo do parto, mais é do corte, que, quando ele abriu o corte para a Dina nascer, doía muito. Os dois partos foram iguais o que mudou foi o corte, que no segundo foi mais dolorido. Não foi na hora de fazer o corte, foi depois, quando ele puxava, foi mais difícil o corte e os pontos do que o parto.

Para Maldonado (2000), no Brasil, atualmente, a episiotomia é praticada rotineiramente pela imensa maioria dos obstetras com o objetivo de prevenir as roturas perineais, porém é importante levar em consideração a repercussão emocional desse procedimento, pois há um temor, tanto da mulher quanto do homem, de danificar os genitais em consequência do corte. Por sua vez, Kitzinger (1978) alerta que isso significa que qualquer parto se transforma numa operação cirúrgica e produz uma ferida que tem de ser suturada. Menciona ainda que é uma mutilação ritual, pela qual tem de passar a maioria das mulheres na nossa sociedade a fim de serem mães. Ressalta, porém, que, embora algumas mulheres precisem dessa intervenção, a episiotomia de rotina em 100% das mulheres é efetuada por ser o obstetra quem comanda o parto.

Outro aspecto muito relatado pelas gestantes é o da posição durante o trabalho de parto. Balaskas (1993) entende que o instinto da mulher orienta-a de que não deve ficar parada. Ficar em pé, deambular e mudar de posição durante o trabalho de parto determinam que o útero exerça maior pressão sobre o feto e, por sua vez, sobre o colo do útero. Sarai relatou:

As dor mesmo, porque eu deitei, não conseguia parar deitada, fiquei de pé caminhando ao redor da cama. Elas mandavam deitar mas a

gente não consegue, não adianta. Daí eu fiquei caminhando para lá e para cá.

Ainda para Balaskas (1993), a gestante deve buscar a posição mais funcional, eficiente e confortável, e acredita que algum dia a necessidade de a parturiente variar instintivamente de posição será universalmente reconhecida. Mas chama a atenção que isso implica mudança de atitude na condução do parto, nas regras hospitalares e na preparação pré-natal. Lia comentou a respeito:

Da outra vez me mandaram ficar deitada, daí fiquei me contorcendo lá, até ir para mesa.

A Organização Mundial de Saúde, em seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (1996), informa que existem vários métodos para aliviar a dor do parto. O primeiro é a oportunidade de assumir qualquer posição que a parturiente deseje, no leito ou não, durante o andamento do trabalho de parto. Isso significa que ela não deve ficar restrita ao leito, em decúbito dorsal, mas que deve ter a liberdade de adotar posturas verticalizadas, como sentada, em pé, ou deambular, sem interferência dos prestadores de serviço. Salaria que todas as culturas têm seus próprios métodos para cuidar de gestantes, mas uma característica comum a todos é a intensa atenção dedicada à mulher durante a gestação e o parto.

Kitzinger (1978), ao comentar sobre o ritual e a tecnologia nas maternidades contemporâneas, faz uma menção à própria cultura desses ambientes, ou seja, a mulher que está em trabalho de parto deve ser uma boa paciente; é esperado que seja calma, plácida e bem educada; que aprecie o que fazem para a ajuda-la; que seja rápida e responda às instruções; que seja capaz de compreender e recordar o que lhe dizem sem pedir informações; que seja limpa, asseada e reservada e que não perturbe as outras pacientes ou o pessoal com qualquer tipo de instabilidade emocional. A autora ainda relata uma observação feita em uma maternidade inglesa, onde se percebeu que as parteiras ficavam mais satisfeitas quando podiam escrever na ficha que a paciente repousava calmamente, ou seja, o ideal era que a mulher permanecesse na cama, mais ou menos inerte. Situação semelhante foi relatada por Lia:

Só lá na hora eles brigavam comigo, porque eu não conseguia fazer a força, quando ela(o bebê) chegava com a cabecinha ali, eu perdia as forças daí ela voltava, daí eles brigavam comigo. Eu não conseguia fazer a força, também aquela coisinha nos lados que a gente pega

para fazer força saía do lugar, é um ferrinho fino. Daí eu tinha que me agarrar, daí então eu me agarrei nas pernas e ganhei ela sentada, daí foi pra já. No primeiro parto, eu perdi as forças, todos gritavam, daí não dava. Ela saiu rápido quando eu sentei, daí aquela força foi para baixo, parece que deitada ela vem para cima, ela volta.

O que chama a atenção nessa narrativa é que Lia, por instinto, sentou-se e agarrou as pernas com as mãos. Mesmo sem conhecimento sobre a fisiologia do parto, afirma que, sentada, a força foi mais eficiente e o nascimento, mais rápido.

Segundo Maldonado (2000), atualmente, alguns obstetras e pesquisadores estão interessados em estudar as vantagens do parto vertical. Ressalta ainda que essa tendência do desenvolvimento científico da obstetrícia tem mostrado interesse em fazer interagir o progresso tecnológico com a humanização da assistência, reconhecendo o nascimento como um evento familiar e social da maior relevância.

Kitzinger (1978) chama a atenção de que a posição que a mulher atualmente tem de adotar na sala de parto também é sintomática da relação entre obstetra e paciente: deitada de costas, com as pernas para o ar, numa posição psicologicamente desvantajosa para fazer força. Entretanto, Kitzinger observa que é mais fácil para o obstetra fazer as intervenções, o que também pode indicar que a função do especialista é a de partejador e que a própria mulher não é considerada como alguém que dá a luz de uma forma ativa. Infere ainda a autora que, ao contrário das parteiras, os obstetras intervêm muito mais, tentando deter o controle do parto, quase como se fossem eles, e não as mulheres, a dar a luz.

Um fator muito relatado pelas gestantes é a questão do soro, que as impede de caminhar, um aspecto que se tornou rotina na maternidade, como mencionou Atalia:

Deus me livre, não podia ficar deitada de tanto que doía. Fiquei o tempo todo andando, eu não podia deitar, nem sentar, nem sair de perto da cama. Bom, o soro estava nesse lado, e eu ficava com a mão assim esticada e andava só ao redor da cama.

Nesse sentido, Kitzinger (1978) ressalta que as máquinas não só se tornaram o centro da atenção como imobilizaram a parturiente, que não pode pôr-se de pé e deambular, ou, até mesmo, mudar livremente de posição no leito. As modificações de comportamento durante o parto foram aceitas como necessárias por causa da maquinaria, sem que houvesse uma avaliação sobre os possíveis efeitos dessas mudanças.

Lia, que já havia tido dois partos, relatou que o mais difícil para ela era ficar sozinha no centro obstétrico durante o trabalho de parto, o que reforça a importância de um acompanhante nesse momento, para de tranquilizar a parturiente:

O que eu achei mais difícil foi de ficar sozinha lá na sala de pré-parto.

O processo de humanização do nascimento inclui também a possibilidade de um acompanhante à parturiente, porém isso envolve uma mudança de atitude, inicialmente do profissional de saúde que presta atenção integral à mulher, deixando de lado seus preconceitos para favorecer um acolhimento técnico e humano à mulher (BRASIL, 2001).

A incompreensão por parte dos profissionais deixou Melca muito magoada, por ter sido chamada a atenção por algo de que não tinha conhecimento. Essa atitude pode interferir na relação parturiente e profissional de saúde e dificultar a evolução do trabalho de parto. Melca contou a respeito:

Rompeu a bolsa à 1h da madrugada, mas eu não tinha dor. Daí eu fui às 7h para o hospital. Inclusive, eu cheguei lá e tomei uma mijada do doutor, mas eu não sabia, ninguém tinha me dito que, quando rompia a bolsa, tinha que ir para o hospital. Eu sabia que tinha que ir quando começavam as dores, tanto é que eu cheguei no hospital com sete de dilatação, daí foi 3h para ganhar o nenê.

Outro aspecto relatado por Lia foi o afastamento da filha logo após o parto. Ela afirma que a criança nasceu bem, mas só foi vê-la algumas horas depois do nascimento, tempo em que ficou muito preocupada por não saber o que estava acontecendo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), ao referir-se à assistência imediata ao recém-nascido, recomenda que nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar o recém-nascido à mãe para um contato íntimo e precoce. Relatou a respeito Lia:

Ah, quando eu ganhei a menina, nem deixaram eu ver. A pediatra foi lá, pegou ela e consumiram, nem deixaram eu ver. Só me trouxeram horas depois, quando estava limpa.

Para Kitzinger (1978), quando um recém-nascido é entregue à mãe, ela tem a liberdade de o conhecer a sua maneira; há uma seqüência precisa de acontecimentos em cujo

processo se manifesta um desabrochar emocional, algumas vezes lento e suave, outras vezes num ímpeto apaixonado.

7.7 TEMA SETE: RECURSOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Desde a Antiguidade, o ser humano tem se utilizado das mais diversas alternativas para manter a saúde ou curar a doença. Esse foi um tema cultural muito significativo no contexto das gestantes deste estudo, onde emergiu uma grande quantidade de recursos populares utilizados por elas no cuidado da gestação e do bebê.

A benzedeira aparece como uma pessoa muito conhecida e procurada para resolver as questões de saúde do bebê. No caso de Sarai, é sua mãe:

A minha mãe é benzedeira, ela benze das bicha, quebrante. Cobreiro, as pessoas vão se benze e ela cura. Tendo fé, vai lá que sai curada.

De Atalia, é sua sogra:

Benzimento, assim para quebrante, para mingua, a minha sogra ela benze, então eu acredito.

Entre os relatos distingue-se o quebranto como um mal que atinge muito o bebê, e a crença de Sarai é de que somente o benzimento resolve esse mal:

O quebrante é uma coisa muito séria, as vezes dà o quebrante brabo, as vez sem querer pega na criança. É aquela fúria tipo ciúmes da pessoa, aquilo da um chorateo na criança, não deixá a criança sossegar, dorme e se acorda, grita, nada adianta. Tem que benze para acalma, benze, a criança já começa dormi. As vezes a criança esta bem, é só aquela pessoa chegar e sair, o guri já fica mal. É olho gordo mesmo, puro ciúme, tem que benze três vezes. Tem o quebrante mansinho, não faz nada, mas tem aquele do olho brabo, é a pessoa que acha a criança linda.

Para Estrella (1985), quebranto ou mau olhado é um transtorno provocado pela ação daninha do olhar de uma pessoa, que tem o poder de concentrar e transmitir eletricidade ou magnetismo com seu olhar penetrante. Atinge as crianças manifestando-se através de febre,

irritabilidade, dor abdominal, prostração; é tratado mediante um ritual mágico-religioso e tratamentos empíricos.

Percebeu-se que a benzedeira, além de ser uma figura valorizada pelas gestantes, faz parte do convívio familiar na figura da mãe, da sogra, da avó, e está presente na cultura do grupo do qual a gestante faz parte. Assim, Ada referiu que, apesar de não acreditar em benzimento, aceita os conselhos da avó de Esaú:

A minha avó ela é benzedeira, ela benze os nenês. Daí, se ela quiser benzer, eu deixo.

Outro ritual de cuidado popular utilizado pelas gestantes é a simpatia, de que Atalia fez uso:

Eu fiz para a nenê a simpatia de virar a camisa, não adiantou; o que mais adiantou foi colocar embaixo do travesseiro uma tesoura aberta, ah adiantou porque ela não dormia de noite direito. A minha sogra coloca um cordão com alho e sal grosso ali, no pescoço, aí aquilo foi o que mais adiantou para nenê dormir de noite.

Para Melca, o que a avó faz sempre dá certo:

A minha avó nunca errava, ela pegava, um pedaço de fígado da galinha que ela colocava para cozinhar, ela fazia um cortezinho; se partisse o fígado, era menina, se continuasse fechadinho, era guri. Sei que da minha filha deu certo.

Aquinoã também utilizou a simpatia para cuidar o umbigo:

Eu fiz simpatia no umbigo com uma moeda: enrolava uma moeda cada vez que ia trocar e botava em cima do umbigo, bastante dias.

Observou-se, portanto, um aprendizado adquirido por pessoas próximas da gestante, geralmente descendentes familiares. Nessa perspectiva, Helman (1994) menciona que a alternativa informal de atendimento à saúde ocorre entre pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, residência comum. Dessa forma, significa que o paciente e o curandeiro compartilham concepções sobre saúde e doença semelhantes.

Um fator cultural muito significativo no cuidado doméstico é o uso de chá de ervas como o primeiro recurso utilizado pelas gestantes diante de algum sintoma de febre ou cólica, como declarou Melca:

Eu aprendi sempre fazer um chazinho antes. Se não resolve, daí eu vou para o remédio, que nem a filha estava amoadinha, eu fui lá fiz um chá de folha de laranjeira. Se não resolve, daí tudo bem.

As famílias de condições socioeconômicas menos favoráveis, pelas suas dificuldades de acesso aos serviços formais de saúde, são levadas a utilizar com maior frequência das alternativas populares na busca de soluções para doenças. Embora existam muitas práticas alternativas nos cuidados de saúde, o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional das famílias, e a maioria dos usuários as cultiva nos próprios quintais. (SILVA et al., 1996).

Atalia, por exemplo, acredita no poder de cura do xarope, que é uma infusão de várias ervas preparado por sua sogra e, relatou:

A minha sogra, ela faz xarope para tosse cumprida e tudo mundo compra. Creio que é bom, né, é com um monte de ervas, né.

Nesse tema cultural, emergiu no relato das gestantes a influência da lua e do clima nos sintomas da doença e, neste caso, como disse Aquinoã, o sintoma não é preocupante:

Sabe, eu acho que também tem a ver com a mudança da lua, chega na lua: diz que a lua de menina é a lua nova. Fico mal, mal, cheguei chorar, não tive vontade nem de fazer o almoço. Mas daí ficou três dias assim e daí passou.

Melca relacionou as contrações com a mudança de lua; razão pela qual não teve preocupação:

Sabe, Lenir, no sábado me deu umas dores forte, até me assustei, mas é cedo ainda, né, 34 semanas. Mas daí eu disse assim para o Nacor: “É a mudança da lua, porque tem a ver a lua, quando fecha o mês, dá cólica”. E também o nenê ter cólica dos três meses dizem que é um pouco porque não cuida do umbigo do nenê, deixa pegar ar e daí não deve pegar ar até o umbigo cair.

No cuidado dispensado ao bebê, um aspecto que preocupa e angustia muito a gestante é o manuseio do coto umbilical. Melca relatou sua experiência em cuida-lo:

Eu usei faixinha no umbigo. Acho que é assim para cuidar até cair o umbigo, mais para infecção, qualquer coisa. Eu cuidei nesse período; depois não tive aquele cuidado de estar enfaixando.

Aquinoã, além da faixa umbilical, utilizou uma medicação sobre o coto umbilical:

O umbigo eu cuidei em casa, com aquela graxa provada, que dizem que é para passar no umbigo e enfaixar. Eu usei nos três filhos. Quem me ensinou foi minha sogra. Até para criança tomar uma gotinha ela disse que era bom.

Atalia, por sua vez, declarou que a faixa segura o umbigo:

Usei a faixa mais para afirmar o umbigo ali. Se ele for chorar, segura o umbigo para não fazer força. Eu botava a graxa provada no umbigo.

A faixa umbilical é um artefato utilizado pelas gestantes por acreditarem que ajuda a firmar o abdômen e protege o coto umbilical contra infecções. É um cuidado passado de geração em geração, revelando a influência familiar nessa prática.

Outro hábito culturalmente transmitido através das gerações, muito utilizado pelas gestantes, é o uso da graxa provada, uma fórmula medicamentosa utilizada em várias situações no cuidado com o bebê, como relatou a mãe de Sarai:

Olha, enfermeira, é um santo remédio. A graxa provada a senhora pode usar sempre que não tem perigo de fazer mal, até é bom para passar na gengiva da criança quando os dentes estão para sair.

Entre os cuidados domésticos para a cólica do bebê, destacam-se os chás de maçanilha, de poejo; algumas gestantes referiram ainda que posicionam o bebê de barriga para baixo, como é o caso de Ada:

Eu sei que é para botar o nenê de barriguinha para baixo, quando dá cólica.

Outro fator relatado pelas gestantes é o uso de medicamentos sem orientação de um profissional da saúde no tratamento da cólica. De acordo com Boltanski (1989), nisso se caracteriza a farmácia familiar, que se compõe dos remédios conhecidos e repertoriados pela mãe. Atalia declarou:

Bom, para cólica, eu usei o elixir paregórico.

As práticas populares têm sido utilizadas nas diversas culturas, essencialmente no seio familiar, como primeiro recurso para minimizar ou prevenir os males; compõem todos os recursos utilizados pelas famílias, por pessoas leigas e terapeutas populares. A apreensão do saber constrói-se no cotidiano e transmite-se de geração em geração; é um fazer que não está ligado a serviços formais de saúde. (SILVA et al., 1996).

Um aspecto muito significativo que todas as gestantes referiram como uma forma de cuidado é a oração, a fé em Deus. Melca relatou que pede força, sobretudo, na hora do parto:

Eu tenho muita fé, sempre a oração, né. Pede para Deus que você é atendida. Ah, eu pedi com fé, né, e fiquei calma na hora do parto, até ganhei os parabéns.

Aquinoã disse utilizar-se de rezas durante a gravidez:

A minha sogra vai à igreja. Ela começou a orar por mim para dar tudo certo, porque Deus me livre o nenê ter que ficar no hospital.

Percebeu-se, no entanto, que, quando as gestantes relataram ou revelaram suas práticas, demonstraram um conjunto de crenças e hábitos que são compartilhados com o profissional durante o atendimento pré-natal. Helman (1994) comenta que grande parte dos curandeiros populares compartilha os mesmos valores culturais e visões de mundo das comunidades em que vivem, incluindo, assim, as crenças sobre a origem, o significado e tratamento das doenças.

7.8 TEMA OITO: OBSTÁCULOS NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Após análise detalhada das falas das gestantes e um convívio por meses em inúmeros encontros em seu contexto familiar, constataram-se padrões que demonstram como o atendimento pré-natal nesse contexto cultural é permeado por obstáculos relacionados à organização da assistência na rede básica de saúde do município. O tema foi emergindo à medida que o vínculo e a confiança foram se estabelecendo, pois a interação com as gestantes

deste estudo deu-se ao longo da gestação, no convívio pesquisadora/gestante em seu contexto, local onde as mulheres vivem, através de observações e diálogos.

Retomando aqui os princípios filosóficos do Programa Assistência Humanizada à Mulher, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), salienta-se que um novo conceito de saúde, que considere a consciência plena de cidadania dos indivíduos, exige novas posições e, portanto, novos ordenamentos culturais. O programa citado é enfático ao referir que a humanização do nascimento só é possível se cidadãs e cidadãos, profissionais de saúde e gestantes e sociedade em geral assimilarem esses conceitos. Esse pode ser o primeiro passo para tornar o cuidado humanizado.

Na interação com as gestantes e família, notou-se que existe uma preocupação com o seguimento das consultas e realização dos exames para o bem-estar do bebê. As mulheres demonstram conhecer a necessidade de fazer o pré-natal, ao contrário do que se pensa, de que desconhecem a importância desse cuidado. Sarai assim se expressou a respeito:

O pré-natal tem que ser feito é muito importante para a saúde da criança.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, lançado em julho de 2000, tem como princípio que toda gestante tem direito a acesso e a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. O próprio Ministério da Saúde ainda menciona que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, os seus familiares e o recém-nascido. Salienta que isso requer uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde na organização da instituição de saúde, de modo a criar um ambiente acolhedor. No entanto, um aspecto que se sobressai nesse tema cultural é a dificuldade de acesso à consulta médica, como narrou Sarai:

Se eu não tivesse conseguido com a agente de saúde que ela pediu para a senhora me atender, eu não teria conseguido, porque vinha tirar ficha não tinha; vinha consultar, o médico não vinha, daí complica. Na outra gravidez fiz só três consulta, o médico não ia dá consulta, estava sempre de viagem, a gente ia ali no posto: “Ah, está viajando.”

Aquinoã também teve dificuldade para conseguir atendimento:

Aqui no ambulatório nunca conseguia ficha, é bem mais difícil, tinha que ir de madrugada pegar ficha. Daí fui no Centro de Saúde, mas só ia lá examinava o nenê ligeirinho e deu.

Para Rizzoto (2002), o acesso é outra ferramenta que pode contribuir para a humanização da assistência, sendo compreendido como a possibilidade da implementação de ações de saúde que possam contribuir para a manutenção da vida. Isso significa que entrar e ser atendido deixa de ser um problema da recepção da unidade e passa a ser um objeto de reflexão de todos os membros da equipe.

Na visão das gestantes, as consultas são muito rápidas e acabam em avaliação de exames e preenchimento de papéis. Nesse sentido, comentaram que não conseguem expressar suas dúvidas e que lhes falta tempo para conversar com os profissionais, como declarou Melca:

No começo eu fiquei meio assim, né. Quando eu fui marcar a consulta, ela falou assim: “Você pode escolher se você quer se tratar com a Lenir ou com o médico”. Daí o marido falou assim: “Viu, amor, como é por Deus que as coisas acontecem. Se você tivesse pegado um médico, nem eu ia participar direito, você ia se sentir mais insegura. Assim, você sabe que a Lenir vem em casa, quando você quer contar uma coisa você desabafa ela te conhece, a gente já tem uma segurança.” Na outra gravidez eu não sabia nada, eu falei agora pro marido: “Viu como a orientação muda totalmente.”

Aquinoã expressou a importância do diálogo:

Foi muito bom pegar uma pessoa assim, que conversa com a gente, porque senão a gente vai, só faz o exame correndo, ligeiro; às vezes, a gente tem alguma coisa para perguntar não dá tempo, daí quando chego em casa não deu para perguntar bem.

É evidente que a gestante precisa conversar e, muito mais, ser ouvida, pois esse é um período que mexe com toda a estrutura corporal, familiar e social da mulher. Mas outro obstáculo que emerge nesse sentido é a questão de tempo, pois é importante refletir sobre como um profissional de saúde, por mais qualificação e boa vontade que tenha, pode atender de dez a doze gestantes em duas horas e ouvir a história de vida de cada uma. Para Rizzoto (2002, p. 198),

soa irônico falar em humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirado e impedido a humanidade desses trabalhadores, com sobrecarga de atividades e funções, baixos salários e precárias

condições de trabalho, impondo desgaste físico, psicológico e emocional aos trabalhadores.

Um fator muito relatado e angustiante para as gestantes é a falta de medicação, visto que várias vezes necessitam se deslocar até o centro da cidade para buscá-la e não a encontram. É o caso de Sarai, que nas 27 semanas de gestação apresentou um hematócrito de 32% e estava amamentando o filho de um ano e seis meses; por ter uma alimentação muito deficitária, seguindo as orientações do manual de assistência pré-natal do Ministério da Saúde, foi-lhe indicado o sulfato ferroso. Contudo, como Sarai relatou,

o remédio não tem na farmácia do SUS. Às vezes vai lá com a receita, não consegue o remédio. Faz desde os sete meses da gravidez que estou indo procurar o sulfato ferroso e não tem. Agora, no parto também o doutor no hospital me deu a receita, mas eu fui lá e não tem.

Melca apresentou uma infecção urinária na 16ª semana de gravidez. Seguindo o protocolo de assistência pré-natal, foi-lhe indicado o antibiótico, todavia por ela não ter condições para comprar a medicação, dez dias depois acabou na emergência do hospital, agravando, assim, a superlotação desses estabelecimentos. Melca declarou:

Quando me deu a infecção na urina não tinha o remédio. Fui duas vezes lá na farmácia e não tinha. Daí tive que comprar. Como o Nacor não podia tirar vale, demorei dez dias até conseguir o remédio, e daí foi quando me deu aquela dor muito forte que eu tive que parar na emergência de madrugada.

Vale aqui mencionar dois princípios básicos do Sistema Único de Saúde: a universalidade, que é a garantia de acesso igual a todas as pessoas, à atenção à saúde, tanto na promoção como na proteção e recuperação, e a integralidade, que significa garantir o atendimento às necessidades das pessoas no seu todo. O próprio Ministério da Saúde reforça esses princípios no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000b): “Toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”.

Um padrão de fundamental relevância no ciclo gravídico puerperal é a questão da anticoncepção no pós-parto. No entanto, é uma dificuldade evidente a falta de opção para escolha de método contraceptivo frente à amamentação; assim a opção fica entre o preservativo masculino e a laqueadura, que são fornecidos pela rede básica. Porém, sabe-se

que nem sempre esses métodos são viáveis para essa clientela, até pela faixa etária, que não preenche os critérios para um método definitivo. Por sua vez, a minipílula é imprescindível para um planejamento familiar na situação de pós-parto e amamentação, porém não está disponível continuamente na rede básica.

Se a gestante tem sua cultura alicerçada em questões econômicas, sociais e ligadas a um sistema de inter-relações familiares que atuam diretamente no desenrolar da gestação, por sua vez, o sistema de saúde tem se utilizado de normas e regras que determinam uma prática assistencial que beneficia a organização e o fluxograma de serviços da própria rede. Assim, ao rotinizar e fixar dia no mês para autorização de exames de laboratório e de ultra-som, coloca um obstáculo ao seguimento do atendimento pré-natal.

Observou-se uma prática que favorece o desenvolvimento de tarefas internas do serviço, na verdade, uma filosofia preocupada com a fluidez do trabalho interno num dia do mês são autorizados os exames, com o que o problema está resolvido, desconsiderando-se a necessidade da clientela. De acordo com Gualda (1993), no etnocentrismo o profissional assume que aquilo que sabe é melhor ou a melhor opção para o cliente.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde preconiza que se assegure a melhoria do acesso, focado como o primeiro aspecto da humanização, na convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher e sua família. Entretanto, notou-se um grande distanciamento entre este projeto humanizador e a prática de saúde oferecida às gestantes deste estudo. Nesse contexto, a condição econômica da gestante não é valorizada. Sabendo-se que as usuárias do sistema de saúde têm baixo poder aquisitivo, esse é um fator impeditivo do seguimento do pré-natal pela gestante. A respeito, Sarai relatou que na segunda consulta ainda não havia conseguido vale-transporte para poder ir marcar os exames:

Olha, é meio complicado porque a gente vai num dia não dá ,tem que ir no outro. Eles não marcam e às vezes, quando chega lá, esta preenchida as fichas. Isso aí eles teriam que atender mais rápido as gestantes, né. Eu tive problema para marcar o ultra-som, né, fui num dia, não deu, né. Daí o pai que foi para mim, né, mas deviam fazer tudo numa vez só, né, para a gente não andar caminhando.Tive que ir três vezes só para marcar os exames e mais outras viagens para ir buscar o resultado. Eu para mim, para gestante tinha que ficar tudo num dia só, porque a gente sofre com o peso para caminhar. As vezes não tem dinheiro para a condução, daí fica complicado. Deviam ter um pouquinho mais de consideração com as gestantes, que a gente sofre com o peso.

Na prática da unidade de saúde, é notória a preocupação com o cadastramento, o preenchimento de formulário, como prova de que a gestante realizou as seis consultas preconizadas no programa do Ministério da Saúde, porém isso não significa que ela tenha recebido um atendimento embasado nos princípios do programa.

Serrano (2002) chama a atenção de que a maior ênfase nos programas de saúde da mulher tem sido a maternidade; nesse sentido, a gestante é valorizada apenas pela sua função social, não como pessoa, como indivíduo. Esse comentário procede ao se analisar as falas das gestantes, que deixam transparecer uma visão do sistema de saúde preocupado com o número de consultas de pré-natal, os exames de laboratório, um hospital que, na internação para o parto, exige o cartão da gestante completo, inferindo-se que, sem o cartão, a mulher pode correr o risco de não ter garantida a sua internação. Percebeu-se, então, pouco interesse em saber quem é essa mulher, onde ela vive, quais são as condições oferecidas no seu contexto vivido. Notou-se que o sistema de saúde não reconhece os empecilhos que ele próprio coloca à organização do serviço de pré-natal. Outro aspecto relevante que emergiu nesse contexto foi a dificuldade para o agendamento dos exames, o que Melca deixou muito claro:

Eu acho uma confusão porque eles querem deixar só um dia. Daí tem pessoas que não podem ir justamente naquele dia, que nem dia primeiro, é tão ruim. É muita gente na fila que nem gestante, o dia que o marido foi marcar para mim, tinha gestante passando mal na fila. Tem que estar lá as 6h30min quando é para marca ultra-som e, às vezes, já esta uma fila. Daí eles começam atender as 7h30min ou 8h, às vezes, sai de lá ao meio-dia, que nem o marido pego a ficha 72, ele saiu às 10h. É gente passando mal na fila, eu acho um absurdo, porque gestante cada pouco tem que estar comendo alguma coisa, claro que passa mal, e a maioria é gestante, porque não tem quem vai marcar, né, o marido tem que trabalhar, é bem bagunçado. O exame de sangue é só naquele dia, que é dia primeiro do mês, né, e daí tem gestante que está quase no dia de ganhar e não marcou ainda os exames.

Ao propor a implantação de um programa de humanização ao pré-natal, é primordial reconhecer que humanizar significa dar condições humanas, e o cuidado, por sua vez, caracteriza uma relação de ajuda, um interagir com o outro, enfim, um colocar-se no lugar do outro. Assim, é importante analisar as falas das gestantes deste estudo e tentar com elas percorrer o caminho feito para chegar à maternidade com o cartão preenchido, não se enfocando aqui a questão da qualidade das orientações, e, sim, somente a realização das seis

consultas, dos exames de laboratório e ultra-som. Veja-se, então, a “via crucis” por que passam as gestantes, a começar por conseguir uma ficha para consulta, como contou Sarai:

Para aquelas que pagam tudo particular é bom, mas para a gente é ruim, por causa que tem que vim de madrugada para tirar ficha e, as vezes, nem consegue, dependendo de quantas pessoas tem na fila, que é muita gente e pouca ficha para cada médico.

De posse do pedido dos exames, feito pelo médico no ambulatório, a gestante toma o ônibus e vai ao centro da cidade no dia primeiro do mês para carimbar os exames de laboratório. Para isso, ela tem de ir cedo e aguardar na fila, mas só pelas 10h ou 11h, o exame é autorizado; então, tem de caminhar mais seis a sete quarteirões para marcar o dia da coleta de sangue no laboratório. No dia 2 do mês, tem de chegar no posto de marcação de exames antes das 6h30min, pegar uma senha e aguardar na fila, em pé, não importando o período da gravidez ou se está bem alimentada, só pelas 10h ou 11h o ultra-som estará agendado.

No dia marcado, a gestante sai cedo novamente para colher o exame no laboratório de análises clínicas. Num outro dia, vai fazer o ultra-som, quando também tem de chegar antes das 8h, mas só conseguirá realizá-lo perto do meio-dia. Deve-se lembrar que ainda há o anti-HIV, que é feito em outro local e em outra data. Mas ainda deve buscar o resultado de cada exame em dias diferentes, em lugares diferentes e distantes um do outro. Soma-se a isso que o anti-HIV só é entregue para a própria gestante, o que não seria tão complicado se ela não tivesse em casa outros filhos pequenos, pois a creche só abre às 8h e ela não tem quem cuide as crianças, visto que o marido precisa sair cedo para o trabalho. Outro fator que interfere na realização dos exames é que, às vezes, nos únicos dois dias disponíveis para agendá-los, a gestante pode não estar bem de saúde, ou chover, além do que faz frio no sul, com algumas manhãs de temperatura próxima a zero grau; ainda, há o problema da falta de um bom agasalho. Todas essas questões estão imbricadas com o atendimento à mulher, contudo o compromisso do serviço de saúde parece ser colocar o carimbo no papel, considerando a mulher que transporta o formulário como apenas uma gestante. Na fala de Melca essas questões ficaram transparentes:

Eu acho que deveria ter mais organização em relação a isso. Ir num lugar e já ali mesmo marcar tudo, até o marido falo: “Em relação ao nenê, a gente não teve gasto nenhum, mas, em compensação, para os exames.” Porque a gente vai num dia para marcar, gasta passagem para ir e voltar; depois, tu vai lá no outro laboratório para marcar o dia de fazer o exame; depois ir fazer; depois ir buscar. Sabe, daí que

nem ele vai de a pé tudo bem. Que nem da marcação até o laboratório é longe para caminhar, a gestante que já esta com aquela barriga, porque geralmente a gente procura o posto mais perto de casa. Eu acho muito bagunçado porque tem que ir em vários lugares, e nunca fecha no mesmo dia né, cada exame é num dia diferente. E ainda quando reclamam, ah, é pobre, né, classe pobre só reclama, mas é que eles não dão atenção aquelas gestantes lá na fila, né, a fila faz a volta na quadra quase.

Ao fazer uma reflexão sobre as políticas de humanização e assistência, Rizzoto (2002) ressalta que, ao se tratar da humanização da assistência, relacionando-a com as atuais políticas de saúde, não é possível caracterizá-la de outra forma senão como absolutamente desumana, pelas filas enormes, persistentes e cotidianas nas portas dos serviços de saúde.

Nas palavras de Gualda et al. (2002), a interação entre o profissional e a gestante permite que ela mantenha sua adesão à assistência durante todo o período gestacional. No entender dessas autoras, a assistência pré-natal representa o primeiro passo para o parto humanizado. Dessa maneira, a humanização da assistência pressupõe uma relação de respeito estabelecida entre profissionais de saúde e as gestantes. Na narrativa de Melca está explícita talvez a principal razão para a mulher não fazer o pré-natal:

Eu acho que tudo isso, da dificuldade de conseguir ficha, de ir marcar os exames, faz a mulher desistir de fazer o pré-natal, que eu no meu caso a gente sabe o risco que a criança corre mas aquela mulher que a situação já é precária, daí tem que pegar ônibus, não tem dinheiro, acaba não indo no médico. E também porque não fez o exame não volta na consulta, porque tem vergonha de dizer para o médico que não tinha dinheiro para ir fazer o exame. E ainda, às vezes dizem: “Por que aquela senhora não fez o pré-natal?” Mas tudo isso complica.

O Ministério da Saúde, ao priorizar o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar, ressalta que transformar a saúde pública é, antes de tudo, humanizar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Humanizar é, muitas vezes, adotar soluções simples e criativas que resultem num atendimento mais acolhedor, digno e solidário. Portanto, isso implica mudanças na forma de organização e gestão dos serviços de saúde.

8 UMA REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE

Após a implementação do cuidado na gestação, faz-se necessário uma reflexão sobre o desenvolvimento do cuidado cultural congruente durante a gestação.

Entendia-se, desde o início da implementação do cuidado, que só haveria possibilidade de atingir a congruência se houvesse a participação da gestante nas ações e decisões de cuidado, pois a congruência só é possível quando se faz uma conexão entre o cuidado profissional do enfermeiro e o cuidado popular da gestante. Porém, a complexidade dessa abordagem levou a que se buscasse compreender a definição de enfermagem transcultural, como uma área do estudo e prática relevante e instigante para o cuidado de enfermagem.

Para Leininger (1995), as enfermeiras pensam sobre diferenças e semelhanças entre pessoas e suas crenças, práticas e modo de vida; aprendem a emitir juízos de valor, entendendo as pessoas e considerando suas necessidades especiais e preocupações, a fim de descobrir diferentes maneiras de assistir seus pacientes. Para a autora, as enfermeiras aprendem com o comportamento de seus pacientes a prover cuidados com sensibilidade, compaixão e competência, os quais serão benéficos e satisfatórios. Assim, a enfermagem transcultural foi definida por Leininger (1995, p. 58, tradução nossa) como

uma área substantiva de estudo e prática focada nos valores comparados de cuidados (culturais) à saúde, crenças e práticas de indivíduos ou grupos de culturas similares ou diferentes com a meta de prover culturas específicas e a prática universal da enfermagem na promoção da saúde ou bem-estar, ou, ainda, para ajudar as pessoas a visualizarem as condições humanas desfavoráveis, doenças, ou morte em modos culturalmente significativos.

Com base nessa definição, procurou-se fazer uma inter-relação entre o cuidado profissional da pesquisadora e o cuidado popular, sobretudo valorizando o saber da gestante, que, para Leininger, constitui-se no cuidado genérico:

O cuidado genérico refere-se a uma postura aprendida e transmitida culturalmente, tradicional ou cuidados familiares (cuidados caseiros) e práticas usadas para dar assistência, sustentação, capacitação e atos (fenômenos) facilitadores para ou por um indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou previstas de melhorar ou facilitar uma condição humana da saúde (ou bem-estar), incapacidade, modo de vida ou visualização de morte (Leininger 1995, p. 79, tradução nossa).

Esse conceito possibilitou uma reflexão sobre as raízes do cuidado humano, aqueles cuidados caseiros prestados pela mãe ao bebê e à mulher durante a gestação e o pós-parto. Esses cuidados, embora tenham a sua origem e aprendizado transmitido de geração em geração e valorizado dentro do contexto familiar, são pouco compreendidos e respeitados pelos profissionais de saúde.

Portanto, Leininger (1995) argumenta que a enfermagem é o cuidado profissional e a disciplina que conduz os enfermeiros a descobrirem e proverem cuidados oriundos do conhecimento e da experiência dos pacientes. Para a autora, a enfermagem transcultural dá ênfase à descoberta de valores culturais de cuidado, crenças e práticas de culturas específicas, de modo a assistir pessoas diariamente em suas necessidades. Essa idéia de cuidado está imbricada com o cuidado na gestação, salientando-se que, do ponto de vista da mulher, a gestação não é doença; assim, necessita de adaptações nos hábitos e modo de vida, utilizando-se de várias práticas de cuidado popular.

Dessa forma, vale lembrar que a enfermagem, enquanto profissão do cuidado, exercendo suas atividades junto à sociedade, também tem um compromisso social com as pessoas ao administrar cuidados que as ajudarão a recuperar e manter a saúde. O cuidado de enfermagem culturalmente congruente leva em conta os atos de conhecimento e sensibilidade do enfermeiro para a tomada de decisão nas ações de cuidado, de forma a acomodar e harmonizar os valores culturais, crenças e modo de vida do cliente, tendo uma conduta que seja expressiva ao cuidado de saúde e bem-estar do indivíduo. Nesse sentido, a congruência do cuidado significa harmonia entre o cuidado do cliente e do profissional, pois a congruência só acontece quando há harmonia de uma coisa com o fim a que se destina.

O cuidado cultural congruente é expresso através da linguagem, de experiências, de crenças, de hábitos, de costumes, de sistemas de valores de determinadas culturas ou de pessoas que representam a cultura. A compreensão do modo como as gestantes interpretam o significado da gestação e, com base nessa visão, a implementação de uma prática de enfermagem que considere os aspectos culturais do cuidado humano devem incluir comportamentos, crenças e valores culturais, na perspectiva de ajustá-los à realidade das gestantes cuidadas. Se as decisões e ações da prática de cuidado cultural dispensado pela

enfermeira levarem em conta os valores culturais, crenças e modo de vida da gestante, certamente se obterá a satisfação com o cuidado de enfermagem.

Com base na teoria do cuidado cultural de Leininger (1995), buscou-se obter uma ampla visão do conhecimento cultural das gestantes em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, a fim de compreender as formas de cuidado utilizadas nesse contexto. Na aplicação do cuidado utilizaram-se as três formas de intervenção congruentes, que estiveram de acordo com as crenças, valores culturais e modo de vida das gestantes.

A preservação do cuidado cultural com a gestante foi atribuída àqueles cuidados, hábitos e costumes considerados satisfatórios. A acomodação do cuidado cultural com a gestante foi atribuída àqueles cuidados, hábitos e costumes considerados menos satisfatórios e que poderiam ter um resultado mais benéfico se adaptados. A repadronização do cuidado cultural com a gestante foi atribuída àqueles cuidados, hábitos e costumes considerados não satisfatórios e que precisariam de uma modificação para o seu bem-estar.

Ao atuar na preservação do cuidado, a pesquisadora estava colocando em prática o respeito pelos valores culturais da gestante. Porém, isso não significa que, diante da preservação, ela tenha se omitido de fazer orientações, mesmo verificando que aquela ação de cuidado não teria prejuízo para a saúde da mãe e do bebê. Durante a implementação do cuidado cultural, reforçava e estimulava a gestante ao cuidado.

Durante toda a caminhada junto às gestantes, foi possível implementar ações de preservação. Essa etapa da aplicação do cuidado cultural na ação de preservação foi a que mais provocou dilemas na pesquisadora diante do contexto cultural vivido pela gestante. Por mais consciente que fosse de que havia se lançado ao desafio de buscar um cuidado que contemplasse as reais necessidades de cada mulher e que fosse decidido em conjunto, o choque cultural muitas vezes foi contido e sofrido no ato de cuidar. Como diz Leininger (1995), o choque cultural refere-se a um sentimento individual desorientado ou inábil a responder apropriadamente a outra pessoa ou situação porque os modos de vida são estranhos e desconhecidos; então, a pessoa sente-se sem ajuda, sem fé e confusa.

Dessa forma, a primeira repadronização a ser introjetada na pesquisadora foi a crença de que a preservação do cuidado seria a ação mais fácil de implementar, o que, contudo, não se confirmou na prática. Decidir pela ação de preservação exigiu muito conhecimento profissional e um aprofundamento do cuidado popular, buscando a compreensão daqueles cuidados caseiros para subsidiar e avaliar até que ponto não seriam prejudiciais à saúde da mãe e do feto. O que mais colocou em divergência o cuidado profissional com o cuidado popular foi o uso da chupeta pelo recém-nascido. Logo na primeira consulta com a gestante,

foi identificado o uso da chupeta como uma ação de repadronização. Vale lembrar aqui que a pesquisadora estava impregnada pela filosofia do Hospital Amigo da Criança, onde uma das normas é não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

Ao conhecer o hábito de que o filho anterior da gestante havia usado a chupeta, num primeiro momento, julgou-se que seria fácil explicar as desvantagens desse uso. Todavia, ao fazer as visitas domiciliares e no convívio com essas mulheres, percebeu-se o forte significado que há na simbologia da chupeta. Na verdade, as gestantes conhecem as desvantagens da chupeta, mas, mesmo assim, têm argumentos muito convincentes para o seu uso.

Lia relatou que os dois filhos, de quatro e dois anos, ainda estavam utilizando a chupeta; reconheceu que o menino já apresentava com os dentes tortos e sabia que no hospital não deixavam usar a chupeta, mas expressou a crença de que acalma a criança; por isso, iria dá-la também para o bebê que nasceria. Durante a visita domiciliar observou-se que os dois filhos permaneciam realmente o tempo todo com a chupeta na boca.

Sarai contou que o filho de um ano e cinco meses não dormia sem a chupeta, que é uma boa estratégia para ele se acalmar. Durante as visitas domiciliares, foi questionado se ela sabia que no hospital havia algumas normas sobre o uso da chupeta, ao que respondeu muito enfaticamente:

Lá no hospital não deixavam dar o bico, mas eu cheguei em casa e taquei o bico, disseram que estraga os dente e prejudica a amamentação. Parece que prejudica também a mente da criança falaram para todas mulher que estavam lá no quarto, que não era para dar o bico para o nenê. Até uma mulher que tinha dado o bico pro gurizinho dela a enfermeira foi lá e fez tirar e guardar. Elas ficam cuidando quem dá o bico. Mas com o bico é muito melhor. A mãe deu bico para todos filho até quatro a cinco anos e eu chupei bico até os 19 anos..risos..

Reforçou que o filho usa chupeta, no entanto ainda está mamando no seio e ela tem bastante leite. Como o filho recusa a mamadeira, ela não entende por que a chupeta prejudicaria a amamentação; inclusive, ela e seus irmãos usaram chupeta e mamaram no seio até quatro a cinco anos idade. Diante dessa colocação, a pesquisadora sentiu-se impotente, experimentando um verdadeiro sentimento de impotência; assim, para não correr o risco de fazer qualquer imposição cultural, ao tentar argumentar que não usassem a chupeta, e refletindo sobre o contexto cultural das mulheres deste estudo e o valor cultural da chupeta para elas, entendeu que a ação de cuidado deveria ser de preservação. Para Leininger (1995),

os valores culturais tendem a conservar tradições, regras para a vida, porque, fazendo isso, as pessoas sentem segurança e as culturas têm itens materiais ou posses concretas tal qual artefatos que dão significado e são símbolos especiais dentro da cultura.

Atalia, por sua vez, mostrou sua crença na ação calmante da chupeta ao afirmar que a filha de quatro anos, quando está agitada, somente se acalma com a chupeta; também manifestou que estava consciente de que não deveria usar a chupeta no hospital, porque as enfermeiras não o permitem.

Numa das visitas domiciliares, Lia estava no quinto dia de pós-parto e confirmou-se que a ação de preservação estava coerente com o modo de vida daquelas mulheres. Lia estava em casa com os três filhos; os maiores corriam pela casa; o filho de dois anos, agarrado às pernas da mãe, solicitava a mamadeira; o bebê, no colo, chorava. Era um dia muito frio e chuvoso, o tanque transbordava de roupas para lavar, pois são três crianças e dois adultos na casa e não há máquina de lavar. Durante a visita, percebeu-se que Lia deu a chupeta para o bebê e deitou-o no sofá; então, aos poucos, ele parou de chorar e adormeceu, enquanto Lia atendia os outros filhos. Durante o pré-natal, Lia questionara sobre a influência da chupeta na dentição da criança, argumentando que conhecia crianças que não haviam usado a chupeta, mas que estavam usando aparelho nos dentes.

Nesse instante, a pesquisadora buscou o conceito de relativismo cultural, que, de acordo com Leininger (1995), refere-se à posição de que as culturas são únicas e devem ser valorizadas de acordo com seus próprios valores e padrões. Com essa reflexão, entendeu-se que também poderia ser uma atitude etnocêntrica da pesquisadora a posição de regulamentar o não-uso da chupeta.

Esse entendimento é fundamental ao se fazer a orientação para a gestante sobre as conseqüências do uso da chupeta, porém é importante que se respeite a decisão da mulher, para não correr o risco de atuar de forma etnocêntrica ao formular regras gerais para todas as crianças. Nessa ação de preservação, o cuidado foi satisfatório porque atingiu o objetivo da pesquisadora e da gestante, que culminou na amamentação. Assim, a enfermeira, tendo uma visão transcultural, pode aprender a não fazer julgamento sobre certo padrão cultural até entender o significado de atitudes e comportamentos de seus clientes e, ainda, aprender a respeitar as diferenças e encontrar modos benéficos de ajudar as pessoas, buscando um cuidado coerente.

A ação de preservação também foi utilizada com Ada em relação ao desejo de amamentar. Já na primeira consulta, o casal foi categórico em afirmar que o leite materno era

o melhor para o bebê. Essa crença foi o ponto-chave para as orientações e o preparo para amamentação, que não só foi preservada como foi estimulada e reforçada através do diálogo.

Melca, por sua vez, no início da gravidez, começou a fazer exercícios de relaxamento seguindo orientação de um manual, com o intuito de se preparar para o parto. A iniciativa da gestante foi identificada pela pesquisadora como uma ação de preservação. Procurou-se conhecer os exercícios, avaliar sua adequação para a gravidez e orientar sobre exercícios de respiração para o período de trabalho de parto e parto. Essa ação de implementação do cuidado cultural foi valorizada pela pesquisadora estimulando a gestante à manutenção, por ser benéfica e estar de acordo com o cuidado profissional e o cuidado popular.

Atalia, por iniciativa própria, começou a realizar exercícios nos mamilos. Durante a consulta, explicou como fazia os exercícios, nos quais estava muito confiante, acreditando que poderiam ajudar a formar o mamilo, que tinha sido a principal razão de não ter amamentado a primeira filha. De acordo com Giugliani (2000), a preparação física das mamas para a lactação não tem se mostrado benéfica nem tem sido recomendada de rotina. Entretanto, conhecendo toda a questão de frustração de Atalia por não ter conseguido amamentar a filha e observando seu entusiasmo, neste caso específico, entendeu-se que os exercícios poderiam auxiliá-la, inclusive, com efeito psicológico. Avaliou-se que os exercícios estavam corretos e entendeu-se que a ação não deveria ser estimulada, porém deveria ser preservada. Leininger (1995) ressalta que, através de um foco transcultural, as enfermeiras aprendem a entender as pessoas, considerando suas necessidades especiais e preocupações, a fim de descobrir diferentes maneiras de assistir seus pacientes.

Logo na consulta seguinte, Atalia relatou estar confiante em uma simpatia para aumentar a produção do leite:

Também eu estou tirando o leite na água corrente, que daí junta mais, eu fiz. Esse peito aqui não tinha leite e agora já tem, é só apertar que já tem. Eu pego assim, só na pontinha do peito e daí boto assim, tipo ligo a torneira e deixo sair água corrente e pingo no meio d'água corrente. A água vai e daí vem o leite, chama leite.

A pesquisadora ouviu sua explicação, todo o ritual utilizado na simpatia e, dialogando com a gestante, entendeu que ela podia ser mantida sem prejuízos, pois poderia auxiliar no fator psicológico da lactação. Leininger (1995) relata que as culturas possuem também expressões e símbolos não materiais que as caracterizam, e as crenças da cultura não material são influências poderosas, muitas vezes utilizadas para proteger e tranquilizar pessoas. Para a

autora, são os valores de um grupo individual que influenciam o que o paciente faz, o que ele se recusa a fazer ou fará para cooperar com a enfermeira.

Na enfermagem transcultural, é importante descobrir e entender os valores de uma cultura; assim, identificar os valores específicos dos pacientes poderá auxiliar a enfermeira no desenvolvimento de planos de cuidado mais sólidos e confiáveis. Ao atuar na acomodação do cuidado, foi necessário buscar um entendimento sobre as crenças e valores culturais que permeavam a gestação e interpretar o sentido desses eventos oriundos do mundo vivido pelas gestantes. A acomodação ocorre através de adaptação, negociação, conjugação, ajustes de hábitos. Para que se efetive essa forma de cuidado, é necessário que a enfermeira crie e ofereça condições para conjugar o modelo popular de cuidado com o modelo profissional da enfermeira. Contudo, é fundamental a participação da gestante nas decisões de cuidado, o que envolve muito diálogo, compreensão, respeito e confiança.

O cuidado cultural desenvolvido com Lia caracterizou-se, na sua maioria, por ações de acomodação. No que se refere à alimentação, num primeiro encontro, Lia referiu não ter o que comer; entretanto, durante as visitas domiciliares e na interação com a gestante, percebeu-se que ela não gostava de alguns alimentos que tinham importante valor nutritivo na gravidez. Considerando que era preciso respeitar o hábito alimentar da gestante, mas também melhorar a ingestão de nutrientes para o bom desenvolvimento fetal, utilizou-se o diálogo para demonstrar a Lia a qualidade nutricional de cada alimento; foram-lhe oferecidas várias opções de aproveitamento do alimento, como do feijão, por exemplo, importante fonte de ferro, e mantendo os hábitos da família, oportunizou-se à gestante uma adaptação nos horários das refeições.

Lia desejava fazer a laqueadura, porém o conhecimento da pesquisadora indicava que um método definitivo não seria o ideal em razão de a gestante ter somente 21 anos. Havia o consenso entre a gestante e a pesquisadora de fazer uso de um método contraceptivo seguro já que a pílula não funcionara. Então, foram criadas condições, através de orientações, esclarecimentos e fornecimento do método, para que a gestante decidisse sobre qual método estava de acordo com seu estilo de vida naquele momento.

Na amamentação, a acomodação ocorreu em relação ao cuidado com a mama e a pega do mamilo. Através de orientação, apoio e auxílio, foi possível conjugar a experiência anterior da gestante em amamentar com o conhecimento da pesquisadora sobre a técnica de amamentação, o que resultou num cuidado satisfatório. Na visita no pós-parto, Lia assim se expressou:

Tu me ajudou bastante, que nem a amamentação dos dois eu estava amamentando errado, ninguém tinha me explicado como é que era.

Outra ação de acomodação foi identificada durante a gestação em relação ao parto, em razão de a gestante referir ter medo da episiotomia, de não ter conseguido fazer força no período expulsivo e expressar a frustração de não ter ficado com a filha logo após o parto. Através do diálogo e da valorização das experiências anteriores, a gestante foi motivada a se manifestar durante os cuidados realizados no pré-parto e parto, comunicando à equipe obstétrica sobre seus desejos e vontades, ou seja, a gestante foi estimulada a participar nas decisões de cuidado.

A gestante contou que esperara em casa até as dores ficarem fortes e haver três contrações em dez minutos, como se havia combinado. Então, tomara banho, fizera a depilação e fora para o hospital, onde ficara caminhando. Depois que lhe colocaram o soro, a gestante se deitara um pouco, mas logo ficara em pé, andando ao redor da cama. Logo que se internara, a médica quis romper-lhe a bolsa, mas ela não permitiu justificando que, nos dois partos anteriores, a bolsa havia se rompido na hora de nascer, o que se havia orientado que era o ideal. Lia relatou ainda que a médica ficara contrariada, mas não romper a bolsa. Disse que reclamou para as médicas que, quando tivera a primeira filha, haviam sumido com ela e que a pesquisadora havia falado que deveriam colocar o bebê sobre ela logo após o nascimento. Ela relatou:

Daí quando nasceu ficaram lá na sala só ficaram em roda de mim secando ele (o bebê). Dai botaram em cima de mim e deixaram até ir para a recuperação.

Referiu que conseguira respirar como se havia combinado e que se saíra bem melhor que das outras vezes, pois sentira o momento exato em que o feto estava saindo e fizera uma força só para o bebê nascer. Relatou que, quando sentira o bebê forçar bem embaixo, chamara a auxiliar; tão logo se deitara na mesa de parto, o bebê nascera. Também disse que falara para a médica que a cicatriz da outra episiotomia machucava-a na relação sexual, por isso pedira que cuidasse ao fazer os pontos.

No parto, a acomodação foi alcançada através do diálogo e da orientação, dando-se apoio e segurança para a gestante conhecer o processo de parturição e poder participar ativamente durante o trabalho de parto e o parto. Com isso, a gestante conseguiu identificar os sinais de trabalho de parto e dirigir-se à maternidade na hora certa. Durante o trabalho de

parto, caminhou e respirou adequadamente; mostrou-se segura e ativa nos cuidados e ainda teve participação na decisão dos cuidados durante o trabalho de parto. Durante a consulta de avaliação no pós-parto, Lia fez o seguinte relato:

Em tudo você me ajudou porque eu fiquei segura em tudo, porque em tudo eu tinha medo. Os médicos não falam com a gente, só examinam a gente, dão os exames para fazer e nem querem saber que a gente é uma pessoa... As visitas valeu muito porque a gente vindo só no consultório a gente não consegue conhecer mais a pessoa, a gente fica mais solta aqui, no consultório é ruim.

A acomodação também permeou todo o acompanhamento de Aquinoã numa ação que ocorreu em relação à cesariana. Já na primeira consulta, soube-se que a gestante tinha feito três cesarianas, diante do que se procurou conversar com ela sobre os possíveis riscos de outra gravidez. Aquinoã não tinha conhecimento sobre a anatomia uterina e a intervenção cirúrgica, nem entendia por que havia riscos se as gravidezes anteriores haviam sido bem-sucedidas. Utilizando-se de figuras, demonstrou-se para a gestante a anatomia do útero, explicando-lhe sobre o crescimento uterino e o desenvolvimento do feto, o que acarreta o estiramento muscular das fibras uterinas. Esclareceu-se sobre a cicatrização da incisão em relação ao músculo uterino e sobre o risco de a cicatriz se romper com o estiramento muscular.

Durante a visita domiciliar, foi observado que a gestante tinha o hábito de realizar trabalhos domésticos que exigiam bastante esforço físico. Então, procurou-se envolver também o marido de Aquinoã no esclarecimento dos riscos de um trabalho de parto prematuro para a mãe e para o feto. Com o apoio do marido, foi possível combinar com a gestante que ela poderia ajustar o hábito de carregar a bacia cheia de roupas molhadas para estender no varal levando uma peça de roupa por vez no braço; assim, evitaria o esforço de se agachar para erguer a bacia.

Outra ação foi sobre a redução das caminhadas, negociando-se que só sairia de casa quando extremamente necessário. Para isso, a partir do sétimo mês de gravidez, a pesquisadora começou a realizar visitas periódicas, evitando que a gestante fosse até o ambulatório. Foi sugerido que ela ficasse mais em repouso no período da tarde; para isso, foram oferecidas alternativas de distração, como leituras de materiais instrucionais, sempre elogiando e motivando a gestante para cada semana de gravidez alcançada. A acomodação no cuidado foi satisfatória e permeada pela compreensão, pelo diálogo e interação entre a pesquisadora e a família da gestante:

É muito bom você vim na casa da gente, que nem eu não podia caminhar. Ali nos seis mês, eu estava vendo que ia ganhar e tu me pediu bastante repouso, mas foi bom. Daí eu comecei ficar mais em casa, por causa que eu saía toda hora, eu ia na mãe, eu ia buscar o guri na creche, eu não parava. Depois eu fiquei só de repouso, dormia até tarde, e de tarde todos os dias deitava. Tu sabe que melhorou, assim foi muito bom e então, se a gente não tem uma orientação bem, né, vai, sei lá.

Na amamentação, foi observado que Aquinoã havia apresentado ingurgitamento mamário nas três gestações anteriores. Procurando-se identificar as crenças, hábitos e formas de amamentar da gestante, evidenciou-se que um padrão era a técnica de amamentação que interferia na pega do mamilo. Através de figuras e com auxílio de um boneco, foi demonstrada para Aquinoã a maneira correta de colocar o bebê na mama. Descobriu-se também que a gestante tinha o costume de usar a esgotadeira para retirada do leite; então, orientou-se sobre a massagem e a ordenha manual para esvaziar a mama, demonstrando-se o inconveniente do uso da esgotadeira.

No quarto dia de pós-cesariana, ao chegar do hospital, Aquinoã telefonou que estava com o seio ingurgitado. Realizando uma visita domiciliar, observou-se que a mama estava ingurgitada, havendo início de uma fissura nos dois mamilos e a pega do bebê inadequada. Foram feitas a massagem e ordenha manual, auxiliou-se na pega adequada do bebê ao seio e orientou-se sobre o uso de banho de luz no mamilo. Voltando no dia seguinte, encontrou-se a puérpera feliz e muito animada porque estava conseguindo fazer a massagem e ordenha e não sentia mais dor, porém alegou que não havia feito o banho de luz porque não tinha abajur; então, sugeriu-se uma extensão com lâmpada, orientando-se sobre a forma de fazer incidir a luz no seio.

No dia seguinte, a gestante telefonou dizendo que fizera o banho de luz e que estava bem melhor; no 15º dia pós-cesariana, no consultório, a mama apresentava-se bem, o mamilo estava bem cicatrizado e o bebê, com uma boa pega. Aquinoã referiu que usara a luz por dois dias, mas a lâmpada esquentava muito sua face; então, orientada por uma vizinha, utilizara chá de maçanilha para lavar o mamilo, o que ajudara muito na cicatrização. Aquinoã estava muito feliz porque, com os outros três filhos, precisara drenar o seio e usar antibiótico por causa da mastite. Entendeu-se, então, que o cuidado fora satisfatório porque ocorreram a melhora da fissura e o sucesso na amamentação, um desejo tanto da pesquisadora quanto da gestante.

O cuidado de Ada durante a gestação envolveu momentos de acomodação, de adaptação, ajustes e compreensão. Por ser a primeira gravidez, o primeiro filho do casal, e eles estarem iniciando uma vida a dois, o cuidado cultural foi muito significativo, pois houve apoio, suporte e motivação do casal na co-participação das ações de cuidado. Na primeira consulta com o casal, a pesquisadora procurou conhecer os hábitos alimentares da gestante. Logo percebeu que havia uma influência do marido na alimentação do casal, visto que era ele que mantinha o poder aquisitivo e comprava a comida, predominando a sua preferência. Identificou-se que a gestante não se alimentava de manhã, não gostava de leite, usava suco artificial, gostava de batata frita e tinha uma alimentação a base de carboidratos. Na visita domiciliar, em companhia do marido, foi abordado o valor nutritivo dos alimentos e sua respectiva importância no desenvolvimento do feto; então, a gestante comentou que o marido também teria de mudar seu hábito alimentar. Conhecendo o casal e sabendo que o marido geralmente não almoçava em casa quando trabalhava longe, a pesquisadora sugeriu que a gestante poderia preparar o alimento não preferido pelo marido nos dias em que ele não almoçava em casa.

Mais tarde, pela metade da gravidez, em uma das consultas, a gestante queixou-se muito de que não estava conseguindo comer porque as pessoas que dividiam a casa com ela consumiam tudo o que ela comprava. Então, durante o diálogo, sugeriu-se que, ao invés de comprar grande quantidade de alimentos, ela procurasse adquirir pequenas quantidades, pois, assim, poderia aproveitá-las melhor, principalmente as frutas. Ada concordou que poderia ir todo o dia ao mercado comprar os alimentos, consumindo-os diariamente. Também foi reforçada a importância do suco de fruta natural. Em cada visita domiciliar, foi possível acomodar algum aspecto da alimentação, sempre conversando e ouvindo a gestante:

Agora, eu comprei um monte de coisa, e as vezes eu como lá na sogra. Eu comprei fruta, amanhã o Esaú vai comprar mais. Eu comi feijão com laranja, é bem bom, eu gostei. Eu estou comendo salada, cenoura ralada, não cozida, beterraba, rucula, daí eu como sem vinagre, daí ele não come, eu faço um pouco para mim. Tomo leite com nescau, eu compro as coisas para mim, mas o Esaú toma também. Eu fico braba, daí ele disse: “Ah, eu também estou grávido”. Só que é ele que compra. Daí ele comprou maracujá, suco de laranja, de mamão. Daí ele quer que eu faça suco de limão. Eu misturei, botei mamão, laranja e daí tomei, também manga. Eu como um pouco, mas mais seguido, daí ele comprou aqueles bife empanado, é que é só eu e ele para comer. Ele não vem almoçar em casa, ele almoça no trabalho, daí ele compra para mim.

Fatores como o ambiente da casa, o relacionamento familiar, a educação, a visão de mundo, estrutura social, fatores étnico-históricos possibilitam à enfermeira ter uma imagem do todo e entender o comportamento de sua clientela. Leininger (1995) refere que o contexto cultural possui muitas implicações para que se possam entender os clientes e as enfermeiras precisam aprender a incluí-lo nas ações de cuidado.

Outro aspecto que envolveu muita compreensão e apoio da pesquisadora na ação de acomodação foi a questão dos ciúmes do marido pela gravidez. Na primeira consulta, percebeu-se que o casal estava muito feliz com a gravidez; no entanto, com o aparecimento dos movimentos fetais, o relacionamento conjugal começou a ficar comprometido. Ao adquirir confiança na pesquisadora, a gestante começou a desabafar relatando as cenas de ciúmes do marido. Observou-se que a gestante não entendia que o marido manifestava um sentimento de perda da mulher pelo feto através do ciúme. Começou-se, então, a estimulá-la para envolver mais o marido na gravidez, fazendo-o sentir-se valorizado e participante do processo gestacional. Combinou-se uma visita domiciliar em horário que ele estivesse em casa, para envolvê-lo nas orientações, e também se propôs à gestante que conversasse com o marido sobre o período de percepção dos movimentos fetais através do toque na barriga, que o estimulasse a colocar o rosto na barriga, a falar com o feto.

Na visita domiciliar, a pesquisadora convidou o casal para visitar a maternidade, conversou sobre a escolha do nome do bebê, ação na qual o pai poderia ter um papel importante. Aos poucos, o vínculo do casal com a pesquisadora foi melhorando; a gestante entendeu o ciúme do marido e os dois começaram a participar das decisões na programação do parto, na organização do enxoval do bebê. Estimulou também o casal a fazer algumas fotos enquanto grávidos. Tudo isso culminou num cuidado coerente, satisfatório e significativo tanto para o casal, que vivenciou momentos de muita alegria e prazer, quanto para a pesquisadora, que teve a oportunidade de experienciar uma situação ímpar em sua vida profissional.

A maioria das ações de cuidado com Melca processou-se na acomodação. Na primeira consulta, foi identificado que a gestante estava muito preocupada com o peso. Procurando conhecer melhor sua história de vida, percebeu-se que havia tido uma experiência de excesso de peso na gravidez anterior, razão pela qual não se alimentava; tinha medo de engordar demais e, associado a isso, apresentava-se muito forte a questão da imagem corporal. Nesse momento, oportunizou-se um espaço de 2h 30min para a gestante falar sobre a gravidez, a família e suas expectativas.

Na visita domiciliar, a gestante, muito receptiva, apresentou o marido e a filha; como estava em seu ambiente, a pesquisadora julgou interessante abordar a questão da alimentação. Verificou-se que a família tinha bons hábitos alimentares, com uma qualidade de alimentos equilibrados em nível de vitaminas e minerais, no entanto a gestante não comia para não engordar. Procurou-se enfatizar a importância dos nutrientes na formação e desenvolvimento do feto e o ganho de peso ideal para cada trimestre da gravidez. Observou-se que a gestante mantinha uma alimentação a base de carboidratos, tomava café preto e chimarrão. Optou-se, então, considerando o nível de instrução do casal, por usar a pirâmide alimentar para demonstrar a importância de cada grupo alimentar nas refeições diárias. Por iniciativa da gestante, foram listados os alimentos que ela tinha em casa e que possuíam maior valor nutritivo, sem acrescentar peso. Em conjunto com o casal, foi elaborada uma sugestão de horários para as refeições com as porções de cada alimento. O marido, sempre muito participativo, estimulou a gestante para a importância do crescimento do feto. Já na consulta do mês seguinte, a gestante, mais animada, relatou que havia seguido as adaptações combinadas e ainda buscava outras alternativas que beneficiassem seu hábito alimentar. Com apoio contínuo e incentivo, ela teve um ganho de peso adequado à gravidez e adaptou seus hábitos alimentares sem modificar a alimentação da família. A acomodação na alimentação também ajustou a questão da imagem corporal, levando a gestante se aceitar melhor, por não ter aumentado muito o seu peso.

A acomodação também foi satisfatória no pós-parto de Melca, quando, ao chegar do hospital, o seu marido telefonou para a pesquisadora muito ansioso por que a filha estava com uma bola na cabeça e não estava sugando o seio; pedia, então, uma orientação. Ao realizar a visita domiciliar, observou-se que o bebê apresentava uma bossa serossanguinolenta relativamente grande e estava sonolento. Melca estava muito angustiada porque a filha havia passado a tarde sem mamar. Ela julgava que não tinha leite e Nacor acreditava que a filha havia batido a cabeça ao nascer. Através do diálogo, foi explicada e demonstrada a razão da formação e da absorção da bossa serossanguinolenta. Foi realizado um exame físico no bebê, mostrando aos pais as respostas e reflexos, orientado-os quanto à adaptação do bebê à vida extra-uterina. Foi oportunizado aos pais exporem sua insegurança e ansiedade. No dia seguinte, ao retornar, Melca estava muito sorridente e logo foi relatando que a filha havia mamado muito bem e que o leite já havia descido; o casal estava muito tranquilo. Solicitaram auxílio na limpeza do coto umbilical e Melca referiu que fora muito boa a visita anterior e as explicações, com o que haviam conseguido ficar tranquilos. A acomodação, na verdade, foi permeada pela confiança do casal na pesquisadora.

Ao atuar na repadronização, foi necessário provocar uma mudança em alguma área do cuidado. Então, a pesquisadora, com seu conhecimento, avaliou essa necessidade de mudança e propôs uma alteração no padrão de cuidado da gestante. Entretanto, o fator fundamental para a modificação do cuidado foi o entendimento e a compreensão do contexto cultural da gestante.

O contexto cultural é um meio importante para se conhecer e se entender o comportamento humano. Segundo Leininger (1995), o contexto cultural refere-se à totalidade de significados compartilhados e de experiências de vida em um meio particular, social, cultural e físico, que influencia as atitudes, pensamentos e os padrões de comportamento. Para a autora, o contexto cultural possui muitas implicações ao se cuidar os pacientes, visto que possibilita à enfermeira ter uma imagem verdadeiramente holística, entendendo completamente o seu comportamento.

Nesse sentido, a pesquisadora necessitou de muita reflexão, sensibilidade e criatividade para entender o significado dado pela gestante ao cuidado considerado pelo profissional como não satisfatório. Exigiu um conhecimento popular, na verdade, um envolvimento com a gestante e a família para que a mudança não provocasse um choque cultural ou, até mesmo, se apresentasse como uma imposição cultural. A própria maneira de intervir da enfermeira precisou ser modificada, repensada individualmente, para cada gestante e em cada momento de ação de cuidado.

Já na primeira consulta de Lia foi identificado que ela estava usando um medicamento de forma inadequada e sem orientação do profissional de saúde; conhecia a medicação da gravidez anterior, quando tivera trabalho de parto prematuro, e então resolvera, por conta própria, usa-la para a dor nas pernas e nas costas. Contudo, num primeiro momento, ouviu-se a história da gestante e a referência à dor nas pernas e nas costas. Através do diálogo, foi realizada uma investigação sobre os hábitos e costumes da gestante relacionados à posição de dormir, de se sentar, de fazer trabalhos que exigiam esforço físico. Percebendo-se que a gestante estava muito apática, desanimada e envergonhada pela situação, foi estimulado que falasse sobre a gravidez em si, seus planos para o filho e acompanhamento do pré-natal. Por ser esse o primeiro contato com a gestante no consultório, procurou-se orientá-la sobre a ação do medicamento e seus efeitos colaterais, demonstrando que ela não apresentava contrações uterinas e que a indicação daquele era para diminuir as contrações. Combinou-se, então, uma visita domiciliar para a semana seguinte.

Na casa de Lia, a pesquisadora conheceu melhor sua família, conversou com os filhos, o marido, e iniciou uma relação mais confiante e segura; então, sentiu-se mais à vontade para

orientá-la sobre as possíveis causas de sua dor. Logo Lia contou que não tinha mais tomado o medicamento porque não tinha dinheiro para comprá-lo. Aproveitando essa colocação, mostrou-se a Lia a origem de sua dor, demonstrando, através de figuras, as alterações ocorridas na coluna vertebral e bacia óssea em função do crescimento uterino. Durante o diálogo, Lia mostrou-se muito interessada em conhecer a anatomia e fisiologia do corpo, chegando-se ao entendimento de que sua dor também provinha da má posição ao se deitar, ao se sentar e pelo peso do útero em crescimento.

Diante do entusiasmo de Lia, foi sugerido um exercício para melhorar o retorno venoso dos membros inferiores e o uso do calor como relaxante muscular na região dorsal, além de melhorar a posição para dormir com auxílio de travesseiros e almofadas. Após 2h 30min de conversa, combinou-se que Lia tentaria fazer o que estivesse mais de acordo com suas possibilidades e estilo de vida. Ao perceber que Lia ainda mantinha uma crença muito forte na ação do medicamento, indicou-se o uso de um analgésico e antiespasmódico. Marcou-se nova consulta para 15 dias depois no consultório, quando, ao se aproximar da pesquisadora, Lia já começou a sorrir e expressou-se da seguinte forma:

Com o exercício que você me ensinou estou bem melhor, a dor nas pernas melhorou bastante. Eu boto a garrafa de água quente, aliviou bastante, nem precisou tomar o remédio, nem fui buscar na farmácia.

A ação de cuidado cultural proposta pela pesquisadora foi a repadronização, pois era necessário uma mudança no hábito da gestante de tomar um medicamento que poderia prejudicá-la e ao feto. Todavia, só foi possível essa mudança com a participação da gestante na decisão de escolha da atividade que levaria ao cuidado considerado satisfatório.

Com Sarai, na primeira consulta no consultório, foi identificada uma ação de repadronização em relação ao planejamento familiar. Sarai relatou que estava amamentando o filho de um ano e cinco meses e que tinha a crença de que não poderia tomar pílula anticoncepcional porque o leite iria secar. É importante lembrar aqui que a criança só tinha o leite materno como alimento, pois as condições econômicas da mãe eram muito precárias. O casal utilizava o coito interrompido como método para evitar a gravidez. Durante as visitas domiciliares e dialogando com a gestante, procurou-se entender o seu modo de vida e suas crenças relacionadas à anticoncepção. Descobriu-se também que seu companheiro estava no presídio e que a cada semana passava um dia em casa; segundo ela, era um homem muito inflexível, que não aceitava o uso de preservativo. Então, chegou-se ao entendimento de que

ela não deveria mais engravidar em razão de sua situação financeira e conjugal. Em relação à gravidez, Sarai manifestou-se da seguinte forma:

Já que eu fui mulher para fazer, agora tem que ser mulher para assumir também. Não adianta falar uma coisa e fazer outra, não adianta, né, a vida da gente que esta em jogo. Eles, as crianças, são inocentes, não pediram para nascer, né. Eles não têm culpa de nada. Por mais difícil que esta, mesmo sem ter o que comer, não adianta, o que um tem que passar os outros não vão passar.

Diante dessa situação, Sarai foi orientada sobre as possibilidades de um método mais seguro durante a amamentação e foi-lhe proposto que pensasse e também conversasse com o companheiro para decidir, em conjunto, o método que poderia adotar no pós-parto. Procurou-se, durante o diálogo, enfatizar o custo dos métodos e a sua disponibilidade na rede básica; combinou-se que, na primeira consulta pós-parto, seria retomado o assunto. No décimo dia de pós-parto, no consultório, Sarai, espontaneamente, comentou que decidira fazer uso do hormônio injetável, o que se estimulou dizendo que seria um bom método, no entanto, não estava disponível na rede básica e não lhes era acessível por questões financeiras. Sarai, então, optou pelo uso da minipílula, que também foi uma escolha adequada à situação de amamentação, contudo, mais uma vez, deparou-se com a falta da minipílula na rede básica. Assim, a pesquisadora propôs-se conseguir algumas cartelas com o representante do laboratório para assegurar pelo menos os primeiros seis meses de anticoncepção.

A ação de cuidado cultural foi permeada pelo diálogo, pela compreensão, pelo respeito e pela confiança entre pesquisadora e gestante, o que permitiu a satisfação do cuidado. A pesquisadora criou condições e ofereceu meios para a gestante decidir, em conjunto, a ação de mudança no padrão de anticoncepção. Vale ressaltar mais uma vez que nada foi imposto, tudo foi planejado de acordo com os anseios e as limitações da gestante.

Outro exemplo de repadronização do cuidado que exigiu compreensão e criatividade por parte da pesquisadora foi a questão do cuidado ao bebê realizado por Atalia. Durante a primeira visita domiciliar, conversando-se sobre hábitos alimentares, em meio ao diálogo, a gestante, espontaneamente, levantou-se e abriu uma porta do armário para mostrar, muito orgulhosa e satisfeita, que o marido já havia comprado tudo de que precisava para cuidar o bebê. Mostrou o elixir paregórico, a graxa provada, que seria usada juntamente com a faixa umbilical, e disse que ainda faltavam o sorine e o remédio para o ouvido. Portanto, a gestante revelou o hábito de usar medicamentos e a crença no seu uso, enfatizando os efeitos e as razões do hábito. Ao observar a atitude da gestante, num primeiro momento, a vontade foi de

lhe dizer que não deveria usar a medicação porque poderia prejudicar o bebê, exatamente tudo aquilo que o conhecimento profissional dita como conduta correta. Identificou-se a presença de um hábito familiar muito significativo e, ao mesmo tempo, prejudicial. Contudo, considerou-se que se estava na casa da gestante, que ela estava muito contente ao mostrar a sua forma de cuidar do bebê e, acima de tudo, que se havia assumido o desafio do cuidado cultural, com o que deveriam ser respeitadas as crenças da gestante.

Retoma-se aqui o conceito de Leininger (1995), de que uma cultura reflete valores, idéias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações. Os valores tendem a conservar tradições familiares; assim, a cultura pode ter uma grande influência no comportamento das pessoas por ser um conjunto de práticas que perduram através do tempo. Nesse momento, optou-se por ouvir e explorar mais o contexto cultural da gestante; no decorrer dos encontros, já com maior interação e confiança no cuidado, observou-se também que Atalia e o marido não tinham o hábito de fazer o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, alegando que a filha nunca precisara de médico; quando ficava doente, faziam uso do benzimento, de simpatias e chás caseiros.

Mais uma vez, precisou-se refletir e buscar o conceito de imposição cultural, que, segundo Leininger (1995), refere-se à tendência de um indivíduo impor suas crenças, valores e modelos de comportamento a outra cultura. Em um dos encontros no consultório, na presença do marido de Atalia, considerou-se oportuno questioná-los sobre a fisiologia da cólica no bebê e, aproveitando a explicação, foram feitas referências às conseqüências de utilizar medicação sem orientação de um profissional da saúde, enfatizando os efeitos colaterais e danos futuros na saúde da criança. O marido ficou surpreso e perplexo por não ter idéia dos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos. Conversou-se sobre a importância de fazer o acompanhamento do bebê pelo menos no primeiro ano de vida e ressaltou-se que nem sempre um sintoma é sinal da mesma doença na criança; conseqüentemente, não se deve usar medicação sem orientação do profissional de saúde. Entrou-se em entendimento sobre as várias alternativas utilizadas para alívio da cólica no bebê e também se discutiu sobre os cuidados com o coto umbilical e os possíveis riscos no uso de produtos sobre o local. Ao longo do diálogo, o marido mostrou-se bastante acessível e interessado pelo bem-estar da criança, referindo que nunca ninguém lhes tinha falado sobre isso e que seguiam o costume das famílias.

A ação de repadronização só teve êxito porque o casal compreendeu a situação do cuidado pela interação com a pesquisadora; a estratégia utilizada foi de um cuidado satisfatório sem imposição de saberes.

Com Melca, a ação de repadronização foi identificada na primeira consulta através da crença da gestante sobre machucar o bebê na relação sexual. Por isso, durante a visita domiciliar, procurou-se conhecer um pouco mais os hábitos sexuais do casal, suas crenças e expectativas durante a gravidez. Observou-se que havia desconhecimento em relação à anatomia do aparelho reprodutor por parte da gestante, o que a deixava insegura e ansiosa por não saber o que poderia acontecer com o bebê durante a penetração; por outro lado, estava preocupada com a insatisfação do marido diante da abstinência sexual. Na consulta seguinte, a gestante abordou a questão como objeto de preocupação. Entendendo que se tratava de uma ação que envolvia o comportamento do casal, optou-se por esclarecer a gestante, explicando-lhe sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores e enfatizando o local ocupado pelo feto. Num diálogo de confiança e respeito, gestante e pesquisadora entraram em entendimento sobre a resposta sexual e a relação do pênis com o feto durante a gravidez. Então, combinou-se que ela tentaria conversar com o companheiro e deixaria fluir a relação sexual espontaneamente, sem imposição e sem compromisso. Teve-se o cuidado de deixar a gestante decidir, com base em seu entendimento, se deveria ou não ter relação sexual. Conversou-se sobre a importância de um bom relacionamento conjugal, informando que a relação sexual faz parte desse conjunto de relações que é o conviver do casal. Depois de algum tempo, já com cinco meses de gravidez, Melca fez a seguinte declaração:

Eu cheguei em casa aquele dia, daí eu falei que ia conversar. Daí a gente começou falar, mas quem não estava preparada era mais eu. Então ele falou: “Se você acha que pode tentar”. Daí passou aquela noite deixei, né, nós tinha conversado bastante. Mas agora esta acontecendo, né. Não esta que nem antes, a gente ficava evitando, agora não evito. Eu não fiquei com medo, lembrava daquele desenho. Até cheguei em casa daí desenhei para mostrar para ele. Daí eu disse: “É bem importante o carinho que o pai passa para a mãe, a criança também esta sentindo, né”. Daí ele ficou feliz. Então, o psicológico era eu, agora ele se sente feliz, porque ele sabe que não é uma coisa forçada. É uma coisa que esta sendo espontânea, vontade, agora é outra vida!!! Ah, esta tão bom (risos) agora não tem aquela preocupação, né, e daí ele (marido) disse assim: “Nossa, como tu esta diferente”. Porque antes eu nem procurava muito, nem ficava muito perto dele, agora não tem essa. Daí assim, agora, até a gente, nós dois juntos assim, quando termina a relação, ele coloca a mão assim, daí parece que ele fica animado, ele fica tão feliz, e daí ele

(marido) diz: “Olha, o nenê, já sabe que é o pai”. Ah, o marido esta tão feliz, calmo, bem animado, é outra coisa, estamos tão feliz, porque a gente tinha tanta preocupação, medo, daí a gente combinou para um dia ele vim junto para escutar o neném. Porque antes a gente via a tristeza dele, né, daí ele pegou a revista que você deu, foi ler. Eu me sinto tão segura agora, mudo total a nossa vida.

A ação de repadronização do cuidado cultural foi benéfica e satisfatória, sobretudo pelo apoio e compreensão com a ansiedade e preocupação da gestante. Procurou-se ouvir, compreender e interagir com a gestante valorizando o amor e a interação do casal com o feto, induzindo-a a uma mudança de comportamento espontânea e por decisão própria.

Com Aquinoã foi identificado pela pesquisadora, na primeira consulta, uma ação de repadronização, que, de início, parecia simples, mas que exigiu muito envolvimento, compreensão e criatividade para sua implementação.

Observou-se que Aquinoã estava com uma receita de penicilina injetável prescrita pelo médico em razão de apresentar o exame de sífilis positivo. Num primeiro momento, a gestante referiu que não tinha conseguido comprar a medicação; então, foi reforçada a importância de fazê-la e foram-lhe oferecidas condições de conseguir o medicamento. Na visita domiciliar, Aquinoã referiu que não pegara o medicamento na farmácia porque teria de fazer quatro frascos por vez para completar a dosagem e acreditava que a injeção era muito forte; ainda, dizia que aquela quantidade de frascos poderia acarretar-lhe um mal-estar e ser perigosa para o bebê. Então, procurou-se explicar novamente a necessidade do tratamento pelo risco de a doença passar para o feto. A pesquisadora prontificou-se a conseguir a medicação se ela se dispusesse a fazê-la. Combinou-se que a gestante telefonaria quando se decidisse a fazer a medicação. Alguns dias depois, Aquinoã telefonou dizendo que decidira fazer a injeção.

Na consulta seguinte, foi abordada a questão da doença sexualmente transmissível e enfatizada a importância de o marido fazer o tratamento. Aquinoã contou que ele era muito machão e que nunca havia ido ao médico, confirmando que ela sofria com a leucorréia desde a primeira gestação, há oito anos. Através do diálogo foi sugerido pela pesquisadora que ela falasse com o marido sobre a importância do tratamento e as conseqüências que a doença poderia trazer para ele; também se providenciou um encaminhamento para ele fizesse uma avaliação clínica. Alguns dias depois, surpreendentemente, o marido de Aquinoã telefonou para a pesquisadora solicitando auxílio, visto que tinha ido ao médico e necessitava fazer uma cauterização por apresentar condiloma acuminado. Então, a pesquisadora reforçou a

importância do tratamento, valorizando a sua saúde, e fez o encaminhamento para a cauterização.

A ação de repadronização ocorreu em nível de comportamento sexual; o casal obteve um entendimento e procurou assistência, o que até então era negligenciado. Aquinoã, ao referir-se à melhora do quadro de leucorréia e ao tratamento do marido, expressou-se da seguinte forma:

Eu nunca tinha pegado um médico assim, se de repente tivesse antes, né, agora já tinha se tratado antes; se, no caso, tivesse pegado tu de vim em casa, explicar, né. Tu também deu uma força bastante, que muitas vezes a gente vai consultar, eles só vê aqueles exame ali e dizem tu tem isso. Tu vai fazer o tratamento e deu, que nem nunca tinham pedido para fazer essa medicação que eu fiz, não tinham pedido para ele fazer o tratamento. Então, ó eu me curei, mas depois peguei de novo. Porque agora eu vi que é uma coisa que vai e volta se os dois não fazem o tratamento, a gente não sabe, e o médico não explica, não conversa, que nem eu ia no posto de saúde e o médico nunca falou. Se tu não viesse aqui em casa, conversasse, quem sabe nem tinha feito as injeção. Bah foi muito bom daí, eu até criei coragem de fazer as injeção. É bom assim, né, que nem tu viu que eu tinha a doença, tu explicou, insistiu, que ele tinha que fazer, e também o papel do encaminhamento que você mandou, daí ele foi, daí ele viu, senão aquilo ali tinha ficado, não tinha tratado. Ele esta se cuidando, aquele dia da cauterização ele não podia nem caminhar, mais esta fazendo o tratamento bem certinho agora.

Observou-se que a ação do cuidado se efetiva quando acontece a interação e a confiança entre o profissional e a gestante, o que fica claro na fala de Aquinoã:

Que nem naquele primeiro dia que tu falou, eu fiquei assim, não quis falar nada porque nós estava se conhecendo e o marido também gostou muito do teu jeito, ele confiou, né. Eu disse: “É uma dotora, gente rica e tal”. Mais eu disse: “Se ela acha que deve ir na minha casa que é pobre, não importa que seja mais do que a gente, tenha mais.” Daí eu sei que você veio para me tratar e foi bom para o marido também que tu explicou do perigo da cesariana. Daí ele me ajuda mais, apesar que ele sempre me ajudou, mais ele entendeu.

Com base nos relatos de alguns exemplos de ação de implementação do cuidado cultural, pode-se inferir que, das três formas de ação, a que mais apareceu no cuidado durante a gestação foi a acomodação. Acomodação, num sentido mais amplo, significa negociar, ajustar, oferecer condições, dar suporte, fazer-se presente nas necessidades, confiar, respeitar,

compreender, ouvir. E se o cuidado também envolve diálogo, troca, confiança, respeito, interação, pode-se inferir que a ação de acomodação faz uma interface com o cuidado. Percebeu-se, dessa forma, que nem todo o cuidado popular é totalmente inadequado; geralmente, fazem-se necessários apenas alguns ajustes para o alcance do cuidado culturalmente congruente. Entretanto, é preciso que a enfermeira também adapte e crie novas formas de cuidar, tendo em vista que cada gestante é um ser humano único em seu contexto cultural.

Assim, é possível afirmar que a cultura no cuidado de enfermagem não é estática, mas dinâmica e aprendida através do tempo e do espaço cultural. Como afirma Leininger (1995), o espaço cultural refere-se à variação cultural no uso do corpo, do visual, do territorial e à distância interpessoal com os outros. Conhecer essa variação poderá evitar choques culturais entre enfermeira e gestante. Para Leininger (1995), a enfermagem é uma cultura e definem-se culturalmente modos de atuar, que podem mudar no tempo conforme as mudanças da sociedade.

Como foi demonstrado na implementação do cuidado, a teoria do cuidado cultural de Leininger (1995) não utiliza os termos diagnósticos de enfermagem e problemas de enfermagem. Segundo a autora o termo problema de enfermagem, identificado isoladamente pela enfermeira, pode não caracterizar um problema na visão de mundo da gestante e diagnóstico de enfermagem, por estar preestabelecido pela própria enfermagem, pode não ter a fundamentação no conhecimento cultural específico da gestante, o que muitas vezes pode levar à incongruência com as normas e valores culturais desta. Embora, num primeiro momento, se tenha identificado uma ação de cuidado, esta só pode ser implementada com a participação da gestante, o que, por vezes, levou a se modificar a ação de cuidado preestabelecida, tendo em vista a satisfação no cuidado.

Outro aspecto importante na utilização da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural é a possibilidade de a enfermeira pesquisar durante as intervenções de cuidado. Assim, neste estudo, o planejamento da implementação do cuidado foi elaborado em co-participação enfermeira e gestante tomando por base o dado puro, emergido do assunto discutido com a gestante, que levou à compreensão do padrão cultural, priorizando o modo de vida de cada gestante, com o que se desenvolveu o cuidado cultural. Dessa forma, o maior desafio para a implementação do cuidado cultural foi conhecer os valores ou padrões culturais de forma a utilizá-los significativamente no alcance do cuidado cultural congruente.

9 UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À GESTANTE

Na atual fase da vida profissional da pesquisadora, concluir este estudo foi uma experiência enriquecedora e que possibilitou compreender o verdadeiro significado de um cuidar com comprometimento. Até então, realizava-se o cuidado norteado pela valorização do ser humano, pela sua singularidade e com o reconhecimento de suas necessidades; assim se concebia a humanização.

Ao buscar um caminho que pudesse conduzir ao cuidado cultural na gestação, também se vislumbrava compreender, de forma mais prática, o que seria a humanização, uma expressão um tanto quanto intrigante desde que começou a circular no vocabulário da área materna e ganhou destaque nos setores da saúde na década de 1990.

Para a pesquisadora, o cuidado é o que dá sustentação ao trabalho do enfermeiro e, em virtude de sua própria essência: ser um ato humano. Com essa concepção, inquietava-se, com os discursos relacionados à humanização do cuidado. Contudo, observava que o cotidiano do cuidado junto às gestantes continua fundamentado em modelos com referenciais da área biomédica, os quais contemplam aspectos biológicos e, de certa forma, seguem determinações de uma complementação do fazer da medicina.

O saber-fazer está no conhecimento profissional da pesquisadora, entretanto o como fazer na especificidade de cada gestante configurava-se com um modelo empírico, fundamentado no conhecimento científico de protocolos e processos preestabelecidos, que não contemplam a amplitude do cuidar de enfermagem. As rotinas e normas de atendimento sempre a incomodaram a ponto de alguns colegas julgarem a pesquisadora inadequada, por almejar inovações, querer criar novas formas de cuidar, que contemplassem o seu modo de ser.

A cultura profissional da enfermeira tem modelado seus valores e crenças em modelos de consulta de enfermagem preestabelecidos, os quais nem sempre se adaptam à realidade vivida pela gestante. Partindo do princípio de que a gestação não é doença, mas, sim, um momento específico na vida da mulher; o modelo vigente na prática de enfermagem incomodava. Sempre se considerou inadequada a utilização de um diagnóstico de enfermagem preestabelecido, ao qual teria de se adequar a gestante. Essas inquietações aumentavam à medida que a realidade vivida pela gestante não era contemplada nos diagnósticos de enfermagem preestabelecidos, como, por exemplo, o medo de machucar o feto na relação sexual. Esse era um dado importante para a gestante, no entanto não havia um diagnóstico de enfermagem que o contemplasse.

A enfermagem, caracterizando-se como uma disciplina considerada uma arte pelo fato de cuidar, precisa buscar sua própria forma de fazer e ser. Contudo, isso só será possível se as enfermeiras se dispuserem a buscar essa forma de cuidar junto às pessoas cuidadas para, então, fundamentar cientificamente a maneira como desejam ser cuidadas nas suas diversas especificidades. Se a enfermagem é uma arte, tem na arte essa possibilidade de criatividade, isto é, de criar a forma de cuidar de cada um.

Na busca por respostas a essas inquietações, percebeu-se que se precisava de uma fundamentação que permitisse a compreensão do comportamento e a exploração do contexto cultural de cada mulher para alcançar a humanização do cuidado. Nessa trajetória, observou-se que as teorias de enfermagem são pouco utilizadas para dar sustentação à prática da enfermeira, contudo é por meio delas que se pode entender o modo de cuidar e de fundamentar as ações de cuidado.

Essa busca de valorizar o modo próprio de cuidar a mulher durante a gestação levou a pesquisadora a procurar uma metodologia de trabalho que permitisse experienciar o desenvolvimento de um cuidado humano sem normas e regras preestabelecidas. A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado cultural de Leininger traz uma fundamentação do cuidado cultural sem ditar normas e modelos de processo de enfermagem. Essa teoria concebe a idéia de uma construção do cuidado com base na vivência da pessoa cuidada, que foi o que fascinou na busca pelo cuidado cultural, pela possibilidade de se criar um modelo de cuidado para cada gestante conforme as suas experiências.

Pensa-se que o cuidado se amplia à medida que se possam compartilhar e trocar experiências com as gestantes; para isso, o espaço familiar da gestante pode facilitar a implementação das ações de cuidado, colocando a enfermeira e a gestante no mesmo nível de negociação por esta estar no seu ambiente e ter uma certa autonomia nele. Nas instituições de

saúde, o ambiente é do profissional, o que lhe dá maior autonomia nas decisões; assim, pode ficar mais difícil analisar as reais necessidades da gestante fora de seu contexto real.

A vivência no contexto cultural das gestantes através das visitas domiciliares foi a chave para a humanização do cuidado, por possibilitar a efetivação do verdadeiro significado prático da humanização. Através da interação com as gestantes e suas famílias, experienciou-se uma forma diferente de cuidar, talvez aquela que há muito tempo se buscava, como fica claro quando Ada, espontaneamente, em uma das consultas no final da gravidez, declarou: “O Esaú já falo que, depois que o nenê nasce, ele quer que a senhora continue nossa amiga”. Essa declaração reflete o que mais se buscou como conceito de humanização, pois já não se era apenas profissional, mas uma amiga a cuidá-los, e amigo é alguém em quem se confia, em quem se acredita e com quem se trocam confidências. Por outro lado, ao referir a expressão senhora, nela estão embutidos o respeito e a valorização do profissional.

Outra situação muito marcante foi quando, em uma visita domiciliar, a filha de Melca, de quatro anos, foi ao encontro da pesquisadora, deu-lhe um abraço muito apertado, um beijo e entregou-lhe um cartão em forma de coração, feito por ela numa folha de caderno, com a escrita “Lenir eu te adoro, adoro”, e recomendou que o guardasse muito bem. São apenas dois exemplos, entre muitos outros que se vivenciou, que podem retratar o que se entende que seja humanização.

Reafirma-se aqui que este estudo está intimamente ligado à trajetória pessoal e profissional de enfermeira da pesquisadora, na medida em que houve um envolvimento afetivo que norteou sua visão de cuidado e a interação com as gestantes. Essa postura não a levou a uma interpretação ingênua do modo de vida das gestantes que colaboraram com o estudo e do seu conhecimento profissional, todavia fortaleceu uma interpretação capaz de fazer fluir com mais leveza uma proposta dessa natureza. A busca por uma fundamentação do cuidado à mulher no enfoque da cultura transformou o modo de cuidar da pesquisadora, tanto que o que antes era olhado como uma gestante hoje é entendido como uma mulher, uma esposa, uma mãe, uma dona de casa, uma cidadã. A mulher gestante é um ser humano que se relaciona com o outro, com o meio onde vive, compartilhando valores, crenças e costumes.

A implementação do cuidado cultural sob as três formas de intervenção aconteceu de maneira espontânea pelo período de tempo de convivência com as gestantes e suas famílias, porque o primeiro passo para a aplicação do cuidado cultural congruente é a participação da gestante na decisão e nas ações de cuidado. A gestação é uma etapa na vida da mulher envolta por um desejo de concretização de um projeto de vida; mesmo aquelas que não haviam planejado a gravidez, ao perceberem a presença real do filho, passam a cuidá-lo. Por

essa necessidade explícita de a gestante proteger o bebê intra-útero, ela própria faz adaptações no seu modo de vida no intuito de cuidá-lo.

Dessa forma, a enfermeira está diante de uma mulher que coopera com o cuidado, aspecto fundamental na implementação do cuidado cultural. A gestação, por si mesma, é uma etapa no ciclo da vida que motiva a mulher a ter uma maior interação com pessoas do seu meio, pela necessidade de esclarecer dúvidas, ansiedades e expectativas frente às transformações que acarretam a gestação, o parto, o puerpério e a amamentação. Nesse sentido, a enfermeira encontra no cuidado cultural com a gestante um cenário totalmente favorável para a interação, tendo a oportunidade de experienciar essa maravilhosa jornada que é a gestação.

Outro aspecto fundamental na implementação do cuidado cultural e premissa para o alcance de um cuidado satisfatório é a questão de tempo. É primordial para a idealização do cuidado cultural congruente que se conheça o modo de vida da gestante; portanto, é fundamental que se criem vínculos e laços de confiança entre a enfermeira e a gestante. Não se consegue interagir em pouco tempo e fora do contexto real da gestante; a interação ocorre quando a enfermeira se dispõe a participar no contexto real da gestante e a se despir do seu papel de detentora do saber, passando a ouvir e procurando apreender o modo de cuidado da gestante. A troca de experiência entre o cuidado profissional e o cuidado popular é permeada pelo compartilhar e pela tomada de decisões em conjunto enfermeira e gestante, o que configura a humanização.

O pré-natal é uma área rica e propícia para a interação entre enfermeira e gestante, por ser um período relativamente longo de convivência, o que permite à enfermeira atuar nas intervenções de ações de cuidado. A enfermeira tem condições de, a cada encontro, conhecer, aprender, avaliar, compartilhar as ações de cuidado com a gestante, realizando adaptações e ajustamentos nas ações de cuidado, ponto importante na aplicação do cuidado culturalmente congruente.

A implementação do cuidado cultural à mulher na gestação mostrou-se satisfatória e adequada ao contexto vivido pelas mulheres deste estudo, pois são poucas as situações em que a gestante necessita de um atendimento especializado, uma vez que a maioria das gestações é considerada de baixo risco. Nesse caso, são feitos ajustes ao seu modo de vida e, se a enfermeira valorizar a cultura, o cuidado será humanizado. É de fundamental relevância que a enfermeira utilize uma teoria para dar sustentação à sua prática. Neste estudo, por privilegiar o contexto cultural das pessoas, a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural facilitou o entendimento do modo como as mulheres percebem o atendimento pré-natal.

Para as mulheres deste estudo, o pré-natal está relacionado a exames, tratamento, consulta médica. Contudo, no seu entender, a gestação não é uma doença, razão pela qual algumas não aderem ao pré-natal. Entretanto, as mulheres referem a importância de receberem cuidados, tanto para si quanto para a proteção do bebê, os quais vão desde a concepção até o período chamado por elas de dieta.

Portanto, é importante que a enfermeira mude o olhar do atendimento pré-natal para um enfoque de cuidado na gestação, incluindo o cuidado popular no cuidado profissional, o que poderá contribuir para a humanização do atendimento à mulher durante a gestação. Notou-se que a gestante tem interesse em participar do cuidado quando a enfermeira demonstra interesse em respeitar seus valores culturais. Esse fazer da enfermeira com enfoque no cuidado poderá ser entendido como uma forma de humanização das práticas de cuidado à mulher.

Para humanizar o cuidado na gestação, faz-se necessário que as enfermeiras adotem modelos de atendimento que contemplem os temas apresentados neste estudo, os quais foram comuns às gestantes, porém é preciso que sejam explorados tomando por base as vivências de cada gestante. Propõe-se que os modelos de atendimento sejam construídos de forma a flexibilizar e criar condições de ajustes às necessidades específicas e contextuais de cada mulher, ao contrário do modelo vigente, no qual é ela que precisa se adaptar a regras e normas preestabelecidas.

Ao se pensar num modelo de cuidado à gestante, é importante pontuar alguns pontos deste estudo. O planejamento familiar carece de uma atenção especial no que se refere à compreensão do modo como as pessoas percebem seu corpo e a reprodução, pois o comportamento sexual do casal evidenciou um desconhecimento em nível de fisiologia e anatomia dos órgãos reprodutores. Quanto à amamentação, o ponto crucial está na visita domiciliar e no apoio à puérpera logo após a alta hospitalar. Em relação ao parto, o que mais preocupa a gestante é a questão do início do trabalho de parto e o medo de não conseguir fazer força no momento do nascimento. Finalmente, sobre a alimentação, é necessário dar ênfase aos horários das refeições, ao preparo e aproveitamento do alimento, considerando as disponibilidades financeiras de cada gestante.

A utilização desse referencial favoreceu a humanização do cuidado na gestação, possibilitando à pesquisadora momentos de interação total com as famílias das gestantes, o que levou a se repensar a prática de enfermagem obstétrica e a auto-repadronizar o conhecimento, buscando construir uma nova proposta, de um cuidado coerente com a cultura de cada gestante. O resultado deste estudo foi um grande avanço na vida profissional e o

despertar de um olhar para o contexto cultural das gestantes permitiu-lhe o plantio de uma semente promissora na forma de cuidá-las.

10 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao vivenciar o cuidado cultural congruente na gestação, a visão de mundo da pesquisadora foi repadronizada. Ao colocar as lentes da cultura de cada gestante no cuidado, seu olhar modificou-se e, assim, concretizou-se a mais humana das experiências de cuidado. O cuidado cultural na gestação mostrou-se eficiente e sua implementação é simples: exige apenas o conhecimento do profissional, uma ampla visão de mundo, o saber ouvir e a criatividade. Pode ser implementado com sucesso, dispensando altas tecnologias, pois o seu principal instrumento de trabalho é a enfermeira.

Entretanto, é preciso que os profissionais envolvidos com a saúde da mulher deixem de atuar de forma etnocêntrica e coloquem uma lente para visualizar o mundo vivido pelas gestantes, pois só assim lhes darão um cuidado humanizado. É necessário que as instituições responsáveis pela organização do atendimento pré-natal deixem a sua cegueira cultural dentro de quatro paredes, onde são definidas normas e regras à saúde, e focalizem seu olhar na diversidade cultural que permeia o atendimento pré-natal na rede básica de saúde. Em caso contrário, continuaremos na utopia de pensar em humanização do atendimento pré-natal e do nascimento.

Se os gestores de saúde vislumbrassem que a real humanização do atendimento pré-natal e nascimento tem possibilidade de se efetivar através do cuidado culturalmente congruente, investindo em profissionais com essa visão, certamente seriam reduzidas as filas, a superlotação nos ambulatórios e nos hospitais. Com pouco investimento em tecnologia é possível atingir grande parcela das gestantes de baixo risco, que hoje não recebem um atendimento dito humano.

A enfermeira pode prestar um cuidado satisfatório à maioria das gestantes enquadradas no pré-natal de baixo risco, com as quais as ações se caracterizam por

preservação, adaptação e modificação de hábitos e costumes culturais, utilizando-se de aparelhos simples, como estetoscópio, esfignomanômetro, sonar, balança, fita métrica. O cuidado é complementado com o auxílio dos exames de laboratório e, com base nessa avaliação inicial, é feito o encaminhamento para outros profissionais da área obstétrica. Diante da real situação em que se encontra o atendimento pré-natal, muitas são as implicações deste estudo, que se propôs implementar uma nova forma de cuidar da mulher durante a gestação.

Em primeiro lugar, acredita-se que a filosofia humanizadora do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde é possível de ser concretizada em nível local quando os profissionais responsáveis pela implantação o fizerem com comprometimento. Isso significa estar ao lado da gestante, estar com a gestante no seu contexto cultural e dar-lhe condições para que ela se sinta valorizada e respeitada como mulher.

Por sua vez, a universidade, enquanto instituição formadora, tem o compromisso de abrir espaços para que o acadêmico de enfermagem reconheça e entenda as várias dimensões que constituem o ser humano que será cuidado. Contudo, para que isso ocorra, é necessário contemplar as disciplinas humanísticas e sociais, que conduzam ao despertar crítico e reflexivo do acadêmico já durante a sua formação. Assim, aos docentes de enfermagem urge o compromisso de conduzirem na ótica das atuais políticas de saúde emergentes no país, considerando uma abordagem sociocultural. Para que essa dimensão seja contemplada, o acadêmico precisa ser colocado no ambiente cultural onde as pessoas vivem e aprender com elas a forma como elas desejam ser cuidadas. Dessa forma, ele aprenderá a desenvolver um olhar mais sensível, que parta do prisma da prevenção e promoção da saúde.

Ainda, é fundamental que o curso de enfermagem vislumbre a possibilidade de estimular o acadêmico do estágio curricular a realizar o atendimento da gestante no domicílio, haja vista que este acadêmico já teve uma fundamentação teórica na disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher, o que lhe dará subsídios para intercalar o atendimento no domicílio da mulher durante a gravidez e o pós-parto com as consultas obstétricas, implementando o cuidado cultural, ao invés de permanecer dentro dos ambulatórios meramente realizando atividades administrativas aprendidas no desenvolvimento das disciplinas do curso.

Faz-se necessário uma reestruturação na disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher no curso de enfermagem, que, atualmente, dispensa maior carga horária para o acompanhamento ao parto, haja vista que poucos enfermeiros irão atuar nesta área hospitalar;

pois o campo de trabalho ainda é restrito na região. Deve-se passar a focar mais o cuidado na gestação, área de maior resolutividade em questão de preparo ao parto, à amamentação e aos cuidados com o bebê e campo de maior atuação dos enfermeiros egressos da Universidade de Passo Fundo. É preciso instrumentalizar o acadêmico de enfermagem para que desenvolva com habilidade uma consulta de enfermagem na gestação e lance um olhar em direção à cultura da gestante. É primordial que se institucionalize a visita domiciliar pelo acadêmico de enfermagem no sentido de integrar o atendimento ambulatorial com o domicílio da gestante, tanto durante a gestação como no pós-parto.

É importante sensibilizar o acadêmico de enfermagem para que, ao ensinar e apoiar uma gestante no seu domicílio sobre como resolver os problemas com a amamentação, estará prolongando o tempo de aleitamento materno; ao orientar sobre as questões de higiene e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, poderão ser evitadas muitas doenças da infância; ao interagir com a gestante, poderá auxiliá-la na escolha de um método contraceptivo eficiente e adequado ao estilo de vida do casal, conseqüentemente, serão evitados a gravidez indesejada, o aborto como último recurso contraceptivo, um filho abandonado, ou uma criança crescendo num ambiente sem as mínimas condições de vida.

Quanto aos gestores de saúde local, faz-se necessário que oportunizem uma capacitação para as enfermeiras que atuam na saúde da mulher no sentido de auxiliá-las a lançar esse olhar ao contexto da mulher, já que não foram privilegiadas com esse conhecimento na sua formação acadêmica; subsidiar essas profissionais com noções de contexto sociocultural e suas implicações no cuidado à mulher; refletir com as enfermeiras responsáveis pelo atendimento à mulher sobre a abrangência da abordagem humanizadora dos programas do Ministério da Saúde e a amplitude da humanização, envolvendo o direito da mulher na participação e decisão sobre os seus cuidados.

É preciso que a enfermeira compreenda que ela só está no serviço público de saúde porque, diante de toda a estrutura física e tecnológica da rede básica, há uma mulher, a quem ela deve acolher com dignidade, partindo do pressuposto de que são as contribuições sociais da população que a mantêm no serviço. Essa mudança de atitude da enfermeira é o primeiro passo para um atendimento humanizado. O acolhimento e o respeito à mulher nas unidades de saúde são a chave para a implantação de qualquer programa de saúde.

Diante disso, é fundamental reconhecer que mais importante que o saber profissional da enfermeira é a sua capacidade de aprender e aprender que existe uma inter-relação do cuidado prestado à gestante com o todo maior que é a organização da sociedade. O olhar de cuidado à gestante de uma nova ótica, certamente influenciará diretamente na qualidade de

vida das famílias sob cuidado. Só então, quem sabe, poder-se-á vislumbrar uma sociedade mais equilibrada, onde as mulheres possam participar das decisões sobre seus cuidados e exercer sua cidadania.

Com base no exposto, é relevante fazer alguns questionamentos para futuras reflexões:

- A enfermeira que atua no atendimento pré-natal tem uma visão do contexto cultural da mulher?
- A enfermeira tem a compreensão de que não é uma mera executora de procedimentos e intervenções, mas uma coadjuvante do processo de cuidar da mulher, devendo auxiliá-la na transição de papéis sociais?
- A enfermeira considera a dimensão do ser humano mulher que está embutida no Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento?
- Que cultura profissional impulsiona o atendimento pré-natal e que imagem de mulher está projetada quando da implantação das normas rígidas que permeiam o atendimento pré-natal na rede básica de saúde?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 120 p.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1993. 215 p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 199 p.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p.

BONADIO, Isabel Cristina. “Ser tratada como gente”: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Rev Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 1, p. 9-15, abr. 1998.

BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi. **Criança miúda**: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. 1997. 150 p. Tese (Doutorado) Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto aborto e puerpério assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. il.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Jeanine Schirmer et al. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde-SPS/Ministério da Saúde, 2000a. 66 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96-** Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRÜNING, Jaime. **A saúde brota da natureza**. 16. ed. Curitiba: Champagnat, 1996.

CAMPESTRINI, Selma. **Aleitamento materno & alojamento conjunto: como fazer?** 3. ed. São Paulo: Ibrasa; Curitiba: Champagnat, 1992. 163 p.: il. ; 21 cm.

CENTRO BÍBLICO CATÓLICO. **Bíblia sagrada**. 97. ed. São Paulo: Ave Maria, 1995.

DELASSUS, Jean-Marie. **Tornar-se mãe: o nascimento de um amor**. São Paulo: Paulinas, 2003. 269 p. (Coleção Psicologia familiar).

DENARDIN, Maria de Lourdes. Cuidando e sendo cuidado – um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, Rosa Maria Bracini; BECK, Carmem Lúcia Colomé; DENARDIN, Maria de Lourdes. **Cenários de Cuidado: Aplicação de Teorias de Enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999. Parte III, p.161-263.

ESTRELLA, Eduardo. As contribuições da antropologia à pesquisa em saúde. In: NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OMS/ OPAS, 1985. 474 p.: il.

FRANCO Maria Celsa et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Yolanda Flores; FRANCO Maria Celsa (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 26-55.

GIUGLIANI, Elsa R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v.76, supl. 3, 2000.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 180 p.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. 238 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

GUALDA, Dulce Maria Rosa et al. Assistência pré-natal no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCIARULHO, Tamara Iwanow et al. (Org.) **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p. 187-197.

GONÇALVES, Annelise de Carvalho. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

KLAUS, Marshall H; KENNELL, John H; KLAUS, Phyllis H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000. 187 p.

KITZINGER, Sheila. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978. 221 p.

LANA, Adolfo Paulo Bicalho. **O livro de estímulo à amamentação**: uma visão biológica, fisiológica e psicológica, comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001. 423 p.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil**: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. 2. ed. São Paulo, 2000. 154 p.

LEAL, Ondina Fachel; LEWGOY, Bernardo. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). **Corpo e significado**: ensaios de Antropologia Social. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 2001. p.55-74.

LEININGER, Madeleine. **Transcultural Nursing**: concepts, theories, research & practies. 2.ed. [S.I.]: McGraw-Hill, 1995. 727 p.

_____. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: LEININGER, Madeleine (Ed.) **Qualitative Research methods in nursing** [S.I.]: GreydenPress, 1998. cap. 3, p.33-71.

_____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPOSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-276.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem**: Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997. 346 p.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 229 p.

MOORE, Mary Courtney. Nutrição materna e fetal. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 11, p. 269-295.

NORONHA, Décio Teixeira. **Gravidez situação de crise**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 97p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde materna e neonatal/Unidade de Maternidade Segura-Saúde Reprodutiva e da Família: Genebra, 1996. 53 p.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Gravidez**: a história interior. Porto Alegre: Arte Médica, 1997. 212 p.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde Coordenadoria de Informações em Saúde. **Estatísticas de nascimento: nascidos vivos 1999 e 2000**. Porto Alegre, 2001. 208 p.

_____. Secretaria da Saúde Núcleo de informações em Saúde. **Estatísticas de Saúde: mortalidade 2002**. Porto Alegre, 2003. 224p.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar. /abr. 2002.

RUSSO, Jane . A construção social do corpo: desnaturalização de um pressuposto médico. In: NUNES, Eustáquio Portella et al. **Saber médico, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Mergraph, 1998. p. 57-62. .

SAUNDERS, Rebecca Burdette. Cuidado de enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 10, p. 219-268.

SERRANO Miguel Malo. Projeto Promoção da Saúde. Ministério da Saúde-Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, ano 3. n. 6, p. 51-52, out. 2002. Entrevista concedida para a Revista Promoção da Saúde.

SILVA, Lúcia de Fátima da. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Yolanda Flores; FRANCO Maria Celsa (Org.). **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 75-96.

SILVA, Waldine Viana da. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional. São Paulo: Manole, 2002. 156 p.

SIMÕES, Claudia M. et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Ed. Universidade (UFRGS), 1988.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Bases teórico-metodológicas preliminares da pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001. 151 p.

VALINS, Linda. **Matéria íntima:** dicas para a saúde da mulher. São Paulo: Madras, 1999. 246 p.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VICTORA, Ceres Gomes. A “mãe do corpo” dentro do corpo da mãe. Corpus. **Cadernos do NUPACS.** Porto Alegre, 1999. p. 1-23. (Série Textos de Divulgação, 009/9).

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela R. Hábitos alimentares de crianças menores de 2 anos: um estudo multicentrico sobre práticas alimentares atuais no Brasil. Trabalho apresentado na Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, 22, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília [s.n] 2000. p. 2-19.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. **Nursing**, São Paulo, n. 37, p. 15-19, jun. 2001a.

_____. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, Maria Emilia de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **A melodia da humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: cidade Futura, 2001b. p. 73-84.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

WALDOW, Vera Regina. Peculiaridades e contribuições do cuidar: um estudo etnográfico. **Nursing**, n. 33, ano 4, p. 18-24, fev. 2001.

WEISSHEIMER, Anne Marie. **O parto na cultura teuto-gaúcha.** Porto Alegre, 2002. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

WILLIAMS, Rhea P. A família e a cultura. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna.** Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 26-38.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **O CUIDADO CULTURAL À MULHER DURANTE A GESTAÇÃO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO.**

Pesquisadora: Lenir Maria Baruffi

Orientadora: Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Pelo presente instrumento, declaro estar participando espontaneamente da pesquisa **O CUIDADO CULTURAL À MULHER DURANTE A GESTAÇÃO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO**, de autoria da Professora Enfermeira Lenir Maria Baruffi como dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fui informada, de forma clara e detalhada, sobre a pesquisa, que tem por objetivo construir um modelo de cuidado cultural congruente na gestação com a finalidade de valorizar as crenças, valores culturais da gestante e família e, assim, melhorar as condições de saúde da mulher, durante o processo de gestação.

Tenho conhecimento de que serei atendida por uma enfermeira obstetra, receberei informações e respostas a qualquer dúvida sobre o cuidado e o desenvolvimento de minha gravidez, da liberdade de participar, voluntariamente, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo para meu atendimento dentro do ambulatório. Da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade, e a proteção da minha imagem, da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa. Estou ciente de que a pesquisadora me acompanhará durante a minha gestação, realizando a consulta de enfermagem no consultório do ambulatório Pedro Ávila, no Bairro Vera Cruz de Passo Fundo-RS e visita domiciliar em horário de minha preferência, e quantas vezes eu e a pesquisadora acharmos necessário. Os encontros serão gravados e as consultas terão, em média, duas horas de duração. Após a conclusão do estudo, as fitas serão destruídas.

Nestes termos, e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: ___/___/_____

Assinatura da informante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Telefone para contato: Enf. Lenir **311- 5923**

Dra. Ana Bonilha (051) **3316 5428**

APÊNDICE B- QUADROS DEMONSTRATIVOS DOS ASSUNTOS E MODOS DE AÇÕES DE CUIDADO QUE FORAM DESENVOLVIDAS COM CADA GESTANTE

Quadro 1 - Implementando o cuidado cultural com Lia

Assunto	Modos de Ação de Cuidado
1 – Não aceitação da gravidez	Acomodação
2 – Início do pré-natal tardio	Acomodação
3 – Situação financeira deficitária	Acomodação
4 – Dor nas pernas e nas costas	Repadronização
5 – Planejamento familiar	Acomodação
6 – Alimentação	Acomodação
7 – Cigarro	Acomodação
8 – Religião	Preservação
9 – Amamentação	Preservação e acomodação
10 – Uso de chá	Acomodação
11 – Uso de chupeta	Acomodação
12 – Parto	Preservação e acomodação
13 – Puerpério	Preservação e acomodação
14 – Cuidados com o recém-nascido	Preservação-acomodação-repadronização

Fonte: Pesquisa direta: BARUFFI, Lenir Maria. Ações de cuidado desenvolvidas durante a implementação do cuidado cultural. Porto Alegre, 2003.

Quadro 3 - Implementando o cuidado cultural com Sarai

Assunto	Modos de Ação de Cuidado
1 – Gravidez não planejada	Acomodação
2 – Situação financeira deficitária	Acomodação
3 – Início do pré-natal tardio	Acomodação
4 – Relacionamento conjugal	Acomodação
5 – Planejamento familiar	Repadronização
6 – Cigarro	Acomodação
7 – Relação sexual	Acomodação
8 – Alimentação	Acomodação
9 – Dor nas pernas e azia	Acomodação
10 – Amamentação	Acomodação
11 – Parto	Preservação
12 – Cuidados com o recém-nascido	Preservação e acomodação
13 – Uso da chupeta	Preservação
14 – Puerpério	Preservação
15 – Benzimentos e simpatias	Preservação
16 – Religião	Preservação

Fonte: Pesquisa direta: BARUFFI, Lenir Maria. Ações de cuidado desenvolvidas durante a implementação do cuidado cultural. Porto Alegre, 2003.

Quadro 4 - Implementando cuidado cultural com Aquinoã

Assunto	Modos de Ação de Cuidado
1 – Não aceitação da gravidez	Acomodação
2 – Tentativa de aborto	Acomodação
3 – Início do pré-natal tardio	Acomodação
4 – Riscos da cesariana	Acomodação
5 – Planejamento familiar	Acomodação
6 – Alimentação	Acomodação
7 – Casal portador de sífilis	Repadronização
8 – Alimentação	Acomodação
9 – Dor nas pernas e nas costas	Acomodação
10 – Amamentação	Acomodação
11 – Medo de fazer a medicação injetável	Acomodação
12 – Cuidados com o recém-nascido	Preservação e acomodação
13 – Uso da chupeta	Preservação
14 – Puerpério	Acomodação
15 – Uso do chá	Acomodação
16 – Religião	Preservação

Fonte: Pesquisa direta: BARUFFI, Lenir Maria. Ações de cuidado desenvolvidas durante a implementação do cuidado cultural. Porto Alegre, 2003.

Quadro 5 - Implementando o cuidado cultural com Ada

Assunto	Modos de Ação do Cuidado
1 – Gravidez desejada	Preservação
2 – Início do pré-natal no 3º mês	Preservação
3 – Relação sexual	Repadronização
4 – O marido sentia ciúmes da esposa por não sentir os movimentos do feto ao tocar a barriga com a mão	Acomodação
5 – Tontura	Acomodação
6 – Nunca realizou o exame citopatológico	Acomodação
7 – Planejamento familiar	Acomodação
8 – Alimentação	Acomodação
9 – Amamentação	Acomodação
10 – Uso da chupeta	Preservação
11 – Parto	Preservação e acomodação
12 – Puerpério	Acomodação
13 – Cuidados com o recém-nascido	Acomodação

Fonte: Pesquisa direta: BARUFFI, Lenir Maria. Ações de cuidado desenvolvidas durante a implementação do cuidado cultural. Porto Alegre, 2003.

Quadro 6 - Implementando o cuidado cultural com Melca

Assunto	Modos de Ação de Cuidado
1 – Gravidez não planejada	Acomodação
2 – Preocupação com a estética corporal	Acomodação
3 – Religião	Preservação
4 – Planejamento familiar	Acomodação
5 – Relação sexual	Repadronização
6 – Alimentação	Acomodação
7 – Náuseas e azia	Acomodação
8 – Desejo de fazer exercícios e massagens	Preservação
9 – Amamentação	Preservação e acomodação
10 – Parto	Preservação
11 – Puerpério	Acomodação
12 – Cuidados com o recém-nascido	Acomodação
13 – Uso da chupeta	Preservação
14 – Uso de chá	Preservação

Fonte: Pesquisa direta: BARUFFI, Lenir Maria. Ações de cuidado desenvolvidas durante a implementação do cuidado cultural

ANEXO