

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

**VALORES E CRENÇAS NO PUERPÉRIO: UMA ABORDAGEM
CULTURAL COM PUÉRPERAS, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA**

ANA FLÁVIA DE ALMEIDA E SILVA
CAROLINA DE MELO
FABRÍCIA CARMINA PEREIRA
FABRÍCIA DA CUNHA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0260
Título: Valores e crenças no puerpério : uma
abordagem cultural com puerperas,



972497103 Ac. 241433

Ex.1 UFSC BSCGSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0260
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

**ANA FLÁVIA DE ALMEIDA E SILVA
CAROLINA DE MELO
FABRÍCIA CARMINA PEREIRA
FABRÍCIA DA CUNHA**

**VALORES E CRENÇAS NO PUERPÉRIO: UMA ABORDAGEM
CULTURAL COM PUERPERAS, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada
pertencente a VIII Unidade Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSC. Maria Emilia de Oliveira

Supervisoras: Enf. Sandra Carvalho Ventura Pereira
e Noélia Oliveira Fernandes

Terceiro membro da banca: Prof. MSC. Vitória R.
Petters Gregório

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

Agradecimentos Gerais

Agradecemos a nossa orientadora Mila por aceitar orientar-nos e contribuir com críticas que propiciaram um engrandecimento a essa pesquisa.

A Professora Vitória por ter aceitado ser o 3º membro da banca e as contribuições dadas para a finalização deste relatório.

A Enfermeiras Sandra e Noélia que supervisionaram nosso estagio e ofereceram meios para que atingíssemos nossos objetivos, agradecemos também pelo carisma e acolhimento ofertado a nós.

Aos funcionários do CS por nos ter acolhido como membros da equipe e pela amizade e momentos de descontração. Nosso café da manhã não será mais o mesmo, obrigado pelos “pães com patê”. Sentiremos saudades.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, peças chaves do nosso trabalho, vocês contribuíram muito. Agradecemos principalmente as ACS Eva, Barbi e Fátima, vocês também nos deixam saudades.

As puérperas, RNs e família, por terem nos recebido de “portas abertas”, sem vocês o trabalho não aconteceria.

Ana Flavia (Nika) agradece...

A **Deus**, pois sem a energia Dele eu não estaria aqui.

Aos meus pais **Cláudio e Ângela** pelo apoio em todas as horas e pelo Amor, vocês são especiais. Amo muito vocês.

Aos meus filhos **Rafael e Carlos Eduardo**, que mesmo não entendendo, souberam ou tiveram que compreender por muitas vezes a minha ausência e o meu mau-humor. Vocês são a razão da minha vida, a mamãe ama vocês.

A minha enteada **Letícia** que também me agüentou de mau-humor, mamãe também te ama.

Ao meu marido **Ivandro** que me apoiou e me incentivou nessa trajetória. Obrigado por me agüentar, te amo muito.

Aos meus irmãos **Penha, Claudinho, Marcio e Alex**, não preciso dizer muito, apenas Amo vocês.

A minha única sobrinha e afilhada **Daniela**, você será sempre a princesinha da casa e aos meus sobrinhos **Nicolas e Vinicius**. A tia Nika ama vocês.

A minha avó **Flora**, de onde ela esta, sei que torceu por mim e sabe o quanto contribuiu para que eu chegasse aqui.

A minha avó **Rosinha** e a minha tia **Didi**, pelo incentivo e apoio, vocês também foram importante para que eu chegasse aqui.

A minha cunhada **Jú**, porque se o nome dela não estiver aqui ela não fala mais comigo, e ao meu cunhado **Otavio**. Adoro vocês.

A minha amiga **Negona (Fabrícia)**, por ser a “corda”, ou será a “caçamba”, obrigada por estar junto comigo sempre nessa jornada. Te adoro.

A **Carol**, minha 1ª amiga na universidade, passamos por algumas “crises existenciais”, mas chegamos juntas, também te adoro.

As minhas colegas de faculdade, principalmente **Bere, Bina, Carla, Tati, Catia, Ceci, Daí, Ângela, Fuji, Samira**, e aos meus colegas **Gil e Arnaldo**, vocês são especiais.

Agradeço também a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse ao fim dessa etapa, e desculpem-me as ausências dos nomes.

Carolina (Bafaõ) agradece...

Aos meus pais **Manoel e Firminia**, pelo incentivo e apoio em todas as horas, e pelo amor dedicado. Obrigada por terem aceitado a minha “alemoa” como mais uma filha e fazer por ela o que fizeram por mim também por cuidarem dela nas muitas horas que estive ausente.

Ao meu amor **Dei**, por ser um grande amigo, um acalento nas horas amargas e por sempre me receber de sorriso e braços abertos. Desculpa pelas vezes que te fiz esperar e por tantas outras em que o cansaço venceu a saudade.

A minha filha **Maria Clara**, sem que ainda não compreendes a minha ausência o meu cansaço muitas vezes o meu mau humor que foram conseqüências da ânsia de vencer a luta para conquistar o sonho para poder te dar o melhor. A mamãe te ama!

A família “baby-sitter”, por cuidar da minha pequena com tanto carinho e devoção. Em especial a **Ivone** por ser também uma grande amiga.

As Thunder Cats, **Carol, Dami e Sabra**, onde quer que a vida me leve jamais vou esquecer da amizade e cumplicidade, e nem das “britas” que comemos juntas.

A **negona (Fabrícia) e Ana Flávia**, companheiras “ladinas” do TCC pelas inacabáveis correções, incansáveis horas de leitura, angústia e cansaço compartilhados, jamais vou esquecer tudo que passamos, inclusive as coisas ruins. Valeu pelo café, pela compreensão, pela amizade e pela confiança devotadas.

A turma de enfermagem 2000/1 por terem me recebido no meio do curso, foi muito bom apesar dos bafões básicos. Em especial agradeço ao **Arnaldo, Catita, Sabrina, Janis, Bina, Carla, Gi, Fuji e “lha-lha” Samira**.

Adeus e meus amigos espirituais por me ajudarem nesta caminhada e proporcionarem vivenciar tudo isto.

Fabírcia (negona) agradece...

A minha mãe **Tiana**, por num gesto de loucura e desejo ter me concebido e me tornado sua filha. Estarei sempre certa de que não foi nada fácil ter filhos só e lutar diariamente para criá-los. Desculpa por toda rebeldia, da adolescência, mas tudo esta sendo superado pela amizade e cumplicidade que estamos mantendo ao longo dos anos. Nunca te abandonarei....TE AMO.

A minha Tia **Nenega**, por me amar acima de tudo, até de suas filhas, e defender-me com toda sua vontade, aceitando-me em sua casa e sempre disposta a me agradar, evitando de qualquer forma o meu sofrimento, também TE AMO.

Ao meu irmão **Beto** pelas broncas, conversas e por ter desejado ter uma irmã. Independente de tuas atitudes para conosco (eu e mãe) continuaremos te amando. Aos "irmãos", **Cacá**, **Vinha**, **Lu**, **Bé**, **Flávio** pelo divertimento, pelas dificuldades por todos os momentos compartilhados em família. Vocês são muito especiais.

Aos sobrinhos (filhos que não tenho), **Teteu** pela sua sobriedade, a **Bibi** pela delicadeza e a **Mariazinha** meu trigo roxo pelos palavrões que te ensinei, vocês são a alegria da minha vida, agradeço aos seus pais por me deixarem vê-los crescer. A **Lozinha** pela falta de caráter e compreensão que lhe custarão muito caro ao longo da vida, por ser tão amada por todos, você poderia ser melhor.

A família **Almeida e Silva**, por terem me acolhido e me tornarem parte desta, agradecerei sempre adeus por tê-los posto em meu caminho.

Aos **Amigos** que permanecem e aos que já não se fazem mais presente, de certa forma o aprendizado na academia da vida também foi obtido através de vocês.

As amigas **Ana Flavia** e **Carola**, pelos telefonemas, atenção e a construção de um ideal em comum, juntas começamos, mas com certeza tudo não irá findar por aqui, continuaremos imortalizadas na construção de um trabalho.

Aos colegas de curso, **Arnaldo**, **Ângela**, **Berê**, **Carla**, **Catia**, **Ceci**, **Daí**, **Fuji**, **Gil**, **Tati**, **Sabrina**, **Bina**, Obrigada pelos processos emprestados, pelos estágios e pela bagunça em sala de aula.

Aos **Amores**, todos aqueles que pelo menos uma noite na vida puderam usufruir a minha companhia...

A **São Jorge** por nunca ter me abandonado mesmo nos momentos em que eu pensei estar só, que sempre possa contar contigo para me guiar e iluminar ao longo desta caminhada que ainda deve ser bastante longa.

Fabírcia (Berê) agradece...

A **Deus**, nosso criador, que na sua trindade santa me iluminou, me guiou e me mostrou que quando temos fé e acreditamos que iremos conseguir tudo se torna mais simples e o caminho com mais flores do que espinhos.

Aos meus pais, **Pedro e Verônica**, por terem me dado a vida o amor incondicional, o apoio em todas as suas dimensões o incentivo a continuar quando achava que não deveria mais seguir em frente.

Aos meus irmãos **Felipe e Tiago**, por se fazerem presentes sempre na minha caminhada.

As minhas filhas, **Fabiana e Laura**, e a minha enteada **Luisa**, por serem a razão do meu viver. Peço desculpa pela ausência. Obrigado pelos momentos de carinho depois de mais um dia. Pelo amor que num olhar ou num gesto me faziam ver que viver vale a pena.

Ao **Fabiano**, que mesmo sem saber fez aumentar ainda mais minha vontade de vencer e concluir essa etapa tão importante da minha vida.

Aos meus **amigos**, pelos momentos de lazer, descontração, pelo incentivo, pelo colo. Obrigado por existirem.

A Dona **Eloína**, por cuidar de minhas filhas com tanto amor e dedicação sempre que precisei.

E finalmente agradeço as minhas **companheiras de TCC** pela aceitação, amizade, pelos choros e risos, pela compreensão. Vocês se tornaram parte da minha história.

Oração a São Jorge

*Ó São Jorge, meu santo
guerreiro, insensível na fé em
Deus, que trazeis em vosso rosto
a esperança e confiança, abri
meus caminhos. Eu andarei
vestido e armado com vossas
armas para que meus inimigos
tendo pés não me alcancem,
tendo mãos não me peguem,
tendo olhos não me enxerguem
e nem pensamentos possam ter
para me fazer mal. Armas de
fogo meu corpo não alcançarão,
facas e lanças se quebrarão sem
ao meu corpo chegar, cordas e
correntes se arrebentarão sem
ao meu corpo amarrar. Glorioso
São Jorge, em nome de Deus,
estendei vosso escudo e vossas
poderosas armas, defendendo-
me com vossa força e
grandeza. Ajudai-me a superar
todo desânimo e alcançar a
graça que vos peço. Dai-me
coragem e esperança, fortalecei
minha fé e auxiliai-me nesta
necessidade.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
3. SUPORTE TEORICO	17
3.1 MARCO CONCEITUAL	17
3.2 CONHECENDO A TEÓRICA	17
3.3 CONHECENDO A TEORIA	18
3.4 PRESSUPOSTOS DA TEÓRICA	20
3.5 PRINCIPAIS CONCEITOS DA TEÓRICA	22
3.6 CONCEITOS CONTRUIDOS PELAS AUTORAS	24
3.7 REVISÃO DE LITERATURA	27
4. METODOLOGIA	75
4.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM	75
4.2 LOCAL DE ESTAGIO	78
4.3 POPULAÇÃO ALVO	78
4.4 PLANO DE AÇÃO	79
5. ASPECTOS ÉTICOS	82
6. RESULTADOS	84
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
8. BIBLIOGRAFIA	121
8.1 BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA	121
8.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	125
APÊNDICES	126
ANEXOS	142
PARECER FINAL DO ORIENTADOR	145

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido no Centro de Saúde de uma comunidade do município de São José, com mulheres, recém-nascidos e famílias que vivenciavam o período do puerpério e teve como objetivo compreender os valores e crenças das puérperas em relação ao seu cuidado e do recém-nascido à luz da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Para desenvolvê-lo, utilizamos as técnicas de visita domiciliar, entrevista e observação, baseadas num roteiro previamente elaborado pelas autoras. Ficou evidenciado nos relatos das famílias que o puerpério é pleno de crenças e significados, sendo que as crenças relacionadas aos cuidados com o recém-nascido referem-se ao coto umbilical, ao banho, as cólicas, icterícia, fontanelas, alimentação e cuidados com as roupas. Já quanto aos cuidados com as puérperas, foram citadas crenças em relação à região perineal, cuidados com as mamas e com o útero, retorno às atividades sexuais, cuidados com os cabelos e restrição de alguns alimentos. Muitas destas crenças eram realizadas sem que as puérperas conhecessem os seus significados ou valores, mas elas eram realizadas exatamente conforme indicado por suas cuidadoras, as mães ou sogras. A partir deste estudo, pudemos perceber que compreender e refletir com as famílias sobre estas crenças e sua utilização no cuidado é primordial para que os profissionais de saúde possam implementar um cuidado individualizado e humanizado às mulheres, recém-nascidos e suas famílias.

1. INTRODUÇÃO

A elaboração de um Projeto Assistencial de Enfermagem que foi desenvolvido e implementado durante o estágio curricular obrigatório e agora apresentado na forma deste relatório, faz parte da proposta de desenvolvimento da disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada” da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Através da elaboração e implementação do projeto assistencial, o acadêmico tem a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos e habilidades na área selecionada, inter-relacionar a assistência a fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais, a partir da utilização de um referencial teórico, além de contemplar elementos administrativos e éticos, não somente durante o desenvolvimento do projeto, mas também futuramente em sua prática profissional.

Escolhemos desenvolver o nosso projeto com mulheres puérperas e seus recém-nascidos, bem como as famílias, que vivenciam o período do puerpério.

O desejo de realizar a prática assistencial na área da saúde da mulher abordando também a família e o RN, iniciou-se antes das experiências vivenciadas na disciplina de enfermagem obstétrica e neonatológica, desenvolvida no último ano do curso de graduação de enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

O despertar do interesse pela saúde da mulher foi influenciado por fatos marcantes na vida de cada uma das autoras, tanto na trajetória acadêmica, quanto familiar. Três das autoras vivenciaram o processo de maternidade, sendo que todas foram cuidadas pelas mães no puerpério, resguardo ou quarentena, como elas referem-se a este período. Estes cuidados cheios de carinho, dedicação, mas temperados com muitas crenças, tabus e rituais que precisavam ser seguidas conforme orientado pelas nossas cuidadoras, marcaram

o nosso período de puerpério, e influenciaram a nossa decisão com relação à escolha do tema a ser desenvolvido no trabalho de conclusão de curso.

Sentíamos que, embora muitas vezes quiséssemos desconsiderar aquelas estranhas recomendações, ficava sempre a sensação de que se não as respeitássemos, algo ruim poderia acontecer. Ficava sempre aquela indagação “Parece bobagem, mas será que é verdade? E na realidade, não eram apenas as mães, nossas cuidadoras, surgiam também opiniões de avós, tias e vizinhas, além da benzedeira, senhora respeitada na comunidade, em relação a tratamentos caseiros. Inúmeras eram as orientações. Não se podia abrir a janela, pois se pegasse vento encanado, causava uma recaída. Olhar os pontos da episiorrafia no espelho para ver se estava cicatrizando bem, se não havia sinais flogísticos, também era proibido. Se a mulher fizesse isso, os pontos levariam um mês para cicatrizar e caírem. Tinha ainda a recomendação para não lavar os cabelos antes de quarenta dias, pois a “mãe do corpo” estava aberta e lavando a cabeça, o corpo poderia esfriar e poderíamos morrer de hemorragia.

“Mãe do corpo” parece engraçado, mas é assim que as cuidadoras populares denominam o útero, pois é dentro dele que somos gerados e aconchegados. Enquanto ele estiver aberto, ou seja, no período de quarenta dias após o parto, por isso o termo quarentena, tem que se ter muito cuidado, permanecer em descanso, deitada, se resguardando. Ninguém podia fazer barulho dentro do quarto, este precisava ser mantido na penumbra, tudo para que o recém-nascido não estranhasse bruscamente seu novo lar, pois já que o mesmo se encontrava anteriormente em um local silencioso, precisava ir se adaptando aos poucos a este novo ambiente, pois na linguagem destas cuidadoras, o recém-nascido que se assusta não vinga bem.

Há! O recém-nascido! Cuidado com ele. Não podia pegar de qualquer jeito, pois as arcas poderiam cair. E qual era o jeito certo? Para as avós estava sempre errado o jeito que pegávamos, isto é quando pegávamos, pois tínhamos que ficar quietinhas na cama. E o que era essa tal de arca caída? Na faculdade nunca falaram nada, não havia citações nos livros, e agora? Acreditar ou não?

Ainda tinha o banho com uma gema de ovo dentro da banheira para acabar com o amarelão. O umbigo que tinha que ser enfaixado para não dar hérnia quando o recém-nascido chorasse, enfim muitos rituais e crenças que envolvem esta nova situação para diversas famílias.

Mas afinal, como se define esta série de cuidados e de rituais que envolvem o período do puerpério. Devem ser seguidos ou não?

Na realidade, estes são os cuidados populares, cuidados que são desenvolvidos pela família, compreendendo conhecimentos e habilidades populares e objetivando melhorar uma condição de saúde, modo de vida ou propiciar o bem viver aos membros da família (MALDONADO, 1993).

Todos estes cuidados e ritos devem ser considerados, respeitados e valorizados pelos profissionais de saúde, pois fazem parte da cultura e da história de cada família e de cada comunidade. Segundo Monticelli (1994, p. 48),

os ritos de cuidados são ações desenvolvidas durante o processo no nascimento. Essas ações são plenas de símbolos e significados e tem a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento, quanto de auxiliar na reelaboração ou reorganização simbólica para incorporar o novo (recém-nascido)

Ávila (1998) refere a importância de esclarecer as superstições e tabus sem se impor uma mudança de comportamento das pessoas.

Estas crenças fazem parte da cultura das famílias que vivenciam o período de puerpério, por estas razões, precisam ser conhecidas, compreendidas e refletidas com as mesmas.

Já os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, são cuidados científicos ou profissionais e envolvem toda bagagem científica adquirida pelo profissional ao longo de sua vida acadêmica. Mas, este cuidado profissional também traz embutido as crenças e valores, bem como, a cultura do profissional.

Neste contato, entre o saber profissional e o saber da família, é importante que a equipe de saúde, na qual se inclui a equipe de enfermagem, conheça um pouco da história familiar, daqueles que cuidam e daqueles que opinam sobre o cuidado no domicílio, durante o período de puerpério. Para Santos (2002)

Puerpério (puer = criança, parere = parir) sobre parto ou pós-parto, é o período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam as condições normais.

Este é um período considerado por alguns autores como um período de adaptação entre a mãe e seu bebê, sendo caracterizado por mudanças tanto biológicas como psicológicas. Seus primeiros dias são cercados de emoções intensas e variadas, muitas vezes a mulher sente-se debilitada e confusa e todas essas alterações, provocam uma certa

instabilidade emocional, principalmente diante de tantas informações e cuidadores variados.

Rezende e Montenegro (1995) e Neme (apud Santos, 2002) dividem o puerpério em três períodos distintos: Puerpério Imediato: tem início logo após a dequitação e se estende até o décimo dia pós-parto. Caracteriza-se por regressão das alterações gravídicas locais e sistêmicas; Puerpério Tardio: compreende o décimo primeiro dia até o quadragésimo quinto dia de pós-parto. Inicia-se efetivamente a recuperação genital, especialmente nas mulheres que não amamentam; Puerpério Remoto: é um período de duração imprecisa, que tem início no quadragésimo sexto dia e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto e o retorno dos ciclos ovulatórios normais.

Santos e Zampieri (1998) afirmam que este é o momento onde ocorrem várias modificações físicas e também psicológicas, haja vista que ocorre uma adequação de papéis, e a mulher, de filha e esposa passa a ser mãe, ao passo que o homem, de filho e marido passa a ser pai. Junte-se a este aspecto o emaranhado de emoções no qual a nova mãe se encontra, o que acaba por deixá-la confusa e com uma profunda labilidade emocional.

O que percebe - se no cotidiano, tanto nos Postos de Saúde quanto nos hospitais, é que muitas vezes o conhecimento popular é desconsiderado, pois a maioria dos profissionais de saúde não compreendem o significado do mesmo no meio cultural onde a família está inserida.

Muitas vezes, estes profissionais tentam impor o seu conhecimento não o adequando a cada situação vivenciada, ignorando na maioria das vezes as práticas e conhecimentos populares adquiridos pelo cliente ao longo da vida, além de não considerar as singularidades de cada indivíduo.

Por esta razão, optamos por trabalhar com a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, que utiliza o modelo do Sol Nascente, abordando o cuidado como algo que pode ser mantido, modificado / readaptado ou ainda repadronizado de acordo com a situação que se encontra o cliente e família.

Para Leininger apud Santos, Saucedo e Steupp (1997, p.5) “desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos”.

Sendo assim, consideramos que foi de fundamental importância planejar e implementar um projeto Assistencial voltado para o cuidado à mulher que vivencia o puerpério, interagindo com as práticas de cuidado cultural.

2. OBJETIVOS PROPOSTOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Assistir as puérperas e seus recém-nascidos, no Centro de Saúde de Forquilhas, buscando compreender e refletir, em conjunto, sobre as crenças que envolvem o período do puerpério, utilizando como referencial a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar literaturas pertinentes e que subsidiem a prática assistencial aprofundando os conhecimentos sobre puerpério, cultura, Teoria Transcultural e cuidados com a mulher e recém-nascido no puerpério;
- Realizar reconhecimento geográfico e cultural da comunidade de Forquilhas;
- Interagir com a equipe de enfermagem e multiprofissional do Centro de Saúde de Forquilhas, buscando conhecer a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos nesta Unidade de Saúde;
- Identificar crenças mais comuns que envolvem o período de puerpério na comunidade de Forquilhas;
- Implementar o Processo de cuidar com base nas universalidades e diversidades culturais do cuidado à mulher no puerpério, bem como ao recém-nascido;

3. SUPORTE TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEITUAL

Compreendemos, assim como Nitschke (apud Monticelli, 1994, p.41) marco conceitual como uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõem. Serve para direcionar ou guiar o cuidado de enfermagem. No campo da prática assistencial, deve permear todos os momentos desta, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado.

Optamos pela teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado da Dr^a Madeleine Leininger por entendermos que o tema ao qual demos enfoque (crenças e valores que envolvem o puerpério, quarentena ou dieta) está diretamente relacionado com a cultura na qual a pessoa está inserida, proporcionando uma interação com o cliente-família, de modo a manter, adaptar ou repadronizar seu cuidado culturalmente aprendido e vivenciado.

3.2 CONHECENDO A TEÓRICA

De acordo com George (2000), Madeleine Leininger fez seu curso básico e graduação em Enfermagem, na St. Anthony's School of Nursing, em Denver, no ano de 1948. Em 1950 tornou – se bacharel em ciências, três anos mais tarde obteve o título de mestre em

ciências da enfermagem. No ano de 1965 obteve o grau de Doutora em Ciências Humanas (Antropologia), possui ainda o título de PhD pelo Benedictine College.

Leininger reconheceu a importância dos cuidados de enfermagem nos anos 40, através do reconhecimento que os pacientes demonstraram pela profissão após receberem estes cuidados, a partir de então, passou a focar o cuidado como uma característica dominante da enfermagem.

O seu despertar para o lado cultural da enfermagem, ocorreu nos anos 50, enquanto trabalhava em um lar de orientação infantil, o comportamento diferenciado entre as crianças que lá eram atendidas levou Leininger a concluir que as diferentes culturas eram responsáveis por estes comportamentos variados.

A falta de conhecimento sobre a cultura destas crianças, dificultava um atendimento variado e que contemplasse as diversas diferenças existentes. Essa experiência proporcionou o desenvolvimento da enfermagem transcultural.

No início dos anos 60, Leininger utilizou os termos “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem cultural cruzada”. O cuidado humano para Leininger é central para a enfermagem, como disciplina e como profissão. Para desenvolver sua teoria, Leininger utilizou-se da antropologia para subsidiar os componentes culturais, e da enfermagem utilizou o elemento cuidado.

Em 1985 Leininger publicou a primeira apresentação do trabalho como teoria. Em 1988 apresentou seus pressupostos e definiu alguns conceitos, sendo estes passíveis de alterações ao longo do estudo sobre cultura. Em 1995 publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, research and practice”, além de continuar escrevendo artigos e editando no “Journal of Transcultural Nursing”. (GEORGE, 2000).

3.3 CONHECENDO A TEORIA

A primeira publicação do trabalho de Leininger como teoria ocorreu em 1985, porém as definições orientadoras para os conceitos de cultura vieram à tona em 1991. A teórica afirma que essas definições podem ser alteradas conforme a cultura estudada.

Os pressupostos criados servem como alicerce para as suas idéias de que as culturas diferentes praticam e conhecem o cuidado de forma diferente, mas que existem pontos

em comum nos cuidados praticados nas diferentes culturas. Os pontos comuns seriam as universalidades, e os divergentes, as diversidades (GEORGE, 2000).

A diversidade do cuidado estrutura-se nas variações e diferenças de significados que este apresenta e representa para cada cultura, já a universalidade remete aos significados, valores e símbolos que dominam ou apresentam-se uniformes na forma de cuidar de cada cultura.

Leininger deu à sua teoria o nome de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado e a descreve no Modelo Sunrise (Sol Nascente), (anexo A), onde o cuidado cultural congruente é desenvolvido, sendo valorizado pelos membros da cultura. A finalidade deste modelo seria de auxiliar o estudo do cuidado, e os componentes da teoria, influenciam o estado de saúde e o atendimento prestado aos indivíduos, famílias e grupos.

Leininger salienta que

“o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de cuidado. O objetivo do modelo é auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura”. (GEORGE, 2000 p. 302).

De acordo com George (2000) apesar de não apresentar um processo de enfermagem a ser seguido fidedignamente, pode-se evidenciar que existem pontos em comum entre o processo de enfermagem e o Modelo Sol Nascente, pois ambos representam um processo de solução de problemas, tendo o cliente como foco de sua atenção, porém no modelo proposto por Leininger há uma compreensão e valorização de sua cultura, sendo as diferenças deste modelo. Este modelo possui quatro níveis de focalização: no nível I são focalizados a visão do mundo e do sistema social, o nível II oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, o III focaliza o sistema popular, profissional e a enfermagem. O cuidado cultural e seu planejamento podem ser elaborados pelos três primeiros níveis, onde serão levados em conta significados e atributos do cuidado, conhecer o indivíduo em sua cultura, significados e expressões culturais e análise e comparação entre cuidado popular, profissional e de enfermagem. No nível IV se encontrarão as ações e decisões que guiarão o cuidado de enfermagem, sendo coerentes com a cultura e com os indivíduos que estão ou irão sofrer o processo do cuidado.

Esse modelo focaliza a descoberta dos significados do cuidado que está sendo prestado, focalizando o cliente, valorizando seu conhecimento e compreendendo sua cultura.

Com esta compreensão do cuidado, Leininger deixa claro que o cuidado culturalmente congruente de Enfermagem, só acontece na medida em que ocorrem ações ou decisões assistenciais em conjunto. As decisões e ações de cuidado de enfermagem devem ser coerentes com a cultura e a necessidade do cliente, para isso deve haver a manutenção, acomodação ou negociação do cuidado cultural, sendo que através de suas ações, os profissionais de saúde devem buscar resultados que se ajustem aos valores culturais, crenças e modos de vida satisfatórios a saúde.

A repadronização ou reestruturação do cuidado cultural, compreende ações e decisões profissionais que ajudam os clientes a reorganizar, substituir ou alterar seus modos de vida em relação aos novos padrões de cuidados de saúde. Deve-se propor um novo estilo de vida sem desprezar seus valores culturais e suas crenças, inserindo novas informações e conhecimentos acerca do cuidado prestado, aliando-os aos já existentes.

As ações de cuidado devem ser planejadas em conjunto, para que enfermeiro e cliente possam identificar, avaliar e implementar o cuidado culturalmente congruente.

A teoria da Diversidade e Universalidade apresenta pontos fortes e limitações. A importância da cultura e a sua influência sobre os receptores e fornecedores da assistência de enfermagem são pontos fortes, mas o número reduzido de enfermeiros graduados preparados para proporcionar o atendimento da enfermagem transcultural e a imposição e pré-conceitos demonstram, na prática, as limitações desta teoria. (GEORGE, 2000).

3.4 PRESSUPOSTOS DA TEÓRICA

Pressupostos são entendidos como crença, valores, “coisas” em que se acredita (Ludke apud Monticelli, 1994, p.41) “são significados assumidos arbitrariamente ou tentativamente aceitos que são até certo ponto verdades” DULDT e GIFFIN (apud MONTICELLI, 1994, p.42).

Neste sentido apresentamos a seguir os pressupostos da teórica, bem como de outros autores, que orientaram o desenvolvimento deste trabalho.

Segundo Leininger (apud George 1993; 2000).

▪ O cuidado é a essência da enfermagem e também seu foco único, unificador e dominador.

▪ O cuidado é essencial para o ser humano, saúde, bem estar, cura, crescimento, sobrevivência, enfrentamento das dificuldades ou da morte.

▪ O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.

▪ A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico, cujo propósito maior é servir o ser humano de diversas heranças culturais.

▪ Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão do mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular.

▪ Os cuidados culturais em seus conceitos, expressões, significados, padrões, processos e formas estruturais, podem ser diferentes ou similares nas várias culturas do mundo.

▪ O cuidado cultural é o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem.

▪ O cuidado de enfermagem embora na cultura contribua para o ser humano, indivíduo, família, grupo, comunidade dentro do seu contexto, observa-se que os clientes que experenciam cuidados incongruentes com as suas crenças, valores e modo de vida apresentam sinais de conflito cultural, estresse e preocupação moral e ética.

▪ Os cuidados de enfermagem culturalmente congruentes podem ocorrer apenas quando a cultura e os valores de cuidados expressos, ou os modelos, são conhecidos e usados adequadamente e de maneira significativa pelos enfermeiros com os indivíduos ou grupos na sua prática assistencial.

▪ Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo.

▪ Há dois sistemas de cuidado à saúde: o popular (ou genérico, ou folk) e o profissional (ou oficial). Estes sistemas têm valores e práticas próprias e podem ocorrer discordâncias entre eles em algumas sociedades. (LEININGER apud MONTICELLI, 1994).

▪ As crenças, valores, normas e ritos de cuidado têm uma poderosa influência na sobrevivência humana, crescimento, estados de doença, saúde e bem-estar. (LEININGER apud MONTICELLI, 1994).

▪ O cuidado é a essência da enfermagem, mas não é exclusivo dela. A família também cuida, baseada em suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares, como de profissionais da saúde (BOEHS, 1990).

▪ Além de respeitar e levar em consideração os cuidados populares é imprescindível que o enfermeiro compreenda o contexto cultural dos clientes, famílias e comunidades com que ela co-participa (MONTICELLI, 1994).

▪ As mulheres trazem consigo um vasto leque de crenças, valores, costumes e tradições, que dão um significado ímpar ao cuidado, no que diz respeito ao processo de enfermagem (MAESTRI; LIZ, 1998).

▪ O recém-nascido necessita de atenção e cuidados, pois ainda não é totalmente capaz de cuidar de si, porém, a mulher-mãe, apesar de trazer consigo a capacidade de cuidar de si e do recém-nascido, também necessita de cuidados para vivenciar esta nova etapa de sua vida (MAESTRI; LIZ, 1998).

3.5 PRINCIPAIS CONCEITOS DA TEÓRICA

Os conceitos são fundamentais para direcionar o cuidado com base na teoria escolhida. Por esta razão, buscamos conhecer os conceitos da teórica, bem como de outros autores, sendo que estes serviram de suporte para a construção dos conceitos que foram utilizados neste estudo.

3.5.1 SER HUMANO

São pessoas provedoras de cuidado e capazes de preocupar-se das necessidades, do bem estar e da sobrevivência dos outros. São seres universalmente cuidadores, que vivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com as culturas, necessidades e cenários diferentes (LEININGER apud GEORGE, 1993).

3.5.2 ENFERMEIRA /ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural coerente. A enfermeira é um ser humano que traz consigo, além da sua definição pessoal-cultural do que deve ser o cuidado, todos os significados e práticas do cuidado científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante seu processo de formação profissional (LEININGER apud GEORGE, 1993).

3.5.3 SAÚDE

Estado de bem estar, que é culturalmente definido, valorizado e praticado, e que reflete a habilidade que os indivíduos ou grupos tem em realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatórias. (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI, 1999, p. 97).

3.5.4 COMUNIDADE /SOCIEDADE

Totalidade de um acontecimento, situação ou experiência. Grupo onde os valores, crenças, normas e práticas de vida são partilhados e transmitidos (LEININGER apud GEORGE, 1993).

3.5.5 FAMÍLIA

É a unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Seus membros estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e /ou afinidade (DELANEY apud SANTOS, SAUCEDO, STEUPP, 1997).

3.5.6 CUIDADO CULTURAL

É definido como crenças e valores e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outros indivíduos ou grupo a manter o bem estar, a melhorar uma condição de vida humana ou enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER apud GEORGE, 1993).

3.5.7 PUERPÉRIO

Período cronologicamente variável de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam as condições normais (MELLO, NEME, REZENDE, BURROUGHS, ZIEGEL, CRANLEY apud SANTOS, 2002).

3.6 CONCEITOS CONSTRUIDOS PELAS AUTORAS

Com base nos conceitos dos autores estudados elaboramos os conceitos que nortearam a prática desenvolvida.

3.6.1 SER HUMANO

Ser capaz e com potencialidades para prover seu cuidado relacionando a conhecimentos prévios, levando em consideração aspectos sociais e econômicos do seu meio de interação. Podendo adaptar-se de acordo com as adversidades e transformações do meio onde vive. O ser humano neste trabalho caracterizou-se pela puérpera, recém-nascido, enfermeira e membros da família responsáveis pelo cuidado da puérpera e recém-nascido.

3.6.2 PUÉRPERA

É a mulher recém saída do processo gestacional, que passa por um período de transformações fisiológicas e psicológicas, exteriorizando o papel materno e desempenhando o cuidado a si mesma e a seu filho recém-nascido.

3.6.3 RECÉM-NASCIDO

Ser humano com idade que vai do nascimento ao 28º dia, incapaz de prover seu cuidado necessitando de outro cuidador, podendo este ser sua mãe ou não. Durante este período, passa por várias transformações e adaptações, pois deve manter suas funções fisiológicas fora do útero da mãe, e para isso, necessita de cuidado e atenção. Sofre influência da cultura da mãe, família e da comunidade, onde está inserido.

3.6.4 FAMÍLIA

Menor unidade cultural dentro de uma sociedade, sendo caracterizada por laços sangüíneos e /ou afetivos em busca do bem estar coletivo, através de soluções que mantenham em equilíbrio sua totalidade. Dentro deste contexto pode-se ter esse grupo como detentor e transmissor de conhecimentos populares acerca do cuidado, sendo esses repassados e reconstruídos ao longo das gerações.

3.6.5 ENFERMEIRA

Agente negociador de valores e crenças da puérpera e família durante a implementação dos cuidados prestados no puerpério, na tentativa de mantê-los/ acomoda-los ou se necessário repadronizá-los quando estiverem sendo aplicados de forma nociva. A enfermeira deve durante a assistência levar em consideração a história de vida da puérpera, suas experiências, tipo de parto, valores culturais, crenças e costumes, bem como, a de seus familiares, levando em consideração o cuidado popular, buscando aliá-lo ao cuidado profissional.

3.6.6 PUERPÉRIO

É o período pós-parto, que pode variar cronologicamente, inicia-se logo após o parto e termina tão logo ocorram as modificações fisiológicas geradas pela gravidez. Popularmente esse período varia de 30 a 40 dias, sendo mais conhecido como resguardo, dieta ou quarentena. É um período pleno de crenças e significados, que precisam ser conhecidos e refletidos em conjunto com os seres que o vivenciam.

3.6.7 SAÚDE

Estado pelo qual todo ser humano busca ao longo do seu ciclo vital. O determinante para esse processo são as condições socioeconômicas e culturais onde suas relações são desenvolvidas. Podem variar de acordo com seus valores e crenças, e ser influenciada pela aquisição ou introdução de novos hábitos.

3.6.8 CULTURA

Valores e crenças que fazem parte de uma determinada comunidade, podendo sofrer alterações e influências resultantes do contato com outros hábitos e costumes e da situação vivenciada em um determinado momento. Durante o puerpério esses valores podem ser evidenciados no cuidado que a puérpera presta ao recém-nascido e a seu corpo, bem como, os cuidados que a família presta neste período.

3.6.9 COMUNIDADE

Palco onde as relações entre as diferentes culturas ocorrem, ou seja, grupos de pessoas onde as experiências são compartilhadas e transmitidas entre si. A Comunidade /Sociedade sofre alterações constantes devido à inserção de novos indivíduos ou idéias no grupo.

3.6.10 CUIDADO CULTURAL

Cuidados prestados sem caráter científico, onde o agente cuidador geralmente é um familiar que traz consigo crenças e valores adquiridos em experiências prévias, tendo como principal intuito promover o bem-estar de quem está recebendo o cuidado. É realizado de forma diferenciada ao longo do ciclo vital, podendo sofrer alterações conforme a cultura e o ambiente no qual está inserido o ser humano.

3.6.11 CUIDADO PROFISSIONAL

O cuidado direcionado por um conhecimento científico que segue normas e técnicas pré-estabelecidas. No puerpério, deve contemplar a puérpera e o recém-nascido e as etapas pelas quais ambos estão passando. Deve ocorrer em conjunto com o cuidado cultural, levando em conta suas singularidades e especificidades.

3.7. REVISÃO DE LITERATURA

3.7.1. A CULTURA E SUA IMPORTÂNCIA NO PUERPÉRIO

Popularmente o período de puerpério é também conhecido como resguardo ou quarentena, que se caracteriza num período para que a puérpera e seu RN se conheçam e reconheçam, sendo às vezes, entrelaçado numa rede de crenças e valores muito marcante. A cultura é uma orientação básica inerente à vida, que serve como arcabouço de referência para percepções e julgamentos individuais. As pessoas diferem umas das outras pela sua cultura, pela forma como pensam, percebem e estruturam o mundo. É justamente porque compartilham a cultura que um conjunto de indivíduos tem capacidades e interesses diversos

Da Matta (apud Mendes, 2003) refere que até mesmo opostos, transformam-se num grupo e podem viver juntos, sentindo-se parte de uma mesma totalidade. A cultura influencia os pensamentos e ações no presente e transmitem estas tradições para os futuros membros deste grupo. As crenças relacionadas à causa de uma determinada doença ou à

manutenção da saúde, como no caso do puerpério, constituem parte integrante da herança cultural da família. Muitas vezes, estas crenças estão ligadas á crenças religiosas, outras, são apenas rituais cheios de significados, que são passados de geração a geração, influenciando o modo pelo qual a família lida com os problemas de saúde, e o modo como ela reage as intervenções dos profissionais de saúde (MENDES 2003; MONTICELLI, 1994).

Elementos naturais e sobrenaturais habitam a história das representações de saúde e doença desde os tempos remotos. Os assírios e egípcios acreditavam que o homem era passivo e a doença tinha causa natural ou sobrenatural (com caráter religioso) sendo que, o corpo era visto como um receptáculo para as enfermidades; os hindus e chineses viam o homem como um ser ativo e a doença como causa do desequilíbrio Ying-Yang; para os gregos, as enfermidades eram causadas pela desarmonia dos 4 elementos (água, terra, fogo e ar); na Idade Média os ocidentais acreditavam numa força mística ou bruxaria e o contato entre os homens poderiam ocasionar o contágio. No século XVIII a doença passa a ter uma causa social, surge uma compreensão parcial da anatomia e da fisiologia humana, a partir daí às causas sobrenaturais deixam de ser exclusivas e a doença passa a ter um caráter científico; as descobertas bacteriológicas que surgiram no séc. XIX levaram a unicausalidade das doenças (para cada doença existia um agente etiológico que deveria ser identificado e combatido). Somente durante o séc. XX surge a multicausalidade, onde os fatores ambientais, o agente etiológico e o hospedeiro se inter-relacionam, o desequilíbrio destes causava a doença. Pesquisas científicas continuaram a ser realizadas e tanto a doença como o cuidado passaram a ter caráter científico, e somente o conhecimento científico, que ficou na mão de poucos, passou a ser considerado o correto, e o conhecimento popular passou a ser desprezado, esquecido, sendo procurado e utilizado somente pelas pessoas leigas e de áreas distantes dos centros urbanos onde a tecnologia é menos acessível (WHALEY & WONG, 1997).

O cuidado popular revela as práticas de saúde da população, as quais refletem crenças e valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas é desenvolvida através de experiências de vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, política), (MENDES, 2003).

A família é a primeira sede onde a assistência à saúde é prestada; em qualquer sociedade, as mães e avós diagnosticam e tratam com os recursos que tiverem à disposição. Esta alternativa geralmente inclui crenças, valores e rituais. Para chegar à cura, procura-se muitas vezes, antes da assistência profissional, a ajuda de uma benzedeira ou curandeiro. Estas são pessoas geralmente de bastante idade, moradores antigos e muito respeitados na comunidade. Segundo Whaley & Wong (1997 p.38):

Os curandeiros são pessoas muito poderosas em sua comunidade. Eles ‘falam a linguagem’ da família que procura ajuda e, com frequência, combinam esses rituais e poções com preces e oferendas a Deus. Eles também são capazes de criar uma atmosfera propícia ao controle bem-sucedido. Além disso, eles exibem interesse sincero na família e em seu problema.

O cuidado popular revela as práticas de saúde da população, as quais refletem crenças e valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas é desenvolvida através de experiências de vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, política), (MENDES, 2003).

Ainda hoje os fatores culturais estão presentes e revelam-se nas formas mais simples do cuidado, regendo as ações que direcionam seus medos e práticas, existindo entre os “seguidores” de algumas crenças o medo de revelá-la por medo de ser discriminado ou repreendido, ou ainda ser motivo de chacota. Na maioria das vezes não existe uma explicação para as ações tomadas e as regras a serem seguidas, simplesmente faz-se, temendo o mal ou o castigo devido à regra infringida (MENDES, 2003).

Os significados culturais estão presentes em todo o processo do nascimento. No período que envolve o puerpério, há predominância da cultura em relação às forças naturais e sobrenaturais. Forças naturais que são mais comumente consideradas no puerpério incluem o ar frio, a lua e esforços físicos. Acredita-se que a mulher que está no resguardo, não está com o corpo devidamente protegido, em virtude da “mãe do corpo”, o útero, estar aberta, devendo evitar a exposição a fatores que possam interferir na recuperação da mesma. Por este motivo, é que é recomendado a puérpera, preservar-se durante os 40 dias do resguardo, que é mais ou menos o tempo que o útero leva para cicatrizar a ferida placentária, ou seja, quando a “mãe do corpo” se fecha. As puérperas devem evitar exercícios físicos para que a mãe do corpo não saia, ou seja, para que o útero não se desprenda do assoalho pélvico. Algumas destas recomendações se aplicam também ao recém-nascido, pois ele não tem o corpo maduro para

se proteger de possíveis doenças. Com relação á lua, acredita-se que ela tem o poder de mexer com a fisiologia do corpo, principalmente com o sistema digestivo do recém-nascido. É evitado, por exemplo, deixar as roupas da criança expostas, pois isto acarreta em uma diarreia esverdeada. Quando isto acontece, diz-se que as roupas pegaram lua. As roupas do recém-nascido também não devem ser torcidas ou batidas para evitarem cólicas (MENDES, 2003; WHALEY & WONG, 1997).

Já as forças sobrenaturais, relacionam-se com o “mau-olhado” ou “olho gordo”. É uma crença muito comum, mais relacionada com o recém-nascido. As famílias costumam amarrar fitas vermelhas, colocarem figas por debaixo das roupas para protegerem dos olhares daqueles que, para elas, estão com inveja da beleza e robustez da criança. Os recém-nascidos e crianças menores, em virtude do seu corpo ser imaturo em relação às forças internas, são especialmente vulneráveis ao “mau-olhado”. Logo, relacionam o “mau-olhado” ao início inexplicável de doenças com sintomas de agitação, choro, diarreia, vômito e febre (WHALEY & WONG, 1997).

Ainda no período do puerpério, a mulher sofre uma série de restrições com relação às atividades que envolvem esforço físico, e as ligadas ao trabalho doméstico. Com isso, surge a figura do cuidador, ou melhor, cuidadora familiar. Geralmente, estas são as avós maternas, cheias de experiência que vêm passar à filha ou nora, seus conhecimentos, práticas e saberes. As ações de cuidado durante e após o processo de nascimento, estão relacionadas aos atributos e significados que as pessoas dão a puérpera, de que “não está doente, mas pode ficar se não se cuidar direito” (MONTICELLI, 1994).

Várias proibições à mulher que está no resguardo têm como propósito protegê-la e prevenir de possíveis doenças que venham a se instalar. A mulher não deve pegar vento, sereno, não deve varrer a casa, não deve arrumar móveis, ou seja, deve se resguardar por completo das atividades domésticas. Também são citadas as proibições quanto à ingestão de certos alimentos e cuidados de higiene, sendo que a lavação dos cabelos durante o resguardo pode levar à recaída (MONTICELLI, 1994).

Segundo Almeida (2000 p.37):

... a puérpera não lava a cabeça porque o sangue é recolhido, deixando-a doente; não pode comer alimentos ácidos, pois provoca cólicas no bebê; precisa

permanecer em repouso no leito, porque o resguardo deve ser mantido para não afetar sua saúde.

As crenças, apesar de não serem aceitas pelo saber científico, permanecem na imaginação de muitas mulheres, que, diante da impossibilidade de seguir a dieta, ou resguardo, temem ficar “estragadas”.

No que se refere aos significados das crenças com relação aos alimentos, nota-se que os cuidados com a alimentação ultrapassam o simples cuidado com o corpo da puérpera. Essas crenças traduzem a cultura dos indivíduos que convivem com a puérpera e que participam dos cuidados no resguardo; os alimentos são cercados de símbolos. A relação dos alimentos permitidos e proibidos ganha uma classificação de “quente / frio”. Como a mulher está no resguardo, seu corpo está quente, logo lhe são proibidos os alimentos frios ou gelados, sendo permitidos apenas os alimentos quentes. Entram nesta categoria os populares chás, que, embora sirvam para tratamento de diversos problemas, podem ser usados para prevenção de possíveis doenças, sendo sempre servido quente. Algumas crenças como não ingerir certos alimentos e não comer comida requentada não tem explicações populares, as puérperas simplesmente fazem com medo que possa acontecer algo ruim que ela desconhece (MONTICELLI, 1994).

Muitas pessoas acreditam que algumas doenças se manifestam da invasão de excessivo calor ou frio no organismo, devendo ser tratada pelo princípio de contraste, ou de oposição, através de remédios, plantas medicinais e alimentos. Com relação à higiene, também se relaciona o conceito de “quente / frio”. Tem-se a crença de que a mulher no resguardo não pode lavar a cabeça, pois o corpo, que no resguardo fica quente, irá esfriar, podendo causar a “recaída”. Monticelli (1994) relata que a “recaída” é temida por todas as mulheres, pois se o resguardo não for seguido corretamente neste período em que seu corpo, devido às transformações sofridas no parto, está mais vulnerável, vem a sofrer a “recaída”.

No Antigo testamento, encontramos a prática do resguardo e da privação no período do puerpério, quando LEVÍTICO (1982. P. 115) diz:

Se a mulher conceber e tiver um varão, será imunda sete dias, assim como nos dias de separação de sua enfermidade será imunda. E no oitavo se circuncidará ao menino a carne do seu prepúcio. Depois ficará ela trinta e três dias no sangue de sua purificação; nenhuma coisa santa tocará, e não virá ao santuário até que se cumpram os dias de sua purificação. Mas, se tiver uma fêmea, será imunda

duas semanas, como na sua separação; depois ficará sessenta e seis dias no sangue da sua purificação

É necessário que os profissionais de saúde entendam os valores e as crenças da puérpera e sua família, a fim de minimizar o choque entre os saberes e evitar a formação de pré-conceitos. Conhecer a puérpera e compreender a sua realidade são fatores essenciais para que ocorra uma boa interação, na qual o cuidado não é imposto, mas sim negociado, mantido, preservado ou repadronizado.

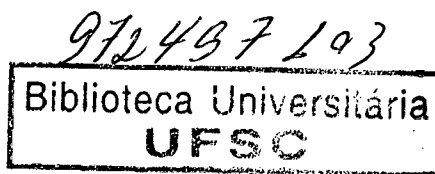
3.7.2. CONHECENDO AS CRENÇAS

São muitas as crenças que envolvem o período de puerpério, por esta razão sentimos necessidade de conhecer algumas delas, para tanto conversamos com por duas benzedoras da comunidade de Forquilhas conhecidas por Dona Diná e Dona Maria que gentilmente nos ofereceram as informações abaixo:

I) - Arca-caída / costelinha grudada:

Popularmente conhecida como a “saída do lugar” (deslocamento) das últimas costelas (anatomicamente chamadas de costelas flutuantes ou vertebrais). As arcas / costelas saem do lugar em virtude do mau jeito com que se pega a criança no colo. As pessoas mais antigas recomendam para sempre que for tirar a criança do berço ou carrinho, não pegá-la por debaixo dos braços. A explicação é que os braços da criança ainda são muito fracos e não suportam o seu peso, forçando as costelas para baixo, fazendo com que “saiam” do lugar. É reconhecida (diagnosticada) por alguns sinais bem característicos:

- ♣ Choro vigoroso e estridente;
- ♣ Recusa alimentar;
- ♣ Sono agitado, com despertar repentino e com choro estridente;
- ♣ Vômito
- ♣ Diarréia
- ♣ Febre



Quando a criança está apresentando vômito, diarreia e febre, diz-se que a criança já está com “pontada” (pneumonia). Para confirmar se a criança está mesmo com as arcas-caídas, é realizada uma medida da abertura das arcas, que é feita da seguinte maneira:

Retira-se toda a roupa da criança, deixando-a somente de fralda. Faz-se a medida das arcas colocando a criança de bruços sobre a cama, pegando o braço direito tentando encostar a mão, sem forçar, no calcanhar da perna esquerda, e vice-versa. Caso a medida de um dos lados ou ambos não encostarem, é porque as arcas estão caídas. O tratamento caseiro é a “fermentação” (massagem) das arcas, para que voltem para o lugar. A fermentação é feita com banha de porco, de galinha ou óleo de cozinha esfregando nas mãos até aquecê-las. Começa a fermentar a criança pelos ombros, passando pelo peito, costelas até as costas. Enquanto fermenta, faz-se a seguinte reza, conforme benzedeira:

“O Sol e a Lua andam pelo ar,
que as arca caída tornem seu lugar.
em nome de Deus e da Virgem Maria”

Depois de benzida, o peito da criança é enfaixado até metade do abdome. Orienta-se benzer por três dias seguidos e a cada benzedura, faz-se nova fermentação trocando a faixa usada por uma limpa.

II) – Cobreiro

Conhecido cientificamente como Herpes zoster; é uma ferida causada pelo contato da pele com veneno ou excreção de algum animal, geralmente cobra, sapo, aranha, rato, ou poeira. Sua evolução é rápida, devendo ser tratado logo que os sinais apareçam. Os sinais são os seguintes:

- ♣ Coceira
- ♣ Pequenos pontos vermelhos (mácula)
- ♣ Pontos maiores (pápulas) esbranquiçados
- ♣ Bolhas

Estas bolhas secretam uma água, e por onde esta água passa, o cobreiro evolui. As benzedadeiras falam que o cobreiro é uma doença que deve ser curada rápido, não devendo deixar nunca que ele “cruze”, ou seja, que ele estando, por exemplo, de um lado do rosto, passe para o outro lado, pois se isto acontece, o cobreiro se alastra para dentro do corpo, não tendo mais cura. A crença se baseia na força do veneno do animal, por isso não se deve permitir que o cobreiro evolua (alastre-se). Por ser causado por um animal, a crença diz que o cobreiro não é curado com remédio de farmácia, sendo, pois o veneno fortalecido quando se utiliza algum remédio alopático

Tratamento: Queima-se palha de alho num pouco de azeite, até formar um emplasto. Deixa amornar e coloca em cima do cobreiro. Também é feito uma pulseira com nove dentes de alho, que deve ser trocada a cada vinte e quatro horas, sendo substituída por outra, diminuindo um dente de alho, e assim sucessivamente por nove dias até que reste somente um alho na pulseira.

A reza para cobreiro é a seguinte:

“Ia a mãe com seu filho bento pelo caminho, viram um fogo brabo arder.

Perguntou a mãe pro seu filho: que fogo é esse que arde?”.

Respondeu o filho pra mãe: é o fogo, o coblo, o zague e a quizema.

Perguntou a mãe pro seu filho: Com que se mata esse fogo?

Respondeu o filho pra mãe: com bafo de boca e cuspe de boca.

Em nome de Deus e da Virgem Maria” .

Esta reza deve ser rezadas nove vezes seguidas, devendo a pessoa ser benta por três dias consecutivos.

III) Triza / amarelão / tirizia:

É conhecido cientificamente como icterícia. A causa atribuída a esta intercorrência, não é muita bem esclarecida pelas pessoas, até mesmo pelas mais antigas. Diz-se apenas que é porque o “corpo da criança ainda não está maduro”. As crenças para combater a triza incluem desde o cuidado com vestuário até a higiene do RN. A criança deve sair da

maternidade com roupas amarelas, para não pegar triza. Suas roupas de cama também devem ser amarelas.

Tratamento: Durante três dias seguidos, coloca-se uma gema de ovo crua dentro da banheira na hora em que a criança for tomar banho. Também é colocada no braço da criança uma pulseira feita com linha amarela e agulha virgem. Também são utilizados nove dentes de alho, que são diminuídos a cada dia, até restar um dente apenas. A explicação para o uso do alho, é que os dentes irão “puxar para fora” todo amarelão, por isso a pulseira tem que ser trocada todos os dias, para ir limpando o corpo da criança.

IV) Zipra

A zipra é popularmente definida como uma ferida que infecciona, geralmente quando “pega friagem ou molhadura”. No local da ferida, aparecem os seguintes sinais:

- ♣ Vermelhidão (hiperemia):
- ♣ Dor
- ♣ Calor
- ♣ Inchaço (edema)

Tratamento: Faz-se uma massagem, com um pouco de azeite no local onde está a zipra. Enquanto a massagem é feita, reza-se o Pai Nosso e a Ave Maria. A massagem pode ser feita também com um pouco de lã de carneiro embebida em azeite. A explicação para a utilização do azeite com a lã de carneiro é porque a zipra é causada por uma “friagem” que o corpo pega, e a lã e o azeite usados como massagem, esquentarão o local. Depois de feita a massagem, polvilha-se um pouco de trigo. O trigo serve para “segurar” o calor que foi produzido pela massagem.

Dentre as benzeduras de zipra, tem-se as seguintes:

“A zipra deu na pele,
da pele deu na carne,
da carne deu no sangue,
do sangue deu na veia,
da veia deu no osso,

do osso deu no tutano,
do tutano foi pro mar.
Peço a Virgem do Rosário
que aqui não volte mais.”
“De onde vens Pedro Paulo?
De Roma Senhor.
Me conta o que viste por lá?
Morre muita gente Senhor.
De que, Pedro Paulo?
De Zipra, zipela, moro e jagueta”
“Bem aventurado
na sepultura de Deus.
Nasceste e criaste
E não fosse semeado.
Cria rosa nesse chão
Zipra, zipela, zipelão.
Em nome de São Zigue
São Felipe e São Silvestre
E no nome de Nosso Senhor Jesus Cristo
Que é meu Divino Mestre
Em nome de Deus e da Virgem Maria”.

V) Olho gordo / mau olhado / quebranto

Os antigos falam que algumas pessoas possuem olhar forte, mas algumas pessoas não sabem que possuem tal poder. Na casa das pessoas mais antigas, ou de pessoas mais supersticiosas, sempre tem uma folhagem de comigo-ninguém-pode, arruda ou vasos com sal grosso, alho e carvão, que servem para espantar o mau olhado de quem entra na casa. Os antigos falam que às vezes, o olhar da pessoa é tão forte que quando ela entra numa casa que tem a planta comigo-ninguém-pode, a planta “chora” (pinga água pela ponta das folhas), em virtude da inveja do visitante. Quando o olho gordo cai sobre a pessoa adulta, ou porque é muito bonita, simpática, feliz, a pessoa sente alguns sinais:

- ♣ Desânimo
- ♣ Fraqueza
- ♣ Bocejos constantes sem estar com sono.

E quando caí sobre a criança pequena, os sinais são:

- ♣ Recusa alimentar
- ♣ Choro constante
- ♣ Sono agitado

Para benzer de mau olhado, a pessoa que vai ser benta deve estar sentada, e se for criança, deve ficar no colo da mãe. Benze a pessoa pelas costas e pela frente, nove vezes com um ramo de arruda ou alecrim, e benze-se com a seguinte reza:

“Fulano (nome da pessoa) eu te benzo
Se for quebranto, inveja, mau olhado
Olhar de bem querer.
Quem há de tirar será a
Virgem Maria com três ramos verdes
E três pingos de água benta.
Em nome de Deus e da Virgem Maria”

3.7.3. AS ERVAS E SUAS FUNÇÕES EM NOSSO ORGANISMO

Optamos também por fazer uma revisão sobre ervas, devido ao fato das puérperas fazerem muita referência ao uso de chás. Conforme Balbach (1988); Simões e Tavares (1998), as ervas são usadas para varias finalidades e algumas delas estão descritas abaixo:

As Ervas Medicinais e seu uso popular

Agrião - *Nasturtium officinale*

Princípios ativos: óleo essencial de isosulfocianato de arila, responsável pelo seu sabor. Contém ainda iodo, ferro, enxofre, potássio, fosfatos e cobre. É indicado como diurético, digestivo, antigripal, acelera o metabolismo.

Alecrim - *Rosmarinus officinalis*

Conhecido também como alecrim-de-jardim. Princípios ativos: óleos essenciais (borneol, acetato de bornila e alfafineno, na primavera; cânfora e eucaliptol, no outono), ácidos orgânicos e flavonóides. É indicado como estimulante geral, combate infecções hepáticas e biliares, gota e reumatismo. Sua infusão pode ser utilizada para tratamento de caspa e na prevenção da calvície. Também é utilizado como cicatrizante de feridas

Alho - *Allium sativum*

O alho tem um odor marcante e persistente. Princípios ativos: enxofre, cálcio, cobre, ferro, magnésio, fósforo, potássio, selênio, zinco e as vitaminas A, B, B2 e C. Indicações: equilibra a pressão arterial, antigripal, febrífugo, antibiótico natural. É, contudo, contra-indicado para as mulheres que amamentam, pois seus compostos produzem cólicas no lactente.

Arruda – *Ruta graveolens*

Também conhecida popularmente como arruda-fedorenta, arruda doméstica e arruda-dos-jardins. É muito cultivada em jardins por suas folhas aromáticas. Muito utilizada para mulheres com amenorréia, como calmante, vermífugo e para combater sarna.

Boldo - *Peumus boldus*

Também conhecido como boldo-do-chile, tendo como indicações, analgésico, calmante, digestivo, diurético, hepático e no tratamento de cálculos biliares.

Cainca - *Chiococca Alba*

Também conhecida como cipó-cruz, raiz-do-frade, caninana e raiz-fedorenta. Tem indicação para ação diurética, purgativa, emética, no tratamento de reumatismo, ascite e hidropisia e contra mordedura de cobra.

Calêndula - *Calendula officinalis*

Princípios ativos: óleo essencial, carotenóides, mucilagens e flavonóides, tendo indicações para ação antisséptica, cicatrizante, vasodilatadora, tônico dermatológico, reguladora da pressão e antiinflamatória.

Camomila - *Matricaria chamomilla*

Também conhecida como maçonilha. Princípios ativos: atemina, responsável por sua ação terapêutica, presente nas flores. Apresenta ainda os ácidos antelmíntico, cerótico e limólico, e glicose. É indicada como digestivo sudorífico e calmante.

Canela-de-cheiro – *Oreodaphne opifera*

Também conhecida como canela caseira. Da sua árvore é extraído um óleo aromático, que é usado em unguentos, para fricções, nos reumatismos e nas contraturas dos membros (membros encolhidos).

Capim-limão - *Andropogon schoenanthus*

Também conhecido como capim-cidrô, capim-santo, citronela, erva-cidreira, capim-cidrão e capim-cheiroso. Princípios ativos: óleo essencial citral e tanino. Indicações: digestivo, calmante, diurético e antigripal.

Cidreira (erva-cidreira ou melissa) - *Melissa officinalis*

Seu nome deriva do fato de produzir um mel dulcíssimo. Princípios ativos: óleos essenciais citral e citronela, e tanino. Tem ação digestiva e calmante.

Erva-de-santa-maria (mastruz) - *Chenopodium ambrosioides*

Princípios ativos: ascaridol (óleo essencial). Indicações: vermífugo. Atua também no combate a doenças respiratórias.

Espinheira-santa - *Maytenus ilicifolia*

Também conhecida como sombra-de-touro, cancorosa, cancerosa. Pode ser misturada ao chimarrão para aliviar gastrite e azia. Princípios ativos: tanino e óleo essencial. É indicada para tratamento de úlcera, gastrite e azia.

Funcho (erva-doce) - *Foeniculum vulgare*

Princípios ativos: flavonóides e glicose, nas raízes, e óleos essenciais (anetol e carvol) nas sementes. Indicações: diurético, digestivo e tônico geral. Utilizado por mulheres que amamentam para aumentar a secreção de leite.

Guaco - Mikania laevigata Schultz

É utilizada como expectorante, anti-reumático, para afecções do trato respiratório, no alívio de febres moderadas. No meio rural, é utilizado contra mordida de cobra e de insetos venenosos.

Hortelã - Mentha piperita

Odor característico e penetrante; sabor ácido. Princípios ativos: mentol (óleo essencial), tanino e glicose. Indicações: digestiva, antisséptica, antiespasmódica.

Lágrima-de-santa-maria – Caesalpinia bonducella

Também conhecida como carnicula, inimbóia, olho-de-gato e bonduque. É utilizada para tratamento de asma e erisipela.

Losna - Artemisia absinthium

Utilizada como coletérica, colagoga, emenagoga, diurética, vermífuga, antifebril e carminativa.

Malva - Malva silvestris

Também conhecida como malva-selvagem e malva-maior. É utilizada sob forma de cataplasma, banhos e gargarejos, em contusões, hemorróidas e inflamações da boca e garganta.

Marcela - Achyrocline satureioides

Utilizada como digestiva, antiespasmódica, carminativa, colagoga, eupética, antiinflamatória, emenagoga e para diminuir a taxa de colesterol.

Melissa - Melissa officinalis

Também chamada de erva-cidreira. Sendo utilizada para problemas de nervos, insônia, dores de cabeça, dor de dente, reumatismos, distúrbios gastrintestinais.

Pata-de-vaca - Bauhinia candicans Benth

Conhecida como unha-de-vaca, pata-de-boi e unha-de-boi. Utilizada como hipoglicemiante hipocolesteremiante e diurética.

Sabugueiro - Sambucus nigra

Utilizada como diurética, sudorífica, anti-reumática, laxante suave e em afecções respiratórias. Externamente é utilizada no tratamento de dermatoses e furúnculos, sob forma de compressas ou cataplasma, pela suas propriedades emolientes, adstringentes e cicatrizantes.

Quebra-pedra - Phyllanthus niruri

.Princípios ativos: glicosídeos, flavonóides, alcalóide filocrisina (concede o sabor amargo), ácidos, tanino e mucilagem.Indicações: diurético combate males do sistema urinário e da próstata.

Funções das Ervas nos diversos Sistemas

Sistema Respiratório. É mais comum encontrar ervas que protegem partes desse sistema do que outras que aumentem sua capacidade respiratória ou metabólica (oxidação). A atuação das plantas sobre o aparelho respiratório pode ser:

Antigripal - combatendo as gripes. Exemplos: alho, agrião, canela, capim-limão;

Expectorante - diluindo as secreções da garganta e do pulmão, facilitando a sua expulsão. Exemplos: agrião, assa-peixe, erva-de-santa-maria (mastruz),eucalipto,tília,sálvia e rúcula;

Antiexpectorante - amenizando tosses;

Analgésica - reduzindo dores da garganta. Exemplo: malva;

Antiinflamatória - aliviando irritações da garganta. Exemplo: assa-peixe, calêndula, malva.

Sistema Nervoso: Atuando sobre os neurônios, agindo sobre a produção de neurotransmissores, bem como influenciando os fatores citados acima, as plantas podem ter as seguintes ações sobre esse sistema:

Calmantes - reduzem a excitação cerebral. Exemplos: alface, capim-limão, erva-cidreira, valeriana, baunilha, aipo, alfavaca (manjerição);

Sedativas - calmantes mais drásticos. Exemplo: papoula, anil;

Estimulantes - incrementam a atividade cerebral e neurológica. Exemplos: café, guaraná, mate, ginseng, ginkgo-biloba;

Alucinógenas - causam distúrbios à atividade cerebral. Exemplo: coca, mandrágora, estramônio.

Aparelho Digestivo

As ervas podem ter as seguintes atuações sobre esse sistema:

Digestiva - auxiliando no desdobramento das moléculas dos nutrientes. Exemplos: agrião, alface, camomila, capim-limão, carqueja, dente-de-leão, erva-doce, hortelã, louro;

Hepática - aliviando os trabalhos do fígado. Exemplo: boldo, carqueja, chicória, hortelã;

Vermífuga - eliminando vermes do tubo digestivo. Exemplo: erva-de-santa-maria (mastruz), alho, cebola, hortelã, semente de abóbora;

Antidiarréica - amenizando os movimentos dos intestinos e aumentando a sua capacidade de absorção de água. Exemplos: goiaba (chá das folhas), camomila, pata-de-vaca;

Laxativa - atuando igualmente nos intestinos, porém com efeitos opostos às ervas antidiarréicas. Exemplos: anis, alcachofra.

Purgativos - laxativos mais drásticos. Exemplo: erva-de-santa-maria.

Depurativas - auxiliam o fígado na sua função de retirar do sangue resíduos hormonais, metabólicos e tóxicos. Diz-se que 'afinam' o sangue. Exemplo: dente-de-leão, alcachofra.

Antiácida - combatendo úlcera, gastrite e azia. Exemplo: espinheira-santa.

Sistema Cardiovascular

As ervas atuantes sobre esse conjunto podem agir como:

Cardiotônicas - estimulando os batimentos cardíacos. Exemplos: espirradeira, dedaleira, canela;

Estimulantes - cardiotônicos mais brandos. Exemplos: alecrim, salsa, alho, alcachofra;

Reguladoras da pressão sanguínea - aumentando a elasticidade das paredes das vias circulatórias e assim reduzindo essa pressão, ou operando no sentido oposto. Exemplos: capim-limão, aipo, calêndula (reduzem a pressão), alho (controla-a), sete-sangrias.

Antianêmicos - fornecendo ferro ao sangue. Exemplos: verduras de cor verde escura (espinafre, brócolis, couve, alcachofra).

Aparelho Urinário

Exemplos de ervas utilizadas: mate, quebra-pedra, boldo, erva-doce, capim-limão, carqueja, congonha-do-campo, aspargo.

Sistema Endócrino

As ervas medicinais podem constituir-se em intervenções diretas sobre o sistema endócrino, sendo importante, então, relacionar cada glândula às ervas a que é susceptível.

Tireóide. Algumas ervas atuam sobre a função reguladora de temperatura, combatendo as febres e por isso são chamadas febrífugas: alho, baunilha, canela. Outras são sudoríferas: arruda, cardo-santo, alfavaca (manjerição).

Pâncreas - Ervas digestivas e, sobretudo aquelas que controlam a diabetes podem atuar sobre esta glândula: carqueja, ginseng, pata-de-vaca, confrei, jaborandi.

Supra-renais. As ervas relacionadas são aquelas que afetam a pressão arterial: alho, aipo, capim-limão.

As ervas relacionadas com a função sexual feminina são chamadas:

Emenagogas - quando induzem a menstruação. Exemplos: açafraão, alecrim, erva-de-santa-maria ou mastruz, arruda, salsa;

Abortivas - erva-de-santa-maria, babosa (ingestão), arruda, jasmim, alecrim;

Antiespasmódicas - quando reduzem as cólicas: açafraão, anis, calêndula, salsa.

Galactagogas - quando induzem o aleitamento: anis, badiana, erva-doce, cidreira.

A hortelã é contra-indicada para lactantes por inibir a produção de leite.

Afrodisíacas - estimulantes sexuais: urucum, mandrágora, catuaba-verdadeira, guaraná, café, pimenta, ginseng, canela.

Anticoncepcionais - impedem a ovulação: estévia.

As ervas que afetam as funções sexuais do homem são as seguintes:

Afrodisíacas - estimulam a atividade sexual: urucum, guaraná, mandrágora, catuaba-verdadeira.

Previne a impotência - ginseng, canela, pimenta. O chá calmante de capim-limão, se consumido em excesso durante algum tempo, pode levar à impotência.

Outras Aplicações:

Antissépticas: arnica, bardana, limão, eucalipto, malva-branca, mil-folhas.

Adstringentes: pedra-ume em pó, babosa, agrimônia, mirra em pó, carvão vegetal, bálsamo-do-peru, hera terrestre, cardo-santo, mil-folhas, alecrim.

Falta de apetite: fumária, trevo d' água, menta, alecrim, quássia, dente-de-leão.

Sudoríparas: salsa-parrilha, angélica, sauco, camomila e sabugueiro.

Método de Preparo das ervas

Cataplasma

As ervas são trituradas junto a um óleo vegetal (utilizado normalmente como veículo) e são aplicadas quentes sobre a região afetada.

Compressas

As partes da planta esmagadas numa solução fria são aplicadas diretamente no local a tratar.

Contusão

Pila-se a parte da erva a ser utilizada. Modo de preparar a planta para cataplasmas, compressas ou decocções.

Decocção

É a fervura das partes da planta: folha, flores, casca, raiz, sementes ou fruto. Devido à fervura, mesmo os princípios ativos mais potentes podem ter seus efeitos amenizados. De modo geral, essa bebida cumpre suas tarefas terapêuticas a longo prazo.

Destilação

É o processo pelo qual retiram-se das ervas seus óleos essenciais a serem usados em massagens, inalações ou banhos.

Extratos

As ervas postas em solvente (água ou álcool) absorvem-no e permitem a evaporação de seu excesso.

Infusão

A parte da planta é escaldada em água quente durante cinco minutos, preservando a bebida da redução de seus princípios ativos durante a fervura (decocção). Utilizam-se infusões também em gargarejos.

Maceração

Num recipiente, sobre a parte da planta a ser utilizada despeja-se água pura, álcool, óleos vegetais ou mesmo vinho e aguarda-se até que o líquido libere os princípios ativos. Esse tempo de maceração pode variar de uma semana até um mês

Pós e tinturas

Utilizados em casos de extrema gravidade por possuírem altas concentrações de princípios ativos. As partes da planta são pulverizadas e conservadas numa solução feita de água e álcool nas mesmas proporções (1:1).

Pomadas e unguentos

Usam-se substâncias gordurosas ou gelatinosas como veículo para os princípios ativos

Vinagres

As ervas são mergulhadas em vinagre de maçã, arroz ou malte por duas semanas ou mais.

Xarope

As ervas são misturadas a algum tipo de açúcar e fervidas até formar-se uma calda. Muito comuns no tratamento das vias respiratórias.

3.7.4. ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS DO PUERPÉRIO

Puerpério normal

Popularmente este período é também conhecido como resguardo ou quarentena, que se caracteriza num período necessário para que a mulher, agora mãe e seu filho se conheçam e se reconheçam.

A duração do puerpério tem início logo após a expulsão da placenta e das membranas ovulares, em relação ao seu término, é um período de duração imprecisa, variando com a presença ou não da lactação.

A involução e a recuperação da genitália

Pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia): é denominado de crise genital, onde as estruturas que estavam hipertrofiadas devido à gravidez, começam a sofrer fenômenos involutivos. O fundo uterino desce do escavado epigástrico para situar-se acima da cicatriz umbilical, permanecendo contraído, sendo que esta atividade contrátil, indolor, prossegue por um certo período de tempo. A retração e contração do miométrio asseguram a hemostase da ferida placentária e redução ponderável do fluxo dos vasos uterinos. O elemento essencial para que ocorra a hemostase, é a formação do globo de segurança de Pinard que permite que as ligaduras vivas contraíam os vasos parietais pelo miométrio que esta bem contraído, fenômeno que começa logo após a expulsão da placenta. (REZENDE, 1995).

Ainda de acordo com Rezende (1995) nas primeiras doze horas de pós-parto, o fundo uterino coloca-se a 12 cm de distância da reborda púbica, sendo que até o 10º, dia o útero está localizado no abdome, retornando a pelve. O colo uterino inicialmente tem uma consistência flácida e suas bordas estão distendidas e irregulares, apoiando-se na porção posterior da vagina. Seu orifício externo passa a exibir uma fenda transversal, atestando a paridade da mulher. Na lactante, a involução uterina é mais rápida, devido à contração e retração uterina. Ao mamar, o recém-nascido estimula os mamilos e a árvore galactófora, causando contrações uterinas referidas como cólicas, sendo chamado de Reflexo Uteromamário. A vagina apresenta-se edemaciada, arroxeadada, congestionada e dilatada por um período de três semanas, as lacerações perineais cicatrizam e os restos do hímen transformam-se em nódulos fibrosos, chamados carúnculas mirtiformes.

Após o parto ocorrem perdas que escoam pelo trato vaginal, designadas de lóquios. Os lóquios constituem-se de secreções resultantes da produção de exsudatos e transudatos misturados a elementos celulares descamados e sangue, que procedem da ferida placentária, do colo uterino e da vagina. Os lóquios tem um odor característico, sendo comparado e descrito como o odor do sangue menstrual. Sendo o odor fétido, a coloração e quantidades alteradas são indicativos de infecção do endométrio, colo ou vagina. Os lóquios podem ser classificados de acordo com a quantidade e característica em três tipos:

•**LOCHIA RUBRA** (cruenta) são vermelhos ou sanguinolentos, estão presentes nos três a quatro primeiros dias. São constituídos de sangue, tecido necrosado e células epiteliais;

•**LOCHIA FUSCA** (serosanguinolento) estão presentes do quarto até o décimo dia. Tem a coloração róseo-acastanhada, e é resultante das alterações das hemoglobinas, da diminuição do número de hemácias e da elevação dos leucócitos;

•**LOCHIA FLAVA** (serosos) estão presentes após o décimo dia, podendo se estender até a sexta semana.

Pós-parto tardio (do 10º ao 45º dia): é o período denominado de recuperação genital, onde todas as funções começam a serem influenciadas pela lactação. O útero continua regredindo, porém numa velocidade menor. A cavidade uterina encontra-se totalmente epiteliada ao fim do 25º dia. Os lóquios estão serosos. A vagina começa a reassumir sua aparência anterior, podendo permanecer algum relaxamento do tecido (SANTOS, 2002).

Pós-parto remoto (após o 45º dia): é um período de duração imprecisa, variando com a presença ou não da lactação. Nas mulheres que não amamentam, os ciclos menstruais ovulatórios retornam em média um mês e meio após o parto. Já nas mulheres que amamentam, o retorno dos ciclos vai depender do período de duração do aleitamento materno. Os ciclos retornam precedidos pela ovulação, sendo necessário o uso de métodos contraceptivos.

Involução Dos Sistemas Extragenitais

Segundo Rezende (1995) e Santos (2002):

Sistema endócrino: após a expulsão da placenta, ocorre uma queda brusca dos níveis de hormônios circulantes, especialmente do estrogênio e progesterona. A diminuição dos níveis plasmáticos de estradiol e de progesterona permite que ocorra a manifestação completa da ação lactogênica da prolactina e ocitocina, que juntamente com a ação dos hormônios corticóides, é de fundamental importância para a produção e ejeção láctea. Sabe-se que na amamentação, com a sucção do mamilo, ocorre o reflexo neuroendócrino, produzindo assim, a inibição das gonadotrofinas FSH e LG. **Peso:** normalmente ocorre perda de 5Kg logo

após o parto, devido à expulsão do feto, placenta, líquido amniótico, maior diurese, eliminação loquial e amamentação. Entre o 7º e o 10º ocorre uma perda de aproximadamente 3Kg decorrentes da involução uterina, loquiação, sudorese e diurese.

Sistema cardiovascular: na primeira hora após o parto, o débito cardíaco está aumentado devido à descompressão do diafragma pelo feto, permanecendo assim por um período de mais ou menos uma semana. O coração que até então estava deslocado retorna a sua posição anatômica. A pressão venosa, que na gravidez, permanecera elevada, volta aos níveis normais nos membros inferiores. As varizes atenuam-se e o edema começa a desaparecer imediatamente, nas mulheres toxêmicas, a hipertensão tende a amenizar.

Sistema hematopoiético: ocorrem importantes modificações no organismo materno após o parto, como o declínio do volume sanguíneo devido ao sangramento ocasionado pela dequitação da placenta; diminuição do número de hemácias; leucocitose que dura uma semana; elevação das plaquetas nos três primeiros dias e aumento da hemossedimentação de três a cinco semanas; aumento da atividade fibrinolítica devido ao estresse do parto; queda na taxa de hemoglobina; diminuição do hematócrito que retorna ao normal depois de cinco dias e aumento dos fatores de coagulação nas primeiras semanas pós-parto que podem ocasionar tromboflebite e embolia.

Sistema urinário: a mucosa vesical apresenta-se edemaciada, hiperemiada e está com sua capacidade aumentada devido às expansões estruturais causadas pela gravidez. As puérperas conseguem urinar sem problemas, mas são incapazes de esvaziar completamente a bexiga devido a sua hiperdistensão, permanecendo urina residual. Algumas podem sofrer trauma no parto e o meato urinário e os tecidos subjacentes podem apresentar-se edemaciados, traumatizados e irritados. Aliados a outros fatores como a anestesia, a dificuldade de urinar na posição horizontal e o medo de deambular precocemente, predispõe a mulher a reter a urina, podendo desenvolver uma possível infecção do sistema urinário. Pode ocorrer uma incontinência urinária nos primeiros dias de puerpério, desaparecendo logo em seguida.

Sistema digestivo: com o esvaziamento do útero, ocorre retorno à posição anatômica do estômago, do intestino delgado e do cólon. Há redução da motilidade intestinal. A constipação intestinal ocorre geralmente nas puérperas que têm obstipação crônica, podendo ser evitada com o caminhar precoce. Fatores como a morosidade intestinal estabelecido durante

a gestação, perda da pressão intra-abdominal, diminuição da motilidade gastrintestinal, dentre outros fatores, predis põem a puérpera a obstipação intestinal. Além deste fator orgânico, devem ser somados fatores psicológicos como a medo de romper a sutura, sentir dor ao evacuar, entre outros.

Sistema tegumentar: as estrias que surgiram no abdome e nas mamas perdem a cor vermelho-arroxeadada e tornam-se pálidas, transformando-se em algumas semanas, em estrias branco-nacaradas. As hiperpigmentações da pele do rosto (cloasma grávidico), abdome (linha nigra) e das mamas (aréola secundária) regridem, podendo esta ser de longa duração.

Aspectos Psicológicos

Segundo Mendes (2003), além das alterações físicas, o puerpério caracteriza-se como o período em que a mulher passa por um período de intensas alterações psicológicas. É uma fase de adaptação da mulher com seu recém-nascido e família, e com seu próprio corpo, sendo que comumente aparecem sentimentos ambíguos, como alegria e tristeza em relação a sua nova situação. Além disso, a mulher neste período, necessita de descanso, pois os cuidados com o bebê tomam muito tempo, sendo bom para a puérpera ter a ajuda de alguém nos primeiros dias. As primeiras horas constituem um período de recuperação da fadiga causada pelo parto e ocorrem exacerbações das emoções. A sensação de desconforto físico devido às dores e ao sangramento do pós-parto, é particularmente intensa, juntamente com a alegria do nascimento do seu filho. A instabilidade emocional da primeira semana é um padrão característico, podendo ser observado em muitas puérperas crises depressivas, conhecidas como depressão pós-parto.

A autora refere ainda que em algumas mulheres, o sentimento materno é extremamente mobilizado pela situação de fragilidade do recém-nascido, que aguçam seus sentimentos de superproteção, tornando-as satisfeitas por serem competentes no papel de mãe, satisfazendo as necessidades do filho, desprendendo-se do sentimento de gratidão. Algumas mulheres vêem o comportamento de seus filhos como um reflexo do cuidado e carinho oferecido pela mesma, se chora é porque está insatisfeito e quando se cala ou permanece dormindo por um longo período é porque está saciado em suas necessidades, está bem cuidado, fortalecendo o seu ego de boa mãe. Quando as suas “capacidades” de mãe fracassam,

os laços afetivos ficam abalados e criam conflitos em relação as suas potencialidades de cuidadora, tornando-a desajustada ao atual papel assumido.

Muitas vezes a cobrança de amigos e familiares perante sua maternidade é um fator adicional de estresse, fazendo com que a mulher tente superar em alguns momentos as suas dificuldades com o intuito de corresponder as expectativas alheias ao seu papel de mãe, permanecendo constantemente com o recém-nascido, não deixando-o um minuto só, ficando extremamente cansada e irritada, tornando os momentos que deveriam ser prazerosos em angustiantes. A relação mãe-filho pode ser influenciada pelo meio onde estes se encontram, contribuindo para o estabelecimento e qualidade desta relação, num ambiente em que a mãe é cercada de pessoas hostis e invasivas, ou um ambiente muito agitado e confuso, a ansiedade da mãe e a inquietação do recém-nascido tendem a aumentar. No entanto, se a mãe é cercada de pessoas que a ajudam e apóiam, os sentimentos de segurança e satisfação emocional tendem a aumentar, assim como a sua disposição em dar afeto ao bebê. (MENDES apud MALDONADO, 2003).

Benefícios do Aleitamento Materno

De acordo com Santos (2002), muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros seis meses, diminuindo os riscos de diarreia, infecções gastrintestinais e doenças respiratórias, pelo seu efeito protetor. Além disto, é importante do ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos, diminui a ingestão de leite materno, o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir com a biodisponibilidade de nutrientes chaves do leite materno, como ferro e o zinco, e reduzir a duração do aleitamento materno.

Carvalho & Tamez (apud Mendes, 2003) afirmam que, o leite materno também reduz o risco de enterocolite necrotizante nos recém-nascidos e alergias, já que o trato gastrintestinal desenvolve-se mais rapidamente quando a amamentação é exclusiva sem a introdução de proteínas estranhas no seu organismo.

Conforme estes mesmos autores, a amamentação exclusiva está associada a um coeficiente de inteligência mais elevado, menor incidência de morte súbita no berço, menor

risco de desenvolver diabetes, câncer e infecções de ouvido na infância; melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente; melhor desenvolvimento psicomotor emocional e social; além de diminuir a chance de vir a desenvolver problemas ortodônticos e dentais causados pelo uso de mamadeiras.

O componente emocional está intimamente ligado à amamentação, pois o contato entre o bebê e a mãe é consideravelmente maior, determinada por um processo de interação proporcionado por estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais.

Conforme Santos (2002), a amamentação é considerada tecnicamente natural, de fácil aprendizagem, higiênica e prática, economicamente barata e praticamente isenta de custos. Entre essas vantagens, também benefícios fisiológicos para a saúde da mulher que amamenta, como os fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina), que ocorre com maior rapidez graças ao efeito da ocitocina, que age sobre a musculatura do útero, previne também a atonia uterina, hemorragia no pós-parto imediato. A amamentação reduz os riscos da mulher contrair anemia, câncer de mama e ovário, osteoporose e esclerose múltipla na pré-menopausa.

A amamentação exclusiva garante à mãe proteção de 99% contra a gravidez durante os seis meses após o parto, enquanto a mesma se mantiver amenorreica e se o bebê for amamentado com frequência e sem interrupção noturna (SANTOS, 2002)

Oferece a vantagem adicional de diminuir os custos da família dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao eliminar os gastos com leites artificiais e mamadeiras, e ao reduzir os episódios de doenças nas crianças.

3.7.5. ALEITAMENTO MATERNO

Anatomia da Glândula Mamária

De acordo com Santos (2002) as glândulas mamárias estão localizadas simetricamente uma de cada lado do tórax estendendo-se verticalmente da segunda a sexta costela e, transversalmente, da margem do esterno até a linha axilar. São amplamente

vascularizadas sendo nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da axilar, estando cobertas por tecido adiposo e tecido conjuntivo.

A autora refere ainda que o corpo da mama, morfológicamente, é formado por duas regiões distintas, que são o parênquima e o estroma mamário. O parênquima se constitui na porção secretória da mama, e pode ser descrito como um sistema canicular, arborescente, tendo a forma semelhante a uma couve-flor, possuindo ductos, lobos, lóbulos e alvéolos. Cada mama possui aproximadamente de 15 a 25 lobos, que estão dispostos como raios que se abrem na papila da mama através de orifícios individuais. Sobre a base do mamilo se encontram pequenas dilatações que são os ductos galactóforos, ampolas ou reservatórios, que tem como finalidade, depositar parte do leite que é produzido em cada intervalo das mamadas. Cada lobo é subdividido em 20 a 40 lóbulos, que, por sua vez, dividem-se em 10 a 100 ou mais ácinos ou alvéolos, que estão envolvidos por camadas de células produtoras de leite e estão ricamente providos de células mioepiteliais contráteis e de vasos sanguíneos em sua parede. A pele que recobre a mama é macia, flexível, elástica incluindo o mamilo e a aréola. É aderida ao tecido subcutâneo, que é um tecido rico em gordura e contém glândulas sebáceas, sudoríparas e apócrinas. O mamilo é formado por tecido erétil, cilíndrico. Por ser ricamente enervado por terminações neuro-sensitivas e por corpúsculos de Meissner, torna-se muito sensível. Variam na forma, tamanho e cor, possuem fibras musculares lisas circulares e longitudinais que o tornam mais rígidos e salientes, sendo classificados em três tipos:

- Mamilo Normal: é protruso, tendo um ângulo de 45° entre o mamilo e a aréola, é bastante elástico e de fácil apreensão.

- Mamilo Plano: é situado no mesmo nível da aréola, sendo inexistente um ângulo entre este e a aréola, pouco elástico devido a sua aderência com tecido conetivo.

- Mamilo Invertido: o tecido epitelial é totalmente invertido, podendo o mamilo desaparecer completamente, seu tecido não é elástico e sua apreensão é difícil.

A área pigmentada ao redor do mamilo é denominada aréola, nela localizam-se glândulas areolares ou mamárias, que na gestação se modificam e formam os tubérculos de Montgomery. Toda a estrutura mamaria está imersa em tecido conjuntivo colágeno e adiposo, denominado estroma, que é o responsável pela consistência característica da mama.

Fisiologia da Lactação

De acordo com Santos (2002) as transformações que ocorrem durante o desenvolvimento das glândulas mamárias estão diretamente relacionadas com seu funcionamento que é compreendido em três fases:

▪ **Fase Mamogênica (mamotrófica):** o desenvolvimento inicia-se na puberdade, quando há um rápido crescimento, sofrendo muitas alterações determinadas pelo estímulo dos hormônios estrogênio e progesterona, que são produzidos no ovário. Sua ação não é isolada, estando associada a outros hormônios como a prolactina (PRL), hormônio do crescimento somatotropina (STH), ambos secretados pela hipófise e a tireotropina (TSH) que é produzido pela tireóide.

Durante a gestação, a partir da 5ª semana, os níveis de prolactina elevam-se, estando este aumento associado com os níveis plasmáticos de estrógenos, manifestando-se pela secreção de pequena quantidade de leite, de coloração amarelada, chamado de colostro.

▪ **Fase galactogênica ou da lactação:** esta fase divide-se em duas etapas distintas: a primeira onde o leite é produzido e armazenado no interior da glândula mamária, e a segunda, onde o leite que foi produzido deve estar estocado e disponível para atender às necessidades do recém-nascido, sempre que este sentir necessidade, para assim a mãe poder supri-las.

▪ **Fase da secreção láctea:** para que ocorra a secreção do leite, as células glandulares tem que ser estimuladas pela prolactina, que é liberada pela hipófise. A gordura que está contida no leite surge em forma de gotículas na base da célula alveolar, e dirigem-se ao ápice celular, aumentando de tamanho até serem completamente envolvidas pela membrana da célula, que, quando se rompem, irão liberar a gordura, fazendo com que caiam nos alvéolos. É no aparelho de Golgi juntamente com as células epiteliais que contornam os alvéolos que a lactose é sintetizada, a partir da glicose sanguínea. As proteínas são sintetizadas no ergastoplasma e são excretadas ao se romperem no ápice celular, indo para a luz dos alvéolos. Após o leite estar constituído, ele é excretado para os alvéolos sendo armazenado nos canalículos, canais e ampolas galactóforas. Na terceira ou quarta semana de puerpério, a prolactina atinge seus níveis sanguíneos máximos, diminuindo de forma progressiva até voltar aos seus níveis normais.

Logo após o parto, assim que a placenta é expulsa, os níveis de estrogênio, progesterona e hormônio lactogênico placentário diminuem bruscamente, deixando de impedir que a hipófise libere a prolactina, e também, que exerça sua ação antagonizante sobre a mama. Em contraponto, a prolactina, o hormônio adenocorticotrófico (ACTH) e os corticosteróides aumentam sua quantidade assim que a placenta é expulsa do corpo materno. Juntamente ao momento do parto, onde uma grande carga de ocitocina é liberada, o desaparecimento dos hormônios placentários determina uma grande liberação de prolactina, o que irá desencadear o início da lactação.

No terceiro ou quarto dia de puerpério, inicia-se a fase de secreção do leite, pois estarão ocorrendo os estímulos da sucção, esvaziamento completo e freqüente das glândulas mamárias. O leite que é produzido até o sexto dia é denominado colostro, do sétimo até o 14º dia é chamado leite de transição e a partir do 15º dia é o leite maduro.

A fase de ejeção ou excreção láctea é causada por um reflexo neuro-hormonal. Nos mamilos e canais galactóforos estão localizados receptores sensíveis, sendo estimulados pela sucção do recém-nascido enquanto mama. Este estímulo vai agir sobre a hipófise posterior, que vai liberar a ocitocina, que é a responsável pela ejeção do leite, que age sobre as células mioepiteliais dos alvéolos e canais galactóforos, fazendo com que se contraiam. Esta contração é exercida pelas células mioepiteliais que revestem os alvéolos, canalículos, canais e ampolas galactóforas, sendo determinado pela liberação da ocitocina, provocando um aumento da pressão do leite encontrado em seu interior, fazendo com que ocorra o que chamamos de descida do leite. Este reflexo é acionado 30 a 60 segundos após o início da mamada.

▪**Fase da galactopoiese:** esta fase depende de fatores neuroendócrinos que são desencadeados pelo estímulo sobre o mamilo com a sucção. A prolactina tem pouco poder nesta fase. Já a somatotropina, tem uma atuação um pouco maior, agindo sobre a bioquímica do metabolismo da glândula mamária. A ACTH e os corticosteróides atuam também nesta fase.

Técnicas para uma amamentação adequada

De acordo com Santos (2002) para que a amamentação seja realizada com êxito, alguns cuidados devem ser seguidos, são eles:

- Não usar sabonete, creme, pomadas ou qualquer outro produto sobre o mamilo-aréola;
- Expor os seios diariamente ao sol, antes das 10:00hs da manhã e depois das 16:00hs da tarde, por um período de 10 minutos;
- Lavar bem as mãos antes das mamadas e sempre que for tocar nos seios;
- Antes de colocar o recém-nascido para mamar, verificar o estado das aréolas, se estão macias, apreensíveis e flexíveis;
- As roupas da mãe e do recém-nascido devem estar apropriadas, sem restrição de movimentos, permitindo assim uma boa aproximação entre a mãe e o recém-nascido;
- A mãe deve estar numa posição confortável, com os ombros relaxados e sua coluna deve estar bem apoiada;
- O corpo do recém-nascido deve estar totalmente encostado no corpo da mãe, barriga com barriga;
- O braço inferior do recém-nascido deve abraçar a cintura da mãe;
- A boca do recém-nascido deve estar aberta, cobrindo maior parte possível da aréola;
- As narinas do recém-nascido devem ficar livres, os lábios curvados para fora, o queixo deve encostar-se à mama, a língua deve ficar sobre a gengiva inferior e o mamilo e o tecido mamário deve ser puxado até o palato mole.

Ordenha Manual

Algumas vezes, as mães precisam extrair o leite manualmente, seja pelo excesso de produção para evitar o ingurgitamento, seja retirar para alimentar o recém-nascido, caso tenha que sair para trabalhar, no caso de recém-nascido prematuros ou de alto risco, onde as mães ficam separadas de seus filhos, mães com mastite puerperal, fissuras ou dores muito intensas ou para doação. Para extrair o leite, é necessário:

- Lavar bem as mãos com água e sabonete antes de iniciar a extração, as unhas devem estar cortadas e limpas;

- Preparar um frasco de vidro, que tenha boca larga e tampa plástica para armazenar o leite extraído. O vidro deve ser lavado cuidadosamente com água fervente, ou se possível colocar em autoclave;

- Procurar uma posição confortável, deixar os ombros relaxados, inclinados discretamente para frente, deixando o frasco bem próximo à mama;

- Não conversar durante a extração para evitar contaminação com saliva, e se possível usar uma máscara;

- Se a extração for feita por outra pessoa, usar luva;

- Desprezar os primeiros jatos.

Levando em consideração a estrutura anatômica da glândula mamária e o mecanismo fisiológico da liberação do leite, a extração manual deve seguir algumas seqüências:

I. Colocar o dedo indicador e o polegar em forma de “C” sobre a aréola, devendo ficar o polegar na parte de cima do mamilo e o indicador na parte de baixo;

II. Fazer pressão com os dedos para dentro, em direção ao tórax, para que assim todos os reservatórios de leite sejam apertados;

III. O tempo de retirada varia de mãe para mãe, podendo demorar de 20 a 30 minutos, ou até mais de uma hora. Deve ser feita até que a mama fique macia, sem pontos dolorosos, em condições confortáveis para a mãe.

Não se deve encher o frasco até a borda, pois ele poderá estourar quando congelado, pelo aumento do volume de leite. O leite pode ficar armazenado no freezer ou congelador por 21 dias, e se for pasteurizado, pode ficar no freezer por 6 meses(SANTOS, 2002).

Problemas mais Frequentes da Amamentação

Durante os primeiros dias de puerpério costumam surgir os problemas referentes à amamentação, isso ocorre porque a amamentação e as mamadas ainda não são constantes. Tais problemas podem ser resolvidos com medidas simples, mas requerem que a puérpera tenha paciência e conhecimento sobre a fisiologia e anatomia das mamas. Conforme Santos (2002), são eles:

Engurgitamento Mamário

Decorrente do congestionamento linfático e venoso da mama e pela estase láctea em qualquer porção do parênquima. O congestionamento é causado pelo esvaziamento incompleto da mama, determinado pela sucção deficiente ou pelo desequilíbrio entre a produção e ejeção láctea. Sua ocorrência é comum entre o 3º e 8º dia pós-parto. As mamas se apresentam aumentadas, túrgidas, dolorosas e quentes, podendo ocasionar mal estar geral além de cefaléia e calafrios. É conhecido também como leite empedrado.

Orientações: Amamentar sobre livre demanda, facilitar a “pega” adequada, incentivar a amamentação exclusiva, alternar os seios a cada mamada, expor os seios ao sol, uso de sutiã adequado evitando a compressão dos ductos.

Fissura Mamilar

Ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, provocada pela pega inadequada durante a sucção. As fissuras podem ser circulares, quando ocorrem ao redor do mamilo ou verticais quando aparecem na porção papilar do mamilo. Também chamado popularmente de calor de figo ou bico rachado. Os fatores que pré dispõem a fissura mamilar são sucção ineficiente, falta de preparo do mamilo durante o pré-natal, higiene excessiva das mamas (descamação do tecido epitelial), uso de medicamento tópico e lubrificantes.

Orientações: Exposição do mamilo ao sol de forma gradual, durante a mamada introduzir na boca do bebe também a aréola, evitar uso de bomba de sucção, evitar o atrito com o sutiã, não usar medicamentos, lubrificantes ou sabonetes na aréola, realizar exercícios com o mamilo para proporcionar uma maior resistência.

Mastite Puerperal

Infecção da mama provocada por microorganismos patológicos que invadem o tecido mamário, sendo que um dos principais agentes causadores é o *Staphylococcus aureus*. Ocorrendo com maior frequência entre o 8º e 12º dia de puerpério, sendo mais comum nas primíperas. É classificada de acordo com sua localização, podendo ser parenquimatosa e areolar (a liberação do leite é acompanhada por uma secreção purulenta), intersticial (ocorre apenas secreção láctea). São sintomas de mastite: rubor, edema, calor, tumefação, calafrios, aumento da temperatura corporal e mal estar geral.

Orientações: Procurar o médico, que indicará o antiinflamatório ou antibiótico; Aplicação de compressas quentes e úmidas sobre as mamas; orientar a higiene rigorosa das mãos antes das mamadas e uso de sutiãs limpos; continuar amamentando inclusive na mama afetada.

3.7.6. PERÍODO NEONATOLÓGICO

Silva & Kimura (apud, Mendes, 2003), afirmam que o período neonatal tem início no nascimento, estende-se até 28º dia de vida da criança. A adaptação do RN ao ambiente extra uterino é crítica, porque depende das condições gestacionais, de nascimento e comportamentais da própria criança, da assistência prestada pelos profissionais de saúde que atenderem e dos familiares responsáveis pelo cuidado e sobrevivência da criança.

De acordo com Whaley & Wong (1997) as características físicas e fisiológicas de recém-nascido são as seguintes:

•**Aspectos Gerais:** Possui cabeça grande, face arredondada e avermelhada, a mandíbula geralmente é pequena em relação ao rosto. O ápice das orelhas deve coincidir com as fissuras palpebrais. Tórax cilíndrico e musculatura abdominal flácida, tornando seu abdome saliente. Seus membros superiores e inferiores são pequenos em relação ao corpo. Permanece em posição semelhante à intra-uterina, cabeça e membros flexionados repousando sobre tórax e abdômen.

•**Pele e Anexos:** Ao nascimento a pele se apresenta aveludada, macia e lisa, e em torno do 3º dia volta a sua tonalidade mais normal descamativa e seca. A coloração da pele varia muito devido à origem racial, em recém-nascidos branco apresenta-se róseo ou

avermelhado, nas de pele negra coloração marrom-rosado ou amarelado, as de descendência hispânica apresentam uma coloração oliva ou descamação discretamente amarelada da pele, os recém-nascidos com origem indígena, dependendo da tribo, pode variar de um róseo discreto até um marrom avermelhado e escuro. A cianose dos pés e mãos (acrocianose) é comum, devido à má circulação periférica durante as primeiras horas de vida.

▪ **Eritrodermia:** coloração avermelhada da pele devido à taxa elevada de glóbulos vermelhos no sangue;

▪ **Eritema Tóxico:** são lesões eritemo-papulosas, com vesículas sobrepostas, sendo mais freqüentes na região do tórax, abdome, dorso e nádegas. Podem aparecer entre 24 e 48 hs e desaparecem após vários dias;

▪ **Mancha Mongólica:** área de pigmentação azul-escuro de contorno irregular, localizada geralmente na região sacro-glútea, sendo observada com freqüência em recém-nascidos com descendência negra, asiática, indígena e hispânica;

▪ **Vérnix Caseosa:** substância branca de consistência cremosa que recobre todo o corpo do recém-nascido, localiza-se principalmente nas dobras da pele, tendo função protetora, sendo absorvida algumas horas após o nascimento;

▪ **Lanugem Protetora:** é uma “penugem” que aparece com freqüência na face, orelhas e dorso, desaparecendo algumas semanas após o nascimento;

▪ **Millium Sebáceo:** pontos de coloração esbranquiçada, levemente saliente, localizam-se sobre o nariz, bochechas e queixo. Sua ocorrência está relacionada à obstrução dos poros por hipersecreção das glândulas sebáceas, que ficam distendidas;

▪ **Nevos Telangiectásicos:** áreas achatadas de coloração rosa intensa e delimitadas, percebidas usualmente na parte posterior do pescoço e na face são decorrentes de capilares fetais que não foram absorvidos por completo;

▪ **Icterícia Fisiológica (amarelão):** apresenta-se como uma coloração amarelada da pele e da conjuntiva ocular, imaturidade do metabolismo e do transporte de bilirrubina decorrente da imaturidade do fígado e da hemólise de hemácias. Aparece após as primeiras 24h e atinge o pico máximo entre o 4º e 5º dia, desaparecendo progressivamente até o 10º dia.

▪**Cabeça:** O formato do crânio está ligado ao tipo de parto e a posição intra-uterina. Recém-nascidos nascidos de parto normal apresentam formato mais ovalado e pode ocorrer cavalgamento das suturas que desaparece por volta do 5º dia. Na junção dos seis ossos que formam o crânio, existem faixas de tecidos conjuntivos chamados de suturas, nessas junções existem espaços não calcificados denominados fontanelas.

▪**Fontanelas:** são espaços de consistência cartilaginosa que tem por função facilitar a passagem da cabeça do feto pela pelve durante o parto e permitir o crescimento do cérebro e da caixa craniana. A fontanela anterior recebe o nome de fontanela bregmática, tem forma de diamante e mede de 2,5 a 4 cm, a posterior chamada de lambdóide tem forma triangular e deve medir de 0,5 a 1,0 cm, podendo estar fechada ao nascimento. As fontanelas devem ser achatadas e firmes.

•**Olhos:** as pálpebras apresentam-se edemaciadas até o 2º dia após o nascimento, geralmente há ausência de lágrimas. A esclera deve ser branca e limpa, mas podem ocorrer hemorragias subconjuntivais devido ao rompimento de capilares no limbo. As pupilas são fotoreagentes, mas nem sempre se mostraram bem alinhadas. Os recém-nascidos de pele clara apresentam olhos azuis escuros ou acinzentados, e os de pele escura tem olhos castanhos.

•**Nariz:** São geralmente achatados, e comumente apresentam escoriações. Espirros e muco translúcido fino são comuns, mas deve se alertar para coriza excessiva que pode ser indicativo de LUES congênita.

•**Orelhas:** A extremidade do pavilhão auricular deve estar em linha horizontal com o canto externo do olho, mostrando-se freqüentemente achatada devido à posição intra-uterina. O pavilhão deve ser flexível, devido à cartilagem. O recém-nascido deve apresentar reflexo de tremor diante de um ruído alto e súbito, demonstrando capacidade auditiva.

•**Boca e garganta:** O palato deve estar intacto, com arqueamento elevado. A úvula se mostra na linha média da boca. Podem apresentar Pérolas de Epstein, pequenos cistos esbranquiçados ao longo da linha média do palato duro, que desaparecem em algumas semanas. Presença de frênulos labial e sublingual. Deve apresentar reflexo de sucção forte e coordenada, bem como, reflexos de busca, engasgo e extrusão. A salivação deve ser mínima e seu choro vigoroso.

•**Pescoço:** Apresenta-se curto e roliço coberto pelas dobras cutâneas. O recém-nascido deve apresentar reflexo tônico do pescoço.

•**Tórax:** Apresenta-se quase circular devido ao fato do diâmetro antero-posterior e lateral serem idênticos. Pode-se observar leves retrações intercostais devido à flexibilidade das costelas. O processo xifóide é visível como uma pequena protusão no final do esterno. O esterno pode apresentar-se discretamente elevado. As mamas podem ficar levemente ingurgitadas em ambos os sexos, pelo efeito da prolactina placentária. Esse aumento da mama ocorre geralmente entre o 2º e 3º dia de vida e ocasionalmente pode secretar uma substância leitosa.

•**Abdômen:** deve ser cilíndrico e proeminente, é possível palpar fígado e baço e auscultar os ruídos hidroaéreos. O coto umbilical tem aspecto gelatinoso, contendo duas artérias e uma veia. Seu processo de mumificação se dá em torno de 7 a 10 dias. Em alguns recém-nascidos pode ser encontrada uma hérnia umbilical que resulta de uma hipotonia muscular desta região.

•**Membros:** os membros devem ser simétricos, com amplitude de movimentos. Devem apresentar cinco dedos em cada membro. Os leitos ungueais devem ser róseos, podendo apresentar uma matriz azulada discreta devido a acrocianose. As regiões palmares apresentam pregas usuais, já a região plantar possui pregas nos dois terços anteriores encobrendo quase que sua totalidade e são usualmente achatadas, com coxins adiposos proeminentes. Deve haver um tônus muscular igual em ambos os lados.

•**Dorso e nádegas:** a coluna é intacta, seu formato é delicadamente arredondado, não havendo massas nem curvas proeminentes. Observa-se uma simetria das nádegas e das pregas glúteas.

•**Aparelho geniturinário e ânus:**

▪**Genitália feminina:** clitóris, grandes e pequenos lábios apresentam-se edemaciados. Pode ocorrer um sangramento vaginal devido à queda brusca dos hormônios placentários, em geral desaparece até a 4ª semana. Pode ocorrer presença de grande quantidade de vérnix caseoso entre os lábios.

▪**Genitália Masculina:** observa-se um aumento do volume dos testículos e seu escroto é rugoso. O prepúcio geralmente é apertado e recobre a glândula do pênis. O ânus deve estar perfurado, a eliminação de mecônio pelo orifício anal indica a permeabilidade.

A primeira micção deve ocorrer dentro de 24h após o nascimento e a eliminação de mecônio nas primeiras 48 hs de vida.

•**Sistema respiratório:** o início da respiração é a alteração fisiológica mais crítica e imediata necessária para o recém-nascido. A primeira respiração é deflagrada por dois estímulos: químico e térmico.

Os fatores químicos no sangue são desencadeados pela hipóxia devido à interrupção da circulação umbilical. Ocorre uma queda de oxigênio e aumento de gás carbônico acarretando na diminuição do pH e aumento dos metabólitos, que iniciam os impulsos que excitam o centro respiratório.

O estímulo térmico ocorre porque o recém-nascido sai de um ambiente aquecido para um relativamente frio. Esta alteração repentina de temperatura deflagra impulsos sensoriais na pele, que são transmitidos para o centro respiratório.

▪**Pulmões:** a respiração dos recém-nascidos é geralmente irregular e abdominal, com frequência entre 30 e 60 rpm. O murmúrio brônquico deve ser igual bilateralmente. São normais os estertores logo após o nascimento, devido à transição para a vida extra-uterina. O reflexo de tosse é ausente no nascimento, devendo surgir nas primeiras 48hs.

•**Sistema gastrointestinal:** a capacidade do recém-nascido de digerir, absorver e metabolizar os nutrientes é adequada, mas limitada. As enzimas são adequadas para degradar proteínas e carboidratos simples, mas devido à produção inadequada de amilase pancreática, compromete a digestão de carboidratos complexos. A deficiência de lipase pancreática dificulta a absorção de lipídios.

O fígado é imaturo, e a atividade da enzima glicoronil-transferase é reduzida o que contribui para o aparecimento de icterícia fisiológica.

A maioria das glândulas salivares começam sua função entre 2 e 3 meses de vida, quando a salivação se torna freqüente. A capacidade gástrica é baixa, dando ao RN uma

necessidade de mamar mais frequentemente; a cárdia é imatura podendo provocar refluxos ou vômitos.

O colon apresenta-se com volume reduzido, podendo o recém-nascido evacuar a cada refeição, esse padrão pode ser alterado nas primeiras semanas.

O intestino é mais longo em relação ao corpo, se comparado a um adulto e existe maior número de glândulas secretoras e uma maior área de absorção.

•**Sistema tegumentar e termoregulador:** a capacidade de produção de calor no recém-nascido é adequada, mas diversos fatores como grande área de superfície, fina camada de tecido subcutâneo, fazem com que o mecanismo de produção de calor seja diferente do adulto.

As principais fontes de termorregulação são o fígado, coração e o cérebro. O recém-nascido tem uma fonte de calor própria, o tecido adiposo marrom (TAM) e rico em citocromos mitocondriais, que possui a capacidade aumentada de produzir e distribuir calor para as diversas regiões do corpo através do sangue, que é aquecido quando passa entre as camadas desse tecido.

A capacidade do recém-nascido de conservar o calor é diminuída e sua capacidade de dissipar esse calor também é dificultada, principalmente em ambientes hiperaquecidos, causando hipertermia.

O recém-nascido possui todas as estruturas da pele, mas muitas das funções são imaturas. A epiderme e a derme são muito delgadas e estão frouxamente ligadas. A fricção da epiderme pode provocar a separação dessas camadas causando bolhas.

Glândulas sebáceas: são muito ativas devido aos elevados índices de androgênios maternos. Estão localizadas em maior número no couro cabeludo, face e nos órgãos genitais. Produzem o verniz caseoso e seu tamponamento provoca o millium sebáceo.

Glândulas sudoríparas: a produção de suor em resposta a estímulos térmicos e emocionais está em pleno funcionamento, principalmente na região palmar durante o choro.

A produção de suor ocorre em resposta a temperaturas mais elevadas do que no adulto, a retenção do suor pode resultar em miliária.

•**Sistema Nervoso:** está desenvolvido para sustentar a vida extra-uterina, mas não está completamente integrado. As funções neurológicas em sua maioria são formadas por reflexos primitivos.

O sistema nervoso autônomo é importante durante a transição, pois estimula a respiração inicial, ajuda no equilíbrio ácido-base e regula parcialmente a temperatura.

A mielinização é cefalo-caudal e proximodistal e está relacionada ao domínio das habilidades motoras grossas e finas. A mielina é desenvolvida precocemente nos tratos sensorial, cerebelar e extrapiramidal, por isso o recém-nascido possui o paladar, olfato, audição e uma percepção para dor aguçados.

Estão presentes e mielinizados todos os nervos cranianos com exceção do nervo óptico e olfatório.

A postura adequada, o choro vigoroso, movimentação ativa e o bom tônus muscular, além da presença dos reflexos arcaicos (reflexo dos quatro pontos cardeais, sucção, preensão palmar e plantar, de marcha automática, Moro e de Babinski) são indicadores de um bom desenvolvimento neurológico.

•**Sistema Hematopoiético:** o volume sanguíneo dependerá da quantidade de transferência de sangue placentário, girando em torno de 80 a 85ml/Kg de peso corporal.

Os glóbulos vermelhos estão aumentados para satisfazer a oxigenação adequada. A função hematopoiética é assumida pela medula óssea. Os fatores de coagulação do plasma estão diminuídos, podendo ocorrer hemorragias e os glóbulos brancos estão aumentados, acarretando em uma leucocitose.

•**Sistema renal:** está com sua estrutura completa, mas existe uma deficiência funcional na capacidade renal de concentrar a urina e de lidar com o desequilíbrio hidroeletrólítico.

O volume de urina é de 200 a 300ml nas primeiras 24hs. A bexiga esvazia voluntariamente com um volume de 15ml, podendo o recém-nascido ter até 20 micções

diárias. A primeira micção deve ocorrer nas primeiras 24hs e a urina deve ser incolor e inodora.

•**Sistema Circulatório:** as alterações circulatórias possibilitam que o sangue chegue ate os pulmões. Acontece de forma gradual e resulta de alterações de pressão nos pulmões, no coração e nos principais vasos.

Essa transição envolve o fechamento funcional dos Shunts fetais (forame oval, o canal arterial e às vezes o canal venoso).

Com a interrupção da circulação placentária ocorre o fechamento dos ductos arterial e venoso e do forame oval devido a pressão auricular esquerda. O aumento da oxigenação no sangue dos pulmões é o fator mais importante para o fechamento do ducto, a diminuição de prostaglandina e o aumento da acidose respiratória são fatores secundários.

Todas estas adaptações não ocorrem imediatamente, levando cerca de 3 meses para que a circulação esteja adequada, por esta razão que podem ser identificados os chamados sopros “inocentes” ou fisiológicos.

A circulação periférica ocorre lentamente e devido a isso pode-se notar uma cianose de extremidades e edema nos primeiros dias de vida.

▪**Coração:** a frequência cardíaca pode variar de 100 a 180 bpm logo após o nascimento, e fica em torno de 120 a 160 bpm quando as condições fisiológicas do recém-nascido se estabilizam. O ápice está situado entre o 4º e 5º intercostal lateral na borda esquerda.

•**Sistema Imunológico:** o recém-nascido possui diversas defesas contra infecção, sua primeira linha de defesa é a pele e mucosas, que o protegem contra agentes invasores. A segunda linha de defesa são os elementos sanguíneos (linfócitos, eosinófilos, neutrófilos e monócitos). Embora tenham capacidade para realizar fagocitose, a resposta inflamatória para localizar uma infecção é imatura. A terceira linha de defesa é a formação de anticorpos, o recém-nascido em geral não produz suas imunoglobulinas (Ig) até o início do 2º mês de vida, mas recebem esses anticorpos através da corrente sanguínea materna e do leite humano. Eles podem estar protegidos até os 3 meses contra sarampo, difteria, rubéola, poliomielite, hepatite infecciosa e outras doenças, desde que a mãe tenha produzido anticorpos para tais.

É necessária uma exposição a agentes estranhos para que ocorra a produção de anticorpos, além de ocorrer de forma passiva e considerável pela placenta e leite humano e também pela ação dos imunobiológicos aplicados durante o 1º ano de vida.

- **Proporções corporais**

Mensurações Gerais	Medidas
Perímetro cefálico	33-35cm
Perímetro torácico	30,5-33cm
Perímetro abdominal	32-34cm
Peso médio	2700-4000g
Estatura media	48-50cm

- **Sinais Vitais**

SINAIS VITAIS	MENSURAÇÕES	VARIAÇÕES
Temperatura axilar	36,5 a 36,8°C	O choro pode aumentar a temperatura
Frequência respiratória	40-60mrpm Taquipnéia: maior que 60mrpm Bradpnéia: abaixo de 40mrpm	A respiração do rn é abdominal, e pode aumentar ou diminuir de acordo com o estado de vigília
Frequência Cardíaca	120-160bpm Bradicardia: 80-100bpm Taquicardia: 160-180bpm	O estado de vigília pode alterar a frequência cardíaca

* Fonte Whaley & Wong, 1997.

3.7.7. ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE EM NÍVEL LOCAL

O Processo de Distritalização da Saúde, isto é, a construção do Distrito Sanitário, em todas as instâncias de seu território requer uma metodologia de intervenção sobre a realidade. A prática do Distrito sanitário faz parte do projeto de utilização da Vigilância da Saúde, para assim, compreender o paradigma Sanitário a qual esta inserido o Município.

➤ Distrito Sanitário

Distrito Sanitário ou Distritalização da Saúde é entendido como um processo social de mudança das práticas de saúde no Sistema Único de Saúde. Deve ser observado como um processo, cujo espaço é social e não somente geográfica consequência de uma dinâmica social, pois neste existem confrontos entre a necessidade e a demanda de saúde da população e as respostas sociais a partir de instituições de serviços de saúde (www.saude.gov.br, 2003).

Para entender a distritalização da saúde é necessário saber o que é território, área de abrangência e micro-área.

•**Território:** É um espaço social em permanente construção, com um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político e social determinados, devendo ser analisado não somente como uma superfície geográfica.

•**Área de Abrangência:** É a área geográfica de responsabilidade de uma unidade de saúde, baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população, que usufrui dos serviços fornecidos pela mesma.

•**Micro-Área:** Área na qual a população é caracterizada pelas condições homogêneas de vida e um perfil sócio-epidemiológico específico. Com base no mapeamento realizado, o Agente Comunitário de Saúde identifica todo lugar ou setor, no território da comunidade. Após esta identificação, as micro-áreas passam a ser atendidas pelos agentes. Além de informar sobre estes locais, à unidade de saúde a qual está vinculado, deve atuar também junto às autoridades locais e à comunidade na busca de soluções para os problemas

observados, e atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde. Para tanto, esse trabalho deve ser feito junto à equipe multidisciplinar. (VERDI, 1998; [www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); 2003)

➤ **Centro de Saúde**

Unidade de prestação de serviços de saúde no âmbito primário. Nesta unidade, busca-se atender as necessidades da comunidade. No Centro de Saúde I são oferecidos consulta com médico clínico geral, dentista e enfermeiro, serviços de enfermagem, farmácia e encaminhamento de consulta com especialistas e marcação de exames, no CS II além dos serviços oferecidos no CS I, consultas com pediatra, ginecologista, imunização, grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos.

Os programas do Ministério da Saúde como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) são ligadas a unidade de saúde da região e coordenados pelo município.

➤ **Agente Comunitário de Saúde (ACS):**

Conforme Brasil, Ministério da Saúde (1997), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias sobre os serviços de saúde oferecidos pelo CS, além de identificar e registrar os problemas referentes a saúde individual e da comunidade. Ele age em sintonia com a unidade de saúde mais próxima. É um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local. O ACS atende os moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde; identifica problemas, orienta, encaminha, e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde atende um máximo de 750 pessoas, este número é flexível, podendo variar, dependendo das necessidades locais e do número de famílias atendidas. O importante é que o ACS saiba o que está acontecendo com a saúde das famílias com as quais trabalha.

O ACS precisa conhecer muito bem a comunidade onde vai trabalhar. Para isso ele começa seu trabalho reconhecendo a população, colhe informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio e cadastra as famílias. Ficará acompanhando as modificações que

possam vir a ocorrer nos dados deste cadastro, mantendo assim o Sistema de Informações atualizado. Através deste cadastro, o ACS fica sabendo onde estão as pessoas que requerem maior atenção, como as crianças, gestantes, desnutridos, puérperas, idosos, portadores de problemas de saúde como a hipertensão, diabetes e outros. Também identifica as condições de habitação da família, como sistema de água encanada, rede de esgoto, luz elétrica, coleta de lixo, situação de trabalho e renda familiar.

Entre as suas atribuições, o agente deve:

- Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação;
- Visitar no mínimo uma vez por mês cada família, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial.
- Verificar o cartão de vacinação mensalmente, se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde;
- Orientar a família em relação ao uso de soro de reidratação oral e à adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégia para evitar quadros de desidratação;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal, acompanhando mensalmente se as consultas estão sendo realizadas;
- Explicar a importância da vacinação antitetânica na gravidez, para evitar o tétano em recém-nascidos (“mal-de-sete-dias”) e encaminhar a gestante para a vacinação;
- Orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de Câncer de mama e do colo uterino e encaminhá-las para exame de controle;
- Orientar quanto às formas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da AIDS;
- Identificar as crianças com idade entre 0 a 5 anos, 11 meses e 29 dias e crianças de baixo peso.

O Agente Comunitário de Saúde não trabalha sozinho. Ela faz parte do sistema de saúde local e atua como uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis em

seu município. Ele deve estar atento a problemas que afetam toda a comunidade, como lixo sem coleta, esgotos a céu aberto, animais soltos, etc.

Para ser ACS, o candidato deve conhecer muita bem a comunidade, e preencher os seguintes requisitos:

- Idade mínima de 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- Residir na comunidade há pelo menos dois anos;
- Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

As Estratégias de Saúde da Família e o ACS reafirmam e incorporam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Para que a reorganização das ações de saúde realmente aconteçam é fundamental que os princípios básicos sejam observados, ainda que sua operacionalização possa apresentar diferenças devido às realidades regionais, municipais e locais.

O ACS é uma pessoa que deve estar sempre realizando ações pela saúde de sua comunidade, e para mobilizá-la, promove reuniões e encontros com diferentes grupos, gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, com grupos em situação de risco e com pessoas portadoras da mesma doença. Durante as visitas domiciliares, o agente de saúde incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações, na definição de prioridades; bem como no mapeamento e registro das famílias.

O responsável pela capacitação dos ACS's é um enfermeiro que atua como instrutor-supervisor, e trabalha numa unidade de saúde. Além de treinar o agente, ele também acompanha suas atividades e as reorienta de acordo com as necessidades identificadas. Deve haver no máximo 30 ACS para 1 enfermeiro e toda a equipe de profissionais de saúde deve participar do processo de capacitação dos agentes.

O município de São José trabalha com equipes de PSF- Estratégia de Saúde da Família, no CS de Forquilha estas são compostas por 1 enfermeiro (coordenador da equipe), 1 médico, 2 auxiliares e 6 agentes comunitários.

3.7.7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA

Visita Domiciliar

Segundo Fracolli & Bertolozzi (2001), na esfera familiar, programas como o PSF nos propiciam maior proximidade com as pessoas e seus modos de “levarem a vida”, principalmente através de rotinas preconizadas, como as visitas e atendimentos domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam junto a esses programas. Fazer uso desta tecnologia de assistência, de forma a operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, significa buscar compreender as relações entre indivíduos que compõem uma família e a maneira como essas relações contribuem para existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde ou doença.

A visita domiciliar (VD) é um instrumento que possibilita à equipe, identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como essas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no contexto familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros (FRACOLLI & BERTOLOZZI, 2001).

As autoras salientam tanto para o profissional que realiza a VD, como para a família que recebe, aspectos de relacionamento afetivo social que serão criados e reforçados a cada visita. Proporciona o conhecimento do indivíduo e família, dentro da sua verdadeira realidade, podendo ser vivenciada sua real condição de vida e suas relações afetivo-social, facilitando o planejamento da assistência de enfermagem.

Ainda de acordo com Fracolli & Bertolozzi (2001) a visita domiciliar tem como principais objetivos:

Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio quando este for conveniente para o cliente e / ou família e para o serviço de saúde, quer sob os aspectos sociais, econômicos ou psicológicos;

- Orientação e supervisão para um ou para mais membros da família, na prestação de cuidados ao domicílio;

- Supervisão dos cuidados que a equipe delegou a família;

•Coleta de informações a respeito das condições sócio – econômicas – sanitárias, por meio da realização de entrevista e informações colhidas junto à família.

A visita domiciliar pode ser dividida em quatro fases, que tem como finalidade sistematiza – lá. É dividida em Planejamento, Execução, Registro e Avaliação.

I – Planejamento

Takahashi & Oliveira (2001, p.44) “recomendam para que a VD tenha sua finalidade alcançada, o profissional atinja o rendimento previsto para realização das atividades, e tenha clareza e segurança no que irá fazer durante a visita”, o planejamento inicia-se com a seleção das visitas, segundo os critérios estabelecidos pela equipe de saúde. Em seguida, deve-se estabelecer os objetivos da VD, que irão orientar a revisão de conhecimentos necessários para embasar a entrevista com o usuário e a observação do domicílio. Posteriormente, inicia-se a captação da realidade de vida e saúde da família através da leitura do prontuário e troca de informações com profissionais que já tiveram contato com algum membro da família (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

A cada etapa realizada, preencher o utilizado (roteiro “dicas”) na realização da VD, o qual será construído no decorrer das atividades.

II – Execução

Após contato preliminar de identificação do profissional e exposição dos objetivos da visita, deve-se iniciar a entrevista, segundo proposto para a VD.

O profissional deve realizar a observação da dinâmica da família e ao termino, deve resgatar os seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado.

O profissional deve seguir alguns princípios durante a execução da visita domiciliar:

•Deixar que as pessoas falem a vontade, expondo seus problemas, devendo sempre o visitador conduzir a conversa para seus objetivos, caso a conversa esteja se dispersando;

•Manter neutralidade, respeitando as opiniões, comportamentos, traços culturais, experiências e conhecimentos das famílias, desde que não estejam sendo realizados de forma nociva à qualquer membros da família;

- Tentar tornar a família o mais independente possível, quanto a execução de ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. O visitador deve procurar evitar tomar decisões pelas famílias, fornecendo apenas as informações e orientações necessárias;

- Evitar tomar nota durante a visita, devendo apenas ater – se da observação, para que nenhum detalhe passe despercebido.

O profissional deve realizar a observação da dinâmica da família e ao termino, deve resgatar os seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

III – Registro de Dados

O profissional deverá elaborar um relatório escrito sobre a VD, pois este é essencial para que as informações coletadas através da entrevista ou da observação sejam compartilhadas com os membros da equipe, subsidiando a continuidade da assistência à família. O relatório deve ser claro, objetivo, sintético, ter seqüência lógica e ser iniciado com as informações colhidas, seguidas e feitas, e por fim, as intervenções realizadas. Ainda no relatório deve-se informar as necessidades da família, e registrar, se houver, aspectos que precisam ser explorados no próximo contato (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001).

IV – Avaliação

A avaliação é realizada para que a equipe possa traçar um novo plano na assistência da família visitada, identificar se os objetivos propostos foram cumpridos e se os pressupostos da VD foram contemplados.

3.7.8. CONSULTA DE ENFERMAGEM

De acordo com Alonso (1998) o comitê de especialistas da ABEN, (1979, p.407): “... um serviço diretamente prestado ao cliente, através do qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam com a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente”. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que foi legitimada em 1986 pela lei do exercício profissional nº 7489.

É um atendimento prestado e sistematizado pelo enfermeiro tendo como objetivo a orientação dos clientes em relação aos cuidados que devem ser realizadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e para reabilitação (total ou parcial) da saúde; visando o bem-estar do cliente/família. Esta consulta deve ser voltada para as necessidades do cliente para que mantenha o seu propósito.

Segue uma seqüência metodológica que inclui: obtenção de informações sobre a situação e condição de saúde do cliente/família; análise dos dados obtidos; diagnóstico sobre as condições de saúde do cliente; plano de ação; evolução das condições de saúde e registro da assistência.

4. METODOLOGIA

4.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com George (1993), o processo de enfermagem representa um processo de soluções de problemas. O foco principal do processo de enfermagem é o cliente, sendo que conhecer e compreender o componente cultural do cliente faz parte da proposta de Leininger. O processo de enfermagem é um instrumento metodológico da profissão, auxiliando nas decisões e avaliações.

Utilizamos em nosso marco conceitual basicamente definições e idéias de Leininger, mas vale a pena ressaltar que a mesma não elaborou uma metodologia específica para executar o processo de enfermagem.

Para Monticelli (1994), a elaboração da metodologia assistencial depende da criatividade do enfermeiro, e propõe como um desafio aliar teoria, método e prática.

Para elaboração e implementação deste projeto, adotamos o modelo do processo de enfermagem inspirado no “Processo de Cuidar”, utilizado por Santos, Saucedo e Steupp (1997), por acreditarmos ser o método que melhor contemplaria a compreensão das crenças que permeiam o período do puerpério, bem como, o cuidado a puérpera e a seu recém-nascido.

O Processo de cuidar

O processo de cuidar contemplou as seguintes etapas: **conhecendo** a situação, **refletindo** sobre a situação, **planejando e implementando** o cuidado e **avaliando** o cuidado.

O processo de cuidar foi contínuo, dinâmico e aberto, contemplando as várias etapas que se interligaram e se contemplaram constantemente. Ocorreu em uma situação conjunta entre o profissional e a família, respeitando as crenças e valores.

1ª etapa: Conhecendo a situação

Foi o momento de encontro entre a enfermeira, puérpera, recém-nascido e família. Nesta etapa verificamos a agenda de consultas (recém-nascido e puérperas) com o objetivo de nos apresentarmos, apresentar o trabalho e através de um formulário de consentimento livre e esclarecido (Apêndice F) obter a participação das famílias neste trabalho. A busca ativa das puérperas e recém-nascidos foi realizada com o auxílio dos agentes comunitários, que foram informados sobre o projeto e seus objetivos, para que pudessem dentro da comunidade identificar e agendar as visitas domiciliares de acordo com a disponibilidade da puérpera e família. Para contemplar de forma integral os objetivos propostos, foram realizadas duas visitas domiciliares a cada puérpera, para tanto se fez necessário que as puérperas selecionadas estivessem no máximo até o 25º dia de puerpério, para que nossa atuação ficasse dentro do período entendido por quarentena.

Este caracterizou-se como o momento em que a enfermeira iniciou seu conhecimento sobre a família, buscando através da observação e conversas com a puérpera, conhecer as crenças que a mesma tinha sobre o período de puerpério, tanto em relação aos cuidados prestados consigo mesma como com o recém-nascido.

Entendendo que para subsidiar estas conversas necessitávamos de um norteador, elaboramos um roteiro (Apêndice A) com algumas perguntas. Este roteiro serviu apenas como base orientadora das conversas, sendo que os dados obtidos foram registrados em um diário de campo, que permaneceu no CS de Forquilhas, durante toda a realização do trabalho.

As conversas com as s puérperas foram realizadas durante o acompanhamento das consultas de enfermagem e de visitas domiciliares previamente agendadas pelos ACS ou pelas acadêmicas.

2ª etapa: refletindo sobre a situação

Nesta etapa, com base nos dados levantados na etapa anterior, fizemos uma descrição e reflexão sobre as crenças que permeiam o cuidado à puérpera e ao recém-nascido, buscando identificar as diversidades e universalidades do cuidado cultural, bem

como, respostas humanas e limitações de recursos. Os dados obtidos nesta etapa também foram registrados no diário de campo.

3ª etapa: planejando e implementando o cuidado

Nesta fase a enfermeira e o cliente, buscaram em conjunto, caminhos para a adequação do cuidado popular com o cuidado científico de acordo com o que foi evidenciado anteriormente. Através do diálogo buscamos **manter, adaptar, acomodar** ou **repadronizar** os cuidados.

❖ **Manter /preservar** o cuidado, culturalmente embasado, significou facilitar ou capacitar a puérpera, auxiliando-a a preservar ou manter os hábitos favoráveis de cuidado e de saúde /ser saudável, para si e para o seu recém-nascido.

❖ **Adaptar /acomodar** o cuidado embasado na cultura, significou facilitar ou capacitar, buscar formas de adaptação, negociação ou ajustamento de hábitos de saúde e de vida, sempre que se fez necessário.

❖ **Repadronizar /reestruturar** o cuidado, significou auxiliar a puérpera e família a mudar os padrões de saúde ou de vida, quando necessário, de forma a tornar mais benéficos os cuidados praticados, respeitando seus valores e crenças culturais.

Estes dados foram registrados nos roteiros anexados ao diário de campo.

4ª etapa: avaliando o cuidado

Conforme Monticelli (1994), esta é considerada a última etapa do processo. Vale a pena ressaltar que esta ocorreu de forma contínua e dinâmica durante todo o processo, possibilitando um cuidado coerente. Caracterizou-se pela apreciação conjunta das ações durante o processo de cuidar, sendo que foi de suma importância identificar se os objetivos estavam sendo alcançados ou não, sendo que sempre que se fez necessário, voltávamos ao processo inicial e replanejávamos o cuidado.

Mesmo sendo caracterizada como uma última etapa no processo de cuidado transcultural, a avaliação ocorreu em todas as etapas do processo para que as ações pudessem ser constantemente mantidas, adaptadas ou repadronizadas. Nesta etapa, fizemos uma análise conjunta enfermeira-puérpera-família sobre os cuidados populares adotados e como poderíamos utilizá-los de forma saudável em parceria com o cuidado profissional. A apreciação dos dados obtidos durante a implementação do projeto foram transformados em

tabelas comparativas que forneceram um panorama dos cuidados prestados e suas influências.

4.2 LOCAL DO ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido no Centro de Saúde de Forquilhas, no período de 09/10/03 a 09/12/03.

O Centro de Saúde está situado à rua Antonio Jovita Duarte, junto ao Centro Empresarial de Forquilhas (em construção), no município de São José, vizinho de Florianópolis. É uma instituição pública pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de São José. O CS possui infra-estrutura independente, dispendo de 04 consultórios médicos, 01 consultório odontológico, 01 sala de pequenas cirurgias, 01 sala de procedimentos (verificação da PA, Tº e nebulização) e triagem, sala de imunização, sala para realização do teste do pezinho, hall de recepção, sala de atividades, 01 farmácia, 01 sala de curativos, 01 sala do Sisvan (para acompanhamento de crianças 0 a 5 anos 11 meses e 29 dias além da captação de crianças de baixo-peso) 01 sala de esterilização, 01 sala de depósito de medicamentos, material de expediente e material de limpeza, 01 cozinha de uso dos funcionários, 04 banheiros (02 para funcionários e 02 para uso do público em geral). Oferece à comunidade os serviços de imunização, consultas médicas (clínica geral, ginecologia e pediatria), consultas de enfermagem, programa Criança 21 e procedimentos básicos de enfermagem (curativo, nebulização, retirada de pontos, entre outros), bem como, atendimento odontológico. O quadro de funcionários é composto por 03 enfermeiras (02 assistenciais e 01 coordenadora do centro de saúde), 02 dentistas, 01 pediatra, 02 médicos da família, 01 ginecologista, 03 técnicos e 03 auxiliares de enfermagem (onde 2 são do PSF) e 01 auxiliar de serviços gerais responsável pela limpeza do CS.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Puérperas, seus recém-nascidos e famílias residentes no bairro de Forquilhas, vinculados ao Centro de Saúde de Forquilhas, e que demonstraram interesse e aceitaram participar do projeto.

4.4 PLANO DE AÇÃO

1) **OBJETIVO:** Revisar literaturas pertinentes e que subsidiem a prática assistencial, aprofundando conhecimentos sobre puerpério, cuidados com recém-nascido, cuidados no puerpério, cultura, crenças e valores.

PLANO DE AÇÃO:

- Fazer leitura e discussão com o grupo de acadêmicas sobre os temas sugeridos para estudo.

- Fazer discussão com a orientadora e supervisora sobre os temas estudados;

- Organizar um sub-capítulo no relatório, intitulado: Complementação da prática assistencial;

AVALIAÇÃO: o objetivo seria alcançado se conseguíssemos elaborar o capítulo proposto, além de manter a leitura e discussões com orientadora e supervisora paralelas às atividades realizadas durante o estágio.

2) **OBJETIVO:** Realizar reconhecimento geográfico e cultural da comunidade de Forquilhas.

PLANO DE AÇÃO:

- Obter informações sobre os setores censitários da área de abrangência do CS, junto ao IBGE;

- Realizar passeios pela comunidade observando condições gerais de saneamento, tipo de construções existente, escolas, igrejas, etc...;

- Conhecer e conversar com pessoas antigas da comunidade, benzedeiros, representantes religiosos e comunitários.

AVALIAÇÃO: o objetivo seria alcançado se conseguíssemos delimitar o CS dentro dos setores censitários do IBGE e reconhecer sua área de abrangência; conseguíssemos também contatar com pessoas que têm influência nas crenças culturais na comunidade de Forquilhas.

3) **OBJETIVO:** Interagir com a equipe de enfermagem e multiprofissional do Centro de Saúde de Forquilhas, buscando conhecer a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos nesta unidade de saúde;

PLANO DE AÇÃO:

- Apresentar o projeto à equipe de saúde do CS;
- Buscar junto à equipe informações e sugestões sobre as situações de cuidado cultural da puérpera, recém-nascido e familiares;
- Compartilhar encontros com a equipe a fim de compartilhar as vivências e experiências, buscando envolver a equipe na compreensão da cultura das famílias atendidas pelo CS de Forquilhas;
- Apresentar os resultados para a equipe do CS ao final da prática assistencial.

AValiação: o objetivo seria alcançado se conseguíssemos apresentar o projeto à equipe de saúde com data previamente agendada; houvesse interesse e participação da equipe no que se referia ao desenvolvimento do projeto assistencial, e conseguíssemos envolvê-la na compreensão da cultura das famílias envolvidas neste trabalho.

4) OBJETIVO: Identificar as crenças mais comuns que envolvem o período do puerpério, na comunidade de Forquilhas.

PLANO DE AÇÃO:

- Elaborar roteiro para entrevista (Apêndice A), buscando identificar as crenças e valores que envolvem o puerpério;
- Aplicar o processo de entrevista às puérperas e famílias atendidas no CS de Forquilhas
- Identificar através da entrevista quais as pessoas que mais influenciam nestas crenças e valores

AValiação: o objetivo seria alcançado se conseguíssemos aplicar o questionário a todas as puérperas que fizessem parte do projeto, atendidas no CS de Forquilhas e identificássemos as crenças que permeiam este período de puerpério, bem como as pessoas que mais influenciam nestas crenças.

5) OBJETIVO: Implementar o Processo de cuidar com base nas universalidades e diversidades culturais do cuidado à mulher no puerpério, assim como, no cuidado com o recém-nascido.

PLANO DE AÇÃO:

- Selecionar junto aos agentes comunitários mulheres que estejam vivenciando o puerpério até o 40º dia, que utilizam os serviços oferecidos pelo CS;

- Aplicar o Processo de cuidar a no mínimo 06 puérperas, através de consultas de enfermagem realizando no mínimo 02 visitas domiciliares por família que se enquadrem no projeto, utilizando roteiros elaborados pelas autoras (Apêndices B, C, D);

- Refletir com as enfermeiras acerca dos cuidados culturais levantados;

- Estabelecer diálogo com a puérpera e familiares sobre as práticas do cuidado cultural e as possibilidades de manutenção, acomodação ou repadronização destes cuidados;

- Assegurar a assistência de enfermagem respeitando os valores culturais de cada indivíduo;

- Refletir com orientadora e supervisora sobre as crenças e valores identificados.

AVALIAÇÃO: o objetivo seria alcançado, se houvesse participação ativa dos agentes comunitários na seleção das puérperas e na intermediação das visitas domiciliares; interesse da puérpera /família em participar do projeto e /ou implementação do cuidado planejado, bem como conseguíssemos realizar consultas e visitas domiciliares propostas, refletindo sobre as crenças e valores que envolvem o período do puerpério.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para desenvolver este trabalho foi importante estarmos atentos para as questões éticas que envolvem o relacionamento interpessoal e profissional, pois muitas vezes nos deparamos com questões delicadas que exigiram atenção, respeito e conhecimento do código de ética de Enfermagem que rege o exercício da profissão.

A preocupação com os aspectos éticos se fez necessária, no sentido de proteger e garantir o respeito aos clientes, mantendo o sigilo sobre as informações recebidas.

Durante o desenvolvimento das atividades, estivemos atentas para os seguintes aspectos éticos:

- Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
- Exercer a enfermagem com justiça, responsabilidade e honestidade;
- Explicitar a(s) família(s) o propósito do trabalho a ser desenvolvido pelas acadêmicas no CS de Forquilhas, envolvendo a puérpera, recém-nascido e família;
- Garantir a participação das famílias no trabalho, por livre e espontânea vontade, podendo desistir quando assim o desejassem;
- Garantir a confiabilidade das informações fornecidas pelos participantes (puérpera e família) da prática assistencial desenvolvida, bem como o anonimato dos mesmos, através de formulário por escrito (Apêndice F);
- Prestar cuidados de enfermagem a puérpera, recém-nascido e família, sem discriminação de qualquer natureza;
- Solicitar autorização escrita das puérperas e familiares e também da equipe de saúde (Apêndice E), para que as acadêmicas pudessem fotografar e utilizar as fotografias na elaboração deste relatório;
- Manter durante todo o desenvolvimento da prática, o respeito à vida e ao direito de escolha de todos os envolvidos neste processo;

- Interromper a pesquisa em qualquer momento se este fosse o desejo dos participantes.

6. RESULTADOS

1) Objetivo: Revisar literaturas pertinentes e que subsidiem a prática assistencial, aprofundando conhecimentos sobre puerpério, cuidados com RN, cuidados no puerpério, cultura, crenças e valores.

A revisão de literatura foi essencial para o desenvolvimento do projeto, pois entendemos que sem o embasamento científico adequado, teríamos dificuldades para direcionar as nossas ações na prática assistencial.

Esta revisão foi sendo construída e aprofundada no decorrer da prática, através de leituras e reflexões entre as acadêmicas, e sempre que necessário, com o auxílio das supervisoras e orientadora.

Os temas propostos inicialmente foram: puerpério, cuidados com RN, cuidados no puerpério, cultura, crenças e valores, no entanto achamos necessário durante a implementação do projeto, aprofundar nossos conhecimentos também sobre organização da saúde em nível local, visita domiciliar e consulta de enfermagem.

Embora a literatura na área da saúde sobre crenças e valores relacionados ao puerpério ainda seja bastante escassa, não encontramos dificuldades para nos aprofundar, pois as teses, livros, dissertações e trabalhos de conclusão de curso que lemos sobre o assunto, supriram nossas necessidades. Somados a estes, acrescentamos as crenças e valores que conhecíamos, bem como, o que nos foi relatado durante a vivência da prática, pelas benzedadeiras e mulheres sábias da comunidade.

A revisão de literatura além de fortalecer o suporte teórico, proporcionou segurança para lidarmos com as diversas situações encontradas, favorecendo o contato com a puérpera e seus familiares, facilitando a troca de informações e fortalecendo os laços de confiabilidade. Desta forma, tornou-se mais fácil a aplicação do processo, e pudemos valorizar e respeitar ainda mais as crenças e valores de cada mulher e família que vivenciavam o processo de puerpério.

Os temas revisados são parte integrante deste relatório e compõem o sub-capítulo 3.7, denominado: Revisão da Literatura.

2) Objetivo: Realizar reconhecimento geográfico e cultural da comunidade de Forquilhas.

O reconhecimento geográfico da área de abrangência do CS foi bastante complicado devido às dificuldades de acessibilidade geográfica e a extensão da área a ser reconhecida.

A comunidade está localizada ao sul do município de São José, composta por aproximadamente 8.184 habitantes, sendo que na área 02 foram levantadas 1.376 famílias, sendo que dentre estas, 1.253 são cadastradas e usufruem os serviços do CS, na área 05 foram levantadas 1.625 famílias onde 1.352 fazem uso dos serviços do CS, totalizando 2.728 famílias que usam os serviços oferecidos pelo CS.

Para atender e acompanhar as famílias cadastradas pelo CS as áreas foram divididas em 06 micro-áreas que ficam cada uma delas sob a responsabilidade de um ACS, tendo este, a responsabilidade de cadastrar famílias, crianças com baixo-peso, crianças com vacinação em atraso, gestantes, hipertensos, puérperas, diabéticos, acamados, além de casos de hanseníase, tuberculose, entre outros agravos que acometem a saúde da comunidade.

No terceiro dia de estágio, realizamos um passeio pela comunidade e pudemos constatar que a área é bastante heterogênea, sendo evidente o contraste entre residências de habitantes com um bom poder aquisitivo e barracos; áreas rurais e urbanizadas; carros e carroças. A comunidade possui 4 escolas, 3 creches, supermercados, posto de gasolina, farmácia, lojinhas de bairro entre outros, que prestam serviços à comunidade. Cabe ainda salientar que a comunidade não possui um sistema de tratamento de esgoto, sendo que, os dejetos são lançados em fossas. Na área de abrangência 02, foi observado esgoto correndo a

céu-aberto, água não tratada oriunda de bicas ou ponteiros, além de algumas casas sem luz elétrica.

O acesso ao Centro de Saúde, que se localiza a princípio em uma área de fácil acesso, é dificultado devido às longas distâncias a serem percorridas por alguns clientes para chegarem ao mesmo, aos escassos horários e ao alto preço da passagem de ônibus. Mesmo com estes entraves, a comunidade considera-se privilegiada, pois conta com o maior CS do município, uma equipe multidisciplinar bastante atuante e cobertura de todas as micro-áreas pelos ACS.

Durante o reconhecimento geográfico, pudemos conhecer e contatar com as mulheres sábias da região, as benzedeiças, senhoras que residem na comunidade há muitos anos, bem como, com os representantes religiosos e comunitários.

3) Objetivo: Interagir com a equipe de enfermagem e multiprofissional do Centro de Saúde de Forquilhas, buscando conhecer a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos nesta unidade de saúde;

O primeiro dia de estágio foi utilizado para apresentação do projeto e das acadêmicas, para os funcionários do CS e principalmente para os agentes comunitários, pois os mesmos seriam o elo de ligação entre as acadêmicas e a comunidade. Para tanto, contamos com o auxílio da enfermeira Sandra, nossa supervisora, que mesmo de férias, fez-se presente no CS para nos recepcionar e explicar a todos os objetivos do nosso estágio. Durante o período em que a mesma estava em férias, contamos com a ajuda da enfermeira Noélia que gentilmente aceitou supervisionar nosso estágio, auxiliando-nos sempre que necessário.

A equipe multiprofissional do CS foi bastante receptiva, nos acolhendo como “membros” da equipe desde o primeiro dia. Muitas vezes, éramos solicitadas a participar de atividades inerentes a rotina do CS, mesmo não fazendo parte dos nossos objetivos. Esta interação e participação nestas atividades foram fundamentais para que pudéssemos não só vivenciar a dinâmica dos trabalhos ali desenvolvidos, mas principalmente para conhecer e nos fazer conhecidas.

Através deste contato, muitas vezes com conversas informais, conseguimos envolvê-los em nosso trabalho e mostrar as diferentes formas de cuidar, levando em consideração a cultura de cada indivíduo e de cada comunidade, não somente no período do

puerpério, mas em todas as situações saúde-doença vivenciadas pelos indivíduos da comunidade.

Durante o decorrer do estágio, este objetivo foi plenamente atingido, pois percebemos que nossa presença no CS teve um impacto e uma aceitação satisfatórias, sendo que pudemos contar com o auxílio da equipe e agentes comunitários, para captar, triar e atender as puérperas, bem como chegar às casas das benzedadeiras e pessoas com representatividade na comunidade.

A relação estabelecida entre as acadêmicas e a equipe tornou-se crescente durante todo o período de estágio, não se restringindo somente ao contato profissional, criaram-se laços de amizade, diferente de nossas expectativas, pois em diversas experiências ao longo de nossa vida acadêmica fomos muitas vezes tratados como “intrusas”, e desta vez éramos respeitadas como colegas de trabalho, parte integrante da equipe multiprofissional.

4) Objetivo: Identificar as crenças mais comuns que envolvem o período do puerpério, na comunidade de Forquilhas.

Através de conversas com os agentes comunitários, e discussão com a supervisora, selecionamos as famílias a serem visitadas. O critério utilizado para a seleção das famílias foi: puérperas que se encontrassem no máximo no vigésimo dia pós-parto quando da primeira visita, para que o processo de cuidar pudesse ser aplicado e para que a 2ª visita não extrapolasse o período de quarenta dias (puerpério, quarentena ou resguardo). O número de puérperas cadastradas para visitas foi bastante significativo, em torno de 25 puérperas, porém algumas não se enquadravam nos critérios citados acima, sendo relevante salientar que as barreiras geográficas também se tornaram um empecilho para que um maior número de puérperas pudesse participar do projeto.

O processo de entrevista foi aplicado durante a visita domiciliar, a 10 puérperas e familiares que as acompanhavam, sendo possível observar que este período é pleno de crenças e valores. Importante salientar que entre estas crenças, nenhuma era prejudicial à mãe ou ao recém-nascido, portanto todas puderam ser mantidas e/ou preservadas. As crenças relatadas pelas famílias encontram-se descritas logo abaixo, após a identificação das mesmas. Todas as famílias aceitaram participar do projeto de livre e espontânea vontade, assinando o termo de

consentimento livre e esclarecido e de registro fotográfico, garantindo assim, a utilização dos dados obtidos e registros fotográficos para fins acadêmicos.

Para subsidiar este objetivo, utilizamos o roteiro “conhecendo a puérpera, RN e família, suas crenças e valores”, através do qual, pudemos identificar as crenças e valores presentes no puerpério, e juntamente com os participantes da ação, dialogar e esclarecer possíveis dúvidas referentes a este período não se restringindo apenas ao “simples” ato de cuidar.

Nas visitas iniciais sentíamos uma certa dificuldade na troca de informações, talvez devido ao fato de estarmos vinculadas a uma unidade de saúde e acompanhadas pelos agentes comunitários, percebíamos que na ausência destes a troca de informações ocorria com mais facilidade. No entanto, após explicarmos que a finalidade do nosso trabalho era o conhecer a forma de cuidar de cada família e não o julgar este cuidado, as famílias se mostraram receptivas, iniciando um dialogo franco sobre as crenças e valores que permeiam o cuidado neste período. Sentimos durante algumas conversas, um sentimento franco de credibilidade e confiança no nosso trabalho e nas nossas reflexões sobre as crenças e valores explicitadas, deixando-nos bastante satisfeitas e conscientes da responsabilidade do enfermeiro frente ao trabalho desenvolvido.

As famílias atendidas encontram-se identificadas logo abaixo, sendo que para garantir o anonimato das mesmas, utilizamos nomes de Orixás presentes na cultura afro-brasileira, por se tratar de um trabalho que reflete a cultura das diversas famílias. Apesar de não termos nos deparado com famílias praticantes de religiões afro-brasileiras como o candomblé e a umbanda, optamos pelo uso de nomes de orixás devido à importância da cultura africana existente na composição da cultura brasileira, estando presente em eventos religiosos, pratos típicos, arquitetura, entre outros.

Para denominação das famílias, as comparamos com características presentes em alguns orixás, por exemplo, nos rituais afro, Oxalá é pai de todos os orixás, logo possui uma família numerosa, por conseguinte resolvemos nomear a família mais numerosa como a família de Oxalá.

Família de Oxum

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
23 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental incompleto	Puérpera
27 anos	Masculino	Católico	Pintor	Fundamental incompleto	Marido
06 anos	Feminino	Católica	Estudante	Fundamental incompleto	Filha
19 dias	feminino	Católica	---	---	RN

Família de Oxalá

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
22 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental completo	Puérpera
19 anos	Masculino	Católico	Marceneiro	Fundamental incompleto	Marido
10 dias	Masculino	Católico	---	---	RN
40 anos	Feminino	Católica	Auxiliar de cozinha	Fundamental incompleto	Mãe
42 anos	Masculino	Católico	Carregador	Não alfabetizado	Pai
19 anos	Feminino	Católica	Balconista	Médio completo	Irmã
23 anos	Masculino	Católico	Corte de frango	Fundamental incompleto	Cunhado
15 anos	Masculino	Católico	Auxiliar de marceneiro	Médio incompleto	Irmão

Família Nana

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
32 anos	Feminino	Católica	ACS	Médio incompleto	Puérpera
29 anos	Masculino	Católico	Garçom	Fundamental incompleto	Marido

54 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental incompleto	Mãe
08 anos	Masculino	Católico	Estudante	Fundamental incompleto	Filho
05 anos	Feminino	Católica	Estudante	Pré-escola	Filha
14 dias	Masculino	Católico	---	---	RN

Família Iemanjá

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
24 anos	Feminino	Católica	Auxiliar de Serviços gerais	Fundamental incompleto	Puérpera
05 anos	Masculino	Católico	Estudante	Pré-escola	Filho
03 anos	Masculino	Católico	Estudante	Pré-escola	Filho
05 dias	Masculino	Católico	---	---	RN

Família de Omulu

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
23 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental incompleto	Puérpera
27 anos	Masculino	Católico	Autônomo	Fundamental incompleto	Marido
07 anos	feminino	Católica	Estudante	Fundamental incompleto	Filha
07 anos	Masculino	Católico	Estudante	Fundamental incompleto	Sobrinho
02 anos	Masculino	Católico	---	---	Filho
12 dias	Masculino	Católico	---	---	RN

Família Iansã

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
28 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental incompleto	Puérpera
45 anos	Masculino	Católico	Pedreiro	Não alfabetizado	Marido
07 anos	Feminino	Católica	Estudante	Fundamental incompleto	Enteada
06 anos	Masculino	Católico	---	---	Filho
04 anos	Feminino	Católica	---	---	Filha
15 dias	Feminina	Católica	---	---	RN

Família de Oxossi

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
26 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental incompleto	Puérpera
39 anos	Masculino	Católico	Pedreiro	Fundamental incompleto	Marido
11 anos	Masculino	Católico	Estudante	Fundamental incompleto	Filho
20 dias	masculino	Católico	---	---	RN

Família de Xangô

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
19 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental completo	Puérpera
19 anos	Masculino	Católico	Marceneiro	Fundamental incompleto	Marido
10 dias	Masculino	Católico	---	---	RN
40 anos	Feminino	Católica	Auxiliar de cozinha	Fundamental incompleto	Mãe

42 anos	Masculino	Católico	Carregador	Não alfabetizado	Pai
19 anos	Feminino	Católica	Balconista	Médio completo	Irmã
23 anos	Masculino	Católico	Corte de frango	Fundamental incompleto	Cunhado
15 anos	Masculino	Católico	Auxiliar de marceneiro	Médio incompleto	Irmão

Família de Obaluaê

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
22 anos	Feminino	Católica	Do lar	Fundamental completo	Puérpera
19 anos	Masculino	Católico	Marceneiro	Fundamental incompleto	Marido
10 dias	Masculino	Católico	---	---	RN

Família de Ogum

Idade	Sexo	Religião	Profissão	Escolaridade	Parentesco
21 anos	Feminino	Católica	Do lar	Médio completo	Puérpera
49 anos	Masculino	Católico	Pedreiro	Fundamental incompleto	Pai
46 anos	Feminino	Catolica	Do lar	Fundamental incompleto	Mãe
2 anos	Feminino	Catolica	---	---	Irmã
16 anos	Masculino	Católico	Auxiliar de produção	Fundamental completo	Irmão
10 dias	Feminino	Católica	---	---	RN

As crenças identificadas foram muitas, principalmente em relação ao recém-nascido. Entre elas, gostaríamos de ressaltar as crenças em relação ao coto umbilical, ao banho, as cólicas, assaduras, icterícia, fontanelas, alimentação e cuidados com as roupas.

Para enriquecer o trabalho e a compreensão das crenças explicitadas pelas famílias durante a aplicação dos questionários, ilustraremos com algumas frases retiradas dos mesmos:

Em relação ao coto umbilical, todas afirmaram usar álcool a 70%, no entanto, algumas relataram:

“Na minha outra filha usei faixa e azeite com arruda e alho”. (puérpera de Oxum);

“Dos meus outros filhos usei faixa, mas agora sei que não deve”. (puérpera de Nana).

Segundo Monticelli (2002), o coto umbilical para as mulheres é cercado por significados místicos, pois pode ser o meio de alimentação da criança como também uma ponte entre a mesma e a doença, estando relacionado principalmente a sua potencialidade em causar doença.

Embora apresentassem ansiedade e medo em relação ao “umbigo” propriamente dito, observamos que nenhuma das puérperas visitadas apresentava apego excessivo aos cuidados referentes ao coto umbilical e o praticavam conforme orientações recebidas na maternidade.

Quanto à higiene do RN, a maioria já estava dando banho de imersão diário, sendo que algumas alternavam com banhos de “gato”, ou seja, banhos sem molhar o coto umbilical, apenas com panos molhados. Como afirmaram:

“Agora estou dando banho na banheira dia sim dia não, um dia dou na banheira e no outro passo paninho”. (puérpera de Oxum);

“Dou banho de gato num dia e no outro de banheira”. (puérpera de Nana);

“Até cair o umbigo vou só passar uma fraldinha úmida”. (puérpera de Iemanjá);

“Agora dou banho todos os dias, antes só passava um pano molhado, porque minha tia não deixava”. (puérpera de Obaluê).

De acordo com Rodrigues, Pacheco e Chiodelli (2003) o banho deve ser dado uma vez ao dia para remover sujidades, estimular circulação sanguínea, além de estreitar os vínculos afetivos. A melhor técnica para o banho fica a critério de cada mãe, podendo ser este de imersão, ducha, ou com auxílio de panos umedecidos.

Para a maioria das puérperas o recém-nascido é um ser muito frágil, que não realiza atividades físicas, por tanto não se faz necessário à prática de banho diário, pois pode

vir a causar prejuízos a criança, deixando o seu corpo aberto, desprotegido, principalmente nos primeiros 7 dias de vida.

Em relação à assadura, a maioria referiu utilizar pomada a cada troca de fralda, algumas utilizam maizena, e apenas uma disse que colocaria a região exposta ao sol.

Já em relação à icterícia, o popular amarelão, com exceção de uma, todas utilizaram roupa amarela para evitar ou amenizar os seus efeitos, como podemos ver nos relatos abaixo:

“Usei roupa amarela nele nos primeiros dias e ele não teve amarelão”.(puérpera de Oxalá);

“Coloquei no sol, mas também usei roupa amarela”.(puérpera de Oxum);

“Eu não acredito, mas coloquei porque minha mãe insistiu”.(puérpera de Xangô).

Segundo Pizzato e Poian (apud Almeida, 2000) a icterícia fisiológica é um sintoma comum caracterizado pela coloração amarelada da pele e conjuntiva ocular durante a primeira semana de vida devido ao aumento da bilirrubina no sangue circulante. Ainda referente a este processo, Oliveira (2002) refere que a icterícia ocorre devido a alterações no metabolismo da bilirrubina e sua importância no recém-nascido está associada a uma possível hiperbilirrubinemia, podendo causar encefalopatia crônica ou cirrose hepática a médio ou longo prazo.

Geralmente as crenças ligadas à icterícia fisiológica, estão ligadas ao uso de roupas amarelas e outros objetos da mesma cor, porém poucas mães são informadas sobre a importância do banho de sol nos horários e tempo de exposição adequados como uma fonte barata e inofensiva de auxiliar na degradação da bilirrubina, substância responsável pela coloração amarela da pele.

Todas tomam cuidado para não bater a fontanela, moleira como é popularmente conhecida, considerando-a muito delicada e frágil, no entanto uma das puérperas relacionou a moleira baixa com a desidratação:

“Na minha outra filha quando a moleira baixava dava água, nesta ainda não baixou”. (puérpera de Oxum).

As fontanelas conhecidas popularmente como “moleira”, merecem uma atenção especial, pois podem ser indicativo de alterações cranianas. Conforme Giacomini (apud

Mendes,2003), fontanelas anormais podem indicar alterações na maturação óssea, doenças do tecido esquelético, trissomias, osteogênese imperfeita, hipertensão intracraniana (fontanelas abauladas) ou hipertireoidismo, doenças hormonais ou microcefalias (fontanelas deprimidas), podendo estar também, relacionada com a desidratação.

Durante as visitas esclarecemos as mães sobre o que era “moleira” e o porque de ser considerada uma área frágil, conversamos sobre o manejo e salientamos a importância de amamentar a criança quando a fontanela estiver deprimida. Achamos necessário estes esclarecimentos, pois todas tinham cuidado, mas não sabiam o porquê do mesmo.

Para amenizar as cólicas do RN algumas relataram dar chás, outras colocavam em decúbito ventral e três delas relataram fazer uso de medicamento, como podemos ver abaixo:

“Minha irmã disse para dar luftal, eu dei e acalmou” (puérpera de Omulu);

“Passo um remédio em pó na chupeta que a minha tia deu, às vezes dou elixir paregórico”.(puérpera de Obaluaê).

Na literatura não há uma etiologia para a ocorrência de cólicas no RN, é provável que a causa seja multifatorial, podendo ter como uma das causas a imaturidade gastrointestinal. Segundo Whaley & Wong (1997) a capacidade do recém-nascido de digerir, absorver e metabolizar os nutrientes é adequada, mas limitada, por isso a RN precisa de alimentação pequenas e freqüentes, pois o tempo de esvaziamento é curto (de 2 a 3 horas) e o peristaltismo é rápido. O colon apresenta-se com volume reduzido, podendo o recém-nascido evacuar a cada refeição, devendo esse padrão ser alterado nas primeiras semanas. Podemos também atribuir como causa o período prolongado entre as mamadas, pois isso aumenta o tempo de peristaltismo. Alguns alimentos consumidos pela mãe podem também ser a origem das cólicas, esses alimentos variam de acordo com o organismo de cada mãe e RN.

Observamos que a maioria das mães, fazia ou iria fazer uso de chás e massagens, e que pelos relatos estavam surtindo o efeito desejado .

Para Lima (apud Almeida,2000) as propriedades das ervas e chás não podem ser negadas, sendo reconhecidas e usadas desde tempos remotos especialmente por povos primitivos, sendo um dos primeiros sistemas de cura conhecidos pela humanidade, seu uso sempre foi questionado mas nunca deixou de ser utilizado.

De fato as ervas são utilizadas pelas puérperas, sendo geralmente indicadas pelas cuidadoras, que sabem qual chá serve para cada tipo de cólica. Conversamos sobre a

importância do aleitamento materno exclusivo, sobre o não uso de medicamentos, salvo sob orientação médica, pois os mesmos poderiam prejudicar o RN. Caso quisessem continuar fazendo o uso de chás para seu uso próprio, não haveria problemas, mas orientamos que era importante o RN permanecer em amamentação exclusiva, pois as propriedades da erva passariam para o leite. Se optassem em dar o chá para o RN, que o fizessem através de colher para não interferir na amamentação. Orientamos também que observassem quais alimentos estavam consumindo que seriam os possíveis causadores de cólicas no RN.

Em relação à alimentação do RN, todos estão em amamentação exclusiva, mas algumas relataram a vontade de dar mamadeira. Quanto à chupeta apenas uma disse que não iria dar, algumas relataram que tentaram varias vezes e os RN não aceitaram, em compensação outras ofereceram e o RN aceitou bem.

“Não vou dar, ele é bem calminho, quase não chora, minha mãe deu para mim e eu fiquei com os dentes feios, todos tortos, não quero que meu filho fique assim.” (puérpera de Ogum).

Segundo Santos, (2002) a Organização Mundial de Saúde(OMS) e a UNICEF preconizam a amamentação exclusiva durante os primeiros quatro ou seis meses de vida, mas apesar do seu valor nutricional e das vantagens serem reconhecidas, a incidência do desmame precoce é bastante elevada, sendo que as causas mais comuns para esta ocorrência estão ligadas a fatores socioeconômicos e culturais, além da desinformação sobre a função biopsicológica no ato de amamentar. Deve partir do profissional da saúde as ações voltadas para o apoio e manutenção da amamentação exclusiva, através de informações que visem à promoção e manejo clínico da amamentação.

Observamos que muitas puérperas visitadas demonstravam a vontade de dar mamadeira, conversamos então sobre as vantagens da amamentação tanto para o RN quanto para as mesmas, deixando claro os fatores biológicos, bem como, o estreitamento dos laços afetivos. O uso de chupetas e mamadeiras prejudicam a amamentação devido à confusão de bicos e a facilidade de sucção da mamadeira, além de ocasionar futuros prejuízos à arcada dentária.

Os cuidados com a roupa do RN se apresentaram quase que universais. Nenhuma das puérperas deixa roupa pegar sereno, não batem e nem torcem a roupa, e também passam

de ambos os lados. Apenas uma não apresenta esta crença, mas tem cuidado em lavar e passar, conforme relatado:

“Lavo na mão com sabão de côco, não torço e nem coloco na maquina, não deixo pegar sereno, nem lua, dizem que dá cólica no neném”.(puérpera de Omulu);

“Não torci nem bati a roupa nos primeiros sete dias, também não coloco no sereno par não dar cólica” (puérpera de Oxum);

“Não pega sereno para a lua não resfriar o umbigo do neném e dar cólica”.(puérpera de Oxalá).

Segundo Monticelli (2002), a lua é considerada um elemento da natureza capaz de causar doenças, principalmente nos primeiros dias de vida, quando o RN é considerado frágil. Gennep e Minayo (apud Monticelli, 2002), descrevem situações onde a lua serve como explicação para o aparecimento de cólicas, asma, problemas nervosos e mentais.

Acreditamos que os cuidados dispensados as roupas do RN devem ser mantidos, como por exemplo, lavagem de roupa separada da dos demais familiares, o passar a ferro, visando eliminar possíveis microrganismos presentes nelas.

As puérperas se apresentaram seguras em relação à vacinação, sendo que todos os RNs estavam vacinados contra Hepatite e Tuberculose, e todos haviam feito o teste do pezinho.

A imunização e o teste do pezinho são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Ficamos bastante satisfeitas em saber que todas os RN visitados já haviam realizado estes procedimento, porém ficamos bastante surpresas quando as puérperas relataram não apresentar crenças e medos relacionados a vacinação, pois neste período permeado de crenças qualquer alteração no estado físico do RN é geralmente atribuído a vacinação.

Observamos que em relação à amamentação a maioria das puérperas não alternava os seios a cada mamada e não colocavam o RN para eructar. Reforçamos as orientações sobre amamentação, anatomia da mama e a fisiologia da lactação, bem como, o processo de digestão que no RN é diferente do adulto, ressaltando a imaturidade do seu aparelho digestivo.

Vale aqui ressaltar a importância do pré-natal e das orientações que são repassadas durante o mesmo. Consideramos que orientações sobre o preparo das mamas, a maneira

correta de amamentar e o que deve ser feito quando ocorrer alguma patologia na mama, entre outras, devem ser enfatizadas durante este período, buscando prevenir o desmame precoce.

De acordo com Santos (2002), os problemas mais frequentes relacionados a amamentação ocorrem nos primeiros dias após o parto, sendo estes ocasionados pelo ritmo instável das mamadas. Para solucionar e/ou evitar estes problemas é necessário que os profissionais de saúde e a nutriz tenham conhecimento sobre a anatomia e fisiologia da mama.

Com relação à eructação é preciso salientar sobre a imaturidade gástrica do RN e a necessidade de manter a criança de pé para que os resíduos alimentares sejam eliminados, evitando assim a asfixia decorrente destes.

Quanto às crenças relacionadas as puérperas, estas relataram o cuidado com a região perineal, cuidados com as mamas e com o útero, retorno às atividades sexuais, cuidados com os cabelos e restrição de alguns alimentos.

Sobre a região perineal, a maioria das puérperas relatou lavar a região perineal com água varias vezes ao dia, algumas relataram utilizar medicamentos anti-sépticos de uso tópico para evitar e/ ou amenizar infecção, e uma das puérperas utilizou álcool a 70%, para auxiliar na cicatrização do períneo. E apenas uma fez uso de chás:

“... Meus pontos inflamaram, passei chá de transsagem e penicilina em folha nos pontos. Também não usei sabonete lavei com sabão de côco”. (puérpera de Oxum)

“Lavo três vezes ao dia e passo água oxigenada” (puérpera de Omulu).

A literatura consultada não traz relatos referentes ao uso de chás ou água oxigenada como ações nocivas de cuidado, porém é relevante informar as puérpera sobre a higienização correta do períneo e vulva para evitar a ação e proliferação de agentes patogênicos. O uso de agentes químicos e/ou físicos podem lesar a região vulvo-perineal acarretando em inflamação da incisão, não sendo necessário o uso de produtos nesta região pois a mesma tem capacidade regeneração, sendo que esta se dá de forma gradativa, de acordo com o numero de dias pós-parto.

Com relação às mamas houve uma variedade de cuidados dispensados a estas, sendo importante ressaltar que somente uma puérpera considerou a mama como a parte do seu corpo que, no momento, merece maiores cuidados:

“Meu bico doeu ai passei casca de banana, cenoura ralada e manteiga de cacau pra aliviar a dor e ele não rachar”. (puérpera de Oxalá)

“Tive um ardume no bico, só coloquei no sol, mas da outra tive calor de figo, aí meu pai trouxe uma galinha viva e matou para tirar o figo da galinha ainda quente, aí passei no bico”.(puérpera de Oxum)

“Tive rachadura no seio, dei banho de luz, tirava o leite com a mão para não empedrar, coloquei folha de repolho que a Sandra ensinou, ela disse que é antiinflamatório” (puérpera de Nana).

“Tive mastite no seio direito, usei cefaloxina, agora tô melhor. Dou banho de sol todos os dias, passo fralda úmida antes de dar de mamar, lavo com chá e passo cacau à noite para não empedrar o leite” (puérpera de Oxossi).

De acordo com Rigard; Alade (apud Santos,2002) orientar as mães sobre as técnicas corretas de amamentação é de suma importância para prevenir problemas como a dor e patologias relacionadas à mama, para que se evite o desmame precoce e aumente a satisfação de amamentar.

O uso de produtos como pomadas, álcool, sabonete, gorduras de origem vegetal ou animal, podem alterar o “sabor” da mama fazendo com que o RN a evite, além da manipulação da mama sendo que a falta de higiene com a mesma, pode acarretar em mastite puerperal.

Os cuidados voltados ao útero basicamente referem-se a contenção das atividades físicas que requerem o desprendimento de esforços, sendo que o abandono de atividades domésticas simples como varrer casa, lavar louça fazem parte desta gama variada de crenças:

“Faço uso de cinta para segurar a barriga e evito pegar peso” (puérpera de Nana).

“Só não uso roupas apertadas, o resto eu faço tudo, porque não tem ninguém que faça pra mim. Nos outros também fiz tudo sozinha” (puérpera de Iemanjá).

“Não faço força se não o útero não volta para o lugar” (puérpera de Oxalá)

“... eu queria saber porque no meu outro resguardo que foi de cesárea eu sentia uma coisa mexendo dentro de mim, me disseram que era a mãe do corpo procurando o bebe, e nesse eu não senti nada?!”(puérpera de Oxum).

A maioria das puérperas apresenta receio quanto ao retorno às atividades sexuais, principalmente as primíparas, não determinando uma data precisa para o início de tal evento. Relatam apenas que irão dar início a esta atividade quando se sentirem preparadas, segundo as

mesmas em torno de 30 a 45 dias como período máximo. Apenas uma das puérperas apresentou crença em relação à sexualidade pretendendo retomar as atividades sexuais após 40 dias e justifica “... *porque é menino, se fosse menina era 30 dias, não é assim?*”. (puérpera de Oxalá).

Segundo Monticelli (2002) as crenças que envolvem o puerpério, contemplam uma série de proibições, que variam desde a realização de atividades domésticas até as relações sexuais, com o intuito de evitar doenças e até mesmo a morte.

De acordo com Santos (2002) nos primeiros dias pós-parto, a puérpera pode apresentar-se cansada devido aos esforços despendidos durante o parto.

Nas situações observadas no decorrer do estágio, pudemos observar que as restrições de atividades simples como varrer a casa ou lavar louça, estavam ligadas a crença de que, o esforço por mais simples que fosse, acarretaria em doença, pois todas mostravam-se dispostas e mantinham estas restrições por orientação do cuidador.

Nossa principal atuação neste sentido foi estimular a deambulação precoce para que o organismo voltasse as suas atividades normais rapidamente.

Aproveitamos também este momento para mais uma vez reforçar a importância da amamentação, e a sua ação sobre o útero.

Quanto ao retorno as atividades sexuais, conversamos sobre a necessidade de procurarem o CS para o planejamento familiar, pois mesmo amamentando, poderiam engravidar.

Uma das crenças mais conhecidas que permeiam o puerpério é o fato das puérperas não lavarem a cabeça por medo do sangue subir para cabeça e enlouquecer, mas o fato de lavar os cabelos pode ser visto como um cuidado universal e ao mesmo tempo diversificado, pois as crenças relacionadas a este hábito de higiene variam na quantidade de dias pós-parto e/ou ainda obedecendo a datas específicas para que este evento ocorra ou não.

“... *não lavei a cabeça só ontem, porque era o 9º dia depois do parto e podia dar recaída... o 9º dia da mulher é igual ao 7º do neném, a gente tem que ter mais cuidado...*” (puérpera de Oxalá).

“... *vou lavar a cabeça hoje, mas tô com medo, não sei o que pode acontecer, vou lavar perto do meio-dia que o sol tá mais quente...*” (puérpera de Oxossi).

“... não lavei a cabeça ainda porque só faz cinco dias que ganhei filho...”(puérpera de Iemanjá).

“Não lavei a cabeça ainda, tenho medo, minha sogra diz que o sangue pode subir pra cabeça, que nem aconteceu com uma vizinha lá do Paraná que ficou doida”.(puérpera de Oxum).

De acordo com Monticelli (2002) para os profissionais de saúde o fato de não lavar a cabeça está associado a patogenicidade e às normas de asseio corporal, já para as puérperas, esta crença segue a coerência de que lavar a cabeça poderá ocasionar uma recaída, enfermidade mais receosa no período de resguardo.

Constatamos com certa surpresa que essa crença não era muito forte, pois apenas uma puérpera permaneceu 40 dias sem lavar a cabeça. No nosso imaginário, a realidade seria diferente, pois vários autores que estudam os cuidados culturais no puerpério, se referem a esta crença como uma das mais realizadas e respeitadas.

A restrição no consumo de alimento pôde ser evidenciada em todas as puérperas, sendo que estas se abstêm de consumir alimentos com temperos, ditos quentes ou carregados. A comida para estas é algo especial que pode ser refletido em cólicas para o bebê, pois passam para o leite. É de grande valia salientar que a comida dever ser preparada na hora da refeição, não devendo ser requentada, gordurosa e ácida.

“Não como repolho, couve, abobrinha e comida requentada, também não como doces e gelado para não dar cólica no neném”. (puérpera de Oxalá)

“... evito comidas acidas e gordurosas...”(puérpera de Nanã)

“... não como comida requentada carne de porco, lingüiça, repolho, tomo bastante liquido, principalmente chá e café com leite... minha sogra diz que tomar café com leite é bom pra dá bastante de leite e fazer ele descer”.(puérpera de Oxum).

“... não como feijão, galinha ensopada, verduras para não dar cólicas...”
(puérpera de Iemanjá)

Segundo Monticelli (1994) os ritos que envolvem a alimentação são ações preventivas que evitam o aparecimento de enfermidades, para identificar o que é puro e o que é impuro, pois a puérpera é “pura”, “limpa”, portanto qualquer alimento considerado impuro para sua situação atual é considerado “sujo”, devendo ser evitado. Quanto mais próximo o fim do resguardo, menor a quantidade de restrições até que as mesmas cessem por total.

Os ritos com alimentação ultrapassam o significado estético com o corpo da mulher, eles traduzem a cultura do próprio grupo, onde os alimentos são carregados de símbolos afetivos e sociais.

Existe uma preocupação bastante grande, principalmente por parte dos enfermeiros que desenvolvem suas praticas assistenciais em conhecer, considerar e valorizar as crenças, valores e praticas populares de saúde para que a assistência possa ser compartilhada.

5) Objetivo: Implementar o Processo de cuidar com base nas universalidades e diversidades culturais do cuidado à mulher no seu processo de maternidade, assim como, no cuidado com o recém-nascido.

Este objetivo foi plenamente alcançado, pois nossa interação com os agentes comunitários foi plena, sendo que estes nos auxiliaram na busca ativa e nos acompanharam em algumas visitas. A aceitação das puérperas e familiares em participar do projeto deu-se de forma espontânea e pudemos sentir ao longo do período de estágio, que criamos um forte vínculo com estas famílias.

Aplicar simplesmente um projeto assistencial sem estabelecer uma relação de confiança, não acrescentaria em nada na nossa formação profissional, pois necessitávamos que as puérperas envolvidas não se sentissem ameaçados pela nossa presença e sim que nos olhassem como pessoas iguais a elas que tem costumes, hábitos e que também tem sua vida permeada de crenças.

Muitas puérperas tiveram uma reação de “espanto” quando indagadas sobre algum ritual de cuidado, sendo que não sabiam explicar o porquê dos mesmos, elas apenas seguiam as orientações que lhes eram dadas pelas suas cuidadoras. Por outro lado, as cuidadoras muitas vezes também não sabiam explicar o significado do cuidado. Quando indagadas do porquê de determinados cuidados, algumas ficavam sem graça, outras achavam engraçado, muitas vezes a conversa acabava em risada, porque não sabiam como explicar, mas mesmo assim, praticavam o cuidado, pois acreditavam que estes eram úteis para evitar danos à sua saúde e do recém-nascido.

As puérperas mostraram-se muito satisfeitas com a nossa visita, pois muitas delas ainda não haviam realizado a primeira consulta de puerpério, estando carentes de informações e troca de experiências. Este contato foi fundamental para esclarecimento de duvidas e

estreitamento de laços entre a puérpera e as acadêmicas, bem como para ampliar o nosso olhar sobre a cultura de cada família visitada.

Refletindo sobre esta experiência podemos certamente afirmar que todas ganhamos, mas com certeza as prevaletidas fomos nós, pois tivemos o prazer de experienciar a atuação profissional fora de uma unidade de saúde, livre do estresse que a mesma proporciona, sem horários rígidos, e principalmente no ambiente do indivíduo cuidado, convivendo com suas dúvidas, suas alegrias, suas certezas, inseguranças, suas crenças e seus valores, enfim, compartilhando da vivência familiar. Desta forma, podemos prestar uma assistência integral e individualizada de acordo com as condições socioeconômicas de cada família visitada, adaptando e acomodando o processo de cuidar de acordo com a sua realidade.

Nossa única dificuldade estava relacionada às consultas de puerpério, pois não existe uma agenda voltada somente para consulta de puerpério, estando esta vinculada a agenda de pré-natal. Pudemos perceber também, que pelo fato da enfermeira Sandra responsável pela área 02 estar de férias, as puérperas de sua área tinham sua primeira consulta de puerpério fora do período preconizado pelo Ministério da Saúde.

O atendimento a puérpera é assegurado na rede básica de saúde, no período do puerpério com duas consultas agendadas: a primeira entre o 3º e o 5º dia pós-parto, já agendada na maternidade e realizada pela enfermeira; a segunda no 45º dia pós-parto, devendo ser realizada por um ginecologista ou um clínico geral habilitado.

A consulta abrange anamnese, com informações sobre as intercorrências do parto, condições de aleitamento materno, alimentação e eliminações. O exame físico compreende a retirada de pontos quando for parto cirúrgico, avaliação dos órgãos genitais quando houver queixa, avaliação dos sinais vitais, das mamas e antropometria.

As orientações visam estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, avaliar o esquema vacinal contra o tétano e rubéola, se necessário, orientar quanto ao exercício físico e atividade sexual, investigação sobre a anticoncepção e principalmente estimular a afetividade e formação do vínculo entre mãe e filho. O recém-nascido é avaliado pelo pediatra ou clínico geral, é realizado o teste do pezinho e iniciado o esquema vacinal.

Conversamos com a enfermeira em questão e expusemos o problema, então a mesma refletiu sobre a situação e modificou sua agenda passando a fazer atendimento diário as puérperas ao invés de atendê-las semanalmente.

Colocar em prática as ações voltadas para o cuidado requer atitudes maleáveis que se enquadrem dentro da visão cultural de cada família, bem como, nas suas condições socioeconômicas, enfatizando o indivíduo como um ser único cercado de potencialidades que muitas vezes estão inibidas pela presença de um cuidador.

O processo de enfermagem foi aplicado na íntegra a 6 puérperas, sendo que pudemos observar universalidades e diversidades culturais, não somente no que se refere ao cuidado, mas também na forma como cada uma destas vê a maternidade, a presença do cuidador, entre outros.

Conforme Maldonado (1993) e Monticelli (1994) as mudanças de humor parecem comuns durante o puerpério, pois a mulher necessita adaptar-se ao papel materno. Esta adaptação gera estressores devido à incorporação de um novo membro à estrutura familiar. É muito comum neste período, o aparecimento de insegurança em relação ao cuidado com o recém-nascido e com a adaptação ao seu papel de mãe. Frente a este contexto, a enfermeira deve orientar sobre as mudanças emocionais, voltando sua prática assistencial para conhecer, considerar e valorizar as crenças e valores de cada puérpera, minimizando desta forma as dificuldades existentes neste período.

Para uma melhor compreensão do que foi vivenciar a aplicação do processo de enfermagem e de visita domiciliar com estas famílias, segue abaixo a vivência experienciada com a família de Oxum, onde pudemos observar um cuidado permeado por diversas crenças e com a presença ativa de um cuidador. Iniciaremos com o histórico de Enfermagem, a seguir a descrição das visitas domiciliares e finalmente a apresentação do processo como um todo.

Histórico de enfermagem da puérpera:

Idade: 23anos

Profissão: do lar

Religião: católica

Escolaridade: fundamental incompleto

Naturalidade: marmeleiro (PR)

A família de Oxum é composta pela puérpera, marido, uma filha de 6 anos e pela RN. Moram no mesmo terreno da sogra que é a sua cuidadora, em uma casa própria de alvenaria, ainda em construção, com 3 cômodos, com luz elétrica e ainda sem instalações

sanitárias e água tratada, usando a casa da sogra para realizar os cuidados de higiene e outras necessidades fisiológicas.

A puérpera teve sua menarca aos 13 anos, realiza exame preventivo a cada 2 anos e não faz uso de método contraceptivo. Este é seu segundo filho, no entanto foi sua 3ª gestação, teve um aborto espontâneo, seu primeiro parto foi cesariana e o segundo natural. Fez seu pré-natal no CS de Forquilhas, realizando 8 consultas, sua gravidez foi planejada.

Visitas Domiciliares

1ª Visita Domiciliar

Acompanhadas pela ACS dirigimo-nos até a casa da puérpera de Oxum e seu RN com 19 dias de vida, sexo feminino.

Ao chegarmos fomos recebidas pela puérpera que enquanto esperava nossa chegada estava lavando a roupa do RN e realizando alguns afazeres domésticos. Nos apresentamos e explicamos nosso objetivo, a mesma concordou em participar do trabalho assinando o termo livre e esclarecido (anexo E) e o consentimento de registro fotográfico (anexo F). Através do roteiro (anexo A) iniciamos uma conversa com a puérpera onde passamos a conhecê-la, bem como seu RN e integrantes da família. Pelo roteiro e pela observação, foi possível identificar as condições socioeconômicas e culturais daquela família. Falamos um pouco sobre seu corpo, quando aconteceu sua menarca, sobre preventivo, método contraceptivo, suas gestações anteriores, aborto e o momento vivenciado pela puérpera. Durante a conversa identificamos então várias crenças e valores relacionados ao cuidado com ela mesma e com o RN. A puérpera relatou ter experiência com o puerpério, seu e de sua irmã, desconhece o termo científico e chama o período referido de resguardo e dieta, segue orientações recebidas da sogra e da irmã, diz ainda estar mais segura, pois é seu segundo resguardo.

Mostra-se descontente com seu corpo, afirmando:

“... está horrível cheio de peles moles, pelanca e emagreci muito”.

Mas mesmo descontente com o corpo, quando questionada sobre os sentimentos em relação ao RN diz:

“Às vezes parece que é mentira, é minha filha, cai na realidade”.

Relata ainda que foi um presente, pois a mesma queria engravidar e não conseguia, e quando havia desistido engravidou.

Neste momento está recebendo auxílio/ orientação de sua sogra, que mora ao lado de sua casa, às vezes recebe ajuda também da irmã. Seus cuidados são permeados de crenças e valores, afirmou ter chás para tudo, cólicas, para descer o leite, para *calor de figo*, recaída, etc.

Questionada sobre aos cuidados específicos com o RN relatou usar álcool a 70% no coto umbilical, mas no puerpério anterior utilizou faixa e azeite com arruda e alho, diz ter medo que o neném chore e o umbigo saia “para fora”, acha que esta é a parte do corpo do RN que merece maior cuidado porque esta sangrando.

Nos primeiros dias deu “*banho de gato*” diariamente, agora está dando banho de imersão a cada dois dias, alternando com os banhos de gato. Sobre assaduras, afirma que seu bebe ainda não teve e se tiver irá passar pomada e colocar no sol.

O RN apresentou, segundo a puérpera, icterícia fisiológica sobre isso diz: “*coloquei no sol, mas também usei roupa amarela*”.

Sobre as fontanelas relata:

“*Na minha outra filha quando a moleira baixava dava água nesta ainda não baixou*”.

Quanto à cólica afirma que a criança ainda não teve, mas se tiver “... *vou colocar ela de pé e tomar e dar chá de puejo*”.

Relata que sua outra filha teve “*costelinha grudada*”, conhecida também como “*arca caída*”, e que para isso fez massagens com arruda, azeite e alho para o puxamento das costelas e também levou para benzer.

Mantém amamentação exclusiva, mas sente vontade de dar mamadeira, está tentando dar chupeta, mas o RN não aceita. Com relação às roupas do RN diz estar usando pagão, meia, tip-top, e que às vezes agasalha mais conforme o tempo, as roupas são lavadas com sabão de coco e passadas e ainda: “*não torci nem bati a roupa nos primeiros sete dias, também não coloco no sereno para não dar cólica*”. Não tem medo de dar vacina, e questionou sobre a BCG que ainda não havia formado ferida. Deixou o RN bem resguardado durante os primeiros dias para evitar o “*mal de sete dias*”, “... *Não tirei ela de casa para ela ficar resguardada, levei só no posto para fazer o teste do pezinho*”.

Devemos analisar o período de puerpério como um momento de adaptação a uma nova vida não somente relacionado à puérpera, mas também relacionada as suas responsabilidades com o seu filho, onde diversas expectativas são cultivadas e o medo está sempre presente. Na situação descrita podemos observar a existência constante do medo de que algum mal acometa o recém-nascido, sendo este exarcebado pelas colocações da cuidadora, a sogra.

Todos os cuidados dispensados ao recém-nascido e a si mesma eram realizados de acordo com a crença existente para tal cuidado, seguindo um ritual que não deveria ser “quebrado” para que nada de ruim viesse a acontecer. Até mesmo o simples ato de dar um banho era sistematizado de acordo com a crença existente para o banho, mesmo não sendo um ato nocivo desprendia uma carga emocional a mais por ter que seguir uma “norma” pré-determinada por seus cuidadores, onde um passo em falso na certa significaria adoecer.

Tentamos de maneira simples colocar o cuidado como algo precioso, uma forma de demonstração de carinho e que o mesmo deveria ser realizado com prazer e de maneira espontânea, não havendo necessidade de torná-lo um ato mecânico, não sendo necessário interferir na forma como o cuidado estava sendo prestado e sim na compreensão laboriosa do que era cuidar para que o mesmo deixasse de ser mecanizado.

A presença atenta do cuidador durante a visita fazendo intervenções foi de fundamental importância, pois assim não atingimos somente a puérpera, mas também quem a orientava e designava o cuidado a ser prestado, sendo mais fácil a conciliação do conhecimento científico com o popular, pois em momento algum negamos o conhecimento que as mesmas tinham, e muitas vezes valorizamos o saber que o cuidador traz consigo e passa para as gerações futuras.

Durante a visita pudemos trocar informações e esclarecer algumas dúvidas relacionadas ao cuidado com o recém-nascido e com a puérpera..

Quanto aos cuidados consigo mesma, relata que a episiorrafia é a parte do seu corpo que merece mais cuidado, pois “... *Meus pontos inflamaram, passei chá de transsagem e penicilina em folha nos pontos. Também não usei sabonete lavei com sabão de côco*”.

Em relação às mamas diz: “*Tive um ardume no bico, só coloquei no sol, mas da outra tive calor de figo, ai meu pai trouxe uma galinha viva e matou para tirar o figo da galinha ainda quente, ai passei no bico*”.

A puérpera diz estar evitando fazer muito esforço, não sai no sereno e não pega garoa. A mesma nos questionou sobre a “mãe do corpo”: “... *eu queria saber porque no meu outro resguardo que foi de cesária eu sentia uma coisa mexendo dentro de mim, me disseram que era a mãe do corpo procurando o bebe, e nesse eu não senti nada?!*”.

Esclarecemos a puérpera a respeito do fenômeno da involução uterina e as diferentes características que o mesmo apresenta de acordo com o tipo de parto.

Relata que está menstruando bem pouco, só uma sujeirinha com cheiro forte e com cor escura, comenta ainda: “*tomei chá de canela fria para parar de sangrar porque tava vindo muito, quando minha sogra viu ganhei uma bronca se parasse de sangrar não ia sair toda sujeira, então ela me deu chá de canela quente para descer todo o sangue e o resto de sujeira que ainda tinha*”.

Afirma que irá retornar as suas atividades sexuais quando terminar a quarentena, não sentir mais dor e depois de ir consultar com o médico para começar a tomar comprimido. Durante esta parte da entrevista a puérpera mostrou-se constrangida devido à presença de seus sobrinhos, encerrando a conversa sem dar maiores explicações.

Quando questionada sobre a higiene diz tomar banho diário e ainda: “*não lavei a cabeça ainda, tenho medo, minha sogra diz que o sangue pode subir pra cabeça, que nem aconteceu com uma vizinha lá do Paraná que ficou doida*”.

Apresenta restrições quanto a sua alimentação, evita comer comida requentada, carne de porco, lingüiça, repolho, toma bastante liquido principalmente chá e café com leite: “*minha sogra diz que tomar café com leite é bom pra dá bastante de leite e fazer ele descer*”.

Não refere restrições no vestuário, mas prefere usar saia nos primeiros dias devido ao uso e troca constante de absorvente.

Ao término da visita agradecemos pela receptividade e pela forma como as mesmas se mostraram dispostas a participarem do trabalho, marcamos uma segunda visita para no máximo 20 dias.

2ª Visita Domiciliar

No dia 30/10/03, voltamos à casa da puérpera com o intuito de avaliar os cuidados que estavam sendo prestados, além de observar se as crenças continuavam sendo mantidas.

Ao chegarmos a puérpera estava sentada amamentando o RN na varanda da casa de sua sogra, a primeira coisa que chamou nossa atenção foi o fato da mesma estar descalço sobre o piso de cerâmica, pegando “friagem” como a mesma disse evitar durante a primeira visita. Quando questionada sobre possíveis dúvidas com os cuidados consigo e com o RN, não levantou nenhum questionamento, mas pudemos observar que a puérpera amamentava no dois seios durante uma única mamada e que não colocava o RN para eructar. Orientamos sobre as fases da produção e ejeção láctea, o revezamento do seio a cada mamada e a importância do ato de colocar o RN para eructar após as mamadas.

A puérpera relatou que já voltou a fazer as atividades do lar, comendo todos os tipos de alimento, porém quando comeu radiche percebeu que o RN havia sentido cólicas. Orientamos que comesse novamente para certificar-se que a cólica era realmente ocasionada por aquele alimento. A puérpera relatou ainda: “... há uns dias ela teve cocô verde, dava umas risadas dormindo e revirava os olhos, levei para benzer de quebrante...”.

Pudemos observar que quanto mais se aproxima o fim da quarentena, mais enfraquecidas se tornam às crenças, mas as mesmas continuam a fazer parte do cotidiano das mulheres visitadas.

A puérpera apresentava-se mais segura e percebemos, durante a conversação, que muitos cuidados haviam sido repadronizados e/ou adaptados, tais como o banho de imersão do RN que passou a ser diário, a mãe e o RN estavam na rua, sendo que estava descalça, retorno aos hábitos alimentares pré-período puerperal. As crenças agora eram apenas ligadas ao RN, relacionada a símbolos místicos independentes da sua atuação, tais como “mau olhar” e “bruxismo”.

O processo de enfermagem foi aplicado na íntegra a 6 puérperas, sendo que pudemos observar universalidades e diversidades culturais, não somente no que se refere ao cuidado, mas também na forma como cada uma destas vê a maternidade, a presença do cuidador, entre outros.

Para uma melhor compreensão do que foi vivenciar a aplicação do processo de enfermagem e de visita domiciliar com estas famílias, segue abaixo a vivência experienciada com a família de Oxum, onde pudemos observar um cuidado permeado por diversas crenças e com a presença ativa de um cuidador. Iniciaremos com o histórico de Enfermagem, a seguir a descrição das visitas domiciliares e finalmente a apresentação do processo como um todo.

O Processo De Enfermagem

Conhecendo a situação	Refletindo sobre a situação	Planejando o cuidado	Avaliando o cuidado
Crenças referentes ao RN			
<p>Em relação ao coto umbilical está utilizando álcool 70%, mas refere que utilizou no puerpério anterior faixa e azeite com arruda e alho, diz ter medo que o neném chore e o umbigo saia para fora, acha que esta é a parte do corpo do RN que merece mais cuidado porque está sangrando</p>	<p>Refletimos com a puérpera sobre a questão da infecção, sendo que o uso indevido de algumas substâncias pode prejudicar o coto, tornando-o um meio de cultura para microorganismos, vindo a ocasionar infecção.</p>	<p>Manter o cuidado Ressaltar a importância da higienização e do uso do álcool 70% no coto e de deixar livre para a mumificação ocorrer mais rápido, além de seu valor antisséptico. Explicar as diferenças entre coto umbilical amniótico e cutâneo.</p>	<p>Após refletir sobre a situação, a puérpera disse que manteria o uso do álcool a 70% e que achava muito importante as reflexões que pudemos fazer durante a visita.</p>
<p>Está dando banho de imersão a cada dois dias, alternando com os banhos de gato.</p>	<p>Refletimos com a puérpera, questionando o que achava de dar o banho de imersão todos os dias, já que banho diário não ocasiona prejuízos à saúde do RN, além de evitar assaduras e brotoejas, promover conforto e favorecer o toque.</p>	<p>Acomodar o cuidado Mesmo realizado de forma alternada o cuidado que estava sendo prestado não trazia prejuízos ao RN.</p>	<p>A puérpera acomodou o cuidado, e concordou que devido ao calor, o banho de imersão diário traria mais benefícios ao RN.</p>
<p>O RN apresentou, segundo a puérpera, icterícia fisiológica sobre isso diz: <i>“coloquei no sol, mas também usei roupa amarela”</i>.</p>	<p>O uso de roupas amarelas não traz prejuízos ao RN e a exposição ao sol auxilia na degradação da bilirrubina,</p>	<p>Manter o cuidado Sendo que foi orientado que este banho deveria ser dado nos horários das 8:00 as 9:00 hs e depois das 16:00hs, iniciando com 5</p>	<p>A manutenção do cuidado não causa prejuízos ao RN sendo que a exposição ao sol auxilia na recuperação.</p>

		<p>minutos e depois crescendo o tempo até 15 minutos. Evitar também o banho de sol através de vidros. Em conjunto, reforçamos a importância do banho de sol de forma adequada e nos horários adequados, bem como a importância da amamentação para o desaparecimento da icterícia fisiológica.</p>	
<p><i>“Na minha outra filha quando a moleira baixava dava água, nesta ainda não baixou, mas se baixar também vou dar”.</i></p>	<p>Juntas, conversamos sobre a importância da amamentação exclusiva e dos componentes nutricionais do leite materno. Salientamos que é importante observar este sinal que pode ser um sinal de desidratação, e que quando isto ocorrer deve procurar o posto e continuar a amamentação exclusiva.</p>	<p>Repadronizar o cuidado O leite materno apresenta todos os nutrientes que o RN necessita, inclusive água. Orientar sobre os sinais de desidratação e a procura ao posto sempre que tiver dúvidas sobre o RN</p>	<p>A puérpera refletiu sobre o cuidado, afirmando que não sabia que o leite tinha água suficiente para o RN.</p>
<p>Quanto à cólica afirma que a criança ainda não teve se tiver <i>“... vou colocar ela de pé e tomar e dar chá de puejo”.</i></p>	<p>Novamente juntas refletimos sobre a importância da amamentação exclusiva.</p>	<p>Acomodar o cuidado A puérpera foi orientada para manobras corretas para alívio da cólica: • Manobra de flexão dos membros inferiores para auxílio na evacuação • Massagens abdominais</p>	<p>Sabemos que a utilização de chás é uma prática cultural comum e que geralmente não provoca prejuízos a puérpera e ao RN, porém seu maior risco é o desmame precoce. A puérpera refletiu e aceitou</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Colocar RN em contato direto com corpo da mãe - A utilização do chá, não seria necessária, mas caso a puérpera quisesse mantê-la, poderia ser feita em colherinha ou copinho para evitar o desmame precoce ocasionado pela utilização de mamadeiras para esse fim. 	acomodar o cuidado utilizando a colherinha e fazendo as manobras propostas.
Sente vontade de dar mamadeira, está tentando dar chupeta, mas o RN não aceita.	Mais uma vez, buscamos em conjunto com a puérpera refletir sobre a importância da amamentação exclusiva e dos componentes nutricionais do leite materno. Refletimos também sobre os malefícios da chupeta e a sua real necessidade.	<p>Repadronizar o cuidado cultural. Reforçar a orientação sobre amamentação exclusiva, os benefícios para o RN e para a mãe, a posição correta para uma boa pega. Observar as mamadas. Orientar sobre os malefícios da chupeta com relação a dentição e ao prejuízo ao aleitamento materno (confusão de bicos).</p>	Aparentemente houve uma reflexão sobre o cuidado que vinha sendo prestado, sendo que a mãe se propôs a rever seus conceitos, porém como ficou explícita a vontade de dar mamadeira e chupeta, não temos certeza que a repadronização do cuidado seja aceita de forma integral.
Relata que sua outra filha teve "costelinha grudada" e que para isso fez massagens com arruda, azeite e alho para o puxamento das costelas e também levou para benzer.	Refletimos com a família sobre o significado que dão a costelinha grudada, e o efeito das massagens sobre isto, sendo que nos explicaram que costelinha grudada ou arca-caída é o deslocamento das	Acomodar o cuidado. Orientar sobre os cuidados com a pele do recém-nascido, visto ser esta muito sensível. O uso de determinadas substâncias poderá ser de alguma forma prejudicial, se não	A puérpera manterá o cuidado, devido a sua crença no benefício da benzedura, mas afirma que ficará atenta para a temperatura do óleo, caso seja preciso utilizá-lo.

	<p>costelas flutuantes, a massagem das costelas com óleo e o enfaixamento ajuda para que as mesmas voltem para o lugar, os resultados deste procedimento são visíveis com o auxílio de benzedura por três dias seguidos.</p>	<p>for utilizada com cuidado.</p>	
<p><i>“não torci nem bati a roupa nos primeiros sete dias, também não coloquei no sereno para não dar cólica”</i></p>	<p>Refletimos junto com a puérpera sobre o porquê deste cuidado para compreender melhor a crença. Ela referiu que não sabia o porque, mais fazia com medo que o RN viesse a ter cólica.</p>	<p>Preservar o cuidado cultural.</p>	<p>A preservação do cuidado não traz prejuízos ao recém-nascido e deixa a mãe mais tranqüila.</p>
<p>Deixou o RN bem resguardado durante os primeiros dias para evitar o “mal de sete dias”, “... Não tirei ela de casa para ela ficar resguardada, levei só no posto para fazer o teste do pezinho”.</p>	<p>Procuramos junto com a puérpera entender a sua crença e os benefícios que esta traria para a criança. Conversamos sobre o mal de sete dias, sendo que ela nos explicou que parece com embruxamento a criança fica com os braços e pernas duras, fica com a cabeça para traz, chora e grita muito, não come e nem dorme, as vezes fica com o céu da boca roxo.</p>	<p>Acomodar o cuidado Orientar sobre a importância da exposição do RN ao sol devido ao valor do cálcio para o seu desenvolvimento; o arejamento da casa para evitar infecções respiratórias; bem como evitar expor o RN a ambientes com excesso de poeira, fumaça, entre outros.</p>	<p>A puérpera refletiu sobre as orientações dadas e mostrou-se acessível a elas. Não houve tempo de acomodar o cuidado, pois esta crença é restrita aos primeiros sete dias, a orientação possivelmente será útil para os próximos puerpérios.</p>
<p><i>“...ha uns dias ela teve cocô verde,</i></p>	<p>Refletimos com a puérpera sobre a</p>	<p>Manter o cuidado. A benzedura não irá</p>	<p>A puérpera refletiu sobre o cuidado, irá</p>

<p><i>dava umas risadas dormindo e revirava os olhos, levei para benzer de quebrante...”</i></p>	<p>benzedura, qual o benefício que esta traz para a criança, sendo que a mesma nos explicou que depois que a criança é benzida três vezes os sintomas desaparecem e a criança volta a dormir e a mamar normalmente. Refletimos ainda sobre o tipo de alimentos que estava consumindo, fazendo um paralelo entre estes e as fezes do RN.</p>	<p>ocasionar prejuízos à saúde do RN, além de ser uma forma de fortalecimento de vínculo afetivo, pois demonstra que a mãe observa o comportamento do RN.</p>	<p>continuar com as benzeduras, mas mostrou-se disponível a observar sua alimentação e os efeitos que esta poderá ocasionar nas fezes do RN.</p>
<p>Crenças referentes ao cuidado com a puérpera</p>			
<p><i>“... Meus pontos inflamaram, passei chá de transsagem e penicilina em folha nos pontos. Também não usei sabonete lavei com sabão de côco”.</i></p>	<p>Refletimos sobre a higienização correta da vulva e períneo para evitar possíveis complicações na área e ainda sobre os prejuízos ocasionados pelo uso de produtos que possam vir a causar infecções ou irritação da região.</p>	<p>Manter o cuidado devido a não ter causado problemas para a puérpera. Orientada para higienização correta da região não somente no horário de banho como também após as eliminações. Ressaltado para observar quando usar o sabão de côco, pois o mesmo pode vir a ocasionar irritação da vulva.</p>	<p>A puérpera manteve-se atenta as orientações fornecidas, mas não demonstrou intenção de mudar este hábito, pois os pontos já haviam caído e a região já não apresentava complicações, sinalizando positivamente com a cabeça, em sinal de concordância com o que havíamos colocado.</p>
<p><i>“Tive um ardume no bico, só coloquei no sol, mas da outra tive calor de figo, ai meu pai trouxe uma galinha viva e matou para tirar o figo da galinha ainda</i></p>	<p>Refletimos com a puérpera sobre a fissura mamilar que consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, provocada geralmente por pega</p>	<p>Manter o cuidado atual. Orientar sobre a pega correta, exposição das mamas ao sol, a não utilização de substancias que</p>	<p>A puérpera mostrou-se atenta as orientações, refletiu sobre o cuidado cultural utilizado anteriormente. Acreditamos que a reflexão será útil,</p>

<p><i>quente, ai passei no bico”.</i></p>	<p>inadequada, além de outros fatores como o uso de medicamentos tópicos, lubrificantes, bem como pela higiene excessiva e a falta de preparo da mama no pré-natal. Tentamos entender o significado da crença. Ao questionarmos o porquê de passar fígado da galinha quente, e qual a função deste em relação à fissura mamilar a mesma nos disse que não sabia o porquê, mas que havia melhorado a rachadura do seu peito, e ela voltou a amamentar a filha.</p>	<p>possam a vir causar lesões no tecido, prevenindo desta forma o aparecimento de processo infeccioso.</p>	<p>caso venha a apresentar fissura neste puerpério.</p>
<p>A puérpera diz estar evitando fazer muito esforço, não sai no sereno e não pega garoa. A mesma nos questionou sobre a “mãe do corpo” <i>“... eu queria saber porque no meu outro resguardo que foi de cesária eu sentia uma coisa mexendo dentro de mim, me disseram que era a mãe do corpo procurando o bebe, e nesse eu não senti nada?!”</i></p>	<p>Conversamos sobre a mãe do corpo, o útero, refletindo sobre o significado que este tem para a puérpera. Refletimos juntas a respeito do fenômeno da involução uterina e as diferentes características que o mesmo apresenta de acordo com o tipo de parto.</p>	<p>Manter o cuidado. Orientada sobre as modificações do organismo decorrentes do pós-parto e que a movimentação do útero é um retorno a sua posição anatômica original.</p>	<p>A puérpera após reflexão passou a compreender melhor o seu corpo e as manifestações do útero frente aos diferentes tipos de parto.</p>
<p><i>“tomei chá de canela fria para</i></p>	<p>Refletimos juntas sobre o efeito do chá</p>	<p>Acomodar o cuidado.</p>	<p>A puérpera refletiu sobre o cuidado,</p>

<p><i>parar de sangrar porque tava vindo muito, quando minha sogra viu ganhei uma bronca, se parasse de sangrar não ia sair toda sujeira, então ela me deu chá de canela quente para descer todo o sangue e o resto de sujeira que ainda tinha”.</i></p>	<p>e a importância de sua utilização. Procuramos junto com a puérpera, entender com se processa a loquiação, visto ser este um fenômeno pós-parto, sendo que a mudança de cor e quantidade de sangramento durante este período são fisiológicos, até o retorno parcial das atividades hormonais.</p>	<p>Orientar para que não faça uso de medicamentos ou substâncias que interrompam o processo de involução uterina, bem como evitar o uso de objetos contaminados que possam vir a provocar uma infecção puerperal.</p>	<p>mostrou-se atenta e acessível. Acredita agora que o uso de chás é realmente desnecessário para esta situação.</p>
<p>Afirma que irá retornar as suas atividades sexuais quando terminar a quarentena, não sentir mais dor e depois de ir consultar com o médico para começar a tomar comprimido.</p>	<p>Juntas, refletimos sobre os cuidados que a puérpera deve ter com o seu corpo, e da importância de retomar suas atividades sexuais para sentir-se mulher e desejada. Refletimos também sobre a importância do aleitamento exclusivo como método contraceptivo. A OMS preconiza que o período ideal para retomar as atividades sexuais é 30 dias pós-parto.</p>	<p>Manter o cuidado Orientar sobre planejamento familiar.</p>	<p>A puérpera mostrou-se acessível às orientações, e disse estar ciente de que antes de retornar as atividades sexuais deveria procurar o posto para buscar preservativos e tomar anticoncepcional.</p>
<p><i>“não lavei a cabeça ainda, tenho medo, minha sogra diz que o sangue pode subir pra cabeça, que nem aconteceu com uma vizinha lá do Paraná que ficou doida”.</i></p>	<p>Refletimos sobre a necessidade do banho e da lavagem da cabeça, para sentir-se limpa e confortável. Conversamos, ressaltando que o banho não traz</p>	<p>Acomodar o cuidado. A lavagem da cabeça é importante para manter a higiene e conforto, mas caso a mãe na queira lavá-la deve ser orientada para pentear os</p>	<p>A puérpera refletiu sobre o que foi conversado, mostrou-se acessível às orientações dadas, mas prefere manter o cuidado cultural.</p>

	<p>prejuízos à saúde da puérpera no período pós-parto, não havendo necessidade de ficar sem lavar o cabelo, além do fato que o acúmulo de sujidades é um meio propício para infecção podendo causar irritação do couro cabeludo. O banho ainda auxilia na circulação e relaxamento do corpo.</p>	<p>cabelos com mais frequência, mantê-los preso.</p>	
<p>Apresenta restrições quanto a sua alimentação, evita comer comida requentada carne de porco, lingüiça, repolho, toma bastante liquido principalmente chá e café com leite: <i>“minha sogra diz que tomar café com leite é bom pra dá bastante de leite e fazer ele descer”.</i></p>	<p>Refletimos sobre o fato de alguns alimentos quando ingeridos em excesso causarem gases, mas conversamos sobre a importância de manter um consumo adequado de nutrientes, havendo apenas necessidade de comê-los moderadamente. A comida requentada, desde que mantida em condições ideais de armazenamento, não causa mal a saúde.</p>	<p>Manter o cuidado A puérpera foi orientada sobre a importância nutricional dos alimentos e armazenamento adequado dos mesmos.</p>	<p>Mesmo após refletirmos sobre o cuidado, percebemos que a puérpera manteve-se receosa. Por esta razão preferiu manter as crenças que já eram de costume em sua família. Acreditamos que esta manutenção da crença, após a reflexão sobre o valor dos alimentos e sua influência na amamentação do RN não será prejudicial nem para a mãe nem para o RN.</p>

Pudemos constatar que mesmo as puérperas tendo contato com profissionais de saúde e com o cuidado profissional, recebendo orientações durante o pré-natal e na maternidade, o cuidado cultural estabelecido na sua família e determinado pelo cuidador familiar, tem grande peso e importância. Mas percebemos também, que esta importância se evidencia melhor, quando as puérperas estão em “poder” do cuidador, pois a maioria das

crenças evidenciadas está ligada ao medo, punição por não seguir os conselhos dos mais experientes, sendo que muitas vezes, não se questiona o porquê do cuidado e o efeito que este pode ter sobre o RN ou a puérpera.

As puérperas consideram o cuidado cultural importante e necessário, pois é o cuidador familiar que está presente em seu cotidiano. Os cuidadores familiares, muitas vezes mostram-se céticos em relação aos cuidados profissionais, ignorando muitas vezes as informações e orientações dos profissionais, sendo que isto ficou evidenciado na fala da cuidadora da família de Oxum: “ *quem entende dessas coisas de mulher, são as mulher, os médicos vieram e roubaram....mas eles não sabe o que essas coisas, porquê eles não passaram por isso. Eu tive meus filho todos em casa, vieram nas mão da parteira, criei todo eles sozinha...* ”

Por outro lado, os profissionais de saúde na grande maioria das vezes, não levam em consideração e nem compreendem o cuidado cultural, e desta forma querem impor o cuidado científico, sem explicar os seus benefícios. procuramos respeitar as expressões culturais presentes em cada unidade familiar e refletir em conjunto com as mesmas para que sua dinâmica não fosse alterada.

O ideal seria que profissionais da saúde e cuidadores familiares trabalhassem em conjunto, aliando cuidado profissional e cuidado popular, compreendendo os benefícios e prejuízos que este podem causar às mães e seus recém-nascidos, refletindo sobre a melhor forma de cuidar. No trabalho conjunto, seríamos aliados, e o cuidador familiar poderia ser o nosso porta voz, sem deixar de lado suas crenças e seus valores, em contrapartida auxilia-nos muito na aprendizagem do cuidado popular e praticado em cada caso específico de acordo com o período relativo ao ciclo vital. Tanto os profissionais de saúde quanto o cuidador em âmbito familiar possuem conhecimento próprio e este deve ser compartilhado, não existe guerra de força entre os saberes, porém as formas de aprender, compreender e aplicar esses saberes é que são diferenciadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar a implementação deste projeto como um desafio à nossa capacidade de nos apresentarmos despidas dos nossos preconceitos, incorporando as crenças e valores dos indivíduos atendidos, pois inúmeras vezes tivemos que “abandonar” o lado científico e profissional para nos mostrarmos e deixar que as puérperas e suas famílias também se mostrassem durante o Processo de Cuidar.

Este exercício de mostrar-se ao outro e enxergar o outro dentro do seu contexto cultural, não foi nada fácil, muitas vezes precisamos buscar as nossas crenças, outras vezes, tivemos que parar, refletir e retomar a caminhada, sendo que a cada dia nos sentíamos renovadas.

O trabalho em comunidade, enfocando o âmbito familiar, nos proporcionou uma vivência diferenciada, num cenário particular, onde os atores principais eram as puérperas, seus recém-nascidos e famílias, e nós éramos apenas os atores coadjuvantes, buscando compreender e refletir sobre os cuidados ali prestados. Como coadjuvantes, buscamos implementar um cuidado em que as crenças foram valorizadas e respeitadas, sendo na grande maioria das vezes mantidas, acomodadas e poucas vezes repadronizadas. Independente da realidade com a qual nos deparávamos, buscamos sempre respeitar os indivíduos como únicos, pois tínhamos também a certeza de que para nós, esta se caracterizava como uma experiência única.

Estivemos sempre atentas para a comunicação verbal e não verbal, buscando nas palavras, num olhar, num sorriso ou na expressão corporal, compreender o cuidado cultural

prestado, pois se tratava de um conhecimento até então desconhecido e quem sabe quantas vezes desvalorizado na nossa prática acadêmica.

Aprendemos o significado de manter, acomodar ou repadronizar, num contexto diferenciado, pois quando apontamos no projeto para a flexibilidade do mesmo, acreditávamos que este deveria acomodar-se as nossas necessidades acadêmicas, mas com o passar dos dias fomos percebendo que este deveria ser moldado de acordo com as pessoas que estavam dispostas a nos receber, pois dentro do universo/ diverso “proposto” por Leininger, o cuidado só pode ser coerente se houver uma troca/aceitação entre as partes envolvidas, se o cuidado profissional estiver aliado ao cuidado cultural, sendo que deve ser competência do profissional compreender a forma de cuidar de cada família

Acreditamos que este trabalho, poderá contribuir com a equipe de Enfermagem do Centro de Saúde de Forquilhas, no sentido de compreender melhor as crenças e valores da população ali atendida, não só durante a vivência do puerpério, mas também em relação a outras situações saúde-doença experienciadas.

A reaplicação de projetos desta natureza, se fazem necessários, principalmente nos Centros de Saúde. Por esta razão, recomendamos que mais trabalhos de conclusão de curso abordando esta temática sejam elaborados.

A conclusão deste trabalho foi bastante gratificante, e com certeza deixará saudades, das pessoas, dos momentos e algumas palavras que talvez não possam ser mais ditas ou ouvidas, do aprendizado e do ensinamento, mas que mesmo assim continuarão sendo transmitidas ao longo das gerações, pois a cultura permanece. Vivenciamos momentos que jamais se repetirão, mas que muito contribuíram para o nosso aprendizado pessoal e profissional, e acima de tudo, nos mostraram que todos os indivíduos, independente de sua classe social, têm muito que nos ensinar, principalmente se soubermos ouvi-los.

8.BIBLIOGRAFIA

8.1 BIBLIOGRAFIAS REFERENCIADAS

ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e Domicílio: Uma abordagem cultural**. Florianópolis: UFSC. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2000.

ALONSO, Ilca L. Keller. **Consulta de Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998. Apostila elaborada para a IV unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Graduação em Enfermagem, 1998.

AVILA, Ângela Amâncio de. **Socorro Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu. 1998.

BALBACH, Afonso; **A Flora Medicinal na medicina doméstica – vol. II**. 9 ed. São Paulo: Edições A Edificação do lar, 1998.

LEVITICO, In: **Bíblia Sagrada**, São Paulo: Geo-gráfica, 1998

BOEHS, Astrid. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis: UFSC. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, Departamento de Atenção Básica, **Programa de Saúde da Família.** Brasília-DF, 2002, n °4

FRACOLLI, L. A; BERTOLOZZI, M.R. **A abordagem do processo Saúde-doença das famílias e do coletivo.** In: Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem – Programa Saúde da Família. São Paulo. USP, 20001, p.7.

GEORGE, J.B. Madeleine Leininger In: **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 286-299.

GEORGE, J.B. Madeleine Leininger In: **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos a prática profissional.** 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p. 297-309.

MAESTRI, E., LIZ, S. **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural.** Florianópolis: UFSC. 1998. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 1998.

MALDONADO, Maria Teresa. **Como cuidar de bebês e de crianças pequenas.** São Paulo: Saraiva, 1993.

MENDES, Margarete Fernandes. **Puerpério na atenção Básica: As interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde.** Florianópolis: UFSC. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascido.** Florianópolis: UFSC. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1994.

MONTICELLI, Marisa; ALONSO, Ilca L. K.; LEOPARDI, Maria Teresa. In: LEOPARDI, Maria Teresa. **Teorias em Enfermagem: instrumento para a prática.** Florianópolis: Papa Livro, 1999, p.94-102.

MONTICELLI, Marisa., Rituais de Vida e de Cuidado com o Nascimento Humano. In: **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Florianópolis: Editora Eduem, 141-154.

OLIVEIRA, Maria E., Assistência de Enfermagem ao Recem-Nascido com Icterícia Fisiológica. In: **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais.** 2ed. Florianópolis: Cidade Futura, 298-304.

OLIVEIRA, Maria E. de MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odaléa M. B. dos. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais.** 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002

REZENDE, Jorge de. MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

RODRIGUES, F. PACHECO, R., CHIODELLE, S.C. **Promovendo a educação em saúde a puérpera, recém nascido e sua família no município de Baguaçu.** Florianópolis: UFSC. 2003. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 2003.

SANTOS, A., SAUCEDO, T., STEUPP, M. **Vivendo o processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural.** Florianópolis: UFSC. 1997. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 1997.

SANTOS, Evanguellia K. A. dos **Puerpério Normal**. In: **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2ed. Florianópolis: Cidade Futura, 117-133.

SANTOS, Odaléa Maria B. dos ZAMPIÉRI, Maria de Fátima M. **Puerpério Normal, Patológico e Consulta Puerperal**. Florianópolis: UFSC, 1998. Apostila elaborada para a IV unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Graduação em Enfermagem, 1998.

SANTOS, Raquel V.; GARCIA, Maria I. **Cuidando da puérpera /recém-nascido buscando conhecer o saber popular: uma proposta para o cuidado humanizado**. Florianópolis: UFSC. 2002. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 2002.

SIMÕES, C. M. O., TAVARES, M, **Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul**, 5ª ed, editora da Universidade, 1998.

TAKAHASHI, R. F., OLIVEIRA, M. A. C., **A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família**. In: Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem – Programa Saúde da Família. São Paulo. USO, 2001, P.43 – 45.

VERDI, Marta; **Distrito Sanitário**. Florianópolis: UFSC, 1998. Apostila elaborada para a IV unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Graduação em Enfermagem, 1998.

WHALEY, L.F.; WONG, Donna L, **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**, 4 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

www.saude.gov.br, consultado no dia 13 de Dezembro de 2003.

8.2 BIBLIOGRAGRAFIAS CONSULTADAS

CARVALHO, Marcus R. de ; Tamez, Raquel N.; **Amamentação – bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan, 2002.

COFEN /COREN. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: 1996.

SAGAZ, Andresa G.; FELTRIN, Kalinka. **O Cuidado ao Recém-nascido e família no alojamento conjunto: uma abordagem cultural**. Florianópolis: UFSC. 2003. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 2003.

SANTOS, Raquel Valéria.; GARCIA, Maria Isabel.; **Cuidando da puérpera / recém-nascido buscando conhecer o saber popular: uma proposta para o cuidado humanizado**. Florianópolis: UFSC. 2002. Projeto assistencial da VIII unidade curricular (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de graduação em Enfermagem, 2002.

SANTOS, Viviane Pereira.; **Refletindo sobre o cuidado da Puérpera e seu Recém-nascido**. Florianópolis: UFSC. 2002. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

APÊNDICES

**APÊNDICE A: ROTEIRO: CONHECENDO A PUÉRPERA
RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA, SUAS CRENÇAS E VALORES**

ROTEIRO: CONHECENDO A PUÉRPERA RN E FAMÍLIA, SUAS CRENÇAS E VALORES

1. Conhecendo a puérpera

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Data da entrevista: ___/___/___

Endereço: _____

_____ Fone: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Religião: _____

2. Conhecendo a família:

O que é família para você?

Renda mensal familiar _____

Composição familiar

Nome	idade	sexo	Religião	Profissão	escolaridade	Parentesco

3. Conhecendo o domicílio

() casa própria () alugada () cedida

() alvenaria () madeira () mista

Nº de cômodos _____

Saneamento básico:

() Água tratada

() Coleta de lixo

() Esgoto

() Rede elétrica

Infra-estrutura doméstica:

() Geladeira

() rádio

() fogão

() banheiro

() pia

() purificador ou filtro de água

() televisão

() chuveiro

4. Conhecendo seu corpo

Menarca (idade) : _____

Frequência que realiza exame preventivo: _____

Já teve DST: _____ Qual? _____

Faz uso de métodos contraceptivos: _____ Qual? _____

Nº de filhos : () vivos () mortos

Parto : () normal () cesária

Episiotomia () sim () não

Aborto () provocado () espontâneo

Realizou acompanhamento pré – natal? _____

Quantas consultas ? _____

Intercorrências em gestações anteriores: _____

A gravidez foi planejada ? () sim () não

Intercorrências no parto: _____

Doenças que já teve? _____

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

Utiliza ou já utilizou algum tratamento alternativo? Qual?

5. Conhecendo sua cultura

O que você entende por puerpério?

Tem experiência anterior com este período? Experiência pessoal ou familiar?

Que cuidados está tendo neste período?

Como você seu corpo neste momento?

Que sentimentos você tem em relação ao seu filho RN?

Você cultiva algum medo em relação aos cuidados com o RN? Quais?

Tem experiência com profissionais de saúde, benzedeadas, e outras formas de auxílio neste período?
Quais?

6. Conhecendo o cuidado

Quem está lhe auxiliando / orientando neste período?

Quais cuidados está orientada a seguir neste período? Quais você considera mais importante?

Em caso de partos anteriores como foi o cuidado prestado?

Que parte do corpo do RN e do seu você acha que mais merece cuidado? Porque?

Em relação ao RN que cuidados você está tomando com:

- Coto umbilical (Umbigo)

- Higiene do RN

- Assaduras

- Icterícia(amarelão)

- Fontanelas (Moleira)

- Cólicas

- Alimentação

- Bico

- Vestuário

- Vacinas

- Outros

Em relação a Puérpera:

- Episiotomia / Sutura Cesária

- Mamas

- Útero

- Sexualidade

- Higiene

- Alimentação

- Vestuário

- Outros

Observações:

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

Nome da puérpera: _____

Data da visita: ____/____/____ Localidade: _____

Numero de dias pós-parto: _____ dias.

Dúvidas levantadas pela puérpera quanto:

- A os cuidados com seu corpo

- Aos cuidados com RN

Crenças identificadas pelas acadêmicas

Avaliação da Visita e identificação da pessoa e/ou pessoas que influenciam no cuidado prestado.

**APÊNDICE C: ROTEIRO PARA PRIMEIRA CONSULTA DE
PUERPÉRIO**

ROTEIRO PARA 1ªCONSULTA DE PUERPÉRIO

Nome: _____

Data da consulta: __/__/____

Numero de dias pós-parto: _____ dias.

Estado Geral e Queixa Principal:

Exame Físico:

- Mamas

- Abdome

- Lóquios / episiotomia / sutura cesária

- MMII

- Alimentação / Hidratação

- Eliminações

**APÊNDICE D: ROTEIRO PARA PRIMEIRA CONSULTA DE
PUERICULTURA**

ROTEIRO PARA 1ªCONSULTA DE PUERICULTURA

Nome: _____ Sexo: _____

Data da consulta: ___/___/___

Data de nascimento: ___/___/___ _____ dias de vida.

Exame físico:

- Sinais vitais

- Pele e anexos

- Crânio

- Tórax

- Abdome

- Coto umbilical

- Aparelho geniturinário

- Membros

- Reflexos

**APÊNDICE E: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO E USO DE
REGISTROS FOTOGRÁFICOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL NOCS
DE FORQUILHAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO E USO DE REGISTROS
FOTOGRAFICOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL NOCS DE FORQUILHAS**

Eu, _____

Autorizo as estudantes Ana Flávia de Almeida e Silva, Carolina de Melo, Fabrícia C. Pereira e Fabrícia da Cunha, do ultimo ano do curso de graduação de Enfermagem da UFSC, a fazerem registros fotográficos (puérperas, familiares e /ou integrantes da equipe de enfermagem) durante o período de estagio no CS de Forquilhas.

Estou ciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas em trabalhos desenvolvidos pelas estudantes, bem como poderão ser utilizadas na elaboração do relatório da sua prática assistencial.

São José, ____/____/____.

Assinatura do entrevistado.

APÊNDICE F: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

Estou ciente e esclarecido (a) sobre a proposta e os objetivos das atividades desenvolvidas no CS de Forquilhas pelas acadêmicas Ana Flávia de Almeida e Silva, Carolina de Melo, Fabrícia C. Pereira e Fabrícia da Cunha, do último ano do curso de graduação de Enfermagem da UFSC.

Concordo em participar de forma livre e espontânea deste estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como de ter garantido a confidencialidade e anonimato. Autorizo ainda que as informações por mim fornecidas sejam utilizadas no estudo.

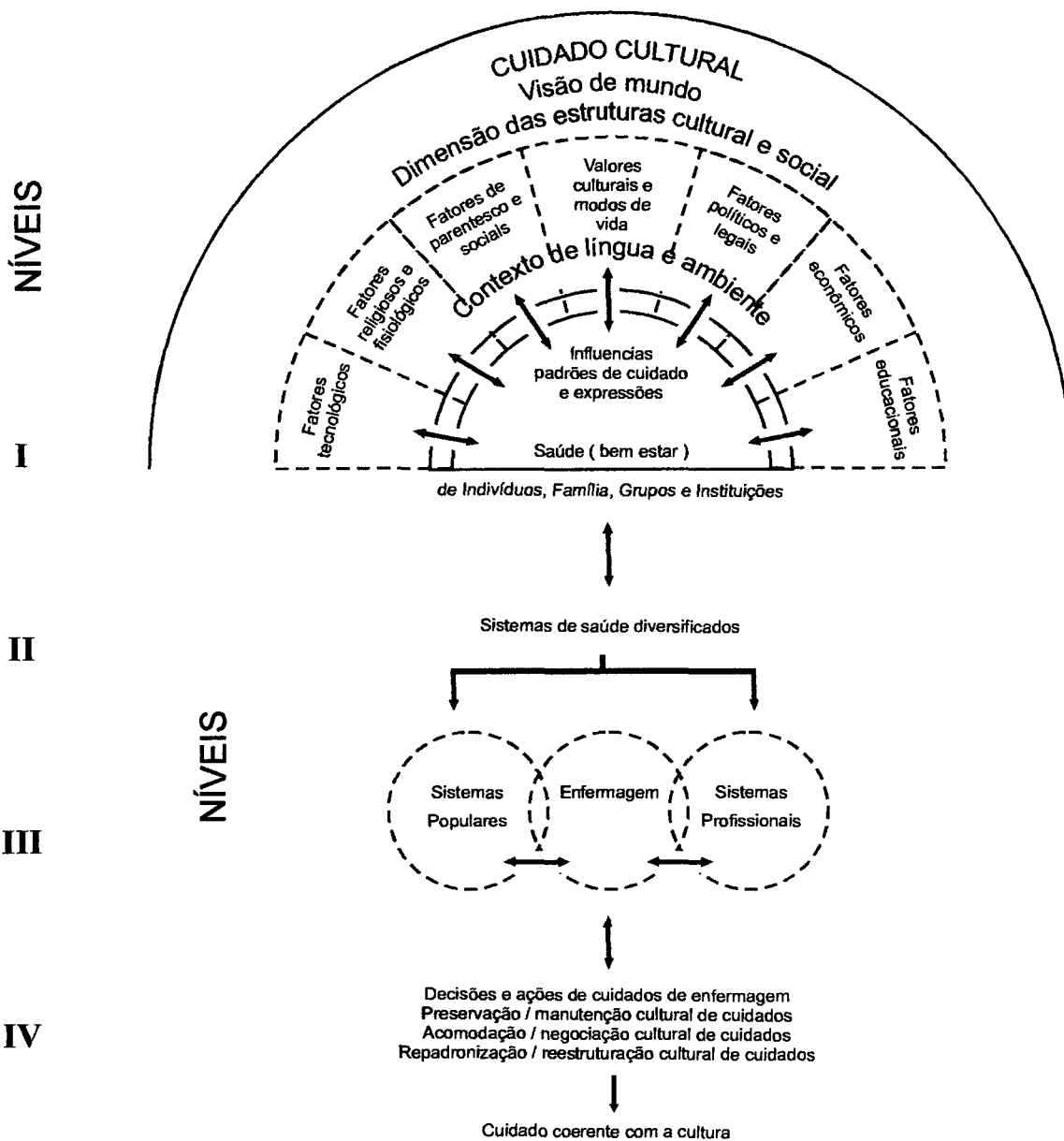
São José, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado

ANEXOS

ANEXO A: MODELO DO SOL NASCENTE

MODELO SOL NASCENTE



Legenda	
-----	Influenciadores
—————	Influenciadores direcionais

Fonte: Leininger apud George, 2000. P. 301



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

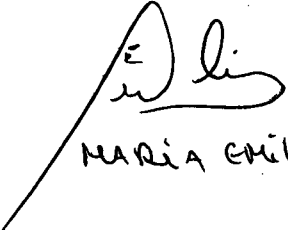
O trabalho traz uma reflexão bastante interessante sobre as crenças e valores vivenciados pelas mulheres e famílias no período de puerpério.

Traz uma revisão ampla sobre a cultura, as várias crenças e os dias utilizados pelas puérperas e famílias.

Recomende-se que se leia a todos que pretendam aprofundar seus conhecimentos na área.

As autoras cumpriam todos seus objetivos com brilhantismo e muita competência.

Friels, 17/02/04


MARIA EMILIA OLIVEIRA