

CLAUDIA MARIA DIAZ MACHADO

**O CUIDADO EDUCATIVO TRANSCULTURAL
NO PROCESSO PUERPERAL**

FLORIANÓPOLIS, SC

Maio/2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFSM / UNIFRA / UNICRUZ

O CUIDADO EDUCATIVO TRANSCULTURAL NO PROCESSO PUERPERAL

CLAUDIA MARIA DIAZ MACHADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a Tamara Ivanow Cianciarullo

CO-ORIENTADORA: Dr^a Maria Tereza Leopardi

Florianópolis, maio de 2002

Florianópolis, 16 de maio de 2002

**O CUIDADO EDUCATIVO TRANSCULTURAL
NO PROCESSO PUERPERAL**

CLAUDIA MARIA DIAZ MACHADO

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

Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua forma final, em 16 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Tamara Ivanow Cianciarullo
Presidente

Dr^a Regina G. Santini Costenaro
Membro

Dr^a Ingrid Elensen
Membro

Dr^a Maria Tereza Leopardi
Membro

Dr^a Maria do Horto Fontoura Cartana
Suplente

DEDICO

A Deus, pela vida e presença constante.

Ao Lucas, meu filho, pela oportunidade de vivenciar a maternidade e ser o motivo que impulsiona o meu viver.

A minha mãe, pelo exemplo de força, coragem e determinação.

Ao meu pai, que, mesmo em outra dimensão, ilumina o meu caminho.

Aos meus 'anjos da guarda', Ana Maria e Thyrsó, pelo apoio e demonstração ilimitada de amor. Palavras não expressam minha gratidão!

A todas as puérperas informantes deste estudo, pela confiança em partilhar suas experiências e revelar suas necessidades educativas.

AGRADECIMENTOS

A UFSC, UFSM e UNIFRA, por proporcionar esta oportunidade e oferecer as condições necessárias para meu crescimento profissional e pessoal.

A Professora Dra. Tâmara Ivanow Cianciarullo, que estimulou o desenvolvimento de minhas capacidades, por meio do conhecimento, sabedoria de vida e sensibilidade.

A Professora Dra. Maria Tereza Leopardi (Tetê), pelo incansável empenho e contribuição ao meu aprendizado, desde o início desta caminhada.

Aos membros da Banca Examinadora, pelo incentivo e disponibilidade, pelas idéias e conhecimentos transmitidos.

A todos os Professores do Mestrado, por compartilharem seu conhecimento, ampliando nossos horizontes.

As minhas colegas de Mestrado, pela amizade, convívio e troca de experiências.

As minhas colegas do Curso Técnico de Enfermagem: a **Alexsandra**, pela amizade e presença em todas as horas; a **Hilda** pelo carinho e apoio, principalmente nas minhas ausências; a **Mara** pela companhia constante no decorrer do mestrado; e a professora **Clarícia Thomaz**, que acreditou no meu potencial, oportunizando minha qualificação profissional.

A Chefia de Enfermagem da Instituição Hospitalar e a Equipe de Enfermagem da Unidade Obstétrica, que permitiram a realização da primeira etapa desta pesquisa.

À Tia Jú, Tio Zé, Jan, Tatá e Vó, que me receberam, com muito calor humano, durante os períodos de aula em Florianópolis.

A Heloína, por cuidar da minha família como se fosse a sua.

A todos, que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram nesta etapa de minha vida.

O CUIDADO EDUCATIVO TRANSCULTURAL NO PROCESSO PUERPERAL

RESUMO

O puerpério compreende um período de mudanças e adaptações na vida da mulher, que variam de acordo com o contexto e necessidades próprias. Entre elas, observam-se as necessidades educativas relacionadas ao cuidado de si e do recém-nascido. Partindo deste pressuposto, proponho, neste trabalho, identificar as necessidades de orientação das mulheres no primeiro puerpério, por meio da abordagem cultural, proposta por Leininger (1991), apontando caminhos para concretizar o processo educativo. Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial que teve a participação de sete primípuérperas, em três encontros: o primeiro, na Unidade Obstétrica de um hospital privado de Santa Maria – RS, seguido de duas visitas domiciliares, no período de maio a agosto de 2001. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. A partir dos relatos, evidenciavam-se as dúvidas e as práticas de cuidado realizadas e, posteriormente, implementava-se os três modos de ações de cuidado cultural enunciados por Leininger (1991): manutenção, negociação e repadronização. Foi possível apreender que, independente da condição sócio-econômica e cultural, as puérperas apresentam necessidade de cuidado educativo, o que oportuniza a enfermeira a oferecer suporte, provendo uma assistência integral e participativa. Neste sentido, defendo a abordagem do cuidado transcultural, a reflexão sobre as condutas adotadas pela enfermagem durante o processo educativo puerperal e o despertar para a importância do respeito às necessidades individuais da puérpera.

THE EDUCATIONAL CARE IN THE POST DELIVERY PROCESS

ABSTRACT

The postpartum is a period of changes and adaptations in the woman's life, which varies according to the context and own needs. Among them is observed the educational needs related upon self-care and baby's care. Starting from this reality, The purpose of this work is to identify the women's orientation needs in the first postpartum period, through the cultural approaching, proposed by Leininger (1991), aiming ways to establish the educational process. It is a research that converges on an assistance characteristic. This research had the participation of seven women going through the postpartum period for the first time, being constituted of three meetings: the first one, in the obstetrics unit of a private hospital in Santa Maria-RS, followed by two domiciliary visits, from May to August, in 2001. Was used to the input data the semi-structured interview technique. After the reports, the doubts and the practices of care became evident and, subsequently, were implemented the three action ways of cultural care enunciated by Leininger (1991): maintenance, negotiation and repatterning. It was possible to learn that it doesn't depend on the cultural social and economical situation, the postpartum women need an educational care, what gives the nurse the opportunity to offer support, giving the patient an integral and participative aid. In this way, I support the intercultural care approach, the reflection about the behavior adopted by the nursing during the postpartum period educative process and the awake for the importance of the respect to the individual needs of the postpartum patient.

EL CUIDADO EDUCATIVO EN EL PROCESO PUERPERAL

RESUMEN

El puerperio contiene un período de cambios y adaptaciones en la vida de la mujer, que varían de acuerdo con el contexto y necesidades propias. Entre ellas se observan las necesidades educativas relacionadas al cuidado de mujer y el recién nacido. Partiendo de este presupuesto, propongo, en esta labor, identificar las necesidades de la orientación de las mujeres en su primer puerperio, por medio del abordaje cultural, propuesta por Leininger (1991), apuntando caminos para concretar el proceso educativo. Se trata de una pesquisa convergente asistencial que tuvo la participación de siete primeras puérperas, en tres encuentros: el primero, en la Unidad Obstetricia de un hospital privado de Santa María – RS, seguido de dos visitas domiciliarias, en el período de mayo a agosto de 2001. para la colecta de los datos fué utilizada la técnica de entrevista semiestructurada. A partir de los relatos, se aclararon las dudas y las prácticas de cuidados realizadas y, posteriormente, se implantaban los tres modos de acciones del cuidado cultural enunciados por Leininger (1991): mantenimiento, negociación y reuniformidad. Fué posible aprender que, independiente de la condición socio-económica y cultural, las puérperas exhiben necesidades de cuidado educativo, lo que propicia a la enfermera a ofrecer soporte, con lo que se puede proveer una asistencia integral y participativa. En este sentido, definiendo el abordaje del cuidado transcultural, la reflexión al respecto de las conductas adoptadas en el enfermaje durante el proceso educativo puerperal y el despertar para la importancia del respeto a las necesidades individuales de la puérpera.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE APÊNDICES	xiii
1 INTRODUZINDO O TEMA	1
2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA	5
3 A TEMÁTICA POR MEIO DA LITERATURA	8
3.1 O estado da arte	8
3.1.1 O puerpério	8
3.1.2 As influências culturais sobre a gestação e o puerpério	10
3.1.3 As formas históricas de cuidar na área obstétrica	14
3.1.4 O processo educativo como parte integrante do cuidado à saúde	17
3.2 O marco teórico	19
3.2.1 A Teoria Transcultural de Enfermagem aplicada ao contexto puerperal	19
4 O PROCESSO METODOLÓGICO	28
4.1 Primeira Etapa: Descrição da prática	31
4.1.1 O local da prática	31
4.1.2 Operacionalização da prática	32
4.1.3 Participantes	32
4.1.4 Fazendo uso do modelo assistencial de Leininger	33
4.1.5 Aspectos éticos	35
4.1.6 O processo educativo	38
4.2 Segunda Etapa: A retomada do contexto puerperal no domicílio	39
4.3 Terceira Etapa: Interpretação dos resultados	40
5 RELATANDO MINHA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EDUCATIVO	41
5.1 Apresentação das primípuérperas	41
5.2 Primeira Etapa: Descrição da prática	46
5.2.1 Encontros realizados na Unidade Obstétrica	46

5.2.2 Encontro domiciliar	58
5.3 Segunda Etapa: A retomada do contexto puerperal no domicílio	63
6 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	86

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – O Modelo Sunrise de M. Leininger (1991)	25
FIGURA 2 – Sistema Cultural de Cuidado à Saúde Materno-Infantil	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Experiência anterior das primípuérperas em relação ao cuidado puerperal	46
QUADRO 2 – Pré-natal	47
QUADRO 3 – O conhecimento cultural das primípuérperas	51
QUADRO 4 – Descoberta das dúvidas	54
QUADRO 5 – A experiência da maternidade	57
QUADRO 6 – Significados e contribuições dos encontros para as primípuérperas	59
QUADRO 7 – Necessidades e dúvidas de cuidado encontradas pelas primípuérperas no domicílio	60
QUADRO 8 – Sugestões e conselhos das primípuérperas em relação a assistência puerperal	62
QUADRO 9 – Comparação entre o aprendizado durante o período gestacional e puerperal, na percepção das primípuérperas	62
QUADRO 10 – Significado do primeiro puerpério	64
QUADRO 11 – Principais dúvidas e fonte informativa das primípuérperas	73

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização da chefia do hospital	87
APÊNDICE B – Representação esquemática da inter-relação dos conceitos ..	89
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a internação hospitalar – Primeiro encontro	91
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a visita domiciliar – Primeiro encontro	93
APÊNDICE E – Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a visita domiciliar – Terceiro encontro	95
APÊNDICE F – Termo de consentimento às pacientes pós-parto ou responsáveis	97

1 INTRODUZINDO O TEMA

Estamos habituados interpretar a realidade como uma ontologia permanente, estável e fixa. Uma coisa é sempre a mesma coisa, por isso podemos relaciona-la e compara-la a outra e teremos relações permanentes. É forçoso habituar-se a uma ontologia do movimento, do instável, do transitório, do imprevisível e da ambigüidade.

Santin

O cuidado à saúde tem sido tema de muitas discussões na atualidade, pois as pessoas estão mais voltadas às suas reais necessidades e participantes no processo de construção de sua história.

Sendo assim, tenho observado que as percepções e conhecimentos da população têm interferido satisfatoriamente sobre o trabalho em saúde, principalmente nas últimas décadas, fazendo com que os profissionais prestem um atendimento de melhor qualidade.

Inserida neste contexto, a enfermagem tem buscado um proceder diferenciado, no qual, por meio da utilização do saber científico tenta compreender o cotidiano popular. Assim, tem experienciado o desafio de planejar e realizar ações de saúde subsidiadas pelas crenças e valores dos clientes, possibilitando sua autonomia e valorização da sua própria história de vida.

Esta realidade tem propiciado transformações nas diversas áreas de atuação da enfermagem e, entre elas, ênfase as mudanças no processo de cuidar durante a gestação, o parto e o puerpério. Percebe-se que o cuidado

materno-infantil é parte integrante de um contexto sócio-cultural, que envolve os profissionais da saúde, o binômio mãe-filho e a família, com suas respectivas necessidades, saberes, experiências, valores, crenças e limitações, que devem ser respeitadas e conhecidas.

Hoje, a perspectiva holística com vistas à humanização tem emergido como uma exigência nos serviços obstétricos, minimizando as fortes influências do modelo biomédico – hegemônico, que prima pela técnica e pelo enfoque nos aspectos físicos.

De modo geral, a enfermagem vem buscando a diminuição desta lacuna, promovendo a interação com os clientes, compreendendo-os, proporcionando condições para o desenvolvimento do cuidado de forma a abranger outros aspectos que envolvem a gestação e o nascimento como, por exemplo, o processo educativo.

As consultas de enfermagem têm permitido que se estabeleça uma relação interpessoal, favorecendo a exposição de dúvidas e questionamentos por meio de uma prática educativa recíproca, em que a informação perpassa o caráter técnico – científico, a fim de alcançar também a subjetividade da experiência parturitiva e puerperal.

Em contrapartida, alguns profissionais de enfermagem confundem educação com informação e, muitas vezes, acabam saturando a capacidade de compreensão das gestantes ou puérperas, transmitindo uma gama de conhecimentos, de forma vertical, sem se preocupar em identificar as crenças e valores que caracterizam o comportamento específico das clientes. Este tipo de atitude pode ocorrer inconscientemente por parte do profissional, mas deixa lacunas, principalmente para as primíparas, que freqüentemente expressam muitas dúvidas sobre a melhor forma de cuidar de si e do recém-nascido (RN). Isto, geralmente ocorre quando a enfermagem atribui maior valor ao saber profissional, ignorando ou não aceitando o conhecimento advindo das experiências populares.

As observações acima descritas advêm da minha vivência pessoal e profissional, como docente e supervisora de estágio nas Unidades Obstétricas de

instituições públicas e privadas, nas quais percebo claramente estas dificuldades. A partir destas constatações cotidianas, senti a necessidade em aprofundar cientificamente as questões relativas ao processo educativo desenvolvido pela enfermagem junto com as primípuérperas.

Tenho a convicção de que este estudo será significativo e desafiador, uma vez que busca responder ao seguinte questionamento: **qual a necessidade de orientação durante o puerpério e qual o papel da enfermagem?**

Essa problemática levanta algumas questões que considero primordiais à prática de enfermagem e que, portanto, direcionam a presente pesquisa, realizada durante os meses de maio a agosto de 2001, com primípuérperas que estiveram internadas na Unidade Obstétrica de um Hospital de Santa Maria – RS, estendendo-se a duas visitas domiciliares, tendo como objetivos os apresentados a seguir:

a) Objetivo geral:

Identificar as necessidades de orientação das primípuérperas quanto ao cuidado puerperal e as fontes que buscam para o esclarecimento das dúvidas.

b) Objetivos específicos:

- propiciar encontros interativos, que permitam às primípuérperas revelar suas necessidades educativas frente aos cuidados no puerpério;
- resgatar as percepções, compreensões e conhecimentos das primípuérperas sobre o cuidado puerperal;
- apontar caminhos para concretizar o processo educativo como parte integrante do cuidado de enfermagem no puerpério, com base em conceitos de Madeleine Leininger.

Nesta perspectiva, busco a possibilidade de reconhecer a mulher como sujeito deste processo, participante na construção do conhecimento e, não, mera expectadora do cuidado. Do mesmo modo, ressalto a importância da forma pela

qual a enfermagem direciona e acompanha o cuidado durante o puerpério, propondo o referencial teórico proposto pela “Teoria Cultural do Cuidado”, para subsidiar as ações educativas.

Acredito que este estudo, que me proponho desenvolver, trará importantes contribuições crítico-reflexivas e, quiçá, futuramente, algumas transformações necessárias a prática de cuidado e educação, de enfermagem, e tão importantes durante o ciclo gestacional e puerperal.

2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

O mundo que eu distingui de mim como soma de coisas ou de processos ligados por relações de causalidade, eu o redescubro 'em mim' como horizonte permanente de todas minhas cogitações e como uma dimensão em relação a aquela não cesso de me situar.

Merleau-Ponty

Neste momento, relato como foi minha caminhada pessoal e profissional, evidenciando aspectos que influenciaram na opção em aprofundar meus estudos sobre o tema inicialmente proposto.

Com 17 anos já estava cursando o primeiro semestre do curso de Enfermagem; nesse mesmo período engravidei. A maternidade foi uma experiência significativa em minha vida, trazendo para o meu cotidiano uma gama variada de vivências.

Ao contrário do período gestacional, no puerpério me deparei com situações geradoras de angústia e ansiedade, acentuadas pelo meu despreparo e desinformação. Eu não tinha colostro, não sabia como posicionar o bebê para mamar, apresentei fissura mamária e infecção urinária, nunca havia trocado uma fralda ou feito curativo no coto umbilical de um recém-nato, tinha medo de dar banho no Lucas e acordava várias vezes à noite para verificar se estava respirando bem. Aos poucos, com o auxílio da família, com os erros e com as experiências diárias, fui aprendendo. No entanto, essa época marcou profundamente a minha vida.

Quando cursei a disciplina de Enfermagem Obstétrica, no quinto semestre do curso, constatei que todo o conhecimento teórico-prático que eu estava adquirindo fizera muita falta. Apesar de ter me identificado muito com a assistência à saúde materno-infantil durante as aulas e estágios de Obstetrícia, não sabia se, depois de formada, teria oportunidade de trabalhar nesta área.

Em agosto de 1994, um mês após minha formatura, recebi o convite para lecionar e supervisionar estágios de algumas disciplinas para o Curso Auxiliar de Enfermagem da antiga Faculdade de Enfermagem “Nossa Senhora Medianeira” - FACEM, entre elas, Obstetrícia. Tal circunstância acentuou meu interesse em estudar e aprofundar o conhecimento em relação à gestação, parto e puerpério.

Em 1995, iniciei o curso de especialização em Administração de Serviços de Enfermagem. Como era a única área de opção oferecida no momento, direcionei minha monografia ao seguinte tema: “A qualidade dos serviços de enfermagem sob o enfoque humanizador – vivências em uma Unidade Obstétrica”.

Desde então, tenho me dedicado à área materno-infantil, trabalhando atualmente com os alunos do Curso Técnico de Enfermagem sobre a importância do atendimento humanizado nas Unidades Obstétricas, o que inclui diálogo, compreensão, empatia e ajuda educativa, na concretização do cuidado oferecido à mulher e ao neonato.

Em 2000, surgiu a oportunidade de cursar o Mestrado Interinstitucional promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina. No decorrer do curso, percebi que várias mudanças estavam acontecendo comigo, tanto em nível pessoal como profissional. Constatei que, inconscientemente, estava ensinando aos futuros profissionais da equipe de enfermagem, uma forma de cuidado impositiva, incompatível com as minhas verdadeiras convicções.

Comecei, então, a refletir sobre a minha prática diária, no intuito de transformá-la. Tais reflexões me possibilitaram compreender a Teoria de Leininger e relacioná-la às atitudes educativas adotadas pela enfermagem. Estas deveriam ser congruentes com as reais necessidades apresentadas pelas mulheres, sendo importante considerar os saberes e as práticas trazidas do seu

contexto cultural.

Assim, durante a disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos de Enfermagem, pude compreender melhor a importância das teorias de enfermagem no dia-a-dia de nossa profissão. Neste momento, visualizei, na teoria de Madeleine Leininger, o suporte teórico que futuramente eu precisaria utilizar para atingir meus objetivos durante a Prática Assistencial. Porém, não imaginei o quanto ela seria importante na reorganização de minhas ações de cuidado, ultrapassando a simples função de cumprir uma atividade acadêmica, incorporando-a à minha nova forma de pensar e agir.

Para tanto, ao propor este estudo baseado no universo cultural, espero contribuir à análise e à reflexão das ações cotidianas vivenciadas pela enfermagem no contexto obstétrico, buscando e apontando alternativas para tornar o cuidado mais ético e humano, alcançando, assim, as mudanças que acredito serem necessárias.

Cada capítulo dessa dissertação reflete a minha preocupação em contribuir para a instrumentalização do cuidado educativo puerperal, trilhando um caminho baseado no exercício diário de respeito à heterogeneidade cultural de todos os envolvidos neste processo.

3 A TEMÁTICA POR MEIO DA LITERATURA

O homem com um novo conhecimento é um homem transformado.

Álvaro Vieira Pinto

Para uma melhor compreensão, busco aprofundar várias questões abordadas neste estudo através da revisão bibliográfica, dividindo-a em dois tópicos: o estado da arte e o marco teórico.

3.1 O estado da arte

3.1.1 O puerpério

O puerpério, na concepção positivista, é o período que se inicia logo após o parto, depois da dequitação da placenta, com duração variável, que finaliza quando as alterações provocadas pela gravidez no organismo materno envolvem para seu estado normal anterior (NEME, 1995; REZENDE, 1995).

De acordo com os autores acima referenciados, o puerpério é dividido em três fases distintas:

- *Puerpério imediato*: inicia com a dequitação e estende-se até o décimo dia pós-parto;
- *Puerpério tardio*: compreende o décimo primeiro dia até o quadragésimo quinto dia pós-parto;

- *Puerpério remoto*: tem início no quadragésimo sexto dia até a completa recuperação das alterações provocadas pela gravidez e parto, além do retorno da menstruação com ciclos ovulatórios normais. Pode ultrapassar os sessenta dias se a mulher estiver amamentando.

Para Buchabqui (1995), o puerpério *legal* compreende quarenta dias, o *orgânico* pode ter duração de noventa dias, o *social* pode levar até cento e vinte dias e o *psicológico* não se pode determinar.

Já Hentschel (1993, p. 43), divide o puerpério em: “*puerpério imediato*: primeiras 24 horas de pós-parto; *puerpério inicial*: até a primeira semana e *puerpério remoto*: até a recuperação total do aparelho genital”.

Sendo assim, o período pós-parto abrange desde o nascimento da criança até que todas as funções fisiológicas da mulher voltem ao seu estado pré-concepcional. Isso significa que sua duração é muito variável, na qual vários fatores influenciarão para que ele se estenda mais ou não. Este é o caso, por exemplo, das mulheres que amamentam por vários meses ou até anos (BRANDEN, 2000).

No puerpério, ocorre a involução rápida das mudanças que se processam de forma lenta durante a gestação. É um período de transformações, tanto orgânicas quanto emocionais. A mulher passa de gestante para mãe, e o feto, antes expectativa, passa a ser a realidade do filho (HENTSCHEL, 1993).

Branden (2000, p. 392), afirma que: “as capacidades físicas e a imagem corporal da paciente precisam adaptar-se às alterações do período pós-parto e aos processos restauradores que as acompanham”. Daí, a importância da enfermeira compreender essas adaptações na tentativa de auxiliar e facilitar o retorno da puérpera ao seu estado de saúde ideal.

Vale ressaltar, que a enfermeira obstétrica não pode comparar a puérpera a um ser que necessita de cuidados, somente em decorrência das modificações e alterações anatômicas e fisiológicas causadas pela gravidez, mas sim considerar uma pessoa que está vivenciando a maternidade em todos os sentidos, incorporando a concepção biológica, psicológica, social e cultural que envolve o contexto puerperal.

Isto significa que as modificações biológicas, como involução uterina, eliminação dos lóquios, distensão da musculatura abdominal, diminuição do volume sanguíneo, risco de retenção urinária e de diminuição da motilidade gastrointestinal, o processo de lactação e as alterações hormonais, podem influenciar no estado emocional e adaptativo da puérpera, e vice-versa.

As mudanças de comportamento tornam-se comuns no período puerperal, em decorrência das fases de adaptação, do aceitar e do assumir o papel materno. As alterações emocionais se não forem bem conduzidas podem levar à oscilação de humor e à depressão, gerados pela insegurança e ansiedade em vivenciar esta nova situação (MALDONADO, 1986).

Além disso, a maternidade modifica a identidade da mulher, que de mulher e esposa passa a ser mulher, mãe e esposa. Essa mudança provoca um envolvimento maior com o filho, mas não a exime de seu papel feminino em relação ao companheiro e, muito menos, de suas responsabilidades, de seus anseios profissionais e pessoais (BUCHABQUI, 1995).

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 175): “as transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não-gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo”.

Associadas aos aspectos físicos e emocionais, observam-se ainda, as influências culturais relacionadas ao puerpério, principalmente frente aos significados da maternidade e às práticas de cuidado à puérpera e ao recém-nascido característicos de cada cultura. Devido à significância do aspecto cultural que permeia o puerpério, abordarei, a seguir, em um capítulo exclusivo, essa temática.

3.1.2 As influências culturais sobre a gestação e o puerpério

No contexto histórico e cultural, alguns aspectos sociais, religiosos, políticos, desde os tempos mais remotos, têm influenciado a concepção dos

povos sobre a gestação e o puerpério.

Os mitos, tabus, cultos e mistérios que envolvem a gestação surgem em abundância no passado e perpetuam até os dias de hoje, acompanhando diversas culturas (ZAMPIERI, 1998).

Na verdade, os mitos são aceitos pelas pessoas de forma espontânea, tornando-se parte real da cultura. O mito não é uma mentira, ilusão ou lenda, pois é verdadeiro para quem o vive (KURY, 1990).

Nesse sentido, compartilho com as idéias de Monticelli (1997, p. 58-59), quando nos diz que:

[...] a abordagem cultural não deixa dúvidas de que os ritos são indissociavelmente ligados ao processo de saúde-doença, envolvendo questões de ordem biológica, afetiva, social e comunicativa. Portanto, são indispensáveis para que os profissionais de saúde e, particularmente, para que as enfermeiras atuem de forma a compreender a visão de mundo dos seres humanos com quem elas estão envolvidas na assistência à saúde.

No entanto, não é interesse caracterizar este conjunto de conceitos (mitos, tabus, cultos, mistérios, crenças) no decorrer deste estudo, mas apenas apontá-los como componentes do contexto pesquisado, já que a maternidade está atrelada às raízes populares.

Conforme Silva e Franco (1996), o cuidado com a preservação da saúde nasceu como prática milenar no âmbito doméstico, sob a responsabilidade das mulheres, sobretudo da mãe, centrado em práticas caseiras ou populares. Para as autoras, a mulher não só utiliza as práticas populares como as divulga na própria família e entre as pessoas de seu convívio social.

Neste universo, convivemos com variadas práticas de cuidados puerperais. Algumas delas são questionadas por médicos e enfermeiros, devido às concepções científicas sobre saúde e doença recebidas durante a formação profissional. Outras são aceitas, independente da sua compreensão lógica. Podemos, assim, citar vários exemplos, entre eles:

- o imaginário da criança que absorve do mundo real toda a cultura na

qual ela está inserida, perpassando valores e experiências à vida adulta. Até nas brincadeiras infantis, as meninas, instintivamente, já idealizam serem mães e cuidar em dos “filhos” (HOGA, 1996);

- a participação das avós, vizinhas, comadres, tias ou qualquer outra mulher que tenha um processo interacional com a família, colaboram nos cuidados e compartilham símbolos e significados (MONTICELLI, 1997);
- as práticas como: não lavar o cabelo durante o período puerperal, passar mecônio no rosto para retirar os melasmas gravídicos; guardar o coto umbilical e atirá-lo no telhado da casa; tomar cerveja preta para produzir mais leite; benzer o RN contra o “quebranto” (identificado por agitação e expressões faciais involuntárias do RN durante o sono);
- o uso de ervas pelas mulheres, quando há dificuldade na produção de leite (erva-doce, semente de gergelim macerada e chá de folha do algodoeiro), hemorróidas (aplicação de pequenos pedaços das partes internas da folha da babosa como supositório), no alívio de cólicas intestinais ou uterinas (chá de capim santo), para agitação e febre do recém-nascido (chá de camomila) (SILVA e FRANCO, 1996);
- ao saírem do útero os bebês eram enrolados em camadas e camadas de panos, sem levar em conta se era inverno ou verão (BOCHICHI, 1996). Além disso, mãe e filho ficavam durante o pós-parto em quartos escuros e fechados. Muitas vezes, estas duas práticas são questionadas pelos profissionais, devido ao risco de causarem alterações: no primeiro caso, gerando hipertermia e reações dermatológicas no neonato, e no segundo, predispondo à icterícia neonatal e à depressão na mulher. Em contrapartida, nos reporta para a provável explicação de que, ao cobrir o recém-nato e não expô-lo à luz solar, a mãe procura tornar o ambiente externo mais próximo às condições uterinas, ou seja, quente e protegido;
- o uso de faixas umbilicais, colocando sobre o coto esterco de vaca e teia de aranha, o que muitas vezes poderia ocasionar infecções e

outros agravos, como por exemplo, o tétano neonatal. Aos poucos, por intercessão dos profissionais da área da saúde, as faixas foram sendo usadas com menos frequência, culminando no uso de anti-séptico local, como o álcool 70% (BOCHICHI, 1996).

Estas são apenas algumas das inúmeras práticas culturais pertinentes ao cuidado durante o puerpério. Muitas delas são desenvolvidas com frequência, apesar da influência profissional em tentar impor o seu saber (que acreditam ser cientificamente correto), entrando em conflito com a cultura popular. Tal situação nos reporta aos seguintes questionamentos: como se pode afirmar que não há uma base lógica nas práticas de cuidado popular? Será que o conhecimento popular não ajudaria a enriquecer o conhecimento profissional? Existem o '*certo*' e o '*errado*' ou eles dependem de nossa visão de mundo?

Desse modo, complemento o pensamento acima sobre as práticas de saúde popular com a seguinte colocação de Silva e Franco (1996, p. 27): “[...] as pessoas orientam suas ações não em função de uma realidade objetiva, mas tomando por base a percepção dos significados subjetivos e intersubjetivos, atribuídos às experiências no desenrolar de sua história pessoal e social”. As autoras, ainda referem que, na prática assistencial, as enfermeiras fundamentam o cuidado a partir da sua própria cultura e da cultura institucional, aprendida pela influência dos paradigmas biológico, cartesiano, histórico e antropológico, delineando as ações e percepções do outro como ser institucional.

Outro fator relevante, que não pode ser desconsiderado, diz respeito à influência da mídia sobre a cultura moderna. Thompson (1995), em seus estudos, se refere à importância desta nova interferência cultural causada pelos meios de comunicação de massa (televisão, rádio, revistas, jornais). Para o autor, a sociedade absorve como uma “esponja” tudo o que é veiculado pela mídia e incorpora estas informações à sua forma de agir e pensar.

Esta posição talvez seja radical demais, pois nem todos aceitam tudo o que a mídia tenta impor. No entanto, admite-se que ela apresenta um grande poder de influenciar os pensamentos e atitudes do ser humano no mundo moderno.

Portanto, todos os fatores apontados neste capítulo estão inter-relacionados e refletem diretamente sobre as práticas de cuidado à saúde no puerpério, as quais, segundo Leininger, devem ser observadas pelos profissionais, juntamente com as pessoas envolvidas no processo, com o intuito de mantê-las, negociá-las ou reestruturá-las, para que suas necessidades de saúde possam ser supridas ou melhoradas.

3.1.3 As formas históricas de cuidar na área obstétrica

O cuidado à saúde realizado pela enfermagem na área obstétrica decorre de uma evolução histórica, trazendo consigo características próprias deste desenvolvimento. Segundo Ziegel e Cranley (1985), a prática da enfermagem obstétrica, da mesma forma que qualquer outra profissão, sofreu várias influências da sociedade e da própria profissão, o que se evidencia claramente no decorrer da história da obstetrícia.

De acordo com Arruda (*apud* SANTOS, 1998), esta especialidade surgiu com o conhecimento empírico das parteiras, mulheres experientes, mas sem nenhum conhecimento científico, que controlavam o trabalho de parto e acompanhavam o período pós-parto no próprio domicílio da mulher. Geralmente, realizavam este trabalho por pouca ou nenhuma remuneração, como todo o cuidado feminino, que não era valorizado pela sociedade.

A medicina não intervinha na parturição, tanto por se tratar de uma atividade de valor contestável, quanto por envolver aspectos morais, pois a presença masculina nos aposentos da parturiente poderia ferir a decência. Por estes motivos, somente nos casos graves, com risco de vida da mãe ou da criança, que a presença do médico era aconselhável (OSAVA e MAMEDE, 1995).

Carneiro (1995, p. 10), relata: “[...] era, então, o tempo do parto em família, pois quase só as mulheres abandonadas e desprotegidas recorriam aos hospitais, antros de infecção e miséria”.

Com os avanços das práticas médicas, entre elas as técnicas cirúrgicas, e

as elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil, a prática das parteiras sofreu uma involução, consolidando a idéia de que a medicina poderia intervir e controlar o processo do nascimento (OSAVA e TANAKA, 1997).

Desde então, o atendimento ao parto passou de domiciliar a hospitalar, de evento normal e natural a risco patológico, de acontecimento não-intervencionista a um ato medicalizado e controlado, incorporando a técnica e a cientificidade, o que gerou a disputa entre médicos e parteiras no campo obstétrico (OSAVA e MAMEDE, 1995).

De acordo com Rezende (1995), a obstetrícia evolui lentamente no Brasil, pois dependia dos profissionais estrangeiros ou de aristocratas que retornavam dos estudos na Europa, durante o período colonial. Somente a partir de 1808, com a vinda da Família Real, inicia-se no país o ensino sobre partos.

O trabalho das parteiras leigas foi legalizado no Brasil em 1832, sendo que os cursos de parteiras foram institucionalizados em anexo às Escolas de Medicina, com o intuito de manter as práticas sob o controle médico. Assim, os cursos habilitavam as parteiras apenas a exercer atividades manuais simples, cabendo aos médicos o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas (SANTOS, 1998).

Em 1923, com a regulamentação da enfermagem como profissão, o trabalho das parteiras é incorporado como parte do exercício profissional da enfermagem, de acordo com a Lei nº 2604/1955, que vigorou até 1986, quando foi sancionada a Lei nº 7498/86.

Em 1931, a denominação de “parteira” muda para “enfermeira obstétrica”. No entanto, o título de “enfermeira” designado por escolas de medicina, causou divergência de opiniões entre enfermeiras e parteiras. As enfermeiras defendiam que o curso de enfermagem deveria ser pré-requisito para os cursos de parto, enquanto que as parteiras queriam continuar egressas das escolas médicas. Para amenizar a situação, substituiu-se o termo “parteira” por “obstetriz” (OSAVA e TANAKA, 1997).

No ano de 1949, foi regulamentado o ensino da Enfermagem Obstétrica, destinado à formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem especializados

para a assistência obstétrica. A publicação desta lei teve, como consequência, a extinção da maioria dos cursos nas faculdades de medicina.

No início da década de 50, as obstetrites, descontentes com a situação, conseguiram com que a legislação fosse alterada, instituindo o curso de parteira com duração de 18 meses e o curso de obstetritz com duração de 36 meses, em escolas médicas. A mesma lei, excluía da assistência obstétrica a Enfermeira Obstétrica formada nas Escolas de Enfermagem e as enfermeiras pós-graduadas nesta área. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), preocupada em defender o direito das enfermeiras, pressionou a Câmara dos Deputados para incluir as pós-graduadas em enfermagem obstétrica à lei.

No final da década de 50, foi aprovado pelo Ministério da Educação e Cultura, um documento elaborado pela ABEn, que incluía o ensino de Obstetrícia nas Escolas de Enfermagem.

Na década de 70, a Obstetrícia tornou-se uma forma de habilitação do Curso de Enfermagem, juntamente com as opções em mais duas áreas: Médico-Cirúrgica e Saúde Pública.

Assim, a assistência prestada pelas parteiras passou a ser da enfermeira obstétrica. Com a exclusão das parteiras, criou-se uma lacuna na assistência ao parto e, segundo as autoras, o espaço ocupado por elas ainda não foi preenchido (OSAVA e TANAKA, 1997).

Já se observa, no entanto, uma crescente participação da enfermagem no acompanhamento à gestante, ao parto e puerpério, conquistando lenta e gradativamente seu espaço, como a atuação em programas pré-natais, a realização de partos eutócicos remunerados, com amparo legal (Portaria MS/GM 2815, de 29/05/1998), além de orientações e cuidados puerperais.

Apesar da trajetória social e histórica marcada pela influência biomédica, a enfermagem tem se preocupado em compreender e facilitar a experiência parturitiva-puerperal, buscando referenciais que contribuam na composição dos paradigmas que determinam este espaço profissional. Entre estes, resalto o pensamento de Osava e Tanaka (1997, p. 106), quando relatam: “[...] a valorização do tecnológico em sua prática, ou a busca de recursos alternativos; a

recusa ao que é dado como rotineiro, ou a sua reafirmação, são evidências que nos ajudam a compor o estado atual dos paradigmas da enfermagem obstétrica”.

Para Helman (1994), a medicina trouxe avanços para a obstetrícia, reduzindo a mortalidade materna e neonatal. Contudo, ele critica a tendência à medicalização de um evento biológico, associado a um problema médico e ignorando os significados que as mulheres dão às experiências da gravidez e do parto.

Sendo assim, tenho a convicção de que a participação da enfermeira obstétrica é fundamental na busca de novas maneiras de cuidar, fundamentadas no processo de construção da realidade individual e subjetiva de cada puérpera, visando a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, pois esta área é impregnada pela necessidade do cuidado, portanto, inerente à prática de enfermagem.

3.1.4 O processo educativo como parte integrante do cuidado à saúde

O processo educativo é inerente à vida de todos os seres humanos, por isso, Freire (1979) enfatiza que é impossível falar sobre educação sem refletir sobre o seu núcleo fundamental, ou seja, o ser humano.

Desse modo, a educação e os processos educativos não são isolados das concepções sociais e culturais da humanidade; ao contrário, entre elas existe uma forte interação, de onde brotam idéias, regras, valores, modos de viver e interpretar a vida.

Brandão (1993, p. 07), afirma que ninguém escapa da educação, “[...] em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar”.

De fato, a educação integra o modo de vida de todos os grupos sociais. Sendo assim, sua existência instala-se no cotidiano, inclusive no processo de saúde e doença. Nesta perspectiva, a educação extrapola os conceitos e

demarca caminhos para as práticas de cuidado à saúde, refletindo as formas de organização da vida em grupo e a transmissão da cultura. Sendo assim, a cultura determina as diferenças e variadas formas de comportamento das pessoas que servirão de base e orientarão suas experiências futuras.

Concordo com Poli (2000, p. 33), quando coloca que:

[...] todo indivíduo possui conhecimentos que adquiriu ao longo de sua vida, transmitidos através das gerações. É importante que tais conhecimentos sejam avaliados antes de se realizar qualquer ação educativa, pois é a partir dessa análise individual que poderemos desenvolver um trabalho educativo integral, ético e crítico.

As ações educativas em saúde oportunizam as trocas de experiências e a sociabilização do conhecimento popular e profissional, tornando-se uma forma cada vez mais freqüente de cuidado na enfermagem. Partindo dessa concepção, concordo plenamente com Freire (1979, p. 29), quando afirma que: “[...] não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”.

Waldow (1995), é explícita ao dizer que o cuidado pode ser exercido pela enfermagem por meio da educação, do cuidar-educando. Essa abordagem aponta a educação como uma dimensão do cuidado.

Assim, as atividades educativas fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde, por isso, se faz necessária a reflexão sobre as formas com as quais elas são praticadas. As propostas deveriam estar voltadas à concepção de integralidade das pessoas, na qual seja possível a participação dos sujeitos envolvidos.

Essa visão vem sendo incorporada gradativamente pelos profissionais, criando novos valores na assistência à saúde. Segundo Silva e Franco (1996, p. 71):

[...] a transição cultural está relacionada ao que hoje é chamado de mudança de paradigma, representada por uma passagem de visão

mecanicista e reducionista arraigada à imagem cartesiana do corpo como máquina, buscando a integralidade do homem.

Por isto, minha concepção sobre educação vê com entusiasmo as idéias desenvolvidas por intelectuais e educadores como Freire (1999), quando diz que a verdadeira educação deve romper com os esquemas verticais, característicos da educação bancária (aquela em que a educação se torna um ato de “depositar” informações, na qual o sujeito recebe passivamente o saber). Na verdade, a educação em saúde deve ocorrer como prática da liberdade, para que os objetivos possam ser alcançados e a realidade transformada, tornando-se uma responsabilidade de grande peso diante da atuação da enfermagem no contexto atual.

3.2 O marco teórico

3.2.1 A Teoria Transcultural de Enfermagem aplicada no contexto puerperal

Segundo Leininger (1991), as teorias de enfermagem não geram apenas conhecimento abstrato, filosófico, espiritual e existencial do cuidado e do cuidar humano, mas também guiam as enfermeiras em seu pensar e agir.

Com base no exposto, pode-se dizer que as teorias de enfermagem fundamentam a prática profissional, por isso ao desenvolver esta pesquisa, utilizei a Teoria Transcultural de Enfermagem, proposta por Madeleine M. Leininger.

Madeleine Leininger, desde a década de 50, vem construindo e aperfeiçoando sua teoria, denominada Teoria Transcultural, ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ou ainda Teoria do Cuidado Cultural. Nos anos 60, ela usou os termos *enfermagem transcultural* e *etno-enfermagem*. Ao elaborar sua teoria, Leininger utilizou construtos da antropologia, advindos de sua experiência no doutorado em antropologia, desenvolvendo um novo campo em enfermagem (GEORGE, 2000).

Esta teoria traz muitas contribuições para a enfermagem, pois aponta o

cuidado de enfermagem direcionado a todas as culturas, considerado numa perspectiva humanizada. Além disso, aponta para as influências da estrutura social frente às ações e decisões que envolvem o cuidado ao ser humano.

A autora enfatiza que as ações de cuidar devem começar a partir da visão de saúde do cliente e, não, do ponto-de-vista das enfermeiras, sendo esta uma atitude profissional falha (LEININGER, 1991).

A seguir apresento alguns conceitos desenvolvidos por Leininger (1985; 1991), os quais sustentam sua teoria:

CUIDADO: é considerado como o domínio unificador da enfermagem, ou seja, o foco central da enfermagem. Além disso, ele deve ser direcionado às pessoas de cada cultura, relacionando suas experiências e percepções de acordo com suas crenças e valores, com o intuito de amenizar ou melhorar a condição humana de vida.

Além disso, Leininger afirma que o cuidado humano é um fenômeno Universal, mas variável entre as culturas, porque possui Diversidades que envolvem o ser humano.

Assim, o cuidado deve ser direcionado às puérperas considerando a sua cultura, relacionando suas experiências e percepções de acordo com suas crenças e valores atreladas às dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, para que seja possível abrandar as dificuldades encontradas e facilitar a atenção necessária no período pós-parto.

CULTURA: refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas. A cultura é parte integrante de nossa vida pessoal e profissional.

Em função da diversidade de culturas existentes podem ocorrer conflitos, denominados por Leininger como confronto ou choque de culturas ou imposição social, gerando situações de desconforto quando uma outra cultura nos é

imposta. Um exemplo claro disto é quando o profissional ignora o saber popular e impõe o seu saber científico como a melhor forma de cuidar.

As puérperas possuem valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos através de suas mães, avós ou outros membros de seu convívio, capazes de influenciar sua forma de pensar, decidir e agir.

Complemento esse conceito, com a percepção de Monticelli (1994), de que a cultura não é apenas um conjunto de tradições impensadas, crenças infundadas, uma colcha de retalhos sem muito sentido. Para ela, a cultura é uma visão de mundo, no qual símbolos e significados estão em constante mutação.

VALOR CULTURAL: refere-se à forma mais desejada ou preferida de agir ou conhecer algo, que é freqüentemente mantida por uma cultura, por um período de tempo, e que governa as ações ou decisões das pessoas.

O valor cultural reflete o modo pelo qual a puérpera prefere agir e tomar decisões, sendo este o mais habitual em sua cultura, mantido pela maioria das mulheres de seu convívio durante um longo período.

ENFERMAGEM: é definida como uma ciência e arte humanística aprendida, comprometida com a totalidade da pessoa humana, que busca a compreensão das culturas e subculturas relacionando-as ao comportamento relativo ao cuidado, à saúde e à doença.

A enfermagem deve oferecer o cuidado, com o intuito de auxiliar e facilitar a puérpera frente às necessidades apresentadas durante o período puerperal, considerando sua cultura e subcultura.

SISTEMA POPULAR: é o sistema não-profissional de cuidado ou cura. São os conhecimentos populares, culturalmente aprendidos e transmitidos, que propiciam atos assistenciais, apoiadores ou facilitadores para outra ou por outra

pessoa, grupo ou instituição com necessidades de melhorar um modo de vida humano, uma condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência ou morte.

O sistema popular é amplamente aplicado ao contexto puerperal, por meio dos conhecimentos aprendidos e transmitidos culturalmente, principalmente entre as mulheres. O saber popular oportuniza algumas ações de cuidado que amparam ou facilitam a puérpera em relação a atenção materno-infantil, zelando pelo bem-estar próprio e do recém-nato.

SISTEMA PROFISSIONAL: são os serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados ou oferecidos por vários profissionais da saúde. É o cuidado formalmente ensinado, aprendido e transmitido.

Entre os vários profissionais da saúde, representados pelo sistema profissional, que oferecem assistência à mulher e à criança durante o puerpério, estão o obstetra, o pediatra, a enfermeira e sua equipe.

SAÚDE: é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade para o desempenho das atividades diárias de forma benéfica e padronizada. Sendo assim, a saúde é universal, mas definida e praticada de acordo com a cultura, portanto, é diversificada.

A saúde da mulher e da criança, durante o período pós-parto, é culturalmente determinada, refletindo a capacidade da puérpera em vivenciar esse período de mudanças e adaptações de forma satisfatória.

Ao compreender os conceitos desenvolvidos por Leininger (1991) e transpô-los para o contexto puerperal, senti a necessidade de elaborar mais duas definições que considero primordiais no desenvolver deste estudo. São eles:

NECESSIDADES EDUCATIVAS: são as aspirações, os anseios e as dúvidas individuais, que surgem de acordo com a situação apresentada ou vivida, devendo ser a base do processo educativo.

PROCESSO EDUCATIVO: é um fato cotidiano de troca permanente de conhecimento, determinado pela história individual e social do ser humano. Por isso, é um fenômeno cultural advindo das experiências, crenças, valores e necessidades.

CUIDADO EDUCATIVO: é uma das formas de cuidado baseado na troca de conhecimento, que visam melhorar ou amenizar a condição humana de vida, considerando as necessidades educativas de cada pessoa.

Leininger (1991), também estabeleceu vários pressupostos. Eis alguns deles:

- o cuidado humanizado é universal e variável entre as culturas;
- o cuidado humanizado é a característica central, dominante e unificadora da enfermagem;
- não há cura sem cuidado, mas pode haver cuidado sem a cura;
- o cuidado sob a perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal;
- os conceitos e prática do cuidado humano podem ser identificados em todas as culturas;
- as práticas de cuidado à saúde, profissionais ou populares, derivam da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem.

Com esses pressupostos, a Teoria do Cuidado Transcultural busca caracterizar a natureza e a essência da enfermagem, com a finalidade de proporcionar um cuidado satisfatório às pessoas de diversas culturas.

Revedo os pressupostos elaborados por Leininger (1991), achei necessário transpô-los ao contexto puerperal e construir os meus próprios, os quais cito logo abaixo:

- a puérpera é um ser único, que traz consigo as influências e valores culturais;
- o cuidado à puérpera deve ser congruente às suas crenças e modo de vida;
- o processo educativo no puerpério deve incluir a troca de conhecimentos e experiências culturais entre os sistemas populares e profissionais;
- o cuidado de enfermagem humanizado é fundamental no período pós-parto.

Leininger ainda propõe o modelo “Sunrise” (Figura 1), o qual corresponde ao universo e ilustra uma descrição dos componentes de sua teoria, indicando a estrutura cultural/social do sistema popular e profissional para a orientação da operacionalização do cuidado nas diferentes culturas. Esta estrutura do “sol nascente” representa a descoberta do cuidado por meio da visão do mundo e de outras variáveis, como por exemplo, a estrutura social e os fatores ambientais. Foi desenvolvido pela autora, para embasar o atendimento de enfermagem na tentativa de preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado cultural.

A parte superior do modelo “Sol Nascente” descreve a visão do mundo e o sistema cultural e social que influenciam o sistema de saúde, incluindo os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, fatores de companheirismo e social, valores culturais e modos de vida, fatores políticos e legais, fatores econômicos e fatores educacionais.

Na porção inferior, estão os sistemas de saúde formados por indivíduos, famílias, grupos e instituições, que a autora denomina de sistemas populares e profissionais, com o subsistema de enfermagem centrado entre eles.

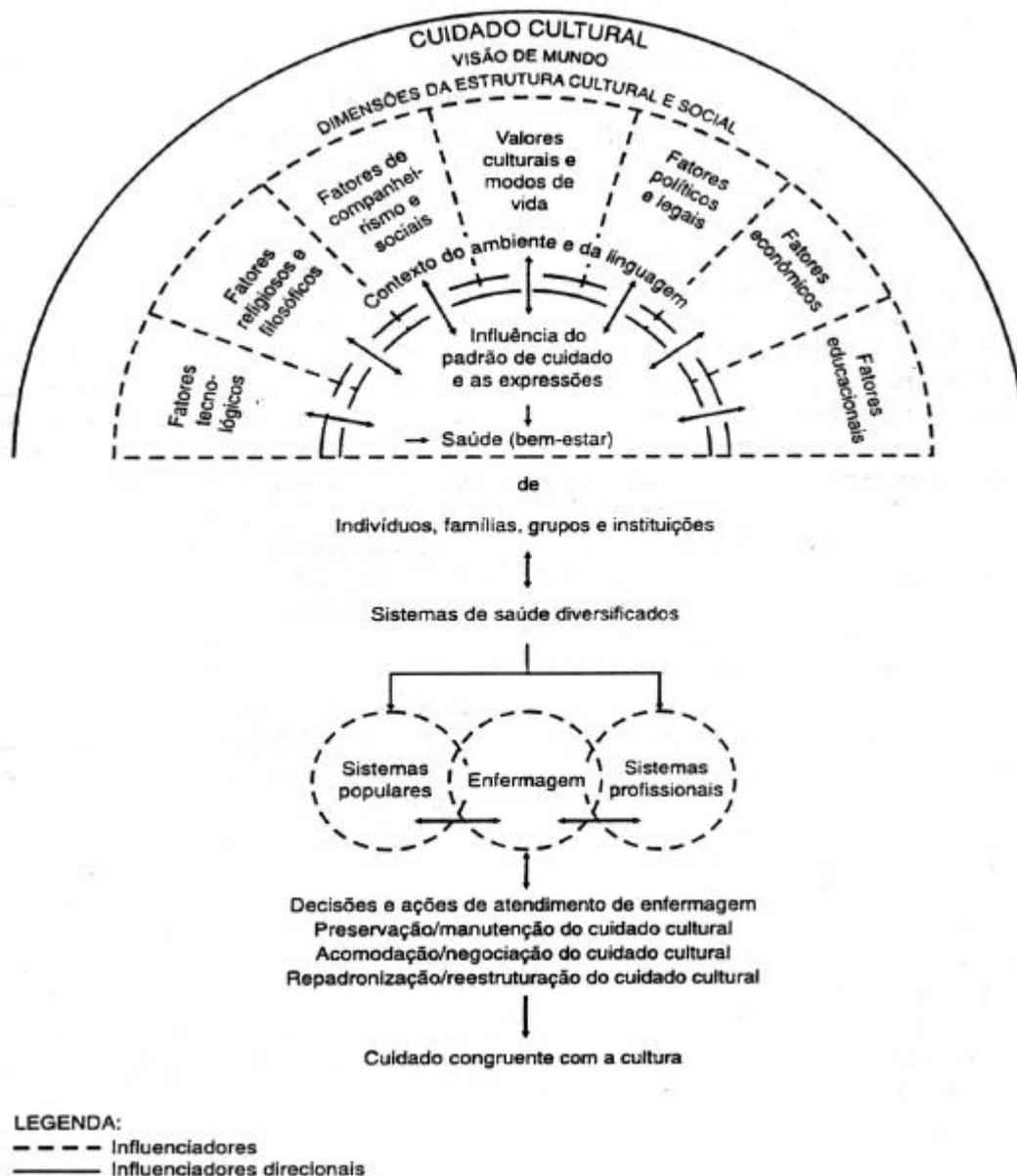


FIGURA 1 – O Modelo Sunrise de M. Leininger (1991).

Logo abaixo, no modelo, estão as decisões e ações da assistência de enfermagem que influenciam e direcionam o cuidado congruente com a cultura, distinguindo-se sob três formas específicas:

- preservação/manutenção do cuidado cultural: ações culturalmente embasadas de assistir, facilitar ou capacitar as pessoas na preservação

dos hábitos favoráveis à sua saúde;

- acomodação/negociação do cuidado cultural: ações culturalmente embasadas de assistir, facilitar ou capacitar que representam formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde ou de vida das pessoas, visando um resultado benéfico ou satisfatório.
- repadronização/reestruturação do cuidado cultural: ações profissionais que auxiliam as pessoas a reconstruir ou alterar padrões de saúde ou de vida, tornando-os mais saudáveis, sem desprezar seus valores culturais.

Considerando que minha prática, neste estudo, consistiu na aplicação de um modelo de cuidado educativo desenvolvido com primipúerperas, seria impossível atingir as metas iniciais sem abordar inicialmente a *necessidade humana* destas mulheres, agregada ao contexto cultural próprio de cada uma delas. Sendo assim, visando oferecer um suporte maior durante a assistência, também considerei vários aspectos propostos pela autora através do modelo “Sunrise”, simbolizado pelo sol nascente (Figura 1).

Entendo que o processo educativo deve ser realizado pela enfermagem numa perspectiva subjetiva e cultural, considerando as ações populares realizadas pelas púerperas no sentido de mantê-las, adequá-las ou reorganizá-las de forma participativa, visando o bem-estar da mãe e do bebê.

Concordo com Gualda (1993, p. 28), quando afirma que: “[...] se a prática da enfermagem não considerar os aspectos culturais da necessidade humana, exibirá sinais de ineficiência com conseqüências desfavoráveis para aqueles que assiste”.

Assim, acredito que o suporte teórico utilizado valoriza o cuidado educativo como forma interativa do cuidar, no momento em que se considera as experiências e os valores culturais das primipúerperas. Vale ressaltar que Leininger não é explícita em relação ao cuidado educativo, mas ele está implícito em suas colocações, tais como ‘facilitar’ ou ‘capacitar’, tornando-se imprescindível para que ocorra o cuidado congruente.

A afirmativa acima pode ser exemplificada no seguinte enunciado de Leininger (1991, p. 393): “[...] a Teoria Cultural do Cuidado tem sido um importante meio de descobrir estes novos insights sobre a enfermagem e desafia os enfermeiros a utilizar o enfoque de cuidado transcultural na educação, pesquisa e prática de enfermagem”.

Saliento que, em minhas buscas sobre o cuidado à mulher com enfoque cultural, foi possível encontrar vários trabalhos, principalmente dissertações de mestrado e doutorado. Entre eles, cito Boehs (1990), que estudou a prática do cuidado ao recém-nascido e a família numa perspectiva transcultural, no qual o nascimento representa um novo ciclo de desenvolvimento familiar; Gualda (1993), que realizou em sua tese de doutorado um estudo etnográfico riquíssimo sobre a vivência do parto, no qual identificou aspectos universais e individuais do processo do parto, apontando críticas em relação à assistência profissional; Monticelli (1997), que trabalhou a prática do cuidado com mulheres e recém-nascidos, enfocando os ritos do nascimento em Santa Catarina, a partir das visões dos grupos populares; Almeida (2000), que desenvolveu o cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e no domicílio, fundamentada no referencial teórico cultural; Santos (2000), que implementou uma prática assistencial enfocando as crenças e valores do casal no processo de parir, propondo a vivência do parto vertical; Poli (2000), que buscou compreender o processo do aleitamento materno do ser mulher que amamenta inter-relacionado ao contexto cultural familiar, enquanto o enfermeiro efetiva o cuidado.

Ressalto ainda que, nos Estados Unidos, a enfermagem transcultural compõe uma área formal de estudo, prática e educação, despertando interesse de estudos frente à temática em questão. Em face dessa realidade, espero que minha proposta de estudo contribua para ampliar o conhecimento e a produção científica da enfermagem brasileira sobre o cuidado cultural.

4 O PROCESSO METODOLÓGICO

O que a lagarta chama fim de mundo, o mestre chama borboleta.

Richard Bach

A fundamentação teórica de Madeleine Leininger serviu de alicerce para iniciar a construção deste trabalho. No entanto, para executá-lo precisava de uma abordagem metodológica coerente com o referencial teórico e com os objetivos iniciais. Para isso, adotei o método de pesquisa qualitativa apresentado por Trentini e Paim (1999) na pesquisa convergente-assistencial.

De acordo com Trentini e Paim (1999, p. 27): “[...] este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado”. Assim, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados de forma ativa no processo, com a intenção de transformar a realidade através das situações práticas, constituindo-se em um método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem.

Leininger (1991) relata que é imprescindível, para a prática da enfermagem, que se conheça, compreenda, descreva, documente e explique as diferentes formas como as pessoas vivenciam o cuidado. Nesse caso, é exatamente o que a pesquisa convergente-assistencial propõe, ao buscar descobrir realidades do contexto prático a partir dos fenômenos experienciados em situações específicas.

Na pesquisa convergente-assistencial, o tema de pesquisa emerge da

prática profissional cotidiana do pesquisador e está diretamente relacionado ao problema, incluindo seu propósito de solucioná-lo ou de provocar mudanças de impacto (TRENTINI e PAIM, 1999).

As autoras fundamentam sua proposta em Kurt Lewin, por meio da pesquisa-ação relacionada à prática assistencial de enfermagem, cuja prática não tem o objetivo de produzir novos conhecimentos, mas sim, aplica-los.

Segundo as autoras da pesquisa convergente assistencial, a análise dessas informações consta dos seguintes processos ou fases:

- *Processo de concepção*: inclui a escolha do tema de pesquisa, delimitação do problema, objetivos, revisão bibliográfica, uso de teorias, formulação de conceitos;
- *Processo de instrumentação*: decisões metodológicas que incluem: escolha espaço da pesquisa, dos participantes e das técnicas para obtenção e análise das informações;
- *Processo de perscrutação*: estratégias individuais ou coletivas para a obtenção das informações;
- *Processo de análise e interpretação*: consta de quatro processos genéricos:
 - a) processo de apreensão: inicia durante a coleta dos dados, através da organização das informações em ordem cronológica, com data e número das entrevistas ou observações, e identificação das participantes, facilitando a codificação e, posterior, categorização dos dados;
 - b) processo de síntese: é o exame subjetivo das associações, relações e variações das informações;
 - c) processo de teorização: o pesquisador desenvolve um esquema teórico através da descoberta e explicação dos valores contidos nas informações;
 - d) processo de recontextualização: consiste na possibilidade de dar

significado aos achados e descobertas, arriscando adaptações em situações similares.

Trentini e Paim (1999, p. 65-66) complementam que a decisão metodológica ajudará na construção do conhecimento e na análise crítico-criativa das descobertas, mas que o pesquisador deverá dosar a valorização do método, para não se tornar escravo dos seus preceitos.

Assim, o presente estudo, baseado na proposta de Trentini e Paim (1999), como pesquisa convergente-assistencial, foi desenvolvido em duas etapas participativas de levantamento de dados e uma terceira etapa, interpretativa e avaliativa:

- a *primeira etapa*, foi realizada durante a disciplina de Prática Assistencial, que constou do acompanhamento de sete primípuérperas durante a internação hospitalar e uma visita domiciliar no puerpério imediato;
- a *segunda etapa*, realizada no mês de agosto de 2001, consiste de um novo encontro no domicílio das primípuérperas, no período correspondente ao puerpério tardio (60 dias após o parto). Os resultados desse encontro foram relatados e discutidos no decorrer da dissertação;
- a *terceira etapa*, classificada como fase de interpretação dos resultados à luz de Leininger. Consta da proposição e sociabilização de um modelo de assistência de enfermagem ao puerpério, a partir da experiência vivenciada e dos dados coletados nas duas etapas anteriores.

Acredito que utilizando a pesquisa convergente assistencial como caminho para a análise e interpretação dos dados, atingirei meus objetivos iniciais, pois minha intenção sempre foi de transformar e inovar a realidade da prática educativa a qual estava diretamente envolvida nas Unidades Obstétricas. Em outras palavras, me identifiquei muito com a seguinte colocação de Trentini e Paim (1999, p. 28), sobre a pesquisa convergente assistencial: “[...] resumindo,

neste tipo de pesquisa o profissional enfatiza o pensar e o fazer; queremos dizer, ele pensa fazendo e faz pensando. Só um detalhe: aqui, o profissional objetiva em primeira instância, sistematizar o que faz”.

4.1 Primeira Etapa: Descrição da prática

4.1.1 O local da prática

A operacionalização da minha prática ocorreu na Unidade Obstétrica de um Hospital de Santa Maria - RS, junto as primípuérperas, no período de maio a junho de 2001, estendendo-se até o mês de agosto, com as visitas domiciliares.

Trata-se de um hospital de grande porte, com área útil de 12.000 m², que comporta 208 leitos distribuídos em 10 unidades de Internação, Unidade de Terapia Intensiva Geral e Neonatal, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento e Unidade Obstétrica.

Recentemente, a Unidade Obstétrica sofreu alterações na estrutura física e funcional. No período em que foi realizada a prática, era composta por uma enfermaria com três leitos, quatro quartos semiprivativos e cinco suítes. Faziam parte da equipe de enfermagem, uma enfermeira, sete auxiliares de enfermagem e três técnicos de enfermagem. A chefia geral da Maternidade é realizada por um médico obstetra. A enfermeira tem autonomia para orientar e realizar os cuidados pertinentes da profissão. As dificuldades apresentadas pelas pacientes geralmente são resolvidas com a equipe de enfermagem. As orientações para a alta são realizadas pelos obstetras e pediatras.

Nessa Unidade, o RN (recém-nascido) permanece no quarto com a mãe, mas recebe os cuidados como o banho, troca de fraldas e complemento alimentar (se prescrito) no Berçário, pela enfermagem. É permitida a presença constante dos familiares junto à puérpera, exceto no Berçário e Sala de Parto.

4.1.2 Operacionalização da prática

Para efetuar esse trabalho no Hospital, encaminhei, no final do mês de abril, um ofício à direção e à chefia de enfermagem (Apêndice A), solicitando a autorização para desenvolvê-lo. Assim que obtive a resposta positiva, procurei pessoalmente a enfermeira da Unidade, explicando os objetivos da prática assistencial e suas contribuições futuras.

No dia 10 de maio de 2001, realizei a primeira visita em busca das participantes deste estudo, ou seja, as mulheres que vivenciaram o primeiro parto, internadas na Unidade Obstétrica acima referida, residentes em Santa Maria – RS.

4.1.3 Participantes

O estudo foi realizado com sete mulheres, selecionadas através do prontuário de internação, as quais deveriam estar vivenciando o primeiro puerpério.

A fim de viabilizar minha proposta prática e aprofundar mais as questões educativas e culturais vivenciadas no puerpério, realizei o levantamento da realidade em estudo em dois momentos: na maternidade e no domicílio.

O primeiro encontro ocorreu após o parto, dando início ao processo interativo por meio de uma visita individual, na qual tinha a oportunidade de expor os objetivos e justificativas do trabalho, apresentar o consentimento esclarecido as primipárteras (Apêndice B) e realizar a entrevista semi-estruturada (Apêndice C), gravada em fita cassete, que posteriormente, seria transcrita para o papel.

Na medida em que íamos conversando, procurava conhecer as práticas de cuidado, bem como as principais dúvidas e expectativas sobre o período puerperal. Ao identifica-las, registrava em um bloco, para que ao término da entrevista, estas anotações pudessem guiar o cuidado educativo a ser prestado dentro dos três níveis de ações representados no “Modelo Sunrise”. Nesse

momento, procurava propiciar um clima favorável à conversa e estabelecer os primeiros passos do processo educativo.

O segundo encontro, ocorreu durante uma visita domiciliar, agendada durante a internação e realizada no máximo uma semana após a alta, incluindo uma nova entrevista (Apêndice D).

Esta fase foi a mais trabalhosa, pois não me achava preparada e percebia um certo receio das primiparosas em relação à visita domiciliar, talvez devido à condição sócio-econômica delas. Em contrapartida, este momento oportunizou a reflexão sobre minha própria formação profissional, o que tornou esta experiência mais intensa e rica.

Com o decorrer dos encontros, fui desenvolvendo habilidades para coletar os dados em busca dos objetivos aos quais me propus alcançar e, no dia 09 de junho de 2001, realizei a última visita domiciliar.

As conversações durante os encontros domiciliares foram anotadas e não gravadas, como havia planejado, uma vez que os questionamentos ocorreram de modo mais informal do que na Unidade Obstétrica.

Para Trentini e Paim (1999, p. 86): “[...] o pesquisador, ao conduzir a entrevista, terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido referente ao tema de pesquisa, que certamente suscitarão direções para o questionamento [...]”. Por isso, algumas questões que norteavam as entrevistas foram sendo modificadas, pois ao aplicá-las à primeira respondente, verifiquei que as respostas se repetiam. Assim, a partir da segunda entrevista, as perguntas transformaram-se em um roteiro de temas a serem abordados (Apêndices D e E).

4.1.4 Fazendo uso do modelo assistencial de Leininger

Os passos metodológicos que guiaram este plano assistencial partem do marco teórico e conceitual. Por isso, para aplicá-lo parti do fato de que Leininger não elaborou uma metodologia própria para o processo de enfermagem, inclusive não utilizou os termos *problema* e *diagnóstico* de enfermagem, pois eles

refletiriam a existência de alguma interferência cultural ou imposição de prática, que são o oposto de seus pressupostos (HOGA, 1996).

Desse modo, utilizei as idéias da autora para desenvolver uma metodologia com abordagem flexível, visto que ela própria considera necessário que o processo seja aberto, criativo e natural.

Sendo assim, ao utilizar a técnica de entrevista, tanto na visita hospitalar quanto na domiciliar, obtive os dados necessários para o entendimento das questões culturais. Este tipo de abordagem facilitou identificar o conhecimento que as primípuérperas tinham sobre as formas de cuidar, bem como analisar as influências e as práticas de saúde que deveriam ser mantidas, acomodadas ou repadronizadas.

Desse modo, as modalidades de intervenção estabelecidas por Leininger (1991) que guiaram minha prática assistencial com as primípuérperas, visando o cuidado cultural direcionado à educação, foram:

- Manutenção ou preservação do cuidado cultural

São as ações e decisões profissionais que buscam assistir, prover suporte ou facilitar as pessoas de uma cultura particular a conservar e/ou preservar valores de cuidados relevantes na manutenção ou recuperação de sua saúde, ou enfrentamento de dificuldades e/ou da morte.

Portanto, encorajei a conservação de todas as práticas populares realizadas pelas puérperas que auxiliavam a manutenção do seu cuidado individual e do RN.

- Acomodação ou negociação do cuidado cultural

São as ações e decisões profissionais que visam assistir, fornecer suporte ou facilitar de forma criativa, as pessoas de uma cultura desigual a adaptar para, ou negociar com outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os que prestam cuidados profissionais.

Dessa forma, foi oferecido ou negociado com as primíparas, um suporte

educativo para minimizar as dúvidas em relação às práticas de cuidado à saúde no puerpério.

- Reestruturação ou repadronização do cuidado cultural

São as ações e decisões profissionais que visam assistir, fornecer suporte ou facilitar o cliente a reordenar, mudar ou modificar seus estilos de vida para novos, diferentes e benéficos cuidados, enquanto respeita os valores e as crenças culturais dos clientes e ainda, provê um estilo de vida saudável ou benéfico, cuja mudança foi estabelecida com os clientes.

Neste momento, utilizava os princípios educativos com a finalidade de reestruturar as práticas de cuidado relativas ao puerpério que estavam sendo prejudiciais à saúde da mulher ou do RN.

No decorrer de toda a prática, procurei classificar e inter-relacionar os fatos e dados obtidos, de acordo com os fatores que compõem a estrutura social e visão de mundo do modelo Sunrise (fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, crenças e valores culturais, políticos e legais, educacionais e econômicos), a fim de operacionalizar os conceitos de Leininger através do cuidado educativo ao qual havia proposto implementar juntamente com as primípuérperas.

4.1.5 Aspectos éticos

*O homem, quando ético, é o melhor dos animais;
mas, separado da lei e da justiça, é o pior de todos.*
Aristóteles

As pesquisas com seres humanos devem explicitar claramente as medidas que o pesquisador tomou, com o intuito de proteger os direitos humanos. Antes da Segunda Guerra Mundial, as pesquisas da área da saúde seguiam os preceitos da moral e da ética médica. Entretanto, os crimes cometidos contra os direitos à vida pelos nazistas marcaram o futuro em relação às pesquisas com seres humanos através do Código de Nuremberg, em 1949. Mais tarde, em 1964,

foi efetivada a Declaração sobre as Pesquisas Biomédicas, em Helsinki, durante a XVIII Assembléia da Organização Mundial da Saúde, que recomenda o seguimento dos princípios morais e científicos na pesquisa clínica, ocorrendo em seres humanos somente após experiências laboratoriais ou em animais, por pessoas cientificamente competentes e qualificadas. Em 1975, com a emenda de Tóquio, estas considerações foram revisadas, destacando-se a que o indivíduo participante de uma pesquisa deve ser orientado antes do início da investigação, sem qualquer tipo de coerção. A Declaração de Helsinki sofreu posteriormente, em 1983 e 1989, mais duas revisões para mantê-la atualizada (D'ASSUMPÇÃO, 1998).

No Brasil, com a Resolução 196/96, o Conselho Nacional de Saúde instituiu as Normas de Pesquisa em Saúde, regulamentando no território nacional as pesquisas envolvendo seres humanos a fim de assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos envolvidos na pesquisa e do Estado (Resolução 196/96).

Dentro desses princípios, o sigilo, o anonimato, a privacidade e a individualidade foram garantidos durante todo o trabalho. Somente participaram deste estudo aquelas pacientes que após o esclarecimento sobre o tema e sua relevância, consentiram por escrito em colaborar, autorizando a livre adesão (Apêndice F). As participantes tiveram a oportunidade de escolher pseudônimos relativos a pedras preciosas e a coleta dos dados foi individual, estando todas informadas sobre a liberdade de acesso às informações do estudo.

Os cuidados relativos à aplicação e a abordagem ética, acima referenciada, foram observados ao longo deste trabalho, baseadas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Concordo com as idéias de Singer (1998, p. 19), quando se refere à conduta ética universal: “[...] a mesma idéia de colocar-se no lugar do outro está envolvida na outra formulação cristã do mandamento, aquela segundo a qual devemos fazer aos outros aquilo que gostaríamos que eles nos fizessem”.

Sob esse ponto de vista, cuidei para que a minha prática educativa não

deixasse de considerar algumas questões bioéticas que considero relevantes, tais como:

- a “apropriação” do saber exercido sobre as pacientes (o saber popular ignorado ou desrespeitado);
- as atitudes invasivas em relação ao corpo das mulheres (banho, higiene íntima, curativo perineal, persuasão à amamentação, etc.);
- o desrespeito da autonomia, dos valores e necessidades pessoais (exclusão da família como integrante do cuidado, horários rígidos, realização de procedimentos sem o esclarecimento da paciente, etc.).

Desse modo, refleti sobre as questões éticas presentes no decorrer deste estudo e no cotidiano das Unidades Obstétricas em geral. Este enfoque ético mudou minha forma de ver a realidade e, principalmente, o meu agir em busca de uma assistência humanizada, interativa, de liberdade mútua, de igualdade e de respeito à autonomia.

Mas, meu maior desafio ainda é o de transmitir essa experiência para os outros profissionais que prestam assistência às puérperas, enfatizando o cuidado cultural como caminho para se atingir múltiplas dimensões como a ética, a singularidade, a autonomia da pessoa e a expressão do saber.

Assim, como Selli (1999), acredito que fazem parte da bioética, o diálogo e a multidisciplinaridade que constituem a inter-relação conflitual e dinâmica, que se estabelece entre profissionais e clientes. Por isso, penso que a responsabilidade do enfermeiro junto a equipe de saúde é grande, uma vez que sua postura neste cenário pode influenciar, de forma positiva ou negativa, o pensamento, a vontade e a ação de vários profissionais.

4.1.6 O processo educativo

A voz que dialoga [...] torna-se educadora!

Gadotti

A abordagem educacional permeou toda a assistência a qual me propus desenvolver, pois acredito que a enfermagem, inclusive na área obstétrica, mantém um espaço educativo inerente a sua prática.

No entanto, busquei reforçar esse vínculo por meio de uma relação educativa mais participativa e interativa aos valores individuais e culturais de cada puérpera, partindo do entendimento de que a educação é um processo cotidiano e ininterrupto, a qual todas as pessoas estão submetidas. Conseqüentemente, as práticas de cuidados populares acerca da saúde materno-infantil oportunizam o profissional a discutir e refletir sobre a influência dos valores culturais na construção do conhecimento.

Nesta condição, tentei colocar em prática uma metodologia educacional que valorizasse o saber inacabado e incompleto do ser humano, considerando acima de tudo, as suas crenças, valores e modos de vida, para que, segundo Leininger (1991), um cuidado benéfico e significativo pudesse ser oferecido. Para isso, ao realizar as entrevistas procurei ouvir, sem julgar, prestando atenção nas puérperas, no que elas sabiam e no que apresentavam dúvidas. Somente depois, oferecia ajuda e suporte informativo, baseado na realidade apresentada. Vale dizer que essas habilidades foram sendo trabalhadas gradativamente, desenvolvidas de forma intencional e crítica. Pude perceber os quanto somos impositivas e o quanto julgamos o conhecimento dos outros previamente.

Assim, a partir de cada situação vivenciada individualmente com as primipuérperas, procurei organizar a melhor forma de educar e cuidar, aprendendo e ensinando, de acordo com suas necessidades educativas, ou seja, conforme suas experiências, aspirações, anseios e dúvidas.

Mais uma vez, Leininger (1991) serviu de suporte, ao inferir que as formas de aprendizagem e ensino do cuidado profissional para com os clientes variam entre as culturas, influenciando as decisões e as ações da enfermagem

profissional. Essas ações, se conduzidas a partir das informações presentes no contexto cultural em que a mulher se encontra, poderão refletir apoio e segurança para as práticas de cuidado puerperal.

Deste modo, minha prática educativa buscou a autenticidade, consciente das dificuldades e dos desafios, até mesmo pelo fato de ter herdado características de uma formação tradicional. Por isso, com os pés no chão e com humildade, concordo com a pedagogia de Freire (1999) que parte da premissa de que ninguém educa ninguém, que as pessoas educam-se entre si, tornando-se sujeitos do processo, no qual há um crescimento conjunto.

Esta busca começou no trabalho de prática assistencial, estendendo-se durante todo o trabalho de minha dissertação de mestrado. Ela engatinha como uma criança quando aprende a dar seus primeiros passos, que tropeça, ora cai, se machuca, mas levanta. É assim, aprendendo a andar, que percebo a minha atuação como profissional no processo educativo que integra o cuidado puerperal. Desse modo, justifico a vontade que tenho de alcançar, como enfermeira e educadora, uma prática além da palavra, na qual a teoria seja compatível com ações sólidas e reais.

4.2 Segunda Etapa: A retomada do contexto puerperal no domicílio

Consta do *terceiro encontro*, realizado no domicílio, durante o puerpério tardio, no mês de agosto de 2001, tendo por finalidade resgatar qual o significado desse primeiro puerpério para as participantes do estudo, por meio de uma nova entrevista semi-estruturada (Apêndice E).

Fizeram parte dessa etapa, seis primípuérperas, pois uma delas mudou-se de Santa Maria e não consegui localizá-la. Além da técnica de entrevista, utilizei a observação de todo o contexto vivenciado durante a visita, nos quais os dados foram todos anotados em um diário de campo e, posteriormente, logo após a visita, revisados para que nenhum dado importante fosse esquecido.

Nesta fase de coleta de dados, mantive a abordagem qualitativa, buscando

maiores esclarecimentos na metodologia proposta por Trentini e Paim (1999), a pesquisa convergente-assistencial.

4.3 Terceira Etapa: Interpretação dos resultados

Esta é a fase de interpretação proposta pela pesquisa convergente-assistencial. Foi executada em dois momentos:

- o primeiro, foi realizado paralelamente, durante os relatos dos três encontros com as primipuérperas, a partir de suas falas e dos registros apreendidos durante as entrevistas, contidos no diário de campo. É o momento de esclarecimento das informações contidas nos dados, identificar variações e semelhanças e relatar as intervenções realizadas pelo pesquisador;
- o segundo, constou da proposição e sociabilização de um modelo de assistência de enfermagem ao puerpério à luz de Leininger, contextualizado a partir da realidade vivenciada no cenário da pesquisa. Concomitantemente, tem a preocupação em apontar caminhos que contribuam na qualidade do cuidado oferecido ao binômio mãe-filho.

5 RELATANDO MINHA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EDUCATIVO

Tudo o que existe e vive precisa de cuidado para continuar a existir e a viver [...].

(BOFF, 1999)

5.1 Apresentação das primípuérperas

Ao escolher a clientela que participaria desta prática, fui questionada inúmeras vezes sobre o motivo desta opção, já que se tratavam de mulheres com boa situação sócio-econômica, com acesso fácil a informações e conhecimento. Como estava decidida e convicta de que o perfil destas mulheres não as isentava de necessidades de cuidado e, em minha experiência, percebia o quanto eram carentes de informação, levantei este fato como uma questão ética a ser discutida entre nós, profissionais da saúde, que devemos primar por princípios de igualdade, sem discriminação racial, religiosa ou social. Será que neste caso, teoria e prática se dissociam?

Encontrei dificuldades para realizar o estudo com estas primípuérperas, pois foram acompanhadas por profissionais que trabalham em instituições privadas, envoltas por uma falsa visão de que não lhes falta nada, de que têm todo o apoio familiar e econômico. Diante destes pré-conceitos, marcar a visita domiciliar foi motivo de ansiedade, insegurança e até constrangimento, para não invadir um espaço tão pessoal quanto o próprio lar. Mais uma vez, meus pensamentos estavam diante de um dilema ético: *E se fosse uma primípuérpera atendida pelo SUS, com condições sócio-econômicas precárias? Marcaria e faria*

a visita domiciliar sem problema algum, pois estaria numa posição mais vantajosa e cômoda de onipotência, de superioridade?

Outro elemento observado foi o elevado índice de cesarianas realizadas neste tipo de clientela. Segundo o Ministério da Saúde (2001), o elevado índice de cesarianas é uma realidade mundial, principalmente no continente americano, inclusive no Brasil, ocasionando uma banalização do procedimento, como se fosse simples e isento de riscos ou complicações.

Das sete participantes deste trabalho, todas deram a luz através do parto abdominal. Questiono se foram realmente esclarecidas sobre os riscos, vantagens e indicações de tal parto. Foram induzidas ou escolheram livremente? O poder sócio-econômico facilita ou limita esta escolha? Trata-se de uma decisão médica ou não? Que papel a enfermagem poderia desempenhar frente a tais questões?

Concordo com a posição do Ministério da Saúde (2001, p. 33), quando afirma que:

[...] embora nos dias de hoje muitos profissionais e mulheres pratiquem a escolha antecipada do tipo de parto, esta não é uma simples questão de preferência. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras.

Estes fatos comuns no nosso cotidiano fazem parte de muitas realidades e podem ocorrer de forma inconsciente, porém não podem passar despercebidos. Enquanto prestadores de assistência, pesquisadores e/ou educadores da saúde, devemos abordar futuramente essa discussão e torná-la mais profunda, para que não continuemos passivos e alienados.

Neste momento, descrevo as sete participantes deste processo educativo-assistencial, utilizando os pseudônimos relativo a pedras preciosas, escolhidos por elas, durante o primeiro encontro:

- ESMERALDA: 26 anos, casada, classe média, do lar, terceiro grau

incompleto, planejou a gravidez. O parto foi por cesariana, nascendo um lindo menino que pesou 3930 g. Esmeralda é alta, têm cabelo castanho claro, olhos verdes, pele clara. Enquanto fala, gesticula bastante. É de origem alemã, nasceu em Santa Cruz do Sul – RS, mas a maior parte de sua família reside em Santa Maria - RS. Seu marido é militar e, logo que casou, morou três anos no interior do Paraná. Quando retornei para o terceiro encontro, a casa de Esmeralda estava fechada. Uma vizinha me informou que o marido havia sido transferido para outra cidade, rompendo então, meu contato com Esmeralda.

- RUBI: 19 anos, solteira, classe média, estudante, segundo grau incompleto, católica, natural de Santa Maria. Não planejou a gravidez, mas ficou muito feliz quando soube. Seu bebê nasceu de cesariana, sexo feminino, pesando 3.300 g. Apesar da pouca idade, Rubi relata que amadureceu cedo, pois perdeu o pai ainda criança e, por ser a mais velha de suas irmãs, cuidava da casa para sua mãe trabalhar. Mesmo não sendo casada oficialmente, mora há dois anos com um companheiro, seu namorado desde os 13 anos. Ele tem 25 anos e trabalha com revenda de carros. O apartamento onde os dois residem é simples, de cinco cômodos, alugado, em um bairro distante do centro, próximo a Universidade Federal de Santa Maria. Sua mãe e irmãs moram próximas, cerca de três quadras dali. Por isso, freqüentemente visitam-se, segundo Rubi, diariamente.
- DIAMANTE: 30 anos, casada, classe média, católica, filha única, professora do ensino fundamental, planejou a gravidez. Sua filha nasceu de cesariana, sexo feminino, pesando 3720 g. Diamante tem cabelos pretos curtos e lisos, pele morena, estatura mediana. Esta puérpera me cativou por sua simpatia e simplicidade. É natural de Santiago – RS, mas faz 10 anos que mora aqui, em um apartamento de dois quartos no centro, próximo ao Hospital de Caridade. A residência é própria, foi comprada há dois anos atrás com o fundo de garantia do

casal. Seu marido tem 37 anos, é funcionário público e irradia felicidade ao falar da filha. A mãe de Diamante mora em Santiago, mas vem lhe visitar com freqüência. Com o nascimento da neta, suas visitas se estendem até uma semana. O pai morreu em 1998, por problemas cardíacos.

- PÉROLA: 26 anos, casada, espírita, classe média, funcionária pública, terceiro grau incompleto, os pais moram em um sítio no interior, possui um casal de irmãos, planejou a gravidez. Pérola é magra, estatura mediana, têm cabelos negros, lisos e longos, olhos castanhos. Sua gestação foi normal, sem intercorrências, nascendo um menino com 2930 g de cesariana, apresentando dificuldade respiratória, o que exigiu internação na CTI Neonatal por 10 dias. Apesar do problema, Pérola parece calma, com fala suave, pausada e muito educada. Seu marido tem 31 anos, é comerciante, alto, cabelos e olhos escuros, tímido, fala pouco, os pais residem na cidade, tem um irmão solteiro. Ambos nasceram em Santa Maria, moram em um apartamento próprio no centro da cidade.

- TOPÁZIO: 17 anos, solteira, católica, classe média, estudante, segundo grau incompleto, natural de Santa Maria. Não planejou a gravidez, escondeu da família até o quinto mês gestacional, pois tinha medo da reação da mãe. Sua filha nasceu de cesariana, com 3.030g, precisou de fototerapia por icterícia neonatal. Topázio é uma adolescente muito bonita, tem cabelos curtos e pretos, um sorriso maroto. No primeiro encontro, demonstrava certa ingenuidade e imaturidade para ser mãe. Sua mãe, de origem alemã, parecia ser seu porto seguro, pois tudo o que fazia ou falava olhava para ela, esperando sua aprovação ou não. Mora com os pais, juntamente com seu único irmão, em uma casa confortável de sete cômodos, com pátio gramado e amplo, num bairro popular da cidade. O namorado, pai de seu filho, também continua morando com os pais, mas as visita diariamente. Pretendem continuar

assim até terminarem os estudos. Ele tem 18 anos, estuda no terceiro ano do ensino médio de um colégio público; o mesmo de Topázio.

- BRILHANTE: 25 anos, católica, casada, classe média - alta, dona de casa, terceiro grau incompleto. Interrompeu o Curso de Letras há três anos para casar, mas pretende cursar outra faculdade futuramente. Reside em Camobi, um bairro próximo a Universidade Federal de Santa Maria, numa casa ampla, bem decorada, com piscina. Seu marido é advogado, tem 34 anos. Seus pais possuem fazenda, mas residem em Santa Maria, no mesmo bairro. Tem uma irmã que mora em outro Estado e duas cunhadas, com quem convive mais. Planejou a gravidez, sua filha nasceu de cesariana, pesando 2960 g. Brilhante tem cabelos castanho escuro, estatura mediana, fala muito pouco, estava sempre rodeada por familiares. No primeiro encontro, achou 'estranho' meu trabalho, mas aos poucos foi percebendo o significado e suas contribuições.

- SAFIRA: 36 anos, católica, casada, classe média - baixa, dona de casa, segundo grau completo, descendente de italianos. Safira é loira, cabelos levemente ondulados até a altura do ombro, pele clara. É uma pessoa simples, segura em suas colocações e comunicativa. Talvez, por este motivo, é que sua casa está sempre cheia de visitas para tomar chimarrão, principalmente os vizinhos. O pai já morreu; a mãe mora no interior de Silveira Martins. Tem seis irmãos, mas apenas duas moram na cidade. Quando tinha quatorze anos veio para Santa Maria, trabalhar na casa de uma tia, com o objetivo de terminar os estudos. Depois, trabalhou no comércio como balconista. Com 31 anos, casou e parou de trabalhar fora para 'agradar' o marido, também descendente de italianos. Ele tem 39 anos, é proprietário de uma oficina mecânica, ao lado de sua casa, no Bairro São José. Está casada a cinco anos, planejou e desejou muito esta gravidez. O parto foi de cesariana, nascendo uma menina com 3100g.

5.2 Primeira Etapa: Descrição da prática

Para facilitar o entendimento, organizei os dados de acordo com o desenvolvimento do processo educativo junto às primípuérperas, conforme os dois encontros ocorridos: um na maternidade e outro, no domicílio.

5.2.1 Encontros realizados na Unidade Obstétrica

A fim de facilitar a análise interpretativa e explicitar como foi desenvolvida a prática, dispus os relatos em quadros, referenciando as questões abordadas na entrevista (Apêndice C), logo no primeiro encontro.

Neste momento, as puérperas passavam pela experiência de ter seu bebê perto de si, rodeadas pelos familiares, num contexto permeado de significados simbólicos inerentes da maternidade.

Inicialmente, para integrar esse processo, como enfermeira, procurei estabelecer uma aproximação interativa com as informantes e com os familiares presentes. Após uma conversa informal e tendo criado alguns vínculos de confiança, perguntava sobre a experiência anterior das primípuérperas e com que profissionais havia feito o pré-natal, dados apresentados nos Quadros 1 e 2, a seguir:

QUADRO 1 - Experiência anterior das primípuérperas em relação ao cuidado puerperal

PRIMÍPUÉRPERAS	RESPOSTAS (Referente à Questão 1 – Apêndice C)
Esmeralda	Nenhuma experiência anterior.
Rubi	Nenhuma experiência anterior.
Diamante	Nenhuma experiência anterior.
Pérola	Nenhuma experiência anterior.
Topázio	<i>“Meus sobrinhos que ajudei a cuidar”.</i>
Brilhante	<i>“Cuidei de minha co-cunhada”.</i>
Safira	<i>“Sobrinhos que ajudei a cuidar”.</i>

Pode-se observar, no Quadro 1, que a maior parte das respondentes nunca teve experiência anterior no que se refere ao cuidado puerperal, exceto três delas, que relatam ter participado dos cuidados a pessoas da própria família.

QUADRO 2 – Pré-natal

PRIMIPUÉRPERAS	INFORMAÇÕES OBTIDAS DURANTE O PRÉ-NATAL	DÚVIDAS
Esmeralda	<i>“Não tive problema nenhum na gestação”.</i>	<i>“As minhas maiores dúvidas na gravidez eram se o nenê estava bem, se era perfeito, como seria o parto, a anestesia”.</i> <i>“Depois do parto fiquei mais tranqüila. Agora é que vou pensar se tenho outras dúvidas!”.</i>
Rubi	O acompanhamento se referia a “[...] como ia a gestação, o estado do nenê, os exames, a vacina antitetânica”.	<i>“Tudo é novidade para mim”.</i> <i>“A gente vai aprendendo na prática”.</i>
Diamante	<i>“Só tive informações sobre como estavam o nenê e a gravidez, os exames”.</i>	<i>“Na gravidez eu não tinha dúvidas. Agora, depois do parto é que a coisa aperta. Daí é que a gente vai pensar no que tem para fazer e no que não sabe”.</i>
Pérola	<i>“Eu mesma procurava informações”.</i>	<i>“Na prática é que eu acho que elas vão surgir”.</i>
Topázio	<i>“Não recebi informações sobre as coisas mais práticas”.</i>	<i>“Não tenho nenhuma”.</i>
Brilhante	<i>“Alguma dúvida, alguma coisa que eu perguntava, o médico sempre respondia”.</i>	<i>“Agora é que vou receber as informações e ver as dúvidas com o médico”.</i>
Safira	<i>“Foi tudo planejado antes mesmo da gravidez com a minha médica: até as vacinas que eram aconselhadas”.</i>	<i>“Todas as dúvidas que eu tinha estavam nas revistas e nos livros. Eu li muito, me informei bastante”.</i>

Todas as primipuérperas afirmam ter feito pré-natal apenas com acompanhamento do médico (dados obtidos das Questões 2 e 3 – Apêndice C).

Considero importante relatar a colocação de *Brilhante*, ao ser questionada sobre quais os profissionais que lhe prestaram atendimento pré-natal, respondeu: *“tinha também a ajudante do médico. Não sei se era enfermeira ou secretária”.*

Este julgamento de *Brilhante*, realizado a partir do conhecimento que possuía, deixou-me preocupada, pois se uma puérpera não sabe distinguir a diferença de atendimento entre uma secretária e uma enfermeira durante o pré-natal, é porque, provavelmente, ela não teve a oportunidade de perceber a diferença entre o atendimento profissional e leigo, ou de receber um cuidado diferenciado.

Em decorrência disso, e por estar desenvolvendo um trabalho educativo, indaguei às demais participantes se sabiam as funções do enfermeiro e de sua equipe, quando fazia as entrevistas, na seqüência. Nenhuma sabia distinguir. Então, mesmo não sendo tema central do trabalho, achei importante explicar.

No Quadro 2, destaco também as informações relatadas sobre este acompanhamento, os cuidados recebidos durante a gestação e as dúvidas que permanecem após o parto, referentes às Questões 4 e 5 – Apêndice C.

Enquanto eu ouvia as declarações acima citadas, confirmava o que, durante anos, percebia no contexto puerperal: o atendimento pré-natal às gestantes que procuram assistência particular é fortemente influenciado pelo modelo biomédico. As orientações advindas dos profissionais são mínimas, restringindo-se a respostas aos questionamentos, o que ressalta a estrutura de um sistema de saúde altamente tecnicista.

Esta situação caracteriza a necessidade de um processo de regulação deste tipo de atenção, visando o bem-estar das clientes. Para diminuir essa lacuna, faz-se necessário, no acompanhamento pré-natal, a presença de um profissional que considere as questões do cuidado e as necessidades educativas inerentes à maternidade. Além disso, outro aspecto que chama a atenção, neste quadro, é que durante a gestação as mulheres, principalmente as primíparas, nem sempre percebem a importância do conhecimento e da necessidade do preparo para o cuidado após o parto. O alerta sobre esta necessidade deveria partir do profissional que vai assisti-la no pré-natal.

Considerando a estrutura conceitual de Leininger, é visível a cisão posta pelo conhecimento científico que sustenta a assistência profissional, de modo que a cultura e a experiência anterior (ou inexperiência) tornam-se aspectos externos

à condição da maternidade.

Caso fosse suficiente considerar a bagagem gestação, parto e puerpério apenas em sua dimensão biológico-natural, estaríamos expropriando-lhe sua dimensão humana e, neste caso, inclusive, negando as diferenças históricas e culturais encontradas na forma de compreender e valorizar este evento.

Assim, a bagagem de conhecimento trazido pela primipuérrpera foi o ponto-chave para a minha prática assistencial educativa, pois a partir daí, consegui identificar as práticas de cuidado utilizadas, bem como explorar e construir novos saberes, tendo como base o pressuposto da importância do cuidado profissional ser integrado ao saber popular.

Neste momento, perguntava o que elas sabiam sobre os cuidados com a amamentação, o banho do RN, o curativo no coto umbilical, a higiene pessoal, sexo e métodos contraceptivos, alimentação e hidratação no puerpério, etc. (Questão 6 – Apêndice C). Enquanto elas relatavam seu conhecimento e experiências, ficava ouvindo atenciosamente, sem interferir.

Como estava trabalhando com a Teoria de Leininger, procurava não interferir sobre as práticas que julgavam adequadas à manutenção da saúde. Mas, as ações que considerava necessário negociar ou intervir, o fazia ao término da entrevista, por meio de orientações ou aconselhamento, cabendo a primipuérrpera aceitar ou não.

Segundo Gualda (1993, p. 230):

[...] neste contexto, um dos componentes que permeiam de forma implícita e explícita as ações e decisões de enfermagem é a comunicação. É por meio dela que modificações no comportamento podem ser processadas, tanto no nível do cliente quanto no do profissional.

Por este motivo, saliento que o profissional deve sugerir mudanças e mostrar caminhos para as dúvidas e dificuldades, jamais impor soluções.

É importante ressaltar que a consideração da cultura na assistência de enfermagem deve sustentar reações positivas dos profissionais, de modo a

processar uma avaliação competente e pautada no interesse de ajuda à mulher, afirmando as iniciativas que promovam a sua saúde e bem-estar, assim como o seu bebê.

Na perspectiva de evidenciar os comportamentos relacionados com os cuidados no puerpério, a seguir, no Quadro 3, apresento algumas falas que relatam os conhecimentos e crenças, bem como abordei as primípuérperas, após o levantamento desta realidade. Paralelamente, classifico o processo educativo baseado nas três modalidades de intervenção preconizadas por Leininger (1991): manutenção (**M**), negociação (**N**) ou reestruturação (**R**) do cuidado cultural.

Durante este momento de interação com cada uma das primípuérperas, em particular, procurei apreender as ações de cuidado que poderiam ser preservadas, negociadas e o que necessitava ser repadronizado, procurando desvendar o comportamento cultural contido nos depoimentos e as necessidades educativas apresentadas.

QUADRO 3 – O conhecimento cultural das primipuérperas

PRIMIPUÉRPERAS	EVIDÊNCIAS DE CONHECIMENTO CULTURAL	MODOS DE INTERVENÇÃO PRECONIZADOS POR LEININGER
Esmeralda	<u>Banho do RN</u> : “ <i>Minha irmã vai ajudar a dar o banho. Ela tem três filhos e já tem experiência</i> ”.	Banho do RN: Enfatizei a importância da contribuição e troca de experiência no contexto familiar. Apenas sugeri que essa ajuda não se transformasse numa contínua dependência. (M)
	<u>Sexo</u> : “ <i>Tenho vergonha de perguntar para o médico</i> !”.	Sexo: Comentei que o sexo faz parte da totalidade do ser humano. Por isso, não devemos sentir vergonha e muito menos ficar com dúvidas. Orientei que poderia ter relações sexuais quando desejasse, tomando cuidado em relação a incisão cirúrgica ou outro desconforto, como dor, por exemplo. Também alertei sobre a opção por um método contraceptivo, mesmo que permanecesse amamentando. (N)
	<u>Amamentação</u> : “ <i>Dizem que chá de funcho é bom para ter mais leite!</i> ”	Amamentação: Não encontrei na literatura a cientificidade desta crença, mas julguei que a manutenção de tal prática não prejudicaria sua saúde e a ingestão hídrica seria benéfica. (M)
Rubi	<u>Amamentação</u> : “ <i>Diz que é bom cerveja preta!</i> ”.	Amamentação: Estava diante de um hábito popular freqüente, portanto pareceu-me importante orientar que a cerveja preta contém um certo teor de álcool. Por isso, se ingerida com freqüência, não traria benefícios. Salientei a importância da ingestão hídrica adequada. (R)
	“ <i>A gente não deve comer coisa forte (pimenta) ou que estufe (repolho) porque pode dar cólica no nenê, diz a minha mãe!</i> ”.	Falei para a primipuérpera que o leite era composto por substâncias químicas e nutritivas. Por isso, alguns medicamentos, a cafeína, o álcool e a nicotina poderiam ser transmitidos, não exatamente o alimento em si. Porém, estes alimentos são indigestos e formam gases, devendo ser evitados para seu próprio bem-estar. Quanto as cólicas, compreendem ao período de adaptação do sistema gastrointestinal do RN. (N)

QUADRO 3 – O conhecimento cultural das primipuérperas...

PRIMIPUÉRPERAS	EVIDÊNCIAS DE CONHECIMENTO CULTURAL	MODOS DE INTERVENÇÃO PRECONIZADOS POR LEININGER
Diamante	<u>Amamentação/Hidratação</u> : “A minha mãe disse que eu tenho que tomar muito líquido, de preferência doce, para vir mais leite, que no caso eu ainda não tenho!”	Reforcei a idéia de que a quantidade de líquidos pode aumentar a produção de leite. (M) Porém, expliquei que o açúcar tem função energética e, seu excesso apenas iria ocasionar o aumento de peso. (R)
Pérola	<u>Banho do RN e curativo no coto umbilical</u> : “Não quero falar muito, porque hoje estou indo embora sozinha e não vou fazer nada disso”.	Esta primipuérpera estava com o RN na CTI Neonatal, com dificuldade respiratória. Senti sua angústia e expliquei que esta separação, apesar de difícil, era uma necessidade transitória. Procurei transmitir esperança e acalmar essa mãe que se encontrava ansiosa, pois seu bebê já apresentava sinais de melhora. (N)
Topázio	<u>Banho do RN</u> : “Isso é com a avó!”	Procurei respeitar esta opção, mesmo percebendo que esta colocação estava implícita a inexperiência e a insegurança da primipuérpera. Ofereci-me para ensina-la e auxilia-la caso mudasse de idéia. (N)
	<u>Curativo no coto umbilical</u> : “É a faixa do umbigo, né?”	Falei que não se usa mais faixa umbilical, de acordo com minha cultura profissional, pois além de serem desconfortáveis, predispõe à infecções e sangramentos, retardando a cicatrização. Apenas costuma-se colocar álcool 70% sobre o coto após o banho ou troca de fraldas do RN, visando a anti-sepsia e a mumificação precoce. Pode-se deixá-lo descoberto ou envolvê-lo apenas com uma gaze estéril. (N)
Brilhante	<u>Higiene pessoal</u> : “Posso lavar o cabelo?”	Esta pergunta demonstra uma dúvida relativa ao comportamento cultural de outras mulheres. Então, indaguei se ela lavava o cabelo quando estava menstruada. A resposta foi afirmativa. Naquele momento, apenas disse que mantivesse sua conduta, pois o período puerperal não era diferente do menstrual. (N)

QUADRO 3 – O conhecimento cultural das primipuérperas...

PRIMIPUÉRPERAS	EVIDÊNCIAS DE CONHECIMENTO CULTURAL	MODOS DE INTERVENÇÃO PRECONIZADOS POR LEININGER
Safira	<u>Curativo no coto</u> : “Não se coloca mais faixa?”	Novamente estava diante de uma dúvida quanto ao cuidado com o coto umbilical. Expliquei, da mesma forma que para Topázio, como e porque colocávamos apenas o álcool 70%, bem como o não uso das faixas umbilicais. (N)
	<u>Higiene pessoal</u> : “Sempre lavei minha cabeça quando estava menstruada. Vou lavar hoje”. <u>Sexo/Contracepção</u> : “Tem uns que dizem que se amamenta não engravida. É fria!”	Meu papel diante destas duas últimas colocações foi apenas de preservar este comportamento. (N)

Em continuidade, considerando importante entender o processo de formação dos comportamentos de cuidado que as mulheres apresentavam, busquei identificar as fontes nas quais elas se apoiavam para decisões futuras de cuidado.

Assim, apresento as fontes das informações sobre o cuidado puerperal referenciadas pelas participantes, apresentadas no quadro anterior (Questão 7 – Apêndice C). As respostas evidenciam que as puérperas procuram esclarecimento sobre suas dúvidas, principalmente com familiares próximos e por meio da leitura de livros e revistas. A enfermagem foi citada por apenas uma das respondentes como referência para obter informações.

Também apresento, no Quadro 4, algumas falas que expressam as principais dúvidas sobre o cuidado no puerpério (Questão 9 – Apêndice C). Com base no que era exposto, tornou-se possível identificar as prioridades para implementar as ações educativas, baseadas no referencial teórico de Leininger. Alguns desses questionamentos foram trabalhados durante a visita domiciliar.

QUADRO 4 – Descoberta das dúvidas

PRIMI PUÉRPERAS	DÚVIDAS PARA DESENVOLVER A PRÁTICA EDUCATIVA	FONTE DO CONHECIMENTO
Esmeralda	<p><u>Curativo no coto:</u> “Acho que se põe mercúrio, né? Só não sei quanto, nem como! Tapa com o que? A fralda pode encostar?”.</p> <p>Expliquei que não usamos mais o mercúrio, e sim o álcool 70%, porque favorece mais a cicatrização e anti-sepsia. Sugeri que após usar o anti-séptico sobre o coto, em quantidade suficiente para umidificá-lo, poderia deixá-lo descoberto ou envolvê-lo com gaze estéril. Se a fralda encostar não há problema algum. (N)</p>	Revistas e familiares (mãe, irmã).

QUADRO 4 – Descoberta das dúvidas...

PRIMIPUÉRPERAS	DÚVIDAS PARA DESENVOLVER A PRÁTICA EDUCATIVA	FONTE DO CONHECIMENTO
Rubi	<p><u>Amamentação</u>: “Diz-se que o nenê não precisa nem de água. É verdade?”.</p> <p>Concordei com sua afirmativa, ressaltando outras vantagens do aleitamento. (M)</p> <p><u>Banho do RN</u>: “[...] não sei quando que já pode dar”.</p> <p>Esclareci que o banho pode ser dado a partir do nascimento, uma vez ao dia, pois proporciona o relaxamento do bebê, estimula a circulação e a renovação celular. (N)</p> <p><u>Curativo no coto</u>: “Ah! Isso eu não sei. Tenho que aprender!”.</p> <p>Esta foi uma dúvida constante. Expliquei novamente como procedíamos na Maternidade. (N)</p>	Revistas, familiares (mãe, sogra) e amigas.
Diamante	<p><u>Banho do RN e curativo no coto umbilical</u>: “Eu ainda não sei, mas o médico vai me explicar tudo!”.</p> <p>Ofereci-me para explicar e sanar esta dúvida.(N)</p> <p><u>Contracepção</u>: “Eu tomava pílula. Mas agora eu não sei”.</p> <p>Falei que inicialmente poderia utilizar algum método de barreira, como a camisinha e que se tomava pílula antes do parto e continuasse amamentando, provavelmente seria indicada a minipílula. (N)</p>	Familiares (mãe), equipe de enfermagem e médico.
Pérola	<p><u>Amamentação</u>: “Não está acontecendo comigo (experiência de amamentar), porque ele está lá (CTI Neonatal) e eu estou só na teoria. Ele não pode mamar. Quando ele sair de lá eu vou ter leite?”.</p> <p>Conversei com Pérola e estimei para que cuidasse dos seios, pois seu bebê seria beneficiado com o leite materno. Expliquei que logo ele receberia o leite por sonda e, mais adiante poderia sugar. Ela ficou satisfeita e esperançosa. (N)</p>	Revistas, pediatra e obstetra

QUADRO 4 – Descoberta das dúvidas...

PRIMIPUÉRPERAS	DÚVIDAS PARA DESENVOLVER A PRÁTICA EDUCATIVA	FONTE DO CONHECIMENTO
Topázio	<p><u>Banho do RN</u>: “<i>Eu não tenho coragem de pegar para dar banho. Eu tenho medo</i>”.</p> <p>Orientei como fazia, me dispus a auxiliá-la durante a visita domiciliar e expus que o momento do banho é importante para o contato entre mãe-filho. Demonstrei, pegando o bebê no colo que não se machucaria e ofereci para que ela também segurasse. (N)</p> <p><u>Higiene pessoal / Sexo / Contracepção</u>: “<i>Ah! Eu não sei nada!</i>”.</p> <p>Orientei um pouco sobre cada tema, procurando oferecer o suporte mínimo necessário para posteriormente, durante a visita domiciliar, retomar a discussão. Fiquei aberta a questionamentos. (N)</p>	Famíliares (mãe, cunhada, avó)
Brilhante	<p><u>Amamentação</u>: “<i>Muito pouco eu sei!</i>”.</p> <p><u>Curativo no coto</u>: “<i>Nem sei!</i>”.</p> <p><u>Banho do RN</u>: “<i>Eu não sei dar banho</i>”.</p> <p><u>Sexo/Contracepção</u>: “<i>Vou perguntar para o médico, ainda!</i>”</p> <p>Como as dúvidas eram muitas, procurei orientá-la da melhor forma possível, dizendo que complementaria na visita domiciliar. (N)</p>	Famíliares, médicos
Safira	<p><u>Higiene pessoal</u>: “<i>Tenho que tomar banho agora e não sei se posso molhar o curativo</i>”.</p> <p>Auxiliei Safira no banho, protegendo o curativo. Orientei que se molhasse, trocaríamos. (N)</p>	Livros e revistas

A experiência da maternidade é significativamente positiva para a maioria das mulheres, porém, ao se considerar cada pessoa em particular, torna-se necessário obter dela própria como foi vive-la. Daí ter incluído entre as perguntas este tema, cujas respostas destaco a seguir, no Quadro 5, nas manifestações sobre o significado da experiência e da vivência da maternidade para cada primipuépera, assim como as expectativas e necessidades que gostariam de saber em relação ao cuidado puerperal (Questões 8 – Apêndice C), revelando a percepção única e exclusiva de cada uma delas.

QUADRO 5 – A experiência da maternidade

PRIMIPUÉRPERAS	O QUE É SER MÃE?
Esmeralda	<i>“Estou meio atrapalhada, mas muito feliz”.</i>
Rubi	<i>“É uma dádiva! Parece um sonho!”.</i>
Diamante	<i>“É a melhor coisa que tem”.</i>
Pérola	<i>“Boa e ruim ao mesmo tempo, porque ele está lá (CTI). Teve problema no pulmãozinho. E é horrível a gente ter que ir e ele ficar”.</i>
Topázio	<i>“Não é o que eu imaginava. É diferente”.</i>
Brilhante	<i>“Era como eu imaginava. Assim como eu esperava”.</i>
Safira	<i>“Ah, era tudo o que eu queria! É uma experiência maravilhosa!”.</i>

As falas contidas no quadro acima refletem a importância deste momento e do significado de tornar-se mãe para estas mulheres, assim como do quanto esperaram e como se sentiam-se felizes. Alguns depoimentos também apontam para o fato de se sentirem desorientadas em relação às mudanças intrínsecas à maternidade.

Ao término deste primeiro encontro com as primipuérrperas, pude constatar e conhecer as necessidades educativas referentes ao primeiro puerpério desta clientela e, acredito ter contribuído no sentido de amenizá-las. Embora no senso comum se tenha a impressão de que mulheres de classes sociais mais privilegiadas sejam bem informadas, isto não foi confirmado pelos dados obtidos nesta primeira etapa do processo educativo-assistencial. Ficou evidente a necessidade de orientações seguras sobre questões as mais simples e próprias do cotidiano. Muitas vezes, inclusive, o saber cultural continha dúvidas sobre o aprendizado obtido em seu círculo familiar.

O próximo passo seria verificar como estavam vivenciando o cuidado puerperal no domicílio, para uma aproximação mais concreta com saberes, valores e ações vivenciadas.

5.2.2 Encontro domiciliar

O segundo encontro ocorreu no contexto domiciliar das primípuérperas, em torno de uma semana após o primeiro encontro (Unidade Obstétrica). Nesta etapa, como já referi anteriormente, estava receosa e insegura, pois era uma experiência nova, que me transmitia à sensação de estar invadindo o espaço e a privacidade da primípuérpera. Porém, como era uma atividade que havia proposto realizar, respirei fundo e fui cumpri-la. Para minha surpresa, logo superei as dificuldades, graças à boa receptividade das puérperas.

Sendo assim, as visitas domiciliares proporcionaram a oportunidade de:

- verificar como as primípuérperas estavam vivenciando o cuidado em seu domicílio;
- observar como era o cotidiano e o contexto no qual estavam inseridas;
- avaliar a prática educativa realizada na Unidade Obstétrica;
- complementar o processo educativo já iniciado, observando novas necessidades.

No decorrer dos encontros, pude observar que as primípuérperas, em geral, apesar das dificuldades, conseguiam prover os cuidados ao RN e o cuidado de si. Aliado a este fator, as condições sócio-econômicas eram satisfatórias, além da boa estrutura e apoio familiar, pois casadas ou não, todas estavam rodeadas por familiares, o que contribuía para a satisfação de suas necessidades.

Porém, apesar de todo esse contexto favorável e o fácil acesso às informações (televisão, rádio, computador, telefone, livros, revistas, etc.), algumas ainda pareciam não ter a experiência e o conhecimento suficiente para vivenciar este momento com maior tranquilidade. Por isso, quando foram indagadas sobre o significado e as contribuições de nossos encontros (Questão 1 – Apêndice D), expressaram sua satisfação em fazer parte desta prática educativo-assistencial, elogiando o suporte oferecido.

No Quadro 6, são apresentadas as impressões das participantes sobre a interação no processo de cuidar e sobre o que isto havia significado para elas.

QUADRO 6 – Significados e contribuições dos encontros para as primipuérperas

Esmeralda	<i>“Eu gostei. Foi bem significativo para mim te conhecer”.</i> Fiquei muito satisfeita ao ouvir esta declaração.
Rubi	<i>“Olha, tu foste dez! Por que tu não fazes esse trabalho sempre?”</i> Esta foi a avaliação do trabalho desenvolvido sob o ponto-de-vista de Rubi.
Diamante	<i>“Foi muito importante. Olha quanta coisa tu me disseste que eu não sabia!”.</i> - Esta fala de Diamante reporta o esclarecimento das dúvidas e a solução de problemas.
Pérola	<i>“O melhor foi que tu me tranqüilizaste”,</i> diz Pérola sobre as conversas que tivemos em relação à internação de seu bebê.
Topázio	<i>“Acho que foi bom. Tu me ensinaste um monte!”</i> , afirma Topázio.
Brilhante	<i>“Até o primeiro banho tu me ensinaste”,</i> refere Brilhante, após realizar a higiene de seu filho, pela primeira vez em sua casa.
Safira	<i>“Foi muito bom. Foi um suporte para mim, apesar de eu ter me informado bastante antes”,</i> analisa Safira.

Neste cenário domiciliar, procurei retomar algumas das necessidades apontadas pelas primipuérperas quando ainda estavam hospitalizadas, bem como as orientações e sugestões oferecidas para enfrentarem os obstáculos que se colocariam mais visíveis no domicílio, entre eles o banho e cólicas do RN, as dificuldades na amamentação (pouco leite, ingurgitamento mamário, livre demanda) e as vacinas.

No Quadro 7, são apresentadas as falas mais significativas, para as quais tive novamente que estabelecer um julgamento segundo os conceitos de Manutenção (**M**), Negociação (**N**) e Repadronização (**R**) do cuidado cultural, de Leininger.

QUADRO 7 – Necessidades e dúvidas de cuidado encontradas pelas primípuérperas no domicílio

Rubi	<p><i>“Quero que me explique essas vacinas aqui do cartão”.</i></p> <p>Esclareci as indicações de cada vacina, idades e número de doses. (N)</p>
Esmeralda	<p><i>“Não sei mais o que vou fazer com as cólicas do [...]. Ele chora a noite toda”.</i></p> <p>Mais uma vez, estava diante de uma dúvida, por isso procurei trabalhar junto com a primípuérpera, alternativas para atingir um resultado benéfico. Ela estava oferecendo antiespasmódico e chá caseiro: mantivemos este cuidado (M). Sugerí massagens no abdômen do bebê e revi a técnica de amamentação com ela. (N)</p>
Diamante	<p><i>“As maiores dúvidas que eu tinha, já não tenho mais”.</i></p> <p>Diamante realmente parecia estar conseguindo se adaptar bem. À tarde, iria levar seu bebê para toma sol e aproveitar o passeio para fazer o teste do pezinho. (M)</p>
Pérola	<p><i>“Queria ter mais dúvidas. Se meu bebê estivesse aqui (em casa), garanto que eu teria mais. Minha maior dificuldade é deixar ele lá, enquanto eu estou aqui”.</i></p> <p>Conversei bastante com Pérola. Ela me relatou que seu bebê estava melhor, por isso o pediatra lhe deu esperança de logo iniciar a dieta com leite materno por sonda oro-gástrica. Ainda tinha leite, por isso estava cuidando-se para mantê-lo com repouso, dieta adequada, tomando bastante líquidos, fazendo ordenha manual para estimular a produção. (M)</p>
Topázio	<p><i>“Ah! Nenhuma dúvida. Só dificuldades [risos]”.</i></p> <p>As dificuldades de Topázio eram em relação à sua falta de experiência. Durante a visita, como havíamos combinado no primeiro encontro, procurei ajudá-la a trocar o bebê e dar o banho com algum auxílio. Acredito que esta foi uma grande conquista para ela, pois ainda não havia feito isto sozinha. (N)</p>
Brilhante	<p><i>“Quando o seio empedra, eu choro de dor para dar mamar”.</i></p> <p>Aconselhei para que colocasse compressas frias sobre o seio após amamentar e oferecesse com mais frequência, corrigindo erros na pega da aréola. Também sugeri que retirasse um pouco de leite da mama, antes de oferecê-la ao RN, iniciando no seio menos dolorido. Para evitar fissuras, falei sobre a importância de expor a mama ao sol, não usar cremes no mamilo, mas massageá-las suavemente na direção dos mamilos, retirando o leite para estimular seu fluxo. (R)</p>

QUADRO 7 – Necessidades e dúvidas de cuidado encontradas pelas primípuérperas no domicílio...

<p>Safira</p>	<p><i>“Acho que não tenho muita, não. Só os horários para dar mama, que na teoria é uma coisa e na prática é outra”.</i></p> <p>Safira referiu que estava preparada para amamentar sua filha de 3/3 horas durante o dia. À noite ela esperava fazer um intervalo de 6 horas. Porém, isso não aconteceu. O bebê chorava e queria sugar o seio com maior frequência. Dormia mais durante o dia do que à noite. Expliquei para Safira que este período de adaptação ocorria em ambas as partes (mãe/RN) e, que realmente é desgastante. (N)</p>
----------------------	--

De acordo com as primípuérperas, todos os profissionais que prestaram atendimento pré-natal e puerperal foram maravilhosos. Porém, visualizam algumas falhas no que se refere às orientações recebidas durante o período gestacional. Os depoimentos salientam que é importante, durante o período pré-natal e puerperal, a orientação e a informação advinda do profissional, para que esse momento seja vivenciado com maior tranquilidade e segurança.

Tal afirmação é pertinente, pois demonstra a necessidade de uma maior integralidade nas ações de cuidado profissional, em benefício do binômio mãe-filho.

Polli (2000) refere que, durante a formação do profissional, deveria-se promover a reflexão diária do cotidiano profissional, centrada no paradigma humanístico, cultural e na totalidade do ser humano.

Tal conduta, traria transformações na atenção à saúde materno-infantil, provendo ações de cuidado que considere, além dos aspectos fisiológicos, as necessidades educativas da gestante e da puérpera.

Para as primípuérperas, este tipo de assistência deveria se estender a todas as outras mulheres. Foi sugerido que este tipo de assistência poderia ser oferecida pelo hospital e tivesse um seguimento junto a outras mães (Questão 3 – Apêndice D).

Pode-se observar, a seguir, no Quadro 8, o interesse das participantes e sua satisfação pela oportunidade que tiveram.

QUADRO 8 – Sugestões e conselhos das primipuérperas em relação a assistência puerperal

Esmeralda	<i>“Fui muito bem atendida. Só acho que a gente poderia ser mais bem orientada nas consultas”.</i>
Rubi	<i>“No hospital, poderia ter uma enfermeira só para isso!”</i>
Diamante	<i>“Que continuem maravilhosos”.</i>
Pérola	<i>“Que tenham paciência e dedicação”.</i>
Topázio	<i>“Que continuem atenciosos”.</i>
Brilhante	<i>“Eu acho que todos foram muito bons. Só acho que durante a gravidez, a gente tinha que ter mais noção do que vai acontecer”.</i>
Safira	<i>“Isso que tu fizeste deveria ocorrer sempre”.</i>

Em relação à Questão 4 (Apêndice D), como se pode acompanhar no Quadro 9, as primipuérperas foram questionadas se aprenderam mais sobre o cuidado consigo e com o RN durante a gestação, ou no período pós-parto. A maioria delas relata ter aprendido mais no puerpério. Apenas Pérola refere ter aprendido mais na gestação do que no puerpério, pois teve poucas oportunidades de cuidar sozinha de seu bebê, em função da internação hospitalar.

QUADRO 9 – Comparação entre o aprendizado durante o período gestacional e puerperal, na percepção das primipuérperas

Esmeralda	<i>“Depois. Porque é tudo com a gente”, refere Esmeralda em relação ao período puerperal.</i>
Rubi	<i>“Nos dois. Só que na gravidez eram coisas de gravidez e, depois do parto, como se cuidar, cuidar do nenê, do marido”.</i>
Diamante	<i>“Sem dúvida, aprendi muito mais depois do parto”.</i>
Pérola	<i>“Antes, porque me informei para ser uma boa mãe”.</i>
Topázio	<i>“Depois do parto”.</i>
Brilhante	<i>“Depois do parto, porque eu não sabia quase nada”.</i>
Safira	<i>“Nos dois. Só que de forma diferente. Antes lia e imaginava como seria. Agora eu tenho a experiência do que li”.</i>

No decorrer das visitas domiciliares, pude compartilhar momentos de descontração e aprendizado durante os lanches oferecidos na casa de Safira e de Esmeralda, auxiliando no banho do RN de Topázio e Brilhante, conversando com Pérola sobre a recuperação de seu bebê, ouvindo as histórias da mãe de Rubi e registrando a calma e a simpatia de Diamante. Sem dúvida, foram momentos de descoberta e de crescimento mútuo: ajudei a lapidar sete pedras preciosas e, em contrapartida, minha caminhada se tornou rica e valiosa.

Desse modo, ao concluir este segundo encontro, pude analisar a experiência aqui relatada, a partir da realidade encontrada no cotidiano puerperal, no qual confirmei a necessidade de cuidados educativos, a serem realizados por profissionais da saúde, através de um processo contínuo de troca de saberes, crenças e valores, independente da cultura, idade, classe social, situação econômica ou estilo de vida.

5.3 Segunda Etapa: A retomada do contexto puerperal no domicílio

Ao terminar a prática assistencial, senti a necessidade de retornar ao domicílio das primipuérperas para resgatar o significado desse primeiro puerpério. Entrei novamente em contato com elas, agendando o terceiro encontro, realizado no mês de agosto de 2001.

Dos depoimentos advindos da entrevista (Apêndice E), descritos em parte, logo abaixo (Quadro 10), percebe-se como as primipuérperas estão vivenciando o cuidar de si e do recém-nascido, assim como as novas dúvidas e dificuldades. Acredito que esse momento oportunizou a expressão de seus sentimentos em relação ao puerpério, sejam eles de satisfação, anseio, insegurança, sobrecarga, responsabilidade, experiência.

QUADRO 10 – Significado do primeiro puerpério

PRIMIPUÉRPERAS	RESPOSTAS (referentes ao Apêndice E)
<p style="text-align: center;">Rubi</p>	<p><i>“Desde pequena queria ter a minha própria casa, construir a minha família. Hoje, realizei este sonho. Acho que cresci e amadureci muito nesse período da minha vida. Posso dizer que hoje sou uma pessoa diferente. Minha vida tem outro sentido por causa do nascimento do meu filho. É diferente você ouvir as outras mulheres contarem suas experiências. Quando a gente vive, aprende e dá valor para a nossa mãe. A realização como pessoa é tanta que as dificuldades para cuidar, o cansaço, o sono e o excesso de responsabilidade ficam menores, pois fazem parte da vida. Sei que ainda terão muito mais dificuldades e que tenho as minhas inseguranças como mãe: medo de não poder continuar amamentando, medo que meu filho fique doente, que se afogue e eu não veja, de continuar com esse barrigão (risos)! Meu marido diz que me preocupo demais; a minha mãe diz que é por que sou mãe de primeira viagem. Talvez, quando tiver outros filhos eu faça as coisas diferentes por causa da experiência, porque tudo o que estou vivendo hoje vai ficar para sempre na lembrança”.</i></p> <p>Rubi estava apresentando dificuldades para amamentar devido a leves fissuras no mamilo. Ela estava colocando pasta de mamão papaia, indicado por sua mãe, mas referia muita dor para amamentar e isso a angustiava. Comentei sobre os benefícios da papaína e orientei para que expusesse a mama ao sol, que evitasse o uso de cremes no mamilo (somente ao redor da mama). Quanto ao “barrigão”, sugeri que fizesse algum tipo de exercício, como caminhadas ou ginástica, escolhendo adequadamente os alimentos. (M)</p>
<p style="text-align: center;">Diamante</p>	<p><i>“Essa primeira experiência foi como toda a primeira experiência (risos)! No começo, achei que iria me atrapalhar bastante. Agora vejo que estou conseguindo desempenhar meu papel de mãe muito bem. É claro que sempre tem um probleminha aqui, outro ali, mas nada que eu não consiga resolver. As outras mães devem ter passado pelo que estou passando. Lembro quando minhas amigas comentavam sobre a maternidade. Imaginava como seria, e, vivendo eu mesma, vejo que as alegrias e as dificuldades que diziam ter passado são parecidas com as que eu tenho enfrentado. E é claro que tem muito mais coisas boas em ser mãe. Agora, realmente, sei o verdadeiro valor das mulheres. O meu marido ajuda, mas quem tem que dar o mamá sou eu, quem acalma sou eu, porque sou a mãe. Nós somos o máximo, tu não achas (risos)! Sei que se passar por essa experiência novamente terei muito mais facilidade em tudo! O primeiro filho é sempre o primeiro filho”.</i></p>

QUADRO 10 – Significado do primeiro puerpério...

PRIMIPUÉRPERAS	RESPOSTAS (referentes ao Apêndice E)
Diamante	<p>Diamante tinha superado as primeiras dúvidas apresentadas anteriormente. Relatou que tinha leite, mas achava que deveria ser pouco, pois o bebê continuava com fome após as mamadas, identificada pelo choro. Para amenizar, oferecia a chupeta molhada no mel ou chá adoçado nos intervalos. Comentei que seria interessante ela oferecer o seio em intervalos menores, saciando o bebê e estimulando a produção de mais leite. Reforcei a importância da ingestão hídrica, da hora para o descanso. Nesse momento, ela falou que estava se sentindo cansada, que acordava várias vezes à noite. Sugeri que aproveite o horário de sono do bebê para repousar e que evitasse o uso de açúcar no chá, pois predispõe a cárie e influencia nos hábitos alimentares futuros. (N)</p>
Pérola	<p><i>“Jamais vou esquecer essa experiência! Não imaginei durante a gravidez que meu filho ficaria internado. É uma sensação angustiante, de impotência. Mas que, graças a Deus já passou. Meu filho está muito bem, agora. Estar com ele e cuidá-lo, me faz muito bem. É o período mais rico de toda a minha vida. Logo após a alta, tive medo de fazer algo errado, que pudesse afetar na sua saúde. Minha mãe e minha sogra ficavam quase todo o tempo aqui em casa me ajudando. Aos poucos, essa insegurança foi passando. Tinha receio de não poder amamentar, te lembra. Mas, me cuidei bastante e consegui superar isso. Quero amamentar meu filho por um longo período. É uma criança calma, que não dá trabalho. Só chora quando está com fome ou molhado. Sonhei muito com esse momento, me preparei para ele e vivê-lo é muito gratificante!”</i></p> <p>Pérola disse que, neste primeiro puerpério, ela superou as expectativas que tinha sobre si própria, enfrentando corajosamente a internação do seu filho, sendo esta uma experiência diferente de outras mulheres do seu relacionamento. Quanto aos cuidados puerperais, refere não estar apresentando maiores dificuldades. (M)</p>
Topázio	<p><i>“Fiquei grávida sem esperar. Até agora, acho estranho eu, mãe. Não me arrependo de nada, mas só vou engravidar de novo se eu planejar. Agora, já faço muita coisa para cuidar de minha filha e que no começo não fazia. Era tudo com a minha mãe. Ela ajuda bastante, mas sou eu quem dá o banho, troco a fraldinha, levo para passear. Só canso para dar mamá. É toda hora. Ela é muito gulosa. E tem um seio que está ficando maior que o outro porque tem mais leite. Eu acho isso horroroso”</i></p>

QUADRO 10 – Significado do primeiro puerpério...

PRIMIPUÉRPERAS	RESPOSTAS (referentes ao Apêndice E)
<p>Topázio</p>	<p>Percebi que esse primeiro puerpério acelerou o amadurecimento de Topázio, o que não modifica a realidade de ser ainda uma adolescente. Sua experiência, segundo ela, é parecida com a de duas amigas, que também não planejaram a gravidez e que contam com a mãe para ajudá-las. Para auxiliar na resolução do problema apontado por Topázio, questionei sobre o tempo em que sua filha sugava cada mama. Ela respondeu que sugava mais tempo na que tinha mais leite, ou seja, na maior. Comentei que, provavelmente, essa era a causa da desproporção do tamanho dos seios. Sugeri que deixasse mais tempo no menor, até que a produção de leite ficasse igual nas duas mamas. Caso contrário, seu problema iria permanecer. (N)</p>
<p>Brilhante</p>	<p><i>“Essa experiência foi cheia de novidades, para mim. Apesar da minha inexperiência, sei que o instinto materno nos mostra um jeitinho para tudo. No tempo da minha avó, da minha mãe, não tinha tudo o que tem hoje e elas se viravam, cuidavam melhor dos filhos do que muitas mães de hoje. Comigo não seria diferente. Até hoje, se não consigo resolver em casa algum problema comigo ou com o bebê, ligo para o gineco ou para o pediatra, que são nossos amigos, e peço socorro”.</i></p> <p>Brilhante sempre apresentou uma certa dependência das orientações médicas. Contou-me que as orientações da visita anterior sobre o ingurgitamento mamário foram válidas, dizendo que seu médico <i>aprovou</i> todas.</p> <p>Sua maior dificuldade relaciona-se com o sono do bebê, que dorme todo o dia e fica acordado à noite. Além disso, tem chorado devido a cólicas, mesmo com o uso de medicação. Expliquei que este é um período de adaptação para ambos, mãe e filho. O bebê deve ser estimulado para ficar acordado durante o dia na medida em que for crescendo, até estabilizar os horários. As cólicas fazem parte da adaptação do aparelho gastrointestinal do recém-nato ao alimento. Sugeri que fizesse massagens no abdome e o deixasse em posição ventral. (N)</p>
<p>Safira</p>	<p><i>“Esperei muito para viver esse momento. Planejei minha gravidez, li tudo sobre o assunto, me preparei para ser mãe. Já tinha ajudado a cuidar dos meus sobrinhos. Tudo isso me ajudou muito. Algumas coisas são um pouco diferente, porque nem tudo corre às mil maravilhas: a gente se desgasta um pouco, porque é tudo com a mãe. Mesmo assim, acho que estou me saindo bem. É claro que minha vida mudou completamente. Antes o que queria fazer, fazia. Agora tenho que ver se posso. Como dormir, por exemplo. Agora ela já está começando a dormir mais à noite, mas continua mamando toda hora. Então, só descanso quando ela dorme, depois de organizar a casa. Mas, ainda bem que tenho bastante leite, ela tem saúde. Tenho só a agradecer!”.</i></p>

QUADRO 10 – Significado do primeiro puerpério...

PRIMIPUÉRPERAS	RESPOSTAS (referentes ao Apêndice E)
Safira	Safira não foi explícita, mas senti que estava cansada. Não tinha empregada, era muito organizada e zelosa com o bebê. Comentei sobre a importância do descanso, das atividades de lazer, dividir as tarefas com o marido. Ela concordou, dizendo que iria prestar mais atenção nisso e que aceitaria com maior frequência a ajuda de sua irmã, pois são vizinhas. (N)

No decorrer do terceiro encontro, pude evidenciar a necessidade das puérperas em serem ouvidas. Apesar de cada uma apresentar suas particularidades, todas demonstraram vontade de falar, de refletir sobre as mudanças que estavam ocorrendo em suas vidas. Considero a disposição para ouvir como uma forma de cuidado, resultando em maior proximidade, interação e presença. Suas falas evidenciam que a experiência do puerpério foi marcante em suas vidas, como não poderia deixar de ser, pois é um período de descobertas e superações contínuas.

As primipuérperas expressam claramente suas necessidades de cuidado, e algumas delas originam-se do próprio contexto cultural. Aqui, é importante rever os depoimentos que salientam as situações de estresse devido ao acúmulo de tarefas a serem desempenhadas pela puérpera como mulher, mãe, esposa e dona-de-casa. Essa sobrecarga, muitas vezes, lhe é imposta culturalmente, pelo simples fato de ser mulher.

Algumas coisas são um pouco diferente, porque nem tudo corre as mil maravilhas: a gente se desgasta um pouco, porque é tudo com a mãe (Safira).

[...] as dificuldades para cuidar, o cansaço, o sono e o excesso de responsabilidade (Rubi).

Na maioria das vezes, a participação do marido é restrita a alguns afazeres, geralmente os menos desgastantes, levando a mulher ao cansaço, desconforto e irritabilidade, o que poderá alterar, inclusive, o relacionamento

conjugal.

O meu marido ajuda, mas quem tem que dar mama sou eu, quem acalma sou eu, porque sou a mãe (Diamante).

Meu marido diz que me preocupo demais; a minha mãe diz que é porque sou mãe de primeira viagem (Rubi).

Outro aspecto observado, mais enfaticamente em um dos relatos, aponta para a questão da estética corporal: o aumento de peso, a flacidez, as estrias. Nos primeiros dias pós-parto, esses aspectos não foram evidenciados pelas primípuérperas. Agora, quase um mês após o segundo encontro, pode-se perceber que há uma cobrança pessoal ou social em relação à sua aparência física. Ela tem que confrontar as orientações para se alimentar bem com o desejo de controlar o peso. Diante disso, evidencio mais um conflito a ser vivenciado pela mulher no puerpério.

[...] tenho as minhas inseguranças como mãe: medo de [...], de continuar com esse barrigão [risos]! (Rubi).

Tais revelações me fizeram refletir sobre o suporte profissional adequado que, como enfermeira, deveria oferecer a puérpera. Assim, após ouvi-las, sugeri possibilidades de condutas que servissem de apoio para vivenciarem este processo, algumas descritas no Quadro 10.

Também pude constatar a importância e a influência das mães das puérperas, constituindo-se em elementos significativos para a conduta, avaliação ou julgamento das suas próprias experiências pessoais. O familiar, aqui representado principalmente pela mãe, torna-se um ponto de apoio e de modelo para a mulher, reproduzindo, assim, um sistema cultural.

Minha mãe e minha sogra ficavam quase todo o tempo aqui em casa me ajudando (Pérola).

Era tudo com a minha mãe (Topázio).

Acredito que o terceiro encontro foi permeado por uma riqueza muito grande de informações sobre o puerpério, sendo extremamente gratificante realizá-lo.

6 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

*Colhe a mais bela flor,
que alguém já viu nascer
E não esqueça de trazer força e magia,
o sonho, a fantasia e a alegria de viver.*

Toquinho

A partir do momento em que levantei a problemática e defini os objetivos desta proposta, sempre me preocupei em ir além do compromisso acadêmico e alcançar subsídios para oferecer uma assistência de enfermagem de melhor qualidade. Por isso, sinto uma responsabilidade muito grande em desenvolver esse capítulo final.

Por se tratar de um estudo convergente-assistencial, após alcançar o *processo de síntese*, mediante a execução da primeira e segunda etapa do trabalho e apreender o que realmente ocorreu no contexto pesquisado, durante os três encontros com as primípuérperas, também procurei identificar variações e semelhanças das informações, expondo as intervenções realizadas durante a assistência (manutenção, negociação e repadronização do cuidado cultural).

Assim, ao iniciar o *processo de teorização e transferência* proposto por Trentini e Paim (1999), busco socializar minha experiência e concretizar meu pensamento sobre a importância do processo educativo como parte integrante do cuidado de enfermagem no puerpério, com base nas principais dúvidas e necessidades das primípuérperas, mantendo congruência entre o saber popular e profissional.

Para implementar esta fase, descrevo abaixo algumas considerações interpretativas dos resultados, tendo como ponto de partida o Modelo Sunrise, apresentados em três tópicos distintos:

- dimensões da estrutura cultural e social das primipuérperas;
- resgate da fonte informativa das primipuérperas frente às principais dúvidas e necessidades educativas apresentadas;
- o cuidado cultural educativo no puerpério.

a) Dimensões da estrutura cultural e social das primipuérperas

De acordo com Leininger (1991), o cuidado cultural deve partir da visão de mundo apresentada pelos indivíduos, famílias, grupos ou instituições. Por isso, abaixo descrevo de forma generalizada, o contexto ambiental, cultural e social das primipuérperas:

- Fatores tecnológicos: todas as primipuérperas fizeram cesariana, sendo esta, previamente agendada com o médico obstetra. Um dos RN necessitou de fototerapia e outro ficou internado em CTI Neonatal.
- Fatores religiosos e filosóficos: a religião predominante entre as primipuérperas é a católica. No entanto, nem todas são praticantes, acreditando também em alguns preceitos de outras religiões. Uma delas é espírita (Kardecista) atuante.
- Fatores de companheirismo e sociais: a maioria das primipuérperas é casada. Mantêm contato freqüente com os vizinhos, familiares (mãe, irmãs, cunhadas) e amigos. As duas mais jovens ainda estudam; as demais exercem atividades profissionais fora de casa ou no próprio lar.
- Valores culturais e modos de vida: culturalmente estas mulheres acreditam muito no saber das mães, avós, tias, mas também respeitam o saber e as orientações profissionais.
- Fatores políticos e legais: Das sete primipuérperas, apenas uma tem idade inferior a 18 anos. Cinco primipuérperas são casadas e duas,

solteiras.

- Fatores econômicos: as primípuérperas pertencem, em sua maioria, a classe média. Apenas uma, a classe média baixa e outra, a classe média alta. Moram em casas confortáveis, não têm privações das necessidades básicas. O atendimento hospitalar foi particular ou pago por convênios privados de saúde.
- Fatores educacionais: a média de escolaridade varia entre o ensino médio e o terceiro grau. Todas as entrevistadas possuem boa fluência verbal.

b) Resgate da fonte informativa das primípuérperas frente às principais dúvidas e necessidades educativas apresentadas

Para facilitar ao leitor, procuro listar abaixo (Quadro 11), as principais dúvidas apresentadas pelas primípuérperas, resgatando a fonte informativa utilizada para saná-las, seja o sistema popular ou o sistema profissional. No mesmo quadro, também classifico se a dúvida apresentada decorre do puerpério imediato ou tardio, pois analisando os dados, pode-se constatar que as necessidades educativas variam de acordo com o período puerperal vivenciado. Ficou evidente que, durante o puerpério imediato, as primípuérperas sentiam maior interesse em saber como dar o banho, cuidar do coto umbilical e resolver os problemas decorrentes da amamentação, enquanto que no puerpério tardio foi possível observar dificuldades de adaptação à nova vida decorrente da maternidade.

perceber as influências da cultura familiar e o modo como são vividas durante o puerpério. Poli (2000, p. 104), acrescenta que “o profissional de saúde tem que estar consciente que trabalhar com crenças populares é trabalhar com conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, repassados por pessoas em quem a cliente confia e respeita (mãe, avó e outros)”.

Outro aspecto relevante a ser discutido, sobre os dados contidos no Quadro 11, abrange o tema sexo e contracepção, lembrado apenas no momento em que levantei a questão. Ao indagar sobre o assunto e sobre possíveis dúvidas em relação ao mesmo, pude observar expressões não-verbais, como rubor facial, desvio no olhar, respostas monossilábicas, etc. Essa reação causou um certo constrangimento, de ambas as partes, pois tive receio de invadir a privacidade das primípuérperas. Ao mesmo tempo, percebi que existiam necessidades educativas e que estas, não seriam sanadas de outra forma.

Desse modo, se evidencia o paradoxo entre a naturalidade e o preconceito que cerca a sexualidade nos dias de hoje. Por um lado, nos defrontamos com o erotismo, a sensualidade e a liberdade sexual explícita nos meios de comunicação, nas danças, nas músicas, no dia-a-dia de milhares de pessoas. Em contrapartida, podemos nos deparar com outra visão sobre sexo, corpo e sexualidade, em uma conotação totalmente contrária, de repressão e sombra, algo tão próprio e particular que é difícil de ser discutido.

Mais uma vez, aponto para a questão cultural e existencial de cada pessoa. Segundo Silva *et al.* (1996, p. 104), a sexualidade “envolve os costumes de cada sociedade, a vida de cada um e a maneira como age cada ser dentro de sua cultura. Nesse entendimento o que parece imoral para muitos, torna-se belo e aceitável para outros de diferentes costumes”.

c) O cuidado cultural educativo no puerpério

As múltiplas formas de cuidar dos sistemas popular e profissional constituem o sistema cultural de cuidado à saúde materno-infantil, no qual a

equipe de enfermagem se insere. A forma pela qual a enfermagem realiza o intercâmbio entre esses dois sistemas, estabelece a postura que norteará suas decisões e ações de cuidado. Esse pensamento é representado, de acordo com o Modelo Sunrise, logo abaixo, na Figura 2.

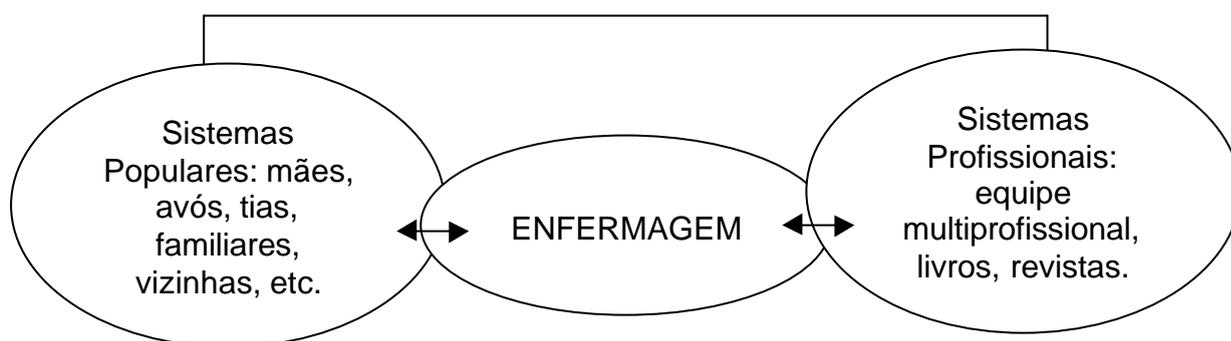


FIGURA 2 – Sistema Cultural de Cuidado à Saúde Materno-Infantil

No entanto, observa-se que as enfermeiras, muitas vezes, durante a troca de informações, têm grande dificuldade em associar o conhecimento profissional às práticas de cuidado dos sistemas populares. Madureira (1994), expõe que a enfermeira raramente investiga o saber popular, o que representa e como a clientela enfrenta as situações de cuidado.

Este tipo de postura, durante a assistência puerperal, perpetua ações impositivas do profissional sob a clientela. Posso exemplificar essa situação com experiências já vivenciadas e discutidas anteriormente neste trabalho, em relação ao preconceito com a mãe que não quer amamentar, ou que não aceita lavar o cabelo. Talvez, inconscientemente, queremos controlar a situação para que a puerpera atue conforme nosso próprio modo de pensar e agir, desconsiderando sua cultura e vontade própria.

É importante salientar o quanto é difícil e trabalhoso para o profissional transpor a barreira cultural. Não é tarefa fácil implementar o cuidado, integrando

os saberes, pois no intuito de acomodar ou negociar, corremos o risco de apenas 'permitir' ou 'impedir' determinada ação, sem deixar brecha para se discutir alternativas que possam atender e satisfazer ambas necessidades.

Na minha percepção, os profissionais da saúde carregaram, por vários anos em sua cultura, a exclusão do pensamento da clientela, rejeitando sua participação de forma ativa do cuidado. Há pouco tempo atrás, as Unidades Obstétricas mantinham horários rígidos de visita, os pais não podiam assistir o nascimento dos filhos e o recém-nato permanecia mais tempo no berçário do que com a mãe.

Sabemos que o discurso, atualmente, é outro, mas na prática diária, a equipe fica mais à vontade quando o familiar exigente não está presente, ou quando nossa 'orientação' não é contrariada. Na verdade, temos receio de que a diversidade de conhecimentos aponte para várias verdades que, nem sempre, é a nossa. Com isso, abrimos porta para o etnocentrismo, ou seja, para a imposição cultural.

Assim, considero que operacionalizar o cuidado educativo baseado em Leininger pode ser, para muitos, uma inovação ou utopia. Como acredito na possibilidade da primeira hipótese, descrevo e classifico abaixo todas as decisões e ações do cuidado de enfermagem desenvolvidas durante o caminhar da pesquisa:

Decisões e ações de atendimento de enfermagem:

a) Preservação e Manutenção do cuidado cultural no puerpério

As práticas de cuidado cultural das primipuerperas que foram preservadas e mantidas foram:

- aumentar a ingesta hídrica para estimular a produção de leite (chá de funcho, sucos, leite);
- procurar orientação médica na escolha do anticoncepcional durante o

puerpério;

- usar chás para diminuir as cólicas do RN.

b) Acomodação e negociação do cuidado cultural no puerpério

Boehs (2001) analisa e avalia em sua tese de doutorado as relações de poder da enfermeira, que ao conhecer a cultura do cliente, pode deixá-lo em uma situação vulnerável de manipulação. A autora também comenta que o profissional, na maioria das vezes, acomoda o cuidado, havendo pouca margem para a negociação. Esta referência reporta ao fato de que para acontecer a negociação é necessário que as necessidades e visão de cuidado da equipe de enfermagem, mesmo que diferentes do ponto-de-vista popular, sejam discutidas de forma participativa para haver mudança, quando realmente houverem riscos à saúde.

Algumas práticas de cuidado cultural puderam ser adaptadas para facilitar ou melhorar o estado de saúde das primípuérperas e/ou do RN, sem desrespeitar sua cultura. São elas:

- dependência familiar e insegurança na realização do banho do RN – oferecido suporte por meio do diálogo e de demonstrações práticas, para combater a insegurança e promover a interação mãe-filho;
- sobrecarga de responsabilidades e de atividades – foi discutida a necessidade de sono e descanso, além da divisão de tarefas entre os membros da família e formas de reorganizar as atividades diárias, incluindo momentos de lazer. Estas alternativas podem facilitar ou melhorar o período de adaptação inerente ao puerpério;
- alterações da forma física – as adaptações em relação às modificações do corpo decorrentes da gestação e parto também fazem parte do puerpério. Por isso, foram sugeridas várias alternativas como caminhada, alimentação saudável e balanceada para melhorar a auto-estima.

O suporte oferecido sob a forma de cuidado educativo, baseado nas dúvidas apresentadas, foi classificado como negociação do cuidado cultural no puerpério, pois teve o objetivo de facilitar ou assistir a puérpera na promoção de sua saúde, considerando a possibilidade de reorientação de ações que, embora contivessem alguma parte que podemos considerar adequada, necessitava ser revista em outra.

- esclarecimento de dúvidas sobre cuidados com o coto umbilical, banho e vacinas do RN;
- esclarecimento de dúvidas sobre higiene do cabelo da puérpera, relações sexuais e o curativo da cesariana;
- orientação quanto à amamentação em livre demanda;
- orientação sobre cuidados no ingurgitamento mamário: exposição ao sol, massagem na direção do mamilo, evitar o uso de cremes no mamilo, etc.;
- evitar certos alimentos (pimenta, repolho) para não provocar cólicas no RN – como não foram encontrados trabalhos científicos que comprovassem a interferência alimentar sobre as cólicas do bebê, foi sugerido que estes alimentos fossem evitados em benefício da própria saúde da puérpera, pois são indigestos ou formam gases;
- oportunidade de diálogo para diminuir a ansiedade, medos, anseios e dificuldades.

c) Repadronização e reestruturação do cuidado cultural

As práticas culturais que poderiam prejudicar a saúde materno-fetal foram levantadas para que, junto com as primípuéras, fossem reordenadas ou modificadas em benefício próprio.

- uso da faixa umbilical – orientação quanto os riscos de infecção e desconforto para o RN. Foi sugerido somente que deixasse o coto

descoberto após o uso de álcool 70%;

- consumir mais açúcar para aumentar a produção de leite – esta prática poderia prejudicar a saúde da mãe, não só sob o ponto-de-vista físico, mas também psicológico e de auto-estima, pois seu consumo em excesso predispõe a obesidade e outros males;
- consumir cerveja preta para aumentar a produção de leite – apesar de ser uma prática cultural bastante utilizada com resultados satisfatórios, foi sugerido que esta opção fosse substituída por outra alternativa com o mesmo efeito, com o objetivo de evitar o consumo de álcool em decorrência dos riscos e prejuízos que pode trazer à saúde materno-infantil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A vida vem em ondas como o mar
Num indo e vindo infinito
Tudo o que se vê não é
Igual ao que a gente viu a um segundo.*

Lulu Santos

A Teoria de Leininger fundamentou este trabalho, especialmente com seus conceitos e modos de intervenção, revelando a importância de um referencial teórico na operacionalização do cuidado.

Sua aplicação permitiu o resgate de crenças com ênfase à valorização das necessidades individuais das primípuérperas, tornando o universo de cuidado profissional mais próximo do cuidado popular.

No que diz respeito à utilização dos conceitos da Teoria do Cuidado Transcultural houve uma complementaridade lógica entre esta racionalidade e a prática, de modo que tenho condições de afirmar que:

- o momento de vida, as percepções e as necessidades educativas das puérperas variam entre si e devem ser consideradas pelo sistema profissional;
- o cuidado profissional realizado pela enfermagem deve partir das necessidades individuais das primípuérperas;
- os profissionais devem auxiliar e oferecer apoio no processo de cuidar, sem impor ou manipular saberes;

- os profissionais devem despertar para a importância do respeito à cultura, pois a hospitalização e suas rotinas inibem as condutas e as práticas de cuidado cultural próprias do puerpério;
- todo o atendimento pré-natal realizado pelo enfermeiro ou por outro profissional deveria incluir o esclarecimento de dúvidas e as orientações relativas ao puerpério.

Ao retornar para o questionamento que impulsionou esta pesquisa, sobre “qual a necessidade de orientação durante o puerpério e qual o papel da enfermagem”, posso concluir que, efetivamente, as mulheres primípuérperas, em qualquer estrato social, têm necessidade de um apoio diferenciado, para receber informações e ajuda. Em geral, elas adotam comportamentos que aprenderam culturalmente, porém este estudo evidenciou que existem lacunas e dúvidas, mesmo sobre ações consideradas simples pelos profissionais.

A insegurança sobre os modos tradicionais de cuidado abre um espaço para a enfermeira, que poderá ter um papel fundamental, como colaboradora durante esse período importante e delicado da vida da mulher.

Este papel inclui, além da assistência propriamente dita, o de oferecer suporte educativo por meio de um processo interativo.

Assim, ao término deste estudo, acredito que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, mas não finalizados, uma vez que pretendo compartilhar esta nova forma de cuidado educativo às puérperas com os demais profissionais de enfermagem.

Por outro lado, o enfoque cultural na assistência puerperal possibilitou que eu repensasse sobre minha postura profissional. A forma pelo qual realizei minha prática educativa durante anos, se transformou lentamente. Durante minha caminhada, seguia um roteiro pronto para o cuidado educativo e nada me orgulhava mais do que ver meus alunos transmitindo uma lista de informações às puérperas.

Hoje, percebo o cuidado e o processo educativo de um novo modo. Ao

invés de falar mais, começo a ouvir mais; ao invés de pensar em só ensinar, também busco aprender. Ao vivenciar esta nova realidade, passo a considerar muito mais os aspectos individuais, que diferenciam as necessidades e incluem o conhecimento popular para que, posteriormente, ocorra a preservação, a acomodação e a reorganização do cuidado cultural.

No entanto, 'falar' sobre o cuidado transcultural proposto por Leininger exige bem menos empenho do que implementar com toda a equipe este mesmo cuidado. Por isso, tenho um novo desafio a partir de agora: compartilhar minha experiência para que possa ser vivenciada por outros profissionais, beneficiando a efetivação do cuidado em toda a sua amplitude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural.** Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado) – Curso em Assistência de Enfermagem.
- BOCHICHI, Regiane. **Vida moderna muda cuidados com bebês.** São Paulo: O Estado de São Paulo, 1996.
- BOEHS, Astrid Eggert. **A prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado) – Curso em Assistência de Enfermagem.
- _____. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional.** Florianópolis: UFSC, 2001. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação.** São Paulo: Brasiliense, 1993.
- BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil.** 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.
- BUCHABQUI, J. Alberto. **Promovendo a saúde da mulher.** Porto Alegre: UFRGS, 1995.
- CARNEIRO, Marinha Fernandes. Saúde materna e obstétrica: o percurso profissional. **Revista Nursing**, n. 93, p. 9-15, out. 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1993.
- D'ASSUMPÇÃO, Eduardo Alves. **Comportar-se fazendo bioética: para quem se**

interessa pela ética. Petrópolis: Vozes, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1993. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENTSCHEL, Heitor. Puerpério e lactação. In: FREITAS *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HOGA, Luiza Akiko Komura. **A mercê do cotidiano da anticoncepção**: a mulher seguindo o seu caminho. São Paulo: USP, 1996.

KURY, Márcio da G. **Dicionário de mitologia grega e romana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

LEININGER, M. M. Transcultural Nursing: quo vadis (Where goeth the field?). In: TRANSCULTURAL NURSING CONFERENCE, 11., Memphis, p. 1-15, 1985a.

_____. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991c. Cap. 1, p. 5-72: The theory of culture care diversity and universality.

_____. **Teoria do Cuidado Transcultural**: diversidade e universalidade. In: Anais Primeiro SIBRATEN UFSC. Florianópolis, 20-24 maio de 1985a, p. 255-288.

MADUREIRA, Valéria Silvana. **Eu, você – nós**: co-partícipes no educar. Florianópolis: UFSC, 1994, 170 p. Dissertação (Mestrado). Curso em Assistência de Enfermagem.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 8.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

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

_____. **Assistência ao RN no alojamento conjunto**. Florianópolis: UFSC,

CCS. 1999. 249 p. :il. – (Cadernos Didáticos; v.2).

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 105, n. 12, p. 3-9, 1995.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. D. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

POLI, Lílian Mara Consolin. **O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SANTOS, Odaléa Maria B. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

SANTOS, Vânia Sorgatto Collaço. **Parto vertical: uma vivência da dimensão cultural no processo de parir**. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

SILVA, Iolanda Flores; FRANCO, Maria Celsa. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação**. Petrópolis: Vozes, 1995.

TRENTINI, Mercedes. PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

WALDOW, V.R. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Autorização da chefia do hospital

Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo

À Direção de Enfermagem

Venho por meio desta, solicitar a autorização para a realização da Prática Assistencial: “O processo educativo como parte integrante do cuidado de enfermagem no puerpério”, durante o mês de maio de 2001, proposta pelo Mestrado de Enfermagem da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), na Maternidade do referido hospital

Claudia M. Diaz

Santa Maria, 08 de maio de 2001.

APÊNDICE B

Representação esquemática da inter-relação dos conceitos

- Representação Esquemática da Inter-relação dos Conceitos



APÊNDICE C

**Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a
internação hospitalar – Primeiro encontro**

ROTEIRO DA ENTREVISTA DIRIGIDA ÀS PRIMÍPUÉRPERAS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR – PRIMEIRO ENCONTRO

Data da coleta:

Cliente:

Pseudônimo da Cliente:

Endereço/Telefone:

Tipo de parto:

- 1) Você tem alguma experiência em relação ao cuidado materno-infantil?
- 2) Você fez pré-natal?
- 3) Quais os profissionais que lhe prestaram assistência pré-natal?
- 4) Estão sendo úteis as informações que recebeu no pré-natal?
- 5) Que dúvidas tinha durante a gestação que ainda permanecem no pós-parto?
- 6) O que você sabe sobre cuidados com:
 - a) Amamentação:
 - b) Banho do RN:
 - c) Curativo do coto umbilical:
 - d) Higiene pessoal:
 - e) Sexo e Métodos contraceptivos no pós-parto:
 - f) Alimentação e hidratação no puerpério:
 - g) Melhores posições para o RN dormir após a amamentação:
- 7) De onde você recebeu estas informações? (médico, enfermeiro, amigos, familiares, televisão, revistas, filmes, livros, etc.)
- 8) Como está sendo a vivência da maternidade para você?
- 9) O que você gostaria de saber sobre cuidados individuais no puerpério e sobre cuidados com o RN?

APÊNDICE D

Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a visita domiciliar – Segundo encontro

**ROTEIRO DA ENTREVISTA DIRIGIDA ÀS PRIMÍPUÉRPERAS DURANTE A
VISITA DOMICILIAR – SEGUNDO ENCONTRO**

Data da coleta:

Cliente:

Pseudônimo da Cliente:

- 1) Qual o significado dos nossos encontros para você?
- 2) Que dúvidas e dificuldades você ainda tem em relação ao cuidado puerperal?
- 3) Que sugestões e conselhos você daria aos profissionais que prestaram assistência a você no pré-natal e no pós-parto?
- 4) Você aprendeu mais sobre cuidados durante a gestação ou após o parto? Por que?

APÊNDICE E

Roteiro da entrevista dirigida às primípuérperas durante a visita domiciliar – Terceiro encontro

**ROTEIRO DA ENTREVISTA DIRIGIDA ÀS PRIMÍPUÉRPERAS DURANTE A
VISITA DOMICILIAR – TERCEIRO ENCONTRO**

Data da coleta:

Cliente:

Pseudônimo da Cliente:

- 1) O que significou este primeiro puerpério para você? (Como se percebeu neste processo de cuidar de si e do RN? Quais as diferenças e/ou semelhanças com a experiência de outras mulheres do seu relacionamento? Ainda existem dúvidas sobre o cuidado puerperal? Quais as maiores dificuldades? Etc.)

APÊNDICE F

Termo de consentimento às pacientes pós-parto ou responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO ÀS PACIENTES PÓS-PARTO OU RESPONSÁVEIS

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informada, de forma clara, sobre as *justificativas, objetivos e procedimentos* da pesquisa “O processo educativo como parte integrante do cuidado puerperal”, realizado pela Enfermeira Claudia Maria Diaz Machado, sob orientação da Dra. Tâmara Ivanow e co-orientação da Dra. Maria Tereza Leopardi, com autorização da Direção de Enfermagem do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo – HCAA, localizado em Santa Maria – RS.

Declaro ainda que, fui informada sobre:

- a ausência de riscos do presente estudo, dos benefícios e da garantia de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- a liberdade de recusar em participar ou retirar meu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo algum;
- a garantia de que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- a liberdade em autorizar ou não o uso de imagens, como fotografias e filmagens, com amparo na Constituição Federal, art. 5, item X;
- a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa.
- a forma de acompanhamento e assistência da pesquisadora durante a internação hospitalar e durante a visita domiciliar agendada com a participante.

Nestes termos, considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, autorizo o uso de imagens, resguardando à autora do trabalho, a propriedade intelectual das informações e a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: ____/____/2001

Nome da participante: _____

Assinatura: _____

Obs.: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor e valor, ficando uma via em poder da participante e a outra com a pesquisadora.