

Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal¹

Marcela de Oliveira Demitto², Rosângela Ap. Pimenta Ferrari³, Nataly I. Tsumura Soares⁴, Mauren T. G. Mendes Tacla⁵, Flávia Françoso Genovesi⁶

Resumo

Objetivo

Caracterizar as práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com a criança com vistas na Teoria de Leininger, em uma Unidade Básica de Saúde, Londrina-Paraná

Metodologia

Estudo quantitativo descritivo. Participaram 47 mulheres. Para a recolha de dados foi utilizado um instrumento com base no protocolo municipal, que foi preenchido individualmente. As mulheres assinaram o consentimento informado. Foi usado o programa Epi-info para entrada e análise de dados. Foram utilizadas estatísticas descritivas.

Resultados

Aproximadamente 45,0% tinha idade ≤ 20 anos, 59,5% com escolaridade ≤ 8 anos, 63,8% sem remuneração e cerca de 60,0% primíparas. A maioria não havia planejado a gravidez (70,2%), mas 95,7% referiram o desejo para amamentar seu filho e 91,5% por influência familiar positiva. Práticas e tabus relacionados à gestação, ao puerpério e à criança, a maioria, poderia causar implicações diretas à saúde da criança (59,3%) tais como: banhos caseiros com plantas para icterícia e brotoeja, oferta de chá com gordura para cólica intestinal e enfaixar o umbigo.

Conclusões

Embora o acesso às informações esteja disponível, ainda perpetua práticas e tabus entre as gerações, portanto se faz necessário compreender a mulher nos seus diversos contextos socioeconômico, demográfico e cultural para que antes da intervenção, identifique-se fatores de risco que impeçam ou prejudiquem a vivência de uma gestação saudável reafirmando-se que o cuidado centrado na Teoria de Leininger pode minimizar possíveis riscos para a saúde materna e infantil entre as gerações.

Palavras-chave: *cuidado pré-natal, educação em saúde, cultura, enfermagem em saúde comunitária, atenção primária à saúde, enfermagem pediátrica (fonte: DeCS, Bireme).*

Artículo recibido: noviembre 4 de 2015

Aprobado: marzo 14 de 2016

1 Parte dos dados do projeto de pesquisa: Atenção à saúde da mulher e da criança a partir de grupos de gestantes, em duas Unidades Básicas de Saúde, Londrina, Paraná, Brasil.

2 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina. mar_demitto@hotmail.com

3 Enfermeira. Doutora. Profa. do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina. ropimentaferrari@uel.br.

4 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina. natytsoares@hotmail.com

5 Enfermeira. Doutora. Profa. do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina. maurentacla@gmail.com

6 Enfermeira do Hospital Infantil Sagrada Família, Londrina. Especialista em Oncologia. Pós graduanda do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. flavia_genovesi@hotmail.com

Pregnancy, childbirth and postpartum: practices and taboos of women participating in prenatal care groups

Abstract

Objective

Characterize the practices and taboos of pregnancy, childbirth, postpartum and child care in women participating in prenatal care groups, from Leininger theory perspective, in a basic health unit, Londrina, Paraná,

Methodology

Descriptive quantitative study. 47 women participated. For data collection it was used an instrument based on the municipal protocol which was filled individually. Women signed informed consent. the Epi-info program was used for data entry and analysis. Descriptive statistics were used.

Results

Approximately 45,0% were aged ≤ 20 years, 59,5% with schooling ≤ 8 years, 63,8% without compensation and about 60,0% gilts. Most had not planned the pregnancy (70,2%), but 95,7% reported the desire to breastfeed their child and 91,5% for positive family influence. Most practices and taboos related to pregnancy, postpartum and child, could cause direct implications for children's health (59,3%) such as homemade baths with plans for jaundice and rash, tea supply with fat for intestinal colic and bandaging the navel.

Conclusions

While access to information is available, still perpetuate practices and taboos between generations, so it is necessary to understand women in their various socio-economic, demographic and cultural contexts in order to identify the risk factors that inhibit or hinder the experience of a healthy pregnancy. The cultural care based on Leininger theory can minimise the possible risks for the health of the mother and the child.

Keywords: *prenatal care, health education, culture, community health nursing, primary health care, pediatric nurse (source: MeSH, NLM).*

Gestación, parto y posparto: prácticas y tabúes de las mujeres que participan en grupos de control prenatal

Resumen

Objetivo

Caracterizar las prácticas y tabúes sobre embarazo, parto, posparto y cuidado de niños, a la luz de la teoría de Leininger, en grupos de mujeres que asisten a control prenatal en una unidad básica de salud, Londrina, Paraná.

Metodología

Estudio cuantitativo descriptivo. Participaron 47 mujeres. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento basado en el protocolo municipal que fue diligenciado individualmente. Las mujeres firmaron consentimiento informado. Para la digitación y análisis de datos se utilizó el programa Epiinfo. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados

Aproximadamente el 45,0% tenía una edad ≤ 20 años, el 59,5% con escolaridad ≤ 8 años, 63,8% sin remuneración y alrededor del 60,0% eran primíparas. La mayoría no había planeado el embarazo (70,2%), pero 95,7% manifestó el deseo de amamantar a su hijo; el 91,5% de éstas por influencia familiar positiva. La mayoría de las prácticas y tabúes relacionados con el embarazo, el posparto y el niño, podrían causar consecuencias directas para la salud de los niños (59,3%), como baños caseros con plantas para la ictericia y la erupción, el suministro de té con aceite para el cólico intestinal y vendaje del ombligo.

Conclusiones

Si bien el acceso a la información está disponible, aún se perpetúan prácticas y tabúes entre generaciones; es necesario entender a las mujeres en sus diversos contextos socio-económicos, demográficos y culturales para que antes de la intervención, se identifiquen los factores de riesgo que impiden o dificultan la experiencia de un embarazo saludable. El cuidado cultural centrado en la teoría de Leininger puede reducir al mínimo los posibles riesgos para la salud de la madre y el niño.

Palabras clave: atención prenatal, educación en salud, cultura, enfermería en salud comunitaria, atención primaria de salud, enfermería pediátrica (fuente: DeCS, Bireme).

Introdução

O ciclo gravídico-puerperal é considerado como uma fase da vida que envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro da família(1). Assim, a assistência pré-natal se faz necessária para identificar precocemente problemas que possam resultar em risco à saúde materna e neonatal(2).

Os profissionais do serviço de atenção primária da saúde (APS) são considerados aptos para realizar consultas de pré-natal na gestação de baixo risco, sendo atribuídas a eles inúmeras ações como: solicitações de exames laboratoriais, abertura do Sistema de Informação de Saúde (SIS-PRENATAL), realização de exame obstétrico, encaminhamentos quando necessários, orientações às mulheres e suas famílias sobre os cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação e preparo para o parto. Também devem promover vínculo e interação com as gestantes, garantindo assim, segurança e confiança para um melhor acompanhamento(3) Ao mesmo tempo, é fundamental que a equipe desenvolva ações de promoção e prevenção à saúde, por meio de atividades educativas, pois as gestantes expressam a necessidade de receber informações e entendem o quanto é significativo ser acompanhada neste ciclo de vida (2).

O grupo de gestantes pode proporcionar o desenvolvimento do cuidado que valoriza a cultura e suas influências na saúde, a partir de ações educativas que geram conhecimentos, desmistificando cuidados passados de geração em geração e que geralmente interferem na vivência da maternidade, além de ser um momento para compartilhar experiências maternas (4-5).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta

por Madeleine M. Leininger disponibiliza três formas de atuação do profissional na prestação do cuidado. A primeira é a preservação/manutenção do cuidado cultural que ocorre quando o profissional auxilia ou capacita seus clientes para as pessoas preservem ou mantenham sua saúde. O segundo é a acomodação/negociação cultural do cuidado e ocorre quando o profissional estimula as pessoas de um determinado grupo cultural para uma adaptação ou negociação a um modo benéfico de vida e o terceiro a repadronização/ reestruturação cultural do cuidado e que ocorre quando o profissional busca ajudar seu cliente na reorganização ou modificação dos modos de vida (4).

Sabe-se que a realização de uma assistência pré-natal sistematizada no serviço de APS, além de trazer inúmeros benefícios à gestante, pode também reduzir os riscos de morbidade e mortalidade materna e infantil. É no pré-natal que a mulher deve receber uma atenção de qualidade e humanizada e ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menores riscos de complicações no puerpério e obter maior sucesso no cuidado à criança e na amamentação (1,6).

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com a criança com vistas na Teoria de Leininger.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado com todas as mulheres participantes de grupos no pré-natal em uma Unidade Básica Saúde (UBS) da região norte do município de Londrina, Paraná, no período de maio de 2008 a maio de 2009.

A UBS estudada possuía uma população estimada em 13.354 pessoas, sendo 2.714 famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Contava com três Equipes de Saúde da Família (ESF). Em 2008, as residentes de Enfermagem em Saúde da Criança organizaram e sistematizaram grupos para gestantes, semanalmente na UBS, em conjunto com a equipe de enfermagem e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituída pelo educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e farmacêutica. Os encontros aconteciam uma hora antes do início das consultas com o ginecologista, tempo médio de espera para o atendimento. A duração dos grupos era de aproximadamente 40 minutos com a participação de sete a dez gestantes, as quais, comumente, eram de diferentes idades gestacionais.

Os temas abordados eram sugeridos pelas próprias mulheres ou construídos de acordo com as dúvidas mais frequentes. Os assuntos mais debatidos foram: orientação nutricional na gestação; técnica de relaxamento, alongamento, respiração e fisioterapia na gestação; uso de álcool, fumo e medicamentos; desenvolvimento fetal; trabalho de parto e tipos de parto; relação da tríade mãe-filho-família e função paterna; aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento com questões sociodemográficas, características gestacionais e sobre aleitamento materno, bem como práticas familiares quanto ao cuidado durante a gestação, parto, puerpério e cuidado com o conceito. O instrumento, baseado no protocolo municipal(3), foi preenchido individualmente antes ou após o início dos encontros pelas enfermeiras residentes,

mediante autorização firmada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, então, anexado ao prontuário das gestantes. Os dados coletados foram digitados e armazenados em um banco de dados formato EPI Info®. Para a análise foi utilizado estatística descritiva, adotando-se percentil e frequência simples.

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina que foi aprovado sob o parecer Nº. 039/09, CAAE nº. 0042.0.268.000-09.

Resultados

A população de estudo totalizou 47 gestantes, sendo a faixa etária jovem predominante ≤ 30 anos de idade (85,1%). Grande parte das mulheres era casada e primípara. Aproximadamente 60,0% tinha o ensino fundamental. Quanto à ocupação, a maioria não tinha atividade remunerada e pouco mais de 78,0% renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

No que se referem às características gestacionais das mulheres participantes nos grupos, verifica-se na tabela 2 que quase a totalidade (93,6%) iniciou o acompanhamento no pré-natal no primeiro trimestre de gestação, sendo 66% realizado pela enfermeira da UBS (66%).

A maioria das mulheres referiu que não havia planejado a gestação e não fazia uso de álcool e fumo durante a concepção. Grande parte possuía o calendário vacinal atualizado (91,5%) e desejava o parto vaginal (70,2%). As intercorrências gestacionais mais citadas foram os sangramentos, a anemia, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o diabetes mellitus.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres participantes de grupos no pré-natal, Londrina-PR, 2008 a 2009

| Características sociodemográficas | N | % |
|--|----|-------|
| | 47 | 100,0 |
| Idade (em anos) | | |
| ≤ 20 | 21 | 44,7 |
| 21 a 30 | 19 | 40,4 |
| ≥ 31 | 7 | 14,9 |
| Estado civil | | |
| Casado | 34 | 72,3 |
| Divorciado | 1 | 2,1 |
| Solteiro | 12 | 25,5 |
| Nº filhos | | |
| Primípara | 28 | 59,6 |
| Múltipara | 19 | 40,4 |
| Escolaridade (em anos) | | |
| ≤ 4 | 16 | 34,0 |
| 5 a 8 | 12 | 25,5 |
| 9 a 11 | 17 | 36,2 |
| ≥ 12 | 2 | 4,3 |
| Emprego | | |
| Remunerada | 17 | 36,2 |
| Sem remuneração | 30 | 63,8 |
| Renda familiar (em salários mínimos)* | | |
| < 1 | 4 | 8,5 |
| 1 a 3 | 37 | 78,7 |
| > 3 | 6 | 12,8 |

*Salário mínimo = R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais), Lei nº. 456/2009 do Estado do Paraná.

Entre as três formas de atuação do profissional na prestação do cuidado, segundo a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, verifica-se que a de preservação/manutenção da saúde se aplica para quase todas as características gestacionais tais como: início do pré-natal, tipo de profissional, hábito materno (fumo e álcool) e vacinação. A repadronização/reestruturação cultural dos modos de vida se aplica para a gestação não planejada e opção do parto. Para as intercorrências gestacionais a acomodação/negociação do cuidado para um modo benéfico de vida. (Tabela 2).

Na Tabela 3, pode-se observar que outra influência familiar positiva (91,5%) relatada pelas gestantes deste estudo foi a amamentação, favorecendo o desejo para amamentar seu filho (95,7%) e considerando esta prática como um ato belo/prazeroso (21,2) e nutritivo para a criança (68,1%). Grande porcentagem das mulheres não apresentou alterações na anatomia mamilar (80,9%). Tais características indicam a preservação/manutenção do cuidado como atuação do profissional na prestação do cuidado.

Tabela 2. Características gestacionais e atuação do profissional na prestação do cuidado segundo Leininger, Londrina-PR, 2008 a 2009

| Características Gestacionais | n | % | Atuação do profissional na prestação do cuidado |
|---|----|------|---|
| | 47 | 100 | |
| Período da primeira consulta pré-natal | | | |
| 1° trimestre | 44 | 93,6 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| 2° trimestre | 3 | 6,4 | |
| Realizado por | | | |
| Enfermeira | 31 | 66,0 | acomodação/negociação cultural do cuidado; preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Médico | 16 | 34,0 | |
| Gestação planejada | | | |
| Sim | 14 | 29,8 | repadronização/reestruturação cultural |
| Não | 33 | 70,2 | |
| Fumo | | | |
| Sim | 3 | 6,4 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Não | 44 | 93,6 | |
| Álcool | | | |
| Sim | 2 | 4,3 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Não | 45 | 95,7 | |
| Situação vacinal | | | |
| Atualizada | 43 | 91,5 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Não atualizada | 4 | 8,5 | |
| Opção do parto | | | |
| Vaginal | 33 | 70,2 | repadronização/reestruturação cultural |
| Cesárea | 14 | 29,8 | |
| Intercorrências gestacionais | | | |
| Sangramentos | 7 | 14,9 | acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Anemia | 6 | 12,8 | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica | 5 | 10,6 | |
| Diabetes mellitus | 2 | 4,3 | |
| Outros | 12 | 25,5 | |

Apenas 29,8% das mulheres referiram ter participado de palestras sobre aleitamento materno sendo necessária a atuação profissional para a repadronização/reestruturação cultural do cuidado, bem como a preservação/manutenção.

Quanto aos tabus, estes foram agrupados e classificados para a gestação, puerpério e criança. Verifica-se na tabela 4 que os tabus mais frequentes estavam relacionados à

criança (59,3%), sobressaindo-se a cólica do recém-nascido e a icterícia.

As práticas e tabus na gestação (18,5%) foram a amamentação e a hábitos maternos que refletem na saúde da criança.

Os tabus relacionados ao puerpério (22,2%) foram a alimentação e os hábitos do dia-a-dia da mãe.

Tabela 3. O aleitamento materno para as mulheres participantes de grupos no pré-natal e atuação do profissional na prestação do cuidado segundo Leininger, Londrina-PR, 2008 a 2009

| Aleitamento materno | n | % | Atuação do profissional na prestação do cuidado |
|--|----|------|--|
| | 47 | 100 | |
| Influência familiar para amamentar | | | |
| Positiva | 43 | 91,5 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Negativa | 4 | 8,5 | |
| Desejo em amamentar | | | |
| Sim | 45 | 95,7 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Não | 2 | 4,3 | |
| Motivos atribuídos ao desejo de amamentar | | | |
| Saúde da criança | 32 | 68,1 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Prazer e beleza | 10 | 21,2 | |
| Praticidade | 2 | 4,3 | |
| Benefícios para a saúde da mãe | 3 | 6,4 | |
| Condição dos mamilos | | | |
| Protusos | 38 | 80,9 | preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Planos | 6 | 12,7 | |
| Invertidos | 3 | 6,4 | |
| Participação em palestras sobre Aleitamento Materno | | | |
| Sim | 14 | 29,8 | repadronização/reestruturação cultural; preservação/manutenção do cuidado cultural |
| Não | 33 | 70,2 | |

As formas de atuação do profissional na prestação do cuidado às mulheres, segundo a Teoria de Leininger, quanto as praticas e tabus na gestação, puerpério e criança se aplica a repadronização/reestruturação cultural e a acomodação/negociação cultural do cuidado.

Discussão

O cuidado ao grupo materno-infantil com base na Teoria de Leininger, aponta para o profissional de saúde a necessidade de considerar o meio em que vive e o modo como se relaciona na sociedade, assim os usuários se sentem valorizados

e buscam, nesta relação de respeito, objetivos em comum tais como: o bem estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades nos diferentes ambientes que se relacionam.

Neste sentido, o enfermeiro que atua na atenção primária de saúde com foco na prevenção e promoção da saúde com conhecimento do perfil epidemiológico e das condições de vida dos diversos grupos populacionais reconhece a situação cultural e seus influenciadores e utiliza estas informações como ferramentas para prever as ações e decisões para o cuidado individual e coletivo.

Tabela 4. Práticas e tabus das mulheres na gestação, puerpério e atenção à criança e atuação do profissional na prestação do cuidado segundo Leininger, Londrina-PR, 2008 a 2009

| Práticas e Tabus | n | % | Atuação do profissional na prestação do cuidado |
|--|-----------|-------------|---|
| | 54* | 100,0 | |
| Na gestação | 10 | 18,5 | |
| <i>Práticas</i> | | | |
| Usar esponja vegetal nos mamilos | | | repadronização/ reestruturação cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Massagear a mama para formar bico | | | |
| Amamentação cruzada | | | |
| <i>Tabus</i> | | | |
| O leite materno pode ser fraco | | | repadronização/ reestruturação cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Simpatia para descobrir o sexo de bebê | | | |
| Não tomar friagem para o bebê não ter cólica | | | |
| Usar blusa curta passa friagem para o bebê | | | |
| Não dormir demais para o bebê não nascer preguiçoso | | | |
| No puerpério | 12 | 22,2 | |
| <i>Práticas</i> | | | |
| Tomar pinga com arruda para barriga voltar ao normal | | | repadronização/ reestruturação cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Chá de cachaça e manjerona para cefaléia e friagem | | | |
| Não comer alimentos ácidos para não dar cólica | | | |
| Não comer salsinha para não dar cólica | | | |
| Não comer carnes e ovos para não dar cólica | | | |
| <i>Tabus</i> | | | |
| Não torcer a roupa para não dar cólica no bebê | | | repadronização/ reestruturação cultural acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Não lavar os cabelos durante a dieta para não “pegar friagem” | | | |
| Não beber água enquanto amamenta | | | |
| À Criança | 32 | 59,3 | |
| <i>Práticas</i> | | | |
| Banho de picão para icterícia | | | repadronização/ reestruturação cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Banho de folha de mandioca para brotoeja | | | |
| Chá de camomila para cólica | | | |
| Gordura no chá para cólica | | | |
| Urina da mãe na barriga para cólica | | | |
| Enfaixar o umbigo para não ficar “estufado” | | | |
| <i>Tabus</i> | | | |
| Vestir meia do avesso para cólica | | | repadronização/ reestruturação cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado |
| Linha na frente quando tiver soluço | | | |
| Pulseira/sapato vermelho/sal grosso na meia para evitar mal-olhado | | | |
| Não sair de casa no sétimo dia de vida | | | |
| Frequentar a benzedeira três dias seguidos para mal-olhado | | | |
| Dormir com a roupa do lado avesso para não trocar a noite pelo dia | | | |

* Múltiplas respostas

Quanto à tendência das características sociodemográficas maternas verifica-se que mudou ao longo das décadas, observando-se que os extremos de idade, inferior a 19 anos e acima de 36 anos, tem se configurado um novo desafio na assistência reprodutiva, pois ainda o índice de gravidez na adolescência influencia negativamente nas condições de vida, por outro lado, uma parcela significativa das mulheres brasileiras a tendência é a gestação tardia devido o adiamento da maternidade (7).

No estudo realizado em uma maternidade de Fortaleza-CE com 200 adolescentes, em 2009, mostrou que 91% tinha idade entre 15 e 19 anos (8). No presente estudo, pôde-se observar que quase a metade das mulheres participantes dos grupos no pré-natal eram adolescentes. Esta faixa etária é considerada um fenômeno complexo que exige atenção e consideram-se critérios de risco as mulheres com idade menor de 15 anos e maiores de 35 anos(1).

Em outro estudo realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, pesquisa realizada com 2.196 mulheres mostrou que a situação conjugal de união consensual foi predominante, tanto no grupo das adolescentes (10 a 19 anos), quanto no grupo das adultas (20 a 34 anos) e de idade avançada (≥ 35 anos). Verificou-se ainda que 33,9% eram adolescentes solteiras e 7,8% casadas, já com relação às adultas foi menor a incidência de solteiras (21,2%) (9). Nesse estudo, 25,5% das mulheres eram solteiras.

Saber sobre a condição marital é considerada importante, pois o companheiro pode apoiar a mulher de diversas maneiras, como financeiramente, psicologicamente e na divisão das tarefas/responsabilidades domésticas, em

especial, quando esta ainda nunca viveu a experiência da maternidade. Além do apoio marital, ter apoio familiar pode favorecer o melhor cuidado materno e infantil.

Estudo realizado com 430 mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre-RS, para identificar variáveis sociodemográficas, relações sociais e familiares, aspectos reprodutivos, abuso e violência, identificou que havia sofrimento psíquico intenso em 32,6% das mulheres associado à baixa classe social, à não repetência escolar, ao relacionamento ruim com a mãe, à não aceitação da gestação pelo parceiro e à falta de apoio da família frente à gestação, bem como a pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro (7,5%) relacionada à repetência escolar, criação pela mãe biológica, idade precoce da primeira relação sexual e ocorrência de abuso físico. Tais evidências merecem atenção especial das políticas públicas de saúde para a inclusão de profissionais habilitados ao manejo dos aspectos emocionais no atendimento da maternidade precoce (10).

A pouca escolaridade materna foi evidenciada nesta pesquisa, bem como a baixa renda familiar. A baixa escolaridade além de ser considerado um fator de risco para a gestação na adolescência, a interrupção da escolarização em decorrência da gravidez, acarreta dificuldades de inserção no mercado de trabalho, perpetuando a tendência à pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e os seus dependentes (7).

Estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, com 2.741 puérperas mostrou que 43,2% estudaram entre cinco e oito anos e 47,2% possuíam renda entre 1 e 3 salários mínimos (11) Tais dados se confirmam nesse estudo em que se observou uma maior porcentagem de mulheres donas de

casa e casadas, o que reforça a baixa renda, tendo apenas um provedor financeiro no domicílio.

As condições sociais, econômicas e demográficas são relevantes para o profissional que atua na atenção primária de saúde se consider a TDUCC (4), pois a partir do mapeamento das condições de vida das mulheres em idade fértil ou mudança neste padrão na área de abrangência da unidade de saúde, pode-se evidenciar elementos que influenciam positivamente ou negativamente no bem estar deste grupo populacional, subsidiar o planejamento do cuidado individualizado ou grupos afins e desenvolver ações para prevenção de agravos, a exemplo mulheres acima de 36 anos ou menores de 19 anos que possuem maior risco de desenvolver intercorrências gestacionais e, conseqüentemente, resultar em complicações fetais.

Para o acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal, a condição social, econômica e demográfica deve ser considerada para qualificar a assistência, bem como ser iniciado o mais precocemente possível, a fim de detectar possíveis riscos biopsicossociais e realizar as orientações à gestante para que a mesma vivencie a gravidez da melhor forma possível (1).

A forma de atuação profissional durante o período gestacional, segundo a Teoria de Leininger, classificada no presente estudo foi a pautada na preservação/manutenção do cuidado cultural momento que ocorre auxílio ou capacitação a gestante para preservar ou manter sua saúde, bem como a repadronização/reestruturação cultural do cuidado em que há ajuda na reorganização ou modificação dos modos de vida para uma gestação segura para a mulher e concepto (4).

O fato da primeira consulta de pré-natal ser realizada pela enfermeira da UBS em 66,0% dos casos, visto o cadastramento no SISPRÉ-NATAL e organização das consultas subsequentes durante o período gravídico-puerperal, mostra a importância da atuação frente às práticas de educação em saúde, juntamente com a equipe do serviço, para melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante de baixo risco atendida no serviço de atenção básica, mediante a ampliação do cuidado multidisciplinar e multiprofissional (12).

Reafirma-se a atuação do enfermeiro no programa de acompanhamento pré-natal na atenção primária de saúde, um dos profissionais responsáveis para sua organização e manutenção, portanto possui maiores oportunidades de aproximação da usuária e pode aplicar a TDUCC, reconhecendo a situação cultural e seus influenciadores e utilizar estas informações para realizar intervenções mediadas no cuidado integral e, por conseguinte, favorecer o cumprimento dos direitos da mulher e concepto vivenciarem uma gestação segura e saudável.

Ressalta-se que entre as mulheres que relataram não ter planejado a gravidez, a maioria referiu não usar nenhum método contraceptivo, enquanto que 12,8% delas disseram como utilizavam, porém o uso era incorreto. Assim, é de extrema relevância, melhorar o acesso à informação das mulheres por meio de atividades de educação em saúde na comunidade, colocando em foco os diferentes métodos contraceptivos garantidos pelo Ministério da Saúde, bem como o modo correto de utilizá-los, a fim de evitar uma gravidez não planejada, à medida que se conscientiza da importância do planejamento familiar, inclusive nos grupos no pré-natal (13).

As intercorrências gestacionais levantadas neste estudo foram diversas, sendo

correspondente a sangramento, a anemia e também Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes mellitus*. Complicações hipertensivas e diabéticas na gravidez são as maiores causas de morbidade e mortalidade materna e fetal (1).

Assim, mostra-se a necessidade de atenção especial por parte dos profissionais de saúde, visto que este período pode ser considerado como o mais vulnerável, do ponto de vista fisiológico, por envolver não apenas a saúde materna, mas também a saúde da criança. Portanto, a forma de cuidado do profissional deve estar pautada na acomodação/negociação cultural momento que há estímulo para adaptação ou negociação a um modo benéfico de vida, evitando-se riscos a saúde do binômio.

Foi observado também, no presente estudo, que poucas gestantes referiram ser tabagistas ou etilistas. Cabe ressaltar que o hábito de fumar e o etilismo na gestação podem ter sido subnotificados devido ao “sentimento de culpa” das mulheres, que, contornando possível repreensão e desaprovação pelo profissional de saúde, relatam consumo menor da substância ou até mesmo, o negam. Vale referir que a literatura aponta que o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco na gravidez têm várias repercussões diretas para o feto, tais como a síndrome alcoólica fetal, restrição do crescimento intra-uterino e baixo peso ao nascer (14).

Em relação à situação vacinal, a maioria das mulheres estava com as vacinas atualizadas. A vacinação antitetânica previne o tétano neonatal, também conhecido como “mal dos sete dias” que acomete os recém-nascidos, geralmente na primeira semana ou nos primeiros 15 dias de vida (1).

Quanto à opção pelo tipo de parto, as gestantes referiram preferência pelo

parto vaginal, justificado pela maioria, a experiência familiar positiva por favorecer uma recuperação mais rápida se comparado ao parto cirúrgico. Por outro lado, esse estudo mostrou que ainda há pouco e até desconhecimento sobre o parto por parte das gestantes e, cabe ao profissional da saúde, promover ações em saúde para desmistificar os mitos e tabus que a comunidade sustenta, esclarecer dúvidas e incentivar o parto vaginal, durante o pré-natal, quando este não é contraindicado (15).

A influência familiar para amamentar de forma positiva e o desejo em amamentar pode, sem dúvida, contribuir para elevar as taxas de aleitamento materno entre as puérperas, visto que a prática de amamentar é também reflexo de processos socioculturais, baseados em valores e crenças que deve ser o guia para o *cuidar* em enfermagem, como aborda a Teoria da Transculturalidade de Leininger (4-5). Neste estudo, a forma de atuação profissional para o incentivo e promoção do aleitamento materno foi a preservação/manutenção do cuidado cultural que oferece a possibilidade de auxílio ou capacitação das mulheres para preservem ou manterem sua saúde, bem como da criança.

O aleitamento materno é uma etapa do processo produtivo feminino cuja prática resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo de amamentação, com repercussões positivas para a sociedade. Estudo realizado no ano de 2008, em dois Centros de Saúde da cidade de São Paulo, revelou que 98,2% das gestantes assistidas no pré-natal referiram o desejo favorável para amamentar e que ao optar por esta prática, a mãe além de prover o alimento ao filho, mantém proximidade corporal e proporciona maior vínculo entre mãe e filho (16).

Entre os inúmeros fatores que colaboram para o sucesso da amamentação, a anatomia da mama se torna um aliado. Nesse estudo, pôde-se observar que a grande maioria das gestantes não apresentou alterações na anatomia mamilar. De acordo com o Ministério da Saúde, mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impedem. Assim, para que essa mulher tenha sucesso na amamentação é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do seu filho (17).

O grupo de gestante é uma ação em saúde favorável, pois é um período em que as mulheres geralmente sentem-se inseguras e ansiosas, embora as mulheres entrevistadas afirmaram não ter participado de palestras sobre o aleitamento materno. Este é o momento adequado para se promover a saúde com orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com as mamas para prevenção de fissuras, além de evitar que mitos e tabus mais comuns nesta fase prejudique a amamentação. Para tanto, se torna necessária a captação precoce das gestantes para incentivá-las a participar efetivamente desses encontros (17). Neste aspecto, a repadronização/reestruturação cultural do cuidado deve ser aplicada pelo profissional para ajudar seu cliente na reorganização ou modificação dos modos de vida (4).

As práticas e tabus referidos pelas gestantes no presente estudo podem ter influência prejudicial para a saúde materno-infantil. Os tabus são provenientes de aprendizados culturais que as mulheres não sabem explicar, ou seja, idéias que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração. Neste sentido, utilizar as duas formas de cuidado segundo Leininger pode contribuir para minimizar ou até mesmo eliminar tais prática se tabus, a acomodação/negociação cultural para

estimular as mulheres se adaptarem ou realizarem negociação para viverem um modo benéfico de vida e; a repadronização/reestruturação cultural momento que o profissional ajuda a usuária do serviço na reorganização ou modificação dos modos de vida (4).

Os tabus relacionados à gestação podem prejudicar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, colaborando para o desmame precoce e interferindo na nutrição da criança na fase de crescimento e desenvolvimento. *O leite pode ser fraco, usar esponja vegetal e massagear a mama para formar bico* são práticas e mitos que foram apresentados nos resultados do presente estudo também foram semelhantes aos resultados da pesquisa em Passo Fundo-RS, que já haviam desmamado ou estavam em processo de desmame dos seus filhos com idade de zero a seis meses de vida (18).

Estudo realizado no ano de 2007, em uma comunidade de classes populares de Porto Alegre-RS, com o objetivo de conhecer mitos e tabus relativos à maternidade e suas implicações no processo saúde/doença, evidenciou que no processo de aprendizagem sobre os aspectos de saúde, as mulheres crescem e criam seus filhos reproduzindo o modelo estabelecido, sem avaliar com clareza necessária as repercussões desses determinantes em suas vidas (19). As práticas e tabus são culturalmente influenciados entres os povos e a Teoria de Leininger vem nortear os profissionais de saúde para lidarem com situações onde é preciso promover a preservação, negociação e a repadronização dos cuidados (4-5).

No período do puerpério, pôde-se observar que a alimentação e hidratação da nutriz foram mais afetadas, como *não comer alimentos ácidos, carnes e ovos*, além de *não beber água*. Foram citadas também

algumas práticas como *tomar pinga com arruda para barriga voltar ao normal e chá de cachaça e manjerona para cefaléia e friagem*, apesar das mulheres terem negado o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação. As puérperas restringem sua alimentação nesta fase, com a justificativa de que certos alimentos podem causar cólicas na criança, outras dizem que pode “fazer mal à criança”, sem especificar (20).

Com relação ao cuidado da criança, encontraram-se várias concepções, entre elas a cólica apresentou destaque. *Gordura no chá, urina da mãe na barriga da criança, chá de camomila, vestir meia do avesso* foram medidas citadas pelas gestantes para tentar aliviar a cólica. O aleitamento materno é considerado o principal fator de proteção contra a cólica, porém a mãe, sem conhecimento e até pela influência cultural, pode ofertar água ou chá, tornando a cólica como um fator de risco para o desmame precoce (21).

A concepção das gestantes quanto à icterícia também foi bastante relevante nesse estudo, visto que muitas mulheres referiram o banho de picão para curar a doença, evidenciando as práticas populares. A icterícia é um dos achados de exame físico mais comum em recém-nascidos. O principal objetivo do tratamento da hiperbilirrubinemia é a prevenção da encefalopatia bilirrubínica e suas complicações neurológicas graves, como o *Kernicterus*(22). Assim, fica claro a importância da orientação às gestantes durante o pré-natal sobre a icterícia, popularmente conhecido como “amarelão”, bem como suas implicações para a saúde da criança, para que as mesmas consigam detectar alterações na cor da pele do seu filho e procurar a UBS, a fim de identificar precocemente a doença e se necessário iniciar o tratamento adequado.

Cabe à equipe de saúde buscar compreender os tabus como valores culturais do cotidiano das mulheres e, então, promover a junção entre o conhecimento científico e as práticas populares, na tentativa de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, evitando possíveis riscos para os mesmos. Utilizar as três formas de cuidado cultural propostas por Leininger, como ferramenta de trabalho, pode favorecer a execução de uma assistência pautada na integralidade, mas vale ressaltar que nem sempre uma forma é única para determinar/abranger uma ação e, sim duas ou três, pois há que se considerar que tudo depende do contexto do indivíduo ou grupo social e momento de vida, que nem sempre são facilmente mutáveis exigindo sucessivas aproximações e intervenções.

No presente estudo, para a maioria das variáveis estudadas, classificou-se com uma das formas de cuidado cultural, mas ressalta-se que as práticas e tabus aqui apresentadas podem ser incorporar as três formas da Teoria da Diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa indicam que atender integralmente a gestante é uma tarefa que exige grande empenho da equipe de saúde, visto que nem todas foram assíduas nos grupos e participaram da totalidade dos temas ofertados na unidade de saúde.

Por outro lado, observou-se que a caracterização das mulheres participantes do grupo de pré-natal no município segue as encontradas na literatura. No que se refere às práticas e tabus das mulheres identificou-se algumas concepções positivas no autocuidado, mas ainda prevaleceram as negativas no cuidado

infantil. As três formas de cuidado cultural da Teoria de Leininger se apresentaram como classificações coerentes nas variáveis estudadas, mas ressalta-se que em cada uma delas duas ou mais formas podem ser aplicadas. Portanto, se faz necessário compreender a mulher nos seus diversos contextos: socioeconômico, demográfico e cultural para que antes mesmo da intervenção, volte-se para a identificação dos possíveis fatores de risco que impeçam ou prejudiquem a vivência de uma gestação saudável. Reafirmando que o cuidado da equipe de saúde, centrado na Teoria de Leininger, pode minimizar possíveis riscos a saúde materna e infantil entre as gerações.

Para que se almeje qualquer mudança na prática da promoção da saúde materno-infantil, sugere-se a manutenção da ação conjunta dos profissionais da saúde na busca ativa das gestantes para que as mesmas participem das consultas de pré-natal tão logo diagnostiquem a gravidez com intuito de repercutir positivamente nessa fase única da vida da mulher e sem dúvida reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis. Também é necessária a realização de novas pesquisas para avaliar o impacto dessas ações na qualidade de vida e saúde da mulher e criança.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde;2006.
2. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletr Enf. 2011;13(2):199-210.
3. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Assistência integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera - protocolo. Londrina, Paraná; 2006.
4. George JB, Madelaine Leininger. In: George JB, organizador. Teorias de Enfermagem - Os fundamentos para a prática profissional. Garces RM, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 286-299.
5. McEwen M. Visão de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed;2009. p. 269-70.
6. Ríos CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2007; 12(2):477-86.
7. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde;2009.
8. Caminha NO, Costa CC, Brasil RFG, Sousa DMN, Freitas LV, Damasceno AKC. Perfil de las madres adolescentes atendidas en una maternidad de referencia en Fortaleza-Ceará. Esc Anna Nery. 2012; 16(3):486-92.
9. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(7):326-34.
10. Rossetto MS, Schermann LB, Béria JU. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. Ciên. Saúde Coletiva. 2014; 19(10):4235-46.
11. Rasia ICR, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do sul, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(4):401-10.
12. Lima AP, Corrêa ÁCP. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):876-83.
13. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos,

- comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):685-93.
14. Calife K, Lago T, Lavras C (org). *Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo: São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;2010. p. 234
15. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão M, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(2):337-46.
16. Takushi SAM, Tanaka ACA, Gallo PR, Machado MAMP. Motivação das gestantes para o aleitamento materno. *Rev Nutr*. 2008; 21(5):491-502.
17. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde da Criança: Nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar: caderno de atenção básica n. 23*. Brasília: Ministério da Saúde;2009.
18. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*. 2008; 32(4):466-74.
19. Luz AMH, Berni NIO, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. *Rev Bras de Enferm*.2007; 60(1):42-8.
20. Oliveira DR, Gomes PR, Bando AMN, Gonçalves SR. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizas atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. *Arquivos Bras de Ciênc. da Saúde*. 2011; 36(2):67-71.
21. The Joanna Briggs Institute (JBI). Best Practice. A Efetividade das intervenções na cólica do lactente. 2008; 12(6). [Acesso em 15 de agosto de 2015] Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesq/nucleo/jbi/documentos/Best%20Practices%20traduzidos/n%2057%20The%20effectiveness%20of%20interventions%20for%20infant%20colic.pdf>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2v. Brasília: Ministério da Saúde;2011.