

FERNANDA GONÇALVES FERREIRA

**ASPECTOS CULTURAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO, PARTO E
PUERPÉRIO E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.**

CAMPOS GERAIS/MG

2011

FERNANDA GONÇALVES FERREIRA

**ASPECTOS CULTURAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO, PARTO E
PUERPÉRIO E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Salime Cristina Hadad

CAMPOS GERAIS/MG

2011

FERNANDA GONÇALVES FERREIRA

**ASPECTOS CULTURAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO, PARTO E
PUERPÉRIO E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Salime Cristina Hadad

Banca examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo buscar na produção científica estudos sobre as crenças e práticas relacionadas à gestação, parto e puerpério e identificar as ações em educação em saúde que valorizem o contexto cultural-social-político em que estão inseridas as famílias. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica narrativa, com pesquisa nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. As influências culturais, advindas da interação entre as pessoas, estão presentes em todas as fases do ciclo gravídico, moldando os comportamentos das mães no cuidado com os recém-nascidos. Várias metodologias de educação em saúde têm sido utilizadas no acompanhamento da gestação por profissionais de saúde, como educação em saúde participativa, grupos de gestante e o método pesquisa-ação, onde os participantes participam de toda a elaboração do processo. Além disso, os resultados reforçam que deve sempre haver compartilhamento e negociação entre práticas populares e científicas, sem imposição de idéias.

Descritores: gestação, cuidados com recém-nascido, educação em saúde e cultura.

ABSTRACT

This study aimed to look at scientific studies on the beliefs and practices related to pregnancy, childbirth and postpartum and identify actions in health education appreciate the cultural-social-political environment in which they operate their families. The methodology used was a narrative review, with research bases Scielo and Google Scholar. Cultural influences, coming from the interaction between persons are present in all phases of pregnancy, shaping the behaviors of mothers in caring for the newborns. Several methodologies health education has been used in the monitoring of gestation health professionals, such as health education participatory groups of pregnant women. The method of action-research, where attendees participate in the preparation of all process, in addition, the results emphasize that there must always be sharing and negotiation between popular and scientific practices, without imposing ideas.

Keywords: Pregnancy, caring for the newborn, health education and culture.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO.....	3
2.1. GERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. METODOLOGIA DE ESTUDO	3
4. DESENVOLVIMENTO	4
4.1. Aspectos culturais presentes na gestação, parto e puerpério	4
4.1.1. A gestação	4
4.1.2. Primigesta.....	5
4.1.3. O Parto	6
4.1.4. Os cuidados com recém-nascidos	7
4.2. As ações de saúde e as práticas educativas presentes no pré-natal.....	8
4.3. Estratégias de educação em saúde relacionadas aos aspectos culturais.....	10
5. CONCLUSÃO	12
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	13

1- INTRODUÇÃO

“Por ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE compreende-se os cuidados essenciais à saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, e a um custo que estas comunidades e os países possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e determinação.” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um programa do governo brasileiro que trabalha com a Atenção Primária à Saúde e foi estruturado para reorganizar o sistema de saúde (COSTA & CARBONE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, uma unidade de saúde da família se destina a “realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção” (COSTA & CARBONE, 2004). A promoção da saúde representa um processo que busca aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades em melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. A promoção da saúde tem, portanto, relação com a educação em saúde, que se estabelece a partir da participação da população (SANTOS & PENNA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil, em 2007, chegou a 20 mortes de crianças menores de um ano para cada 1000 nascidas vivas (BRASIL, 2007). O diagnóstico evidencia que as causas, de um lado, estão relacionadas a agravos relativos à gestação que levam ao nascimento prematuro e complicações no momento do parto e, por outro lado, a diarreia, pneumonias e desidratação. Diante da influência que as causas evitáveis têm nesse alto índice de mortalidade infantil tem-se buscado o fortalecimento, na Atenção Básica, da atenção à gestante e ao Recém nascido (RN). No cuidado a gestante e a criança é priorizado a prevenção, sendo as atividades educativas a melhor opção (MINAS GERAIS, 2006).

As recomendações do Ministério da Saúde para a assistência humanizada à gestante incluem a criação de grupos de apoio para atendimento das necessidades reais e originárias dos cuidadores da criança. Um importante objetivo presente na organização desses grupos é o preparo para a maternidade e a paternidade (BRASIL, 2003).

Atualmente, o modelo utilizado pela enfermagem obstétrica e neonatal está pautado na humanização da assistência, na busca pela integralidade, valorização das crenças e

modos de vida, através do desenvolvimento de ações para o cuidado integral à mulher, ao recém-nascido e à família (SILVA et al, 2005). A saúde deve ser abordada de acordo com o contexto cultural, histórico e antropológico, em que estão as mães e as crianças inseridas (BRASIL, 2003).

Durante muito tempo o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas. Ainda hoje esse modelo traz um distanciamento entre o saber científico e o saber cultural (SILVA et al, 2005). Estudos mostram que nas camadas populares, há mais ajuda familiar no cuidado com as crianças com larga utilização de recursos próprios, que envolvem adaptações de saberes populares, transmitidos no âmbito da própria família (BUSTAMANTE, 2007).

Nas diversas sociedades há diferentes percepções das doenças, que indicam para elas qual a gravidade do problema e qual o tipo de tratamento a procurar. A escolha do tratamento é afetada por fatores culturais (HELMAN, 1994). GEERTZ (apud UCHÔA 1997:90) definiu cultura como "... um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações...".

A mulher grávida compartilha essa experiência com sua família ou grupo social ao qual pertence e já possui conhecimentos sobre a gravidez e cuidados com seu filho que vieram da maneira como sua mãe a criou. Segundo o interacionismo simbólico, é através da interação entre as pessoas que se formam os significados. Os significados dados às pessoas, coisas e acontecimentos são os norteadores dos comportamentos. Portanto, os comportamentos de saúde do ser humano são aprendidos através da interação com as pessoas, especialmente com os membros da família (TEIXEIRA, 2006; ISEHARD et al, 2009).

Monticelli (2006) observou que os profissionais de saúde interpretam a cultura das famílias, rede de símbolos e significados, como sendo "crenças", um termo utilizado no contexto familiar ou popular que não tem qualquer tipo de relação com o modelo profissional. O termo seria interpretado como práticas ultrapassadas, sendo entendido como algo pejorativo, numa reação perigosa, já que sujeita as famílias quase que de imediato a um rótulo comportamental, desvalorizando totalmente a cultura das famílias.

Helman (1994) diz que na prática, todas as sociedades possuem mais de uma cultura em seu interior, muitas sociedades têm uma estratificação social, sendo que cada estrato tem seus próprios predicados culturais, com distintos padrões de comportamentos alimentares, habitacionais, de linguagem, entre outros. As complexas sociedades contemporâneas possuem uma outra subdivisão da cultura, as sub-culturas profissionais, que são grupos com conceitos, regras e organização social próprios, como por exemplo, os médicos, enfermeiros, militares e profissionais da lei.

O estudo de Bustamante (2007) mostrou que a presença do PSF possui alcance limitado porque contraria práticas tradicionais. É nesse aspecto que buscamos por meio deste trabalho conhecer as crenças e práticas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, e as estratégias e programas de saúde que as valorizam no cuidado à gestante que poderão contribuir para a redução da distância entre os conhecimentos científicos e tecnológicos atualmente utilizados pelo PSF e os conhecimentos culturais das diferentes comunidades.

2- OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer as crenças e práticas relacionadas à gestação, parto e puerpério e identificar as ações em educação em saúde utilizadas no acompanhamento das gestantes e no cuidado com os recém-nascidos que valorizem o contexto cultural-social-político em que estão inseridas as famílias por meio de revisão bibliográfica.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer algumas crenças e práticas (contexto cultural) relacionadas à gravidez, à primigesta, ao parto e ao cuidado com recém-nascido.
2. Conhecer algumas estratégias de educação em saúde que respeitam os aspectos culturais na construção de práticas profissionais para orientação ao pré-natal e ao cuidado com recém-nascido.

3- METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo foi realizado por meio da revisão bibliográfica narrativa de produções científicas sobre a influência da cultura na gestação, parto e puerpério e estratégias de educação em saúde na gestação relacionadas aos aspectos culturais. As pesquisas de artigos científicos foram realizadas nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico no idioma português, utilizando os descritores gestação, cuidados com recém-nascido, educação em saúde e cultura. O período de consulta foi de 2010 a 2011. Foram obtidos nesse levantamento 28 artigos e selecionados 22 artigos para estudo.

Após a leitura e análise, as produções científicas foram incorporadas ao estudo e estruturadas de acordo com a sequência biológica do crescimento do bebê, desde a gestação até o puerpério, dando enfoque as práticas profissionais que respeitam os aspectos culturais das famílias. Também foram realizadas consultas aos programas e protocolos do Ministério da Saúde e livros técnico-científicos.

Este estudo orientou-se pela teoria do interacionismo simbólico, que acredita ser através da interação das pessoas que se formam os significados (crenças e valores culturais) que coordenam o modo de agir da sociedade (TEIXEIRA, 2006). Os comportamentos das pessoas são ditados pela sua cultura, esta advinda de sua interação desde o nascimento com outras pessoas, especialmente familiares, não significa que haja determinismo cultural, já que o ser humano tem a capacidade de criação e transformação (TEIXEIRA, 2006).

4- DESENVOLVIMENTO

Os profissionais de saúde devem conhecer os comportamentos culturais de cada família para criar estratégias de educação em saúde. A cultura inerente à mulher e à sua família influenciará no seu comportamento durante sua gestação, parto e puerpério, principalmente na primigesta, para quem tudo é desconhecido (TEIXEIRA, 2006). Em cada fase há crenças inerentes à sociedade e à família que são mais comuns e precisam ser conhecidas para que os profissionais possam orientar a família de maneira eficaz. Abaixo estão descritas as fases gestacionais e algumas crenças e hábitos que estão presentes em cada fase.

4.1. Aspectos culturais presentes na gestação, parto e puerpério

4.1.1. A gestação

Segundo Williams Obstetrics (2005, apud ENGEL, 2010a), a gravidez se inicia a partir da implantação do ovo no endométrio, embora o desenvolvimento de um novo ser já tenha se iniciado com a fecundação.

Na gestação a mulher passa por profundas transformações, tanto físicas, quanto psicológicas. Entre os sinais físicos têm-se alterações cutâneas como hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), escurecimento da linha Alba (linha nigra) e aumento da lanugem (sinal de Halban); alterações mamárias como aréolas pigmentadas e aparecimento de tubérculos de Montgomery, aumento da vascularização (rede de Haller) e aumento da

pigmentação do mamilo (sinal de Hunter); alterações na tonalidade da mucosa vulvar; entre outras mudanças corporais (ENGEL, 2010a).

Além dos sinais, a gestante poderá apresentar alguns sintomas clássicos como náuseas, sialorréia (aumento da salivação), aumento da sensibilidade álgica mamária, aumento de frequência urinária, distensão abdominal, constipação intestinal, tonteiras, sonolência e fadiga (ENGEL, 2010a).

Diante de tantas modificações físicas, e de tantas mudanças na vida da mulher, certamente o fator psicológico será afetado. Ela passa por uma crise adaptativa e, portanto, por desarmonia entre corpo, mente e espírito (PEREIRA, 2005). Segundo Silva (2002), os sentimentos da mulher na gestação oscilam entre medo, angústia, desesperança, insegurança e felicidade, também em situação em que a gravidez não é desejada pela família há uma sobrecarga emocional sobre a mulher, tornando-a mais vulnerável e mais necessitada de apoio.

As manifestações emocionais e atitudes de cada gestante estão relacionadas com suas crenças, valores, atitudes e ambiente social. Na pesquisa de Iserhard (2009) houve um relato de uma gestante que ingeria bebida alcoólica esporadicamente e fumava durante a gestação, e ao ser abordada, ela relatou que seus antepassados diziam “... *que é bom tomar um golinho pra o nenê ficar limpinho...*”. Já o fumo, fazia parte da cultura local, entretanto sabe-se que o cigarro aumenta o risco de aborto espontâneo em 70% e de parto prematuro em 40%. No mesmo estudo, mulheres que tiveram filhos prematuros e malformados veem isso como culpa e punição. (SILVA, 2002).

Como a gravidez é um momento de insegurança para a mulher, há um apego aos aspectos religiosos e procura pelo saber popular de suas mães e familiares ou de rezadeiras. Preferem muitas vezes seguir o conselho da experiência de suas mães e avós. Por exemplo, quando dizem o que comer, não comer perto da panela senão descola a placenta, comer o que está desejando sob pena de a criança nascer de boca aberta, entre outros (BEZERRA, 2006).

4.1.2. Primigesta

A mulher primigesta passa por sentimentos ambivalentes de alegria e felicidade e de ansiedade, medo, insegurança e incerteza (ALVES, 2007).

Na pesquisa de Bezerra (2006), os relatos das mães entrevistadas revelam bem isso, por exemplo: “*As minhas colegas, que já foram mães, diziam que o parto é muito difícil...*” e “*A minha mãe foi quem primeiro me falou sobre o parto,... a dor de ter filho a gente esquece do mundo, para mim é mesmo que morrer*”.

O parto sempre foi cercado de mitos e crenças, na maioria das comunidades quando o assunto é parto, ele é refletido à dor intensa, sofrimento. Assim, como poderia uma jovem

que nunca passou pela experiência de ter um filho pensar de outra maneira, a não ser com medo (BEZERRA, 2006). Estudos mostram que filhas de mães que remetem ao parto como momento de satisfação sofrem menos (BEZERRA, 2006).

A primigesta tem medo de como será sua vida com a chegada de um novo ser em seu lar e se sente insegura com relação aos cuidados com o recém-nascido (MILITÃO & SOUZA, 2001). A rede social remete o nascimento da criança às mudanças significativas no cotidiano familiar, enfatizam que o serviço é redobrado, é trabalhoso, com grandes preocupações. Tornar-se pai e mãe gera um período de mudanças e instabilidades para a mulher e para o homem que decidem ter filhos (ALVES, 2007).

4.1.3. O parto

O parto segundo Engel (2010b), “*é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. É a expulsão do feto para o mundo exterior...*”. O nascimento é um fenômeno que envolve a mulher, seu parceiro, a família e a comunidade, e mesmo as primeiras civilizações agregaram significados culturais a ele (BRASIL, 2003).

O parto pode ser vaginal (normal) ou cesariana. O número de cesariana atualmente é alto, e preocupa o Ministério da Saúde, que considera ideal a taxa de cesariana em torno de 15 a 20% para o total da população (BRASIL, 2003). No Brasil, em dados de 1993, 31% dos partos de hospitais públicos foram cesarianas. (CAMARA et al, 2000) Segundo Braga (apud CAMARA et al, 2000), são responsáveis pelo alto índice de cesarianas o despreparo psicológico das mulheres para o parto vaginal condicionado pelo ambiente social e pelos meios de comunicação e falhas no pré-natal.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (apud CAMARA et al, 2000), a operação cesária é uma cirurgia de médio porte e deveria ser realizada somente na impossibilidade do parto normal. O alto índice de cesariana leva a maior mortalidade materna, maior morbidade materna, dobro da permanência hospitalar, alterações emocionais prolongadas, aumento da incidência de problemas respiratórios nos recém-nascidos (RN), aumento da mortalidade neonatal, entre outros (CAMARA et al, 2000).

A pesquisa de Camara et al(2000) mostrou que o medo é um dos principais causadores do alto índice de cesariana: “... *eu quero a cesárea, porque... A dor, todo mundo fala que dói muito*”.

A mulher durante o pré-natal, segundo o MS, deve ser orientada sobre os dois tipos de parto, sobre os benefícios de parto normal para a mãe e para a criança e sobre os riscos do parto cesária, para a partir daí, ela própria e seu parceiro poderem fazer suas escolhas (BRASIL, 2003).

4.1.4. Os cuidados aos recém-nascidos

Recém-nascido (RN) é a designação dada a toda criança ao nascer até 28º dia de vida. Essa é uma faixa etária em que a criança dependerá de um cuidador mais do que em outras faixas etária, já que há imaturidade funcional de diversos órgãos e sistemas e crescimento e desenvolvimento acelerados (MINAS GERAIS, 2005).

Em vários estudos percebe-se que cada vez mais os cuidadores das crianças têm mais dúvidas quanto aos cuidados que deverão ter com elas, há uma crescente insegurança dos pais, levando-os a procurarem nos especialistas respostas para, por exemplo, as crises de choros e fraudas. Isso vem ocorrendo principalmente entre mulheres de classes mais privilegiadas (MARTINS, 2008).

Segundo Alves e Rabelo (apud BUSTAMANTE, 2007), com relação às práticas de saúde, as famílias de camadas mais populares seguem mais aos recursos próprios, os saberes populares, transmitidos no âmbito da própria família do que as indicações médicas.

O aleitamento materno é recheado de tabus e mitos, como “leite fraco”, “leite pouco”, “prejudica a estética corporal”, entre outros, todos influenciados pelo desenvolvimento cultural da sociedade (MILITÃO & SOUZA, 2001). As avós participam do processo de cuidado de seus netos, interferindo muitas vezes, de modo a desestimular a amamentação, quando oferecem chás, preparado com amido, alegando que o leite materno é fraco (TEIXEIRA, 2006).

Segundo a pesquisa de Teixeira (2006), os significados trazidos pelos familiares vieram de suas próprias experiências de não amamentarem seus filhos. Nesta pesquisa as avós justificaram o fato de não amamentar com mitos já conhecidos sobre amamentação, como leite fraco, pouco leite.

Outro conteúdo cultural relacionados à amamentação foi o uso de um pente para estimular o leite a descer, prática que pareceu inócua (BARBOSA, 2007).

O cuidado com o coto umbilical é uma das questões que mais incomodam a mãe. O Ministério da Saúde recomenda somente o uso de álcool absoluto no cuidados com o coto umbilical, método indispensável na prevenção do tétano neonatal e o não uso de qualquer tipo de cobertura no curativo (MINAS GERAIS, 2005). Entretanto, as orientações familiares são muitas vezes as mais seguidas, ou a única orientação que recebem. Conforme estudo de Iserhard (2009), “... *botava banha de galinha após o banho e caia bem ligeiro... Porque a mãe nos criou assim...*”.

O uso da faixa umbilical é outra prática muito comum transmitida entre as gerações, sendo hoje contra indicada. Segundo as mães, a “faxinha” evitava o aparecimento da hérnia umbilical no caso de criança muito chorosa (ISERHARD, 2009).

Algumas vezes o costume se relaciona, não com o coto umbilical em si, mas com aquele pedaço de cordão que se desprende depois de seco. “... *cuidar o umbigo, depois que ele cair, a gente tem que enterrar. Porque se não o rato come e a criança vira ladrão...*” (ISERHARD, 2009).

A icterícia é a coloração amarelada da pele, esclerótica e mucosas do bebê quando ele apresenta depósito de bilirrubina nestes locais. Na maioria dos casos é fisiológica, aparecendo após 24 horas do nascimento e permanecendo por média de uma semana, mas, também pode se relacionar à síndrome ou doença. Quando ela aparece, a mãe tende a buscar ajuda na medicina popular (MINAS GERAIS, 2005). Algumas mães entrevistadas na pesquisa de Luchesi (2010) mostraram não conhecer outro tratamento, senão os populares como banho de picão, banho de telha virgem, banho de rosa - branca e banho de sol.

Em relação ao uso da “chupeta”, percebe-se uma relação simbólica entre a chupeta e a figura do recém-nascido. O conhecimento produzido pela tradição coloca a chupeta como calmante e a mulher assume seu uso como algo natural e conseqüentemente, a inclui nos seus planos de cuidado de seu filho (SERTÓRIO & SILVA, 2005).

Desde os primórdios da humanidade o ser humano utiliza de práticas alternativas de cuidados à saúde, como benzedura. A benzedura cura, segundo conhecimentos populares, quebranto, dor de barriga, soluço. Para que haja eficácia neste tipo de prática popular é essencial a fé na cura que é dom de Deus e a confiança da comunidade no curador (ISERHARD, 2009).

Outro elemento cultural muito significativo é o uso de chás no cuidado com os bebês, apesar de não recomendado até os seis meses. Esse constitui no primeiro recurso utilizado pelas mães diante de uma situação de cólica ou febre. As mulheres relatam que usam os chás com a orientação das mães: “... mas a mãe diz que não... Eles sentem sede, é bom dar um chazinho...” (ISERHARD, 2009).

4.2. As ações de saúde e as práticas educativas presentes no pré-natal

Todas as grávidas possuem um risco mínimo, influenciado em parte por componente comportamental, inerente ao período gravídico que podem e devem ser controlados com uma assistência pré-natal de qualidade (CANDEIAS, 1980). Um bom pré-natal deve contar com um atendimento médico de qualidade e atividades de educação em saúde, que devem sempre considerar os aspectos culturais presentes em cada período em que se encontra a futura mãe.

Segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento da gestante (pré-natal) pelo serviço de saúde deve se iniciar o mais rápido possível, até o quarto mês de gestação

(MINAS GERAIS, 2006). Este consiste no conjunto de atividades que objetivam o nascimento de uma criança saudável e no bem-estar materno e neonatal e busca prevenir futuras complicações (ENGEL, 2010).

O pré-natal, além do atendimento médico, deve conter a parte educativa, geralmente realizada pela enfermagem. Os grupos de gestantes devem oferecer informações importantes sobre a gestação e sobre os cuidados que a gestante deverá ter com seu filho recém-nascido (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Bonadio (1991), as grávidas veem como bom pré-natal aquele em que há uma interação entre profissionais e pacientes e há criação de vínculos, além de estimular a reflexão, conforme a seguinte fala: *“pré-natal é melhor onde conversam e explicam as coisas pra gente”*. A interação permite respeito à cultura e adoção de atitudes como ver, ouvir e sintonizar com o cliente na perspectiva dele, e não somente do profissional.

No pré-natal os profissionais devem saber escutar as angustias de cada mulher, entendendo seu contexto cultural e a partir daí levar informações de forma simples, com linguagem simples, de modo que a gestante entenda e que não bata de frente com suas crenças (SILVA, 2002). Na gestação a mulher necessita, além de ser ouvida e compartilhar sua história e suas percepções e deseja ser acolhida de forma integral pelos serviços de saúde (HOGA & REBERTE, 2007).

O uso de uma linguagem simples na educação em saúde durante o pré-natal é imprescindível, como exemplo tem-se o estudo de Vieira (2006), que mostra que a maioria das mulheres desconhece o significado do termo tétano neonatal. Já, “mal do umbigo” e “mal dos sete dias”, que são termos populares são bastante conhecidos e temidos, já que sabem que podem levar a óbito. O estudo mostra que se esses termos populares forem utilizados na educação das futuras mães podem facilitar a disseminação de informações sobre os cuidados com o coto.

A consulta de enfermagem atualmente se volta para um relacionamento mais democrático e demanda um modelo de poder mais horizontalizado entre usuários e profissionais de saúde. Tentar compreender o fundamento de cada processo cultural no cuidado ao recém-nascido pode surpreender, por exemplo, ao observar o ato de “pentear a mama”, percebeu-se que era feito com fricções suaves, o que de certa forma massageava as mamas, possibilitando a drenagem do leite retido. Há, entretanto, outras técnicas culturais que não possuem fundamento teórico, como o uso da faixa umbilical, que pode predispor à infecção. Houve abandono ao uso dessa técnica pelas mães após esclarecimento das causas prováveis da hérnia (BARBOSA, 2007).

Ainda durante a gestação, a mulher deve receber algumas informações importantes quanto ao enfrentamento do papel materno e sobre os cuidados que terão com seu filho recém-nascido, principalmente as primigestas (MINAS GERAIS, 2006; ALVES, 2007).

O processo de nascimento é importante pelas modificações que provoca na vida da mãe ou do casal e pelas novas rotinas impostas, principalmente para a primigesta. O que era “barriga” agora assumirá forma concreta em seus braços (ALVES, 2007).

4.3. Estratégias de educação em saúde que valorizem os aspectos culturais

Sabe-se que muitas crianças morrem antes de completar um ano de idade, assim é responsabilidade dos profissionais de saúde cuidar de cada gestante e de cada criança que começa a crescer (MINAS GERAIS, 2005). O acompanhamento da criança, puericultura, se inicia desde o período da gestação, no pré-natal (SANTOS & PENNA, 2009).

Prestar assistência à família em situação de puerpério e nascimento implica em conhecer como cada família cuida, em conhecer suas crenças e conhecimentos familiares (MARTINS, 2008). Cada caso deve ser visto como um caso biomédico isolado (ISEHARD et al, 2009). Teixeira (2006) acredita que é importante conhecer os significados culturais que as doenças e os cuidados de saúde têm para as pessoas para relacioná-los com a prática médica. É necessário conhecer cada caso, seu significado e conteúdos culturais, sem imposições e autoritarismo (TEIXEIRA 2006) e, além disso, o cuidado com o vocabulário deve ser tomado em todas as atividades de educação em saúde, devendo sempre adotar termos populares (HOGA & REBERTE, 2007).

É importante preparar os profissionais para atuarem na educação das gestantes, dando importância ao contexto social e cultural das mulheres. Os profissionais de saúde muitas vezes veem a rede de símbolos e significados das famílias como sendo “crenças”, que fazem parte do sistema familiar ou popular de cuidado à saúde e que não mantêm qualquer tipo de aproximação com o modelo profissional, desvalorizando-os e desmerecendo-os. Os trabalhadores da saúde, muitas vezes, também, consideram os conhecimento e práticas familiares como se não existissem, sendo tratados de forma irrelevante, negligenciados ou mesmo negados. A reação dos profissionais é perigosa e pode influenciar na aceitação por parte das mães das orientações dadas pelos profissionais (MONTICELLI, 2006). Muitos profissionais de saúde assumem uma postura de rejeição do saber das camadas sociais menos favorecidas (SANTOS & PENNA, 2009).

A educação em saúde participativa é um método de educação que se estabelece em contraposição a postura comumente adotada de rejeição do saber popular. Estabelece-se a partir da participação da população, de suas necessidades, de seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências, no contexto cultural-social-político em que vive. Sendo, portanto, uma construção contínua e conflituosa de aceitação das diferenças. Para se obter conhecimento da cultura é importante tornar os sujeitos envolvidos em protagonistas do processo, que leva a reflexão (SANTOS & PENNA, 2009). São realizadas a fim de

complementar o atendimento realizado nas consultas de pré-natal, buscando melhorar a adesão das mulheres a hábitos de vida mais saudáveis e diminuir ansiedades e medos relacionados ao período pré-natal e puerperal (HOGA & PENNA, 2007).

O desenvolvimento de grupo de gestante, segundo Candeias (1980), é considerado um recurso importante de atendimento a gestante, puérpera e familiares. São realizados a fim de complementar o atendimento realizado nas consultas de pré-natal, buscando melhorar a adesão das mulheres a hábitos de vida mais saudáveis e diminuir ansiedades e medos relacionados aos períodos de pré-natal e puerperal (HOGA & REBERTE, 2007). Esse tipo de educação em saúde incentiva o intercâmbio de experiências e cria uma atmosfera de compreensão mútua entre os membros. Conforme estudo de Santos & Penna (2009), em relatos de participantes de grupos de educação em saúde, observou-se a necessidade dos participantes em se sentirem pertencentes a um grupo de pessoas que vivenciam o mesmo fenômeno, no caso a gravidez.

O desenvolvimento do grupo de gestante comum, que é desenvolvido mediante formatos pré-estabelecidos quanto ao conteúdo e estratégia, no estudo de Hoga & Reberte (2007), não satisfaz plenamente os participantes do grupo. Embora tenham avaliado o método de forma positiva, requisitaram estratégias mais participativas e voltadas às necessidades dos participantes.

Existe um tipo de educação de grupo chamada pesquisa-ação. Essa abordagem associa a ação com uma atividade de pesquisa na condução das sessões grupais. Nesse tipo de grupo de educação em saúde, os participantes podem sugerir os temas que serão abordados nos encontros e também o número de sessões, foca-se, então, nas demandas específicas dos integrantes do grupo e na participação dos integrantes na tomada de decisões a respeito da forma como o grupo será desenvolvido. No final de cada sessão é aplicado um questionário, onde os participantes deverão registrar suas impressões sobre o trabalho realizado no grupo e dar sugestões para as sessões subsequentes (HOGA & REBERTE, 2007).

Conforme a pesquisa de Hoga & Reberte (2007), os participantes do grupo de gestante onde foi adotada a pesquisa-ação, relataram que a estratégia promoveu maior intimidade entre os integrantes do grupo e os motivou a dar continuidade à participação. Além dos temas abordados terem sido em conformidade com os interesses dos participantes, eles se sentiram personagens ativos do processo de aprendizado.

Essa metodologia de execução dos grupos de educação atende às recomendações do Ministério da Saúde para a assistência humanizada da mulher, onde está incluída a criação de grupos de apoio para atendimento às necessidades reais e originárias das próprias mulheres e seus parceiros durante a gravidez. Objetivando oferecer suporte e

cuidado adequado para a gestação e período puerperal, bem como preparo para a maternidade e a paternidade (BRASIL, 2003).

Algumas limitações dessa estratégia citadas por Hoga & Reberte (2007) foram dificuldade de algumas pessoas em se expressarem e grande heterogeneidade dos componentes do grupo com relação à escolaridade.

Dentro do conceito de grupos de gestante a ideia de Madaleine Leninger propõe um processo de compartilhamento e negociação de cuidados populares e profissionais, sem imposições (TEIXEIRA, 2006).

5- CONCLUSÃO

Os diversos estudos analisados demonstraram que os comportamentos das pessoas são ditados pela interação delas umas com as outras, sendo assim, as famílias e sociedade são as responsáveis pelo modo de agir e atuar de todos nos cuidados com a saúde. A mulher durante todo o desenvolvimento do bebê, desde a gestação, se encontra numa fase mais carente e necessitada de auxílio, e a família é quem dá o primeiro suporte, e quem repassa todos os conhecimentos populares transmitidos de geração em geração. Assim, os valores culturais estão presentes fortemente no cuidado com os recém-nascidos, sendo que alguns procedimentos adotados pelas mães não apresentam comprovação científica.

Acredita-se que as práticas dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal precisam ser revistas. Precisa-se entender que não se deve procurar uma “verdade absoluta”, mas uma conexão entre o saber popular e o científico que possuem um objetivo comum, uma gestação sem complicações e o nascimento e desenvolvimento de uma criança saudável. Para que isso seja possível os profissionais devem conhecer os seus clientes de forma holística e valorizar suas práticas culturais.

Percebe-se que não é possível dissociar os conhecimentos populares dos conhecimentos científicos. Apesar disso, ainda hoje, muitos profissionais de saúde tendem a desqualificarem qualquer prática ou experiência que não tenha fundamento científico e profissional (MARTINS, 2008).

As práticas educativas devem ser mais dinâmicas e complexas, e precisam sempre trabalhar focadas na ideia de que a saúde e a doença expressam uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando-se com turbulências do ser humano enquanto ser total.

Os grupos de educação voltados às gestantes devem focar no bem estar da gestante e do recém-nascido, devem ser participativos e dinâmicos, com a participação das

mulheres e seus parceiros em todo o processo de organização dos grupos e durante todo o desenvolvimento dos mesmos, ouvindo o que os participantes têm a dizer, como por exemplo no método pesquisa-ação. Devem ser realizadas negociações em questões influenciadas por aspectos culturais que realmente precisam ser modificadas no cotidiano das famílias, sem imposições. Já que conforme o interacionismo simbólico, apesar do comportamento das pessoas ser ditado pela cultura, não existe determinismo cultural, as pessoas são capazes de se transformarem (TEIXEIRA, 2006).

6- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1-**DECLARAÇÃO DE ALMA ATA**, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata: USSR. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 21 set. 2010.
- 2-ALVES, M.A. et al. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem** [online], América do Norte, p.416-27, out/dez 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10063/6918>> Acesso em: 10 fev. 2011.
- 3-BARBOSA, M.A.R.S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Consulta de enfermagem: um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paul. Enferm.** [online], v. 20, n.2, p. 226-229, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 19 set. 2010.
- 4-BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.14, n.3, p. 414-421, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 fev. 2011.
- 5- BONADIO, I.C. Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no Serviço de Pré-Natal de uma Instituição filantrópica. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.32, n.1: p. 9-15, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: ago.2011.
- 6-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2003.

7-BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática em Saúde (DATASUS). Indicadores e Dados Básicos em Saúde (IDB). **Indicadores de mortalidade: taxa de mortalidade infantil.** 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c01b.htm> Acesso em: 25 mar. 2011.

8-BUSTAMANTE, V.; TRAD, L.A.B. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.12, n.5: p. 1175-1184, 2007. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lang=pt&ting=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lang=pt&ting=pt)> Acesso em: 12 mar. 2010.

9-CAMARA, M.F.B.; MEDEIROS, M; BARBOSA, M.A. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista eletrônica de Enfermagem** [online], Goiânia, v.2, n.2, jan/jun, 2000. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/675>> Acesso em: fev. 2011.

10-CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional: algumas características do comparecimento a serviços de atendimento pré-natal. **Rev. Saúde pública** [online], v.14, n.3: p. 320-332, 1980 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101980000300005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 18 set. 2010.

11-COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2004, 194p.

12-ENGEL, C.L. et al. **Obstetrícia**, v.1, Rio de Janeiro: Medym editora, 2010a, 88p.

13-_____, C.L. et al. **Obstetrícia**, v.2., Rio de Janeiro: Medym editora, 2010b, 104p.

14-HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda, 1994, 333p.

15-HOGA, L. A.K.; REBERTE, L.M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestante: a percepção dos participantes. **Rev.esc.enferm.USP** [online], v.41,n.4:p.559-566, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 18 set. 2010.

16-ISEHARD, A.R.M. et al, Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Rev. Enfermagem**, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16.pdf>> Acesso em: ago. 2010.

17- LUCHESI, B.M.; BERETTA, M.I.R.;DUPAS,G. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, 15, set. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18896/12204>> Acesso em: fev.2011.

18-MARTINS,A.M. et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev. Eletr. Enf.**; 10 (4): 1015-25. 2008. Disponível em: <[HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm).> Acesso em: Ago. 2010

19-MILITÃO,A.M.;SOUZA,L.J.E.X. Aleitamento materno: expectativas de primigestas no pré-natal. **Acta Paul Enf**, v.14, n.2: p. 29-37, 2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14_2/pdf/art3.pdf> Acesso em: fev. 2011.

20-MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Maria Regina et al. **Protocolo de Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 224p, 2005.

21-MINAS GERAIS, Secretaria de Estado e Saúde. **Protocolo Viva Vida de Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Belo Horizonte: SAS/SES, 2ª Ed, 84p, 2006.

22- MONTICELLI, M.; ELSÉN,I. A cultura como obstáculo: percepção da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto contexto – enferm.** [online], v.15, n.1:p.26-34, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000100003&script=sci_arttext&tlng=e > Acesso em: 20 set. 2010.

23-PEREIRA, S.V.M.; BACHION,M.M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.**, Nov/dez, 58 (6):p.659-664, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf> > Acesso em: 20 jan. 2011.

24-SANTOS, R. V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde com estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto – enferm.** [online] v.18, n.4:p. 652-660, 2009. Disponível em: < Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400006&script=sci_arttext&tlng=e > Acesso em: 12 de mar 2010.

25-SERTÓRIO, S.C.M.; SILVA, I.A. As fases simbólicas e utilitárias da chupeta na visão das mães. **Rev. Saúde Pública** [online], v.39, n.2:p. 156-162.2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000200003&script=sci_arttext > Acesso em: 18 set. 2011.

26-SILVA, W.V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Manole, 2002. Disponível em: < http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_m3qyrpknOYC&oi=fnd&pg=PA7&dq=cultura+na+gravidez&ots=D4lhF3zUDL&sig=88bDMdta2HxbvePH5srKtzu2Eo8#v=onepage&q=cultura%20na%20gravidez&f=false > Acesso em: fev. 2011.

27-SILVA,L.R.; CHRISTOFFEL,M.M.;SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectiva no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.** [online], Florianópolis, v. 14, n.4: p. 585-593, 2005. Disponível em: < [HTTP://scielo.br/scielo.php?script=sei_arttest&pid=s0104-07072005000400016&lng=en&nrn=iso&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?script=sei_arttest&pid=s0104-07072005000400016&lng=en&nrn=iso&tlng=pt) > Acesso em: 12 de mar 2010.

28-TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; SIEDLER, M.J. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer poder amamentar. **Texto contexto – enferm.** [online], v.15, n.1: p.98-106, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000100012&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso em: 18 set. 2011.

29-UCHÔA, E. Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A.N.. **Ciência Sociais e Saúde**, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.p 87- 109.

30-VIEIRA, L.J.; OLIVEIRA, M.H.P.; LEFEVRE, F. O uso da expressão “mal-de-sete-dias” por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). **Texto contexto – enferm.** [online], v.15, n.1:p. 51-59, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 20 set. 2010.