

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

KELI REGIANE TOMELERI

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES ADOLESCENTES CUIDANDO DE SEUS FILHOS
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

**MARINGÁ
2007**

KELI REGIANE TOMELERI

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES ADOLESCENTES CUIDANDO DE SEUS FILHOS
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: A Enfermagem e o processo do cuidado.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon

MARINGÁ

2007

KELI REGIANE TOMELERI

A EXPERIÊNCIA DE MÃES ADOLESCENTES CUIDANDO DE SEUS FILHOS NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: A Enfermagem e o processo do cuidado.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Sonia Silva Marcon
Orientadora

Prof. Dr^a. Marisa Monticelli
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Dr^a. Maria Angélica Pagliarini Waidman
Universidade Estadual de Maringá - UEM

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter estado sempre comigo dando-me sabedoria, paz e tranqüilidade em todos os momentos desta trajetória, por iluminar meus caminhos e minha mente.

Aos meus pais, Marino e Maria (Odete) pelo exemplo de vida, com seus valores e virtudes, ensinaram-me que a vida deve ser vivida com verdades, persistência e amor. Por investiram nos meus estudos possibilitando-me ao longo da minha caminhada alcançar mais esta vitória.

Ao Luciano, meu companheiro e amigo que com cumplicidade compartilhou todos esses momentos comigo e suportou minha ausência.

À toda a minha família que sempre me incentivou e apoiou nos momentos difíceis e acreditou em minha determinação.

Aos amores da minha vida, meus sobrinhos, que com tanta energia me deram forças para caminhar e não desistir.

À Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon pela orientação segura e competente no desenvolvimento desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Pagliarini Waidman pela sua intensa alegria e pela sua imensa amizade.

Às Prof^{as}. Dr^a. Marisa Monticelli e Dr^a. Deise Serafin pela imensa colaboração em minha qualificação.

Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, a competência e disponibilidade, compartilhando seus viveres.

À Dr^a. Gladys Hebe T. Gonçalves, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná-UNOPAR, por propiciar facilidades operacionais na realização do Curso de Mestrado.

À Mestre Adriana Valongo Zani, minha companheira de trabalho pela intensa colaboração e carinho para que eu conseguisse realizar o Curso de mestrado.

As minhas queridas amigas e companheiras de mestrado Elisabeth, Dagmar e Betina pela imensa amizade, carinho e companheirismo. Vocês me mostraram o caminho de como me tornar uma grande mulher.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho Kécia, Ângela, Hermínia pelo incentivo e apoio durante o mestrado.

À Diretora da Santa Casa de Cambé Izabel Aparecida Silva e a Supervisora de Enfermagem Anna Carolina Moçatto pela oportunidade em realizar o estudo na instituição.

Às auxiliares de enfermagem Sirlei (Shirlei), Elisângela e Daniela, responsáveis pelo atendimento inicial das adolescentes possibilitando a minha coleta de dados.

Às mães adolescentes que com muita disposição aceitaram participar do estudo e compartilhar comigo a experiência do cuidado de seus filhos.

Às minhas queridas Bibi, Mel e Babi que em tantos dias de estudos estiveram comigo, ao meu lado, fazendo-me companhia para não me sentir só.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para mais esta conquista.

Acaso

Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho,
Pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho,
Mas não vai só, nem nos deixa só.
Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo.
Há os que levam muito, mas há os que não levam nada.
Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,
E a prova de que duas almas não se encontram por acaso.
(Antoine de Saint-Exupéry)

TOMELERI, Keli Regiane. **A experiência de mães adolescentes cuidando de seus filhos nos primeiros seis meses de vida.** 2007. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

RESUMO

O estudo teve por objetivos compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho nos seis primeiros meses de vida e identificar de que maneira a enfermeira pode auxiliar as mães adolescentes a construírem essa experiência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que adotou o referencial teórico da Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado e o metodológico a pesquisa de campo Convergente-Assistencial, desenvolvida no município de Cambé-Pr. Os dados foram coletados entre Fevereiro e Outubro de 2007, por meio de entrevistas e observação participante, em duas etapas: a primeira na maternidade e a segunda no domicílio (em quatro visitas domiciliares). As informantes foram seis mães adolescentes, sendo quatro acompanhadas até o sexto mês, uma até o primeiro mês, uma até quinze dias. A idade variou entre 15 a 18 anos, sendo para quatro o primeiro filho e para duas o segundo. Três adolescentes não residiam com o pai do filho, mas com a família, embora duas delas ainda mantinham relacionamento com os mesmos. Cinco informantes pararam de estudar pela gravidez, dessas, duas (que estavam no segundo filho) abandonaram os estudos já na primeira gravidez. Somente duas desejaram engravidar, porém nenhuma das outras utilizava de forma adequada algum método de prevenção. A experiência do cuidado foi vivenciada de diferentes formas por cada mãe adolescente. Para quatro os cuidados foram desenvolvidos com segurança e integralmente desde o nascimento e para duas a adaptação na primeira semana foi acompanhada de medos e insegurança. Suas mães serviram como suporte, inserindo-as gradativamente na prática do cuidado ao filho. Ao final do primeiro mês todas sentiam segurança e cuidavam do filho integralmente. No quarto mês desenvolviam os cuidados com autonomia, conciliando-os com outras atividades. No sexto mês não apresentaram dificuldades na introdução da alimentação complementar e algumas retomaram alguns projetos de vida. Durante os seis meses as crianças apresentaram intercorrências de saúde, sendo que na maioria dos

casos, as mães associavam práticas de cuidado popular às do cuidado profissional. Algumas mães enfrentaram intercorrências relacionadas à amamentação, o que interferiu no desempenho desta atividade, tanto que aconteceu um caso de amamentação cruzada e três de desmame. Todas demonstraram cuidar bem dos filhos, sendo que a maioria das ações foram no sentido de preservar os cuidados. Em alguns casos foi necessário a acomodação e em três a repadronização. A família se manteve como suporte nos cuidados, sendo que para a maioria das adolescentes sua mãe era a referência mais importante. Este estudo mostrou a importância de se compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho para a prática assistencial, sendo necessário reconhecer essa prática de cuidados para desenvolver uma assistência condizente com a cultura em que a mãe está inserida. É evidente a necessidade dos profissionais de saúde redefinirem a postura em relação à mãe adolescente e sua família, o grande desafio é estabelecer um vínculo com ela, a família e a rede de apoio que se forma, mantendo um canal de confiança que auxilie no cuidado popular e profissional com o filho.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Cuidado da criança. Cultura. Relações mãe-filho. Saúde materno-infantil. Enfermagem. Atenção primária à saúde.

TOMELERI, Keli Regiane. **The experience of adolescent motherhoods and child care during the first six months after birth.** 2007. 155 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing)–Maringá State University, 2007.

ABSTRACT

This study aims at understanding the experience of the adolescent mother with respect to child care in the first six months after birth and to identify how the nurse can assist the adolescent mother to construct this experience. It is a qualitative practice-converging field research that adopted the theoretical referentials of Culture Care Diversity in Nursing Practice and was developed in Cambé-Pr. Data were collected from February to October, 2007 by means of interviews and participative observation, accomplished in two steps: first at the maternity hospital and then at domicile, through 4 home visits. The informants were six mothers, of which 4 were followed until the sixth month, one for one month, one for a fortnight. Ages varied from 15 to 18. Four of the participants were primipara and two, bipara. Three of the adolescents did not live with the father of their child but with their family, though two of them maintained relationship with him. Five informants stopped formal education due to the pregnancy, the two who had their second child had already abandoned school when they first got pregnant. Only two wished to become pregnant, though none of the others used a proper method of prevention. Child care was experienced in different ways by each of the adolescent mothers. Four of them developed care securely and integrally from birth on and two felt fear and insecure during a one week adaptation period. Their mothers were their support and introduced them into child care practice. At the end of the first month, all felt secure and nursed the child integrally. In the fourth month they developed care independently, even conciliating this with other activities. In the sixth month they did not present difficulty at introducing complementary feeding and some resumed some of their life projects. During the sixth months of follow up, the children presented some health interurrences; in most cases the mothers associated popular care practices to professional care. Some mothers faced interurrences related to breast feeding, which interfered in the accomplishment of this activity and led to one case of cross feeding and three cases of ab lactation. All attended their child well and most of the

actions intended care preservation. In some cases, accommodation was needed and in three, re-standardization. The family sustained care support and for most of the adolescents their mothers were their main reference. This study shows the importance for care practice to understand the experience of the adolescent mother in taking care of her child, being it necessary to recognize her care practice in order to develop care assistance compatible with the culture of the mother. The need for redefining the health professionals' attitude towards the adolescent mother and her family is evident. The challenge is to establish a bond with her, with her family and the supporting network involved as to maintaining reliable channel that helps them with popular and professional child care.

Key words: Pregnancy adolescent. Child care. Culture. Mother-child relations. Maternal and child health. Nursing. Primary health care.

TOMELERI, Keli Regiane. **La experiencia de madres adolescentes al cuidado del hijo en los seis primeros meses de vida**: compartiendo experiencias, 2007. 155 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, 2007.

RESUMEN

El estudio tuvo por objetivo comprender la experiencia de la madre adolescente al cuidado del hijo en los seis primeros meses de vida e para identificar cómo la enfermera puede asistir a la madre adolescente para construir esta experiencia. Se trata de una pesquisa cualitativa, que adoptó el referencial teórico de la Teoría de Enfermería de la Diversidad y Universalidad Cultural del Cuidado y lo metodológico a la pesquisa de campo Convergente-Asistencial, desenvuelta en el municipio de Cambé-Pr. Los datos fueron recolectados entre Febrero y Octubre de 2007, por medio de entrevistas y observación participativa, en dos etapas: la primera en la maternidad y la segunda en domicilios (en cuatro visitas domiciliarias). Las informantes fueron seis madres adolescentes, siendo cuatro acompañadas hasta el sexto mes, una hasta el primer mes, una hasta los quince días. La edad varió entre los 15 y los 18 años, siendo para cuatro de ellas el primer hijo y para las otras dos el segundo. Tres adolescentes no residían con el padre del hijo, y sí con la familia, aunque dos de ellas todavía mantenían una relación con los mismos. Cinco informantes pararon de estudiar por el embarazo, de esas, dos (que estaban en el segundo hijo) abandonaron los estudios ya en el primer embarazo. Solamente dos desearon embarazarse, sin embargo ninguna de las otras utilizaba de forma adecuada algún método de prevención. La experiencia del cuidado fue vivenciada de diferentes formas por cada madre adolescente. Para cuatro de ellas los cuidados fueron desenvueltos con seguridad e integralmente desde el nacimiento y para las otras dos la adaptación en la primera semana fue acompañada de miedos e inseguridad. Sus madres sirvieron como soporte, introduciéndolas gradualmente en la práctica del cuidado de un hijo. Al final del primer mes todas sentían seguridad y cuidaban de su hijo integralmente. En el cuarto mes desarrollaron los cuidados con autonomía, conciliándolos con otras actividades. En el sexto mes no presentaron dificultades en la introducción de la alimentación complementar y algunas retomaron algunos proyectos de vida. Durante los seis meses los niños presentaron variaciones

de salud, siendo que en la mayoría de los casos, las madres asociaban prácticas de cuidado popular a las de cuidado profesional. Algunas madres enfrentaron variaciones relacionadas al dar de mamar, lo que interfirió en el desempeño de esta actividad, tanto que sucedió un caso de amamantamiento cruzado y tres de desmame. Todas demostraron cuidar los hijos pozo, siendo que la mayoría de las acciones fueron con el sentido de preservar los cuidados. En algunos casos fue necesaria la adaptación y en tres el re-empadronamiento. La familia se mantuvo como soporte en los cuidados, siendo que para la mayoría de las adolescentes su madre era la referencia más importante. Este estudio mostró la importancia de comprender la experiencia de la madre adolescente en el cuidado del hijo para la práctica asistencial, siendo necesario reconocer esa práctica de cuidados para desenvolver una asistencia harmónica con la cultura en que la madre está incluida. Es evidente la necesidad que los profesionales de la salud redefinan la postura en relación a la madre adolescente y su familia, el gran desafío es establecer un vínculo con ella, la familia y la red de apoyo que se forma, manteniendo un canal de confianza que auxilie en el cuidado popular y profesional al hijo.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia. Cuidado del niño. Cultura. Relaciones madre-hijo. Salud materno-infantil. Enfermería. Atención primaria de salud.

SUMÁRIO

| | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | A motivação para o estudo | 15 |
| 1.2 | A contextualização do tema: maternidade, cuidado e cultura | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 23 |
| 3 | A TEORIA DO CUIDADO CULTURAL PARA A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DE MÃES ADOLESCENTES NO CUIDADO AO FILHO | 24 |
| 3.1 | O desenrolar da teoria | 25 |
| 3.2 | A teoria do cuidado cultural | 26 |
| 3.3 | A enfermagem transcultural | 30 |
| 4 | CAMINHO METODOLÓGICO | 32 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 32 |
| 4.2 | O local e o contexto do estudo | 33 |
| 4.3 | As informantes do estudo | 35 |
| 4.4 | Procedimento e técnicas de coleta de dados | 36 |
| 4.5 | Análise e interpretação dos resultados | 40 |
| 4.6 | Aspectos éticos da pesquisa | 41 |
| 5 | A EXPERIÊNCIA DA MÃE ADOLESCENTE NO CUIDADO AO FILHO | 43 |
| 5.1 | Rosa | 43 |
| 5.1.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 08/02/2007 ... | 44 |
| 5.1.2 | Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida do filho) – 16/02/2007 | 46 |
| 5.1.3 | Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida do filho) – 17/03/2007 | 50 |
| 5.1.4 | Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida do filho) – 09/06/2007 | 52 |
| 5.1.5 | Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida do filho) – 11/07/2007 | 54 |
| 5.2 | Margarida | 57 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento da filha) – 15/02/2007 ... | 57 |
| 5.2.2 | Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 25/02/2007 | 58 |
| 5.2.3 | Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 20/03/2007 | 60 |
| 5.2.4 | Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 11/06/2007 | 61 |
| 5.2.5 | Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 14/08/2007 | 63 |
| 5.3 | Tulipa | 64 |
| 5.3.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 05/03/2007... | 65 |
| 5.3.2 | Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida do filho) – 14/03/2007 | 66 |
| 5.3.3 | Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida do filho) – 14/04/2007 | 67 |
| 5.4 | Violeta | 70 |
| 5.4.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 21/03/2007 ... | 71 |
| 5.4.2 | Primeiro e segundo encontros no domicílio – (primeira e segunda semanas de vida do filho) – 29/03/2007 | 72 |
| 5.5 | Girassol | 74 |
| 5.5.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 21/03/2007 ... | 75 |
| 5.5.2 | Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 31/03/2007 | 76 |
| 5.5.3 | Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 28/04/2007 | 77 |
| 5.5.4 | Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 21/07/2007 | 79 |
| 5.5.5 | Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 22/09/2007 | 80 |
| 5.6 | Orquídea | 81 |
| 5.6.1 | Primeiro encontro – maternidade (nascimento da filha) – 05/04/2007 ... | 82 |
| 5.6.2 | Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 14/04/2007 | 84 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.6.3 | Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 13/05/2007 | 86 |
| 5.6.4 | Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 12/08/2007 | 88 |
| 5.6.5 | Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 20/10/2007 | 89 |
| 6 | O CUIDADO AO FILHO AO LONGO DOS SEIS MESES | 91 |
| 6.1 | O nascimento do filho: a gravidez e os sentimentos em ser mãe | 91 |
| 6.2 | O processo inseguro de adaptação ao novo papel: o cuidado ao filho na primeira semana de vida | 99 |
| 6.3 | A experiência do cuidado no primeiro mês de vida: o desenvolvimento do papel de mãe..... | 112 |
| 6.4 | Desmame: um acontecimento que prepara para a independência..... | 119 |
| 6.5 | A retomada de outros papéis sociais em complementariedade a maternagem..... | 123 |
| 7 | REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA | 130 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 144 |
| | REFERÊNCIAS | 148 |
| | APÊNDICES | 157 |
| | ANEXOS | 163 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 A motivação para o estudo

Desde a minha formação como Enfermeira em 2001, até hoje desenvolvo minhas atividades na Assistência de Enfermagem à saúde da mulher e da criança, porque esta área sempre me fascinou, principalmente por mostrar a beleza do nascimento e a felicidade, de modo geral, da mulher em se tornar mãe. A gravidez é um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, podendo ensejar uma experiência especial e única no universo da mulher e de seu parceiro, e que envolve também suas famílias, constituindo uma experiência humana das mais enriquecedoras para todos que dela participam.

No mesmo ano em que me formei, comecei a trabalhar em um hospital no setor de Maternidade, que era referência para gestação de alto risco, permanecendo nesta instituição por quase três anos. Em 2003, optei por realizar um curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Em 2004, atuando no Programa Saúde da Família, tive a oportunidade de trabalhar com grupos de gestantes, e um dos fatores que mais me chamou a atenção, foi o alto índice de gestantes/mães adolescentes na área de abrangência em que atuava.

Desde 2005 desenvolvo minhas atividades como docente na graduação de Enfermagem, na disciplina de Cuidado da Mulher e do Recém-nascido, na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Cambé-Paraná, onde coordeno também um Projeto de Extensão intitulado: Consulta de Enfermagem durante o Pré-Natal, com o objetivo de prestar assistência de Enfermagem às gestantes no 3º trimestre de gestação. Entre as atividades deste projeto encontra-se a apresentação da maternidade às gestantes para ajudar a desmitificar os temores da hora do parto. É realizada também a Consulta de Enfermagem no Puerpério a todas as puérperas que tiveram seus filhos na referida maternidade.

A partir da minha inserção no projeto de extensão, surgiu minha motivação para realizar este trabalho, pois percebi que havia uma lacuna entre as orientações fornecidas às mães adolescentes e sua aplicabilidade no cuidado com os filhos.

Pensei que o não seguimento das orientações poderia estar associado, entre outros fatores, ao seguimento do saber/cuidado familiar que a mãe adolescente trazia consigo.

Ao serem questionadas sobre o porquê do não cumprimento do que fora recomendado pelo profissional, evidenciado pela anamnese e/ou pelo exame físico da criança, alegavam que não praticavam o que lhes foi orientado, porque estavam seguindo orientações de outras pessoas de suas relações, em especial de suas mães, ou seja, porque se utilizavam dos conhecimentos populares adquiridos no seu dia-a-dia, com seus familiares, em sua comunidade.

Algumas vezes identifiquei certas condutas que colocavam em risco a saúde da criança, como por exemplo, excesso de agasalhos, enfaixamento abdominal, moeda na cicatriz umbilical, introdução de complementação láctea, porque a mãe acreditava estar com insuficiência de produção de leite, dentre outros.

Iniciei então uma revisão de literatura, em busca de respostas aos meus questionamentos, para melhor atuar e participar efetivamente do cuidado da mãe adolescente com seu filho. Foi então que constatei a escassez de uma literatura específica sobre a cultura popular da mãe adolescente referente ao cuidado ao filho.

Frente a essa realidade firmei meu propósito de buscar compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho nos primeiros seis meses de vida.

1.2 A contextualização do tema: maternidade, cuidado e cultura

No período de pós-parto a mãe permanece hospitalizada em média de dois a três dias. Essa hospitalização oferece à mulher a oportunidade de iniciar a adaptação ao novo papel, o de mãe e promover uma recuperação plena e saudável das suas condições físicas e mentais anteriores à gestação.

Durante a internação, as atenções são essencialmente voltadas ao recém-nascido, sendo destinada uma pequena parcela de atenção à mulher. Nesse período, espera-se que a mulher esteja minimamente restabelecida fisicamente para dar os cuidados ao filho, fazendo presente sua capacidade materna, o que constitui em critério para obter alta hospitalar. No contexto do Alojamento Conjunto (AC),

busca-se a participação materna no cuidado, o favorecimento do vínculo mãe e filho, o estabelecimento do aleitamento materno, ou seja, desenvolver o papel materno. Na unidade de alojamento conjunto da referida maternidade, as puérperas são orientadas e supervisionadas pelos profissionais nos cuidados ao filho, como a troca de fraldas, o banho, o cuidado com o coto umbilical, a amamentação, tendo a oportunidade de aprender e sanar as dúvidas, buscando torná-las aptas e seguras para cuidar do filho.

Sendo assim, as orientações à mãe adolescente devem sempre ser oferecidas de maneira que a estimule e a apóie, incentivando a sua confiança e participação. O cuidado humanizado e com qualidade, dispensado pelos profissionais de saúde é o melhor atributo nesse período vulnerável e sensível da vida da adolescente. As relações de trabalho e colaboração estreita entre enfermagem, familiares e obstetras, irão assegurar não só que as mães não sigam conselhos contraditórios, mas também aprimorar a qualidade dos cuidados a serem prestados (MALDONADO; CANELLA, 2003).

Nas primeiras horas após o parto, muitos sentimentos e pensamentos envolvem as mulheres: sua estrutura familiar, as novas responsabilidades e o cumprimento das tarefas que a sociedade e a maternidade ora lhe impõem. Para isso, lançarão mão de subsídios, como nos fala Carraro (1999), alguns transmitidos de mãe para filha, recebidos de vizinhas, amigas; outros, aprendidos por meio de leituras, vídeos, profissionais. A natureza desses subsídios varia de acordo com a cultura, grau de instrução e o nível socioeconômico da mulher.

Essas questões também foram retratadas por Motta et al. (2004), ao afirmarem que os cuidados iniciais com o recém-nascido, tais como os primeiros banhos, o curativo do coto umbilical e as trocas de fraldas, são assumidos pela avó materna ou paterna, as quais gradativamente passam a dividir com as mães adolescentes os cuidados e, posteriormente, estas passem a se assumir como cuidadoras primeiras de seus bebês.

Machado (2004) relata que, para que a mãe adolescente retorne às características pré-gravídicas e desempenhe o papel de mãe efetivamente, deve-se estimulá-la a expressar seus sentimentos em torno dessa experiência. Assim, a assistência de enfermagem prestada à mãe adolescente deve ser realizada de maneira individualizada, respeitando a sua singularidade, suas crenças, seus valores, proporcionando-lhe conforto físico e emocional. É preciso ouvir seus relatos

com interesse e respeito, esclarecendo suas dúvidas e dificuldades numa prática educativa compartilhada com as demais mães, de maneira que facilite seu caminhar nesta nova fase (CARRARO, 1997).

No período pós-parto, a mãe adolescente, necessita enfrentar ajustamentos fisiológicos e psicológicos, com a finalidade de restabelecer o organismo à situação não gravídica (MACHADO, 2004). Assim sendo, nesse período a mulher deve ser assistida de maneira multidimensional, considerando seu aspecto físico e emocional.

Ainda conforme Machado (2004), a rotina diária da nova mãe e em especial da adolescente, é alterada em decorrência dos múltiplos afazeres com o recém-nascido, seu ciclo de sono e do despertar. Trata-se de um tempo feliz, divertido e de intimidade na família, como também um tempo ambíguo, de perda de sono, surgimento de ansiedades, expectativas, frustrações e irritabilidade, em decorrência dos novos compromissos, gerando a sensação de afastamento das atividades anteriores, dos interesses e dos amigos. Sendo assim, a prática do cuidado tende a ser estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional.

Essa pesquisa tem o propósito de acompanhar a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho nos seis primeiros meses de vida, pelo fato de a primeira semana ser de adaptação da mãe ao cuidado prestado ao filho, o primeiro mês por constituir um período que gera grandes dúvidas quanto ao cuidado, o quarto mês caracterizado pelo risco de desmame e o sexto mês pela introdução da alimentação complementar da criança.

Por experiência entende-se a prática da adolescente no cuidado ao filho e o seu aprendizado. A experiência não é uma experiência qualquer, é algo vivenciado interativamente, em que a mãe adolescente e a família compartilhem vivências, conceitos, práticas, mas também efeitos terapêuticos. É uma experiência compromissada, com um domínio que carrega sentimentos de afetos e de competências, sendo um saber compartilhado na mesma rede de símbolos e significados, uma vez que a experiência é modelada pelo contexto cultural em que a adolescente está inserida (MONTICELLI, 2003).

Assim, sabemos da importância dos cuidados maternos no desenvolvimento físico e emocional de qualquer ser humano. Para Aguiar (2004), a mãe é, sem dúvida alguma, a figura básica e essencial, geradora e criadora do corpo e da personalidade infantil. Seu relacionamento com o filho inicia-se com a formação do embrião e se prolonga por toda a vida. São cuidados que não precisam ser

aprendidos. É o que geralmente acontece sem que as mães percebam e se preocupem se estão ou não procedendo de maneira correta. O desenvolvimento da maternidade inclui algumas etapas que são: reconciliar o bebê imaginado com o bebê real; tornar-se apto às atividades de cuidados; estar consciente das necessidades do bebê e estabelecer-se a si e ao bebê como uma família (STETSON, 2002).

O cuidado materno constitui um conjunto de ações biopsicossocioambientais que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de um potencial de cuidados e providências a serem tomados: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros; reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar (FOLLE; GEIB, 2004).

De acordo com Barsuglia (2004), o rosto da mãe é o precursor do espelho, mais especificamente o seu olhar, o qual reflete para o bebê o que a mãe vê nele e o bebê se vê através do olhar da mãe, um olhar carregado de afetividade que vai fazendo dele um ser único com um lugar no universo materno, passando, através deste a se reconhecer como alguém importante e capaz.

Os cuidados de enfermagem não fazem sentido se não tomarmos consciência de que se inserem num contexto social. Seja pelas tecnologias utilizadas; pelo modo de hierarquização social que criam; pelas formas institucionais que instauram; pela organização do trabalho que daí resulta ou pelo alcance social do ato de cuidar (ALMEIDA, 2005).

Cuidar significa “zelar pelo bem-estar do outro ou pela saúde do outro, tratar da saúde, de sustentar, tratar da própria saúde ou zelar pelo próprio bem-estar”. E cuidado significa “desvelo, solicitude, pessoa ou coisa objeto de desvelo” (MICHAELIS, 2003, p. 175).

As pessoas envolvidas no processo de cuidar aprendem e crescem umas com as outras. Por relação de cuidado entende-se o relacionamento entre pessoas que exibem comportamentos de cuidado. Para que se estabeleça uma relação de cuidado é necessário que haja, por parte do cuidador, uma intenção e uma predisposição para cuidar e estar com o ser que é/será cuidado, é estar presente não apenas fisicamente, mas com a mente e o espírito (MACHADO, 2004).

Ainda conforme Machado (2004), a mãe adolescente necessita, ainda, do cuidado educativo, visando capacitá-la, para a responsabilidade do papel materno, o

qual acontece com a discussão concreta da realidade e dos problemas vivenciados por ela. A sua participação no cuidado vai se efetivar pela comunicação, ou seja, na troca entre enfermeiro e adolescente, na interação entre as partes, na socialização e sensibilização deste momento que a mãe adolescente está vivenciando.

Compreendemos que a maternidade é o processo pelo qual a mulher aprende o comportamento materno e convive com a identidade de mãe, à medida que o vínculo mãe-filho desenvolve e se consolida. A mulher, uma vez mãe, provavelmente não será mais a mesma, pois ocorre uma transformação, que altera sua condição, a visão de si mesma, da vida emocional e do lugar que ocupa na família e no mundo (DE FELICE, 2004)

Na consulta de enfermagem, acredito que o profissional deve atuar por meio de cuidado educativo e humanizado para sensibilizar a mãe adolescente a prestar o cuidado ao seu filho efetiva e eficazmente, valorizando suas habilidades, competências, crenças e cultura, assim interagindo positivamente, propiciando o fortalecimento do vínculo afetivo, questionando sobre suas facilidades e ou dificuldades quanto aos cuidados prestados.

O processo de cuidar não pode se dar isoladamente, pois se trata de uma ação e da interação entre as partes. Ocorre entre o ser que cuida e o ser que é e será cuidado, e se desenvolve a partir de condições de disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança, aceitação e promove o crescimento de ambos. A relação do cuidado se estabelece quando esses requisitos são observados (MARTINS, 2001).

A influência do cuidado através de práticas populares, passadas de mãe para filha, através das gerações, é muito marcante nesse período, e muitas vezes a equipe de enfermagem despreza essas crenças, gerando conflitos.

A cultura nos é transmitida desde o momento de nosso nascimento. Com o passar do tempo, valores, crenças e costumes adaptam-se à nossa maneira de ser e de agir, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes, porém com influência do contexto cultural.

De acordo com Laraia (2006), o ser humano é resultado do meio cultural em que foi criado, sendo herdeiro e transmissor do conhecimento e das experiências adquiridas pelas gerações que o antecederam.

Concordamos com Almeida (1999) quando afirma que a equipe de enfermagem tem compromisso com a vida da mãe adolescente, do recém-nascido

(RN) e da família; sendo assim, ao prestar cuidados a esta mulher, precisa levar em conta suas características específicas, que devem ser atendidas em sua individualidade. O puerpério é um período carregado de mitos, crenças e costumes, aos quais precisamos estar atentos, procurando respeitar as crenças e as práticas culturais de cada família na medida em que não prejudiquem a saúde da mãe e do filho.

Por acreditar que a base de toda família é permeada por um contexto cultural carregado de crenças e valores peculiares, pretendemos estudar as práticas familiares do cuidado por meio da utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Proporcionar cuidado, levando em consideração significados, padrões, valores, modo de vida da mãe adolescente, respeitando sua cultura não significa abandonar ou desprezar o sistema profissional de saúde, mas sim interagir com essas formas de cuidar (LEININGER, 1991). Cabe à enfermeira estreitar esses laços de cuidado, conduzindo-os de forma saudável, respeitosa e benéfica.

Se a enfermeira e sua equipe prestarem um cuidado de qualidade a esta mãe adolescente, o desenvolvimento do processo de cuidar acontecerá de forma saudável. Às vezes isto parece fácil, mas nem sempre é, pois o profissional precisa despir sua “máscara” de detentora do saber e do cuidar, o que não acontece rapidamente. É um trabalho árduo e contínuo, porém imprescindível. Afinal, não nos tornamos profissionais calmos e eficientes no momento em que colamos grau ou vestimos o “branco” (RADÜNZ, 1999). A Enfermeira necessita perceber que cada ser humano tem seus próprios hábitos de saúde, suas crenças e seus valores e que estes foram desenvolvidos ao longo da vida. Sendo assim, não podem ser alterados em instantes, só porque consideramos os nossos conceitos de saúde-doença mais corretos e coerentes, porque também foram construídos ao longo de nossa vida profissional e pessoal.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas, orientadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento profissional ou popular, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde doença oferece subsídio para adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005)

No contexto da prática de enfermagem, salienta-se que

“a educação é um dos principais componentes do cuidado com a mãe adolescente, seja no ambulatório, hospital ou domicílio. É a oportunidade para a promoção da saúde e prevenção das doenças. É o suporte para a compreensão do processo de cuidar do filho, podendo ser um dos instrumentos de capacitação e de socialização de conhecimentos” (ZAMPIERI, 2001, p.104).

Cabe a nós, profissionais, resgatar o que Leininger chama de cuidado popular de saúde – ou seja, o cuidado prestado pela família. Durante o período de internação na maternidade, vários desses valores são percebidos, em diversos momentos, como na escolha do tipo de parto, na presença ou não de um familiar nessa hora, nos cuidados com a puérpera e para com o recém-nascido, na escolha das vestimentas, dos alimentos e, até mesmo nas relações interpessoais dessa família.

A proposta consistiu em acompanhar mães adolescentes e seus filhos, nascidos em uma maternidade do município de Cambé - PR e após nos domicílios, onde cada mãe foi focalizada como verdadeiramente única, no aspecto físico, emocional e intelectual, em suas crenças, padrões de comportamento, esperanças, desejos, ansiedades, necessidades e em suas dificuldades e/ou facilidades. Utilizamos as experiências de seis mães adolescentes. A instituição escolhida é pública, sendo referência em maternidade para o município.

2 OBJETIVOS

Compreender a experiência das mães adolescentes no cuidado ao filho nos seis primeiros meses de vida;

Identificar de que maneira a enfermeira pode auxiliar as mães adolescentes a construírem a experiência do cuidado aos filhos nos seis primeiros meses de vida.

3 A TEORIA DO CUIDADO CULTURAL PARA A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DE MÃES ADOLESCENTES NO CUIDADO AO FILHO

No decorrer das minhas atividades de ensino teórico-prático na maternidade e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), junto às puérperas, passei a ter uma visão mais abrangente sobre o cuidar em enfermagem, especialmente quando me deparava com mães adolescentes. A partir daí, o conhecimento teórico que embasava minha prática não estava mais correspondendo às minhas expectativas quanto à qualidade de assistência que estava prestando a essas mães.

No convívio prolongado com as mães adolescentes, fui constatando a existência de muitas diferenças entre o cuidado profissional com a saúde e a realidade sociocultural vivenciada por essas mães.

Nas interações enfermeira-mãe adolescente, surgiram em inúmeras situações, relatos sobre a vida e a saúde dessas mães que me provocavam uma sensação de grande estranhamento, pois essas vivências até então eram desconhecidas pra mim, como o uso de roupas do avesso para alívio do soluço.

A necessidade de compreender as diferenças existentes entre minha visão, como profissional, sobre a experiência da mãe adolescente e a realidade do seu dia-a-dia foi a razão que me impulsionou a buscar um referencial teórico que contemplasse a experiência de cuidado ao filho dentro da perspectiva cultural.

Acredito que as mães cuidam de seus filhos de maneiras diversas, porém essas diferenças não devem ser percebidas como um cuidado inadequado, sendo assim, conhecendo os valores e as crenças em que elas estão inseridas, poderei compreender o processo de cuidado, usando esse conhecimento para prestar um cuidado benéfico e satisfatório a essas mães.

Assim, optei apoiar este estudo na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural desenvolvida por Madeleine Leininger (1991), que aprimorou o que inicialmente denominava como, Teoria Transcultural de Enfermagem (LEININGER, 1978). Nesta oportunidade, será adotada a denominação atualmente utilizada por esta autora.

Entre as várias teóricas de Enfermagem, Leininger foi quem melhor identificou o contexto cultural como condicionante do comportamento dos indivíduos.

3.1 O desenrolar da teoria

Para a compreensão da teoria faz-se necessário o resgate de suas raízes. Sendo assim, farei um breve histórico com base nas publicações de Leininger (1991) e George (1993), para poder visualizá-la dentro do contexto em que ela ocorre.

O foco central da teoria é o cuidado, que propõe ser a essência da enfermagem. Leininger tem-se dedicado, desde a década de 50, ao desenvolvimento de uma teoria com eixo central nas práticas cuidativas, valorizando o que o profissional de enfermagem faz em prol de seus clientes.

Leininger começou a elaborar sua teoria em um momento em que os profissionais de enfermagem estavam preocupados com sua própria profissionalização. O período remete à década de 60, onde o interesse principal das enfermeiras estava voltado à questão do domínio da alta tecnologia, que invadiu os hospitais do mundo inteiro como produtos da industrialização, ocorrida após o final da Segunda Guerra Mundial (LEININGER, 1991). Nesta época, o sinônimo de uma boa profissional implicava na necessidade de dominar e aplicar a alta tecnologia na assistência de enfermagem. As enfermeiras acreditavam que fosse melhor dominar as ferramentas que levariam à cura do paciente, do que investir na formação de um profissional voltado para o cuidado. Este perfil desejado pelo enfermeiro predominou até a década de 60, quando começou a se descobrir o valor humanístico do paciente. As enfermeiras, então, passaram a se preocupar em buscar o conhecimento da arte e ciência do cuidar.

Ao deparar-se com tal situação, Leininger (1991) avaliou que o passo inicial seria estabelecer uma forte ligação entre o cuidado e a cultura, visando consagrar um conhecimento significativo e próprio para a enfermagem. Então, começou, a desenvolver várias pesquisas com o objetivo de conhecer as diferenças existentes do cuidar e do cuidado em várias culturas. Também começou a oferecer cursos de enfermagem transcultural e estimular as enfermeiras a freqüentarem cursos na área de Antropologia.

Em meados da década de 70, suas idéias já estavam se expandindo. E ela fundou a Sociedade de Enfermagem Transcultural; uma organização de nível internacional. Posteriormente, iniciaram-se as Conferências Nacionais de Pesquisa em Cuidado, que enfocavam o cuidado humano como fenômeno central da

Enfermagem. Surgindo assim, as primeiras pesquisas enfocando a cultura no âmbito internacional. No cenário nacional do cuidado, a perspectiva cultural já foi estudada por diversos pesquisadores, entre eles à título de exemplificação na área de interesse, Monticelli (1994), que trabalhou grupos de mulheres de uma maternidade e continuo nos domicílios. Para isso utilizou, juntamente com Leininger, a teoria de Van Genep e Almeida (2000), que estudou o cuidado à puérpera acompanhada do familiar em domicílio: uma abordagem cultural.

3.2 A teoria do cuidado cultural

As inter-relações estabelecidas entre o cuidado e a cultura frutificaram do pensamento criativo de Leininger (1991), originária de suas reflexões filosóficas sobre as próprias experiências profissionais. Uma das razões que a impulsionou na formação de sua teoria foi a sua determinação em fazer da Enfermagem uma profissão com bases científicas próprias. Frequentou cursos de pós-graduação em Antropologia e o conhecimento que adquiriu em duas áreas distintas – a Enfermagem e a Antropologia – foram essenciais para que esta teórica pudesse identificar o que é universal, distinguindo-o do diversificado, em termos do cuidado humano nas diferentes culturas.

Leininger tinha como ponto básico a premissa de que o cuidado humano era um fenômeno universal, mas as formas de cuidar variavam culturalmente. Assim, a Enfermagem, que tem como essência o cuidado, deveria conhecer profundamente as suas diversas possibilidades de agir em relação ao cuidar, para que suas ações fossem de acordo com a cultura de seus clientes.

Para o desenvolvimento da teoria do cuidado cultural, utilizou-se da perspectiva antropológica para sustentar a base cultural e dos conhecimentos da Enfermagem para o construto do cuidado. A cultura e o cuidado constituem, portanto, o eixo central da teoria e refletem a visão que Leininger (1991) tem, de que cuidar é um modo humanístico de ser com o outro na assistência às suas necessidades ou no auxílio ao ser humano na manutenção de sua saúde e bem estar.

Leininger (1991) esclarece que sua teoria foi elaborada em um momento em que a maioria das teóricas de Enfermagem tinha a crença na necessidade de

conceituações previamente descritas e, portanto, a forma da elaboração teórica já possuía um traçado anteriormente definido. Por outro lado, acreditou que uma teoria devia estar apta para “descrever, explicar, interpretar e prognosticar certos fenômenos sob estudo”. Seguindo sua linha de pensamento, optou por não partir de uma hipótese pré-reformulada, como faziam outras, mas sim, construir sua teoria dentro do paradigma da descoberta qualitativa, por meio de visões indutivas êmicas, ou seja, no universo dos próprios sujeitos pesquisados e/ou assistidos. Foi, portanto, uma forma diferente, em sua opinião, de desenvolver uma teoria, visto que foi formulada numa época em que o convencional era basear-se em pensamento positivista lógico. Tentava assim abarcar o aspecto indutivo e coberto do fenômeno, conseguindo, dessa maneira, obter uma visão holística e integrada da cultura. Se tal procedimento fosse efetuado em várias culturas, conseguir-se-ia estabelecer o que é geral e o que é específico no cuidado humano, chegando-se, portanto, à perspectiva comparativa transcultural.

Leininger (1991) acredita que, por meio do conhecimento de valores, crenças e práticas populares, as decisões e ações de Enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos. Na análise da abordagem de Enfermagem, distingue três formas de atuação.

Preservação Cultural do Cuidado: cuidado de Enfermagem onde a enfermeira mantém hábitos de cuidado popular; é o fenômeno culturalmente embasado no assistir, facilitar ou capacitar a mãe adolescente auxiliando na preservação ou manutenção de hábitos favoráveis de cuidado.

Acomodação Cultural do Cuidado: cuidado de Enfermagem onde o profissional adapta os hábitos de saúde à cultura dos clientes; trata-se de um tipo de assistência para facilitar ou capacitar culturalmente, embasada no adaptar, negociar ou ajustar hábitos de saúde e de vida da mãe adolescente nas ações relacionadas ao cuidado com o filho.

Repadronização Cultural do Cuidado: cuidado de Enfermagem onde a enfermeira propõe alterações nos hábitos da família para adequá-los aos padrões profissionais de saúde, tradicionalmente aceitos; trata-se da reconstrução ou alteração das práticas de saúde da mãe adolescente para com o filho que são prejudiciais, buscando melhorar seus padrões de vida de saúde, tornando-se significativa ou congruente às próprias adolescentes.

Além destes conceitos, Leininger (1991) elaborou alguns pressupostos

básicos para o desenvolvimento desta teoria, apresentados a seguir:

- A Enfermagem é um fenômeno essencialmente transcultural que envolve o contexto e o processo de ajuda no que se refere à promoção da saúde, originários de diferentes orientações culturais ou seguidores de estilos de vida específicos dentro de determinada cultura.
- O cuidado é um fenômeno universal, e as formas de sua manifestação variam dentre os diversos grupos na relação tempo-espço, alterando a forma como buscam seus atributos;
- O cuidado, mais especificamente, suas manifestações, processos, valores e crenças de enfermagem transcultural precisam ser explicados de maneira sistemática e científica, com bases humanísticas;
- O cuidado de enfermagem só pode ser terapêutico ou eficaz é na maioria das vezes, é culturalmente determinado e embasado e pode ser culturalmente validado;
- As culturas têm seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, que é geralmente conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas freqüentemente desconhecido por enfermeiras com bagagem cultural diferente;
- A essência da enfermagem é o cuidado transcultural; é o cuidado a pessoas mesmo sendo oriundas de diversas heranças culturais.
- Os processos, as funções e atividades de enfermagem transcultural variam de acordo com a estrutura social e o sistema cultural e, em relação à sua história cultural, com seus contatos e sua aculturação;
- As formas simbólicas do cuidado de enfermagem, e seu respectivo significado estão intimamente relacionados às normas e crenças culturais que demandam estudo sistemático e representam modalidades importantes na compreensão e ajuda a determinados grupos;

Para subsidiar este estudo, selecionei algumas conceituações que compõem a teoria de Leininger. O entendimento destas é considerado relevante para uma melhor compreensão do tema sob estudo.

Cultura: valores, crenças, normas de comportamentos que são apreendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam as formas de pensar, decidir e agir em relação ao cuidado ao filho. Cuidado: é o fenômeno de

assistir, dar apoio ou facilitar outra pessoa ou grupo com necessidades antecipadas ou evidentes, com a finalidade de melhorar a experiência do cuidado ao filho.

Saúde: é um estado de bem estar culturalmente definido, avaliado e praticado, que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem para realizar ou alcançar objetivos ou padrões de vida desejados.

Valor cultural: são as formas diretivas que comandam ou dão significado aos pensamentos, às decisões e às ações de pessoas de um determinado grupo no que se refere à experiência da mãe adolescente que se mantém na mesma cultura por um certo período de tempo.

Diversidade cultural do cuidado: são as variabilidades de significado dos padrões, valores ou símbolos que envolvem a experiência da mãe adolescente.

Universalidade cultural do cuidado: são as uniformidades dos padrões, valores ou símbolos, que envolvem a experiência da mãe adolescente.

Estrutura social: elementos interdependentes e funcionais dos sistemas religioso, de parentesco, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural de uma cultura particular, demonstradas em contextos lingüísticos e ambientais.

Contexto de cuidado e cura e sistema de saúde: constituem a totalidade de experiências ou o ambiente onde o indivíduo se encontra em situações diversas, incluindo os sistemas e organizações.

Sistema popular: sistema não profissional, local ou indígena, que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais, em casa (popular).

Sistema profissional: cuidados ou cura organizados e interdependentes, que são identificados ou oferecidos por vários profissionais da saúde.

Para Leininger (1991), esses dois sistemas de cuidados interagem: o sistema popular (“folk” ou genérico) e o sistema profissional de cuidados. A autora integra o conhecimento tradicional ao sistema popular, pois na sua visão, este é constituído por todo o conhecimento informal e que não seja institucionalmente oficializado. Em seus estudos, tem buscado compreender as semelhanças e diferenças na forma como as pessoas, nas diferentes culturas, concebem o cuidado em saúde, e propõe uma metodologia de trabalho de Enfermagem que seja culturalmente congruente.

Esses dois universos, constituídos pelos sistemas popular e profissional de saúde, embora tenham características fundamentais diferentes, podem estar mais aproximados para haver uma interação efetiva em relação às pessoas assistidas. Há

necessidade de os profissionais de saúde entender os significados e as diferentes formas de ver a saúde, na ótica das culturas, para poderem romper com a tradição imposta pelo modelo biomédico, no qual as pessoas são tratadas de maneira uniforme, a partir de suas doenças, sem considerarem suas diferenças.

A autora ressalta em sua teoria que não se utiliza dos termos problemas ou intervenção de enfermagem na assistência à saúde, pois os julga como uma interferência cultural com visão restrita à perspectiva do profissional, pressuposto contrário à sua teoria, ou seja, as mães adolescentes nem sempre tem um problema e partindo da prerrogativa “os problemas de enfermagem” podem não se constituir em problemas para as mães adolescentes.

Leininger construiu a teoria com base na premissa de que povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.

Um dos principais pontos da Teoria de Leininger é o reconhecimento da importância da cultura e de sua influência sobre tudo aquilo que envolve os alvos e os provedores do cuidado de enfermagem.

O espaço do cuidado familiar traz elucidações fundamentais para o conhecimento do cuidado como fenômeno humano. Mesmo o cuidar sendo considerado um elemento universal, a forma como é desenvolvido pode ser culturalmente condicionada, caracterizando a diversidade do cuidado. Ele se dá ao longo da vida, de maneiras diferenciadas, e através das gerações, ao longo da história; e é pela eficácia deste cuidado que as pessoas se mantêm ou não em estado de saúde (LEININGER, 1991).

3.3 A enfermagem transcultural

O conceito de enfermagem transcultural é relativamente novo na literatura de enfermagem. A necessidade de incorporar o cuidado cultural à prática clínica tem levado os enfermeiros, nessas três últimas décadas, a reconhecerem efetivamente o cliente e a si mesmo em sua totalidade.

A enfermagem transcultural para Leininger (1991) tem como foco o estudo da análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças, padrões de comportamento relacionados à saúde e doença. O objetivo é desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado, capaz de possibilitar a prática do cuidado de enfermagem universal e culturalmente específico; afirma ainda, que o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, mas de tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada.

Se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais da necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes, e trazer conseqüências desfavoráveis para os assistidos.

As noções de saúde e doença são fortemente influenciadas pelo contexto natural em que elas ocorrem, e variam de uma cultura para outra, possuindo, portanto, uma natureza subjetiva que precisa ser estudada em profundidade.

Ao realizar este estudo sobre a Teoria de Madeleine Leininger, confirmo meu anseio por conhecer ou reconhecer, aplicar ou adequar às experiências culturais das mães adolescentes no cuidado ao filho. Não tenho dúvidas ao concordar com a teórica, quando esta refere que o cuidado é a essência da Enfermagem.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo serão expostas as etapas operacionais da pesquisa, levadas à efeito para compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho nos seis primeiros meses de vida.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, caracterizada como uma pesquisa de campo do tipo Convergente-Assistencial (PCA), conforme indicação de Trentini e Paim (2004).

Polit, Beck e Hungler (2004) descrevem a pesquisa qualitativa como aquela que propicia a compreensão dos sujeitos na sua realidade, ou seja, a descrição/entendimento deste sobre a sua vivência. Minayo (2006) refere que a pesquisa qualitativa preocupa-se nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com

[...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006, p. 22).

Assim, de acordo com essas características, a pesquisa qualitativa tem sido freqüentemente utilizada por profissionais de enfermagem. Zagonel (1999), por exemplo, afirma que a opção por uma abordagem de pesquisa qualitativa baseia-se nos esforços realizados por estes profissionais na busca da descrição e compreensão da experiência humana como ela é vivida.

A pesquisa de Campo Convergente-Assistencial (PCA)

é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

Este tipo de pesquisa foi proposto e delineado pelas enfermeiras brasileiras Mercedes Trentini e Lygia Paim e publicado originalmente em 1999. Atualmente a obra que contém este referencial encontra-se em sua segunda edição. A PCA é um método que orienta a convergência entre a pesquisa e a prática cotidiana da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esse tipo de pesquisa busca descobrir realidades, resolver problemas específicos e introduzir inovações em situações específicas do contexto da prática assistencial. De acordo com as autoras, o pesquisador introjeta-se na pesquisa, envolve-se, para junto com os pesquisados, inferir na realidade, reconstruindo-a. Sendo assim o profissional enfatiza o pensar e o fazer, ele pensa fazendo e faz pensando.

Face a estes pressupostos, a PCA foi escolhida como referencial metodológico do estudo, dada a possibilidade de, a um só tempo, obter informações sobre as experiências das mães adolescentes participantes e conduzir a prática educativa pelas ações de informação, orientação e educação relativas ao cuidado ao filho.

4.2 O local e o contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido em Cambé-Pr. Um município localizado na região norte do Estado do Paraná, com aproximadamente 88.186 habitantes (IBGE, 2000), sendo que, destes, 1,7% são crianças abaixo de um ano de idade, 19% são adolescentes, 11,8% são idosos, sendo que 92,9% da população é residente na zona urbana (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2007). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0.793, com Classificação Estadual de 31 e Nacional de 717 (PNUD, 2007). A principal fonte econômica é a área industrial, representando 68,5% da economia do município.

No Brasil, a cada ano cerca de 20% das crianças que nascem são filhos de adolescentes, número que representa três vezes mais que na década de 70 (BRASIL, 2001). No estado do Paraná, em 2005, 20,6% dos nascidos vivos foram de mães adolescentes, enquanto que no município de Cambé esse índice foi de 16,2%, correspondendo a 218 nascimentos (BRASIL, 2005).

Na área da saúde o município conta com dois hospitais (um particular e um filantrópico), somando 106 leitos (69 credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS) e 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 12 estão localizadas na zona urbana e uma na zona rural. O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 1999, inicialmente com 7 equipes. Atualmente existem 24 equipes, distribuídas nas 13 UBS, o que corresponde a uma cobertura populacional de 80,2%.

A Santa Casa de Misericórdia de Cambé conta com 68 leitos e dispõe de 47 leitos para o SUS, que é referência para urgência e emergência. A seleção das informantes foi realizada na maternidade deste referido hospital.

A escolha dessa maternidade está ligada a aspectos de ordem pessoal e técnica, pois ali atuando como docente do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), tenho desenvolvido atividades práticas e de estágio junto à Disciplina Cuidado da Mulher e do Recém-nascido e também ao desenvolver o Projeto de Extensão: Consulta de Enfermagem durante o Pré-Natal tive maior facilidade de entrar no campo de pesquisa. Além desses aspectos, a alta demanda de gestantes adolescentes complementou os motivos da escolha desse espaço para a captação das informantes deste estudo.

Após a autorização da Instituição para a realização da pesquisa, dirigi-me até a maternidade para esclarecer aos funcionários deste setor o que faria e de que forma seria meu trabalho.

Fui carinhosamente acolhida; a equipe de Enfermagem demonstrou disponibilidade e comprometeu-se a ajudar-me no desenvolvimento da prática assistencial, deixando-me mais confiante e entusiasmada. Eu fazia contato telefônico todos os dias para saber se havia gestante adolescente em trabalho de parto, já que as mesmas seriam meus sujeitos de estudo.

Durante as primeiras semanas foi bem difícil. Não internava gestante adolescente. Fiquei durante dois meses em incessantes telefonemas na expectativa de que aparecesse alguma gestante adolescente; pensei até em mudar de instituição. Cheguei a conversar com minha orientadora sobre a possibilidade de mudança e expressei minha preocupação, mas ela me disse: “tenha calma, continue que logo aparece”. Como é meu campo de estágio, já tinha realizado um levantamento sobre o número de gestantes adolescentes e também durante a realização das práticas dos estágios essa população era sempre presente, porém demorou para aparecer uma para iniciar meu estudo. Sem contar que, muitas vezes,

quando aparecia, e eu explicava sobre o estudo, ela não aceitava participar, outras residiam em outras cidades ou na zona rural.

A cada telefonema minha ansiedade aumentava mais e imaginava como seria quando encontrasse a primeira adolescente que aceitasse participar do estudo.

Um dia cheguei para ministrar a prática do estágio e a funcionária logo que me viu, disse que havia uma adolescente e que ela já havia ganhado o bebê.

Distribui as atividades com os alunos, uma dupla de alunos iria realizar os cuidados com ela e com o bebê. Após, entrei no quarto, conversei com as mães explicando que era professora e que os alunos cuidariam delas e do bebê e qualquer dúvida era para falarem comigo. Depois disso, fui a cada leito e conversei com as mães, como faço todos os dias. Então, comecei a conversar com a mãe adolescente, fiz questionamentos sobre como havia sido o parto, como estava sendo cuidar do bebê. Na verdade, estava tentando criar um vínculo, para mais tarde poder solicitar sua participação no estudo, porém os alunos demoraram para realizar o banho do bebê e não consegui criar o vínculo necessário para solicitar sua participação. Assim achei melhor deixar para conversar com ela no período da tarde, pois voltaria com outro grupo de alunos. No período da tarde a adolescente estava mais à vontade, conversando mais, perguntando mais, esclarecendo algumas dúvidas.

Como senti a adolescente mais solta, solicitei sua participação no estudo, expliquei os objetivos, o que eu realmente iria fazer, como seriam as visitas domiciliares e ela aceitou em participar, combinamos de conversar mais quando encerrassem minhas atividades como professora, ela já estava de alta hospitalar e esperava pelo marido. Enfim, seria a primeira mãe adolescente do meu estudo.

A segunda adolescente foi incluída no estudo uma semana após e as demais foram sendo incluídas gradativamente, sendo que a última adolescente foi incluída dois meses após a primeira.

4.3 As informantes do estudo

Participaram inicialmente sete mães adolescentes e seus filhos, acompanhados no nascimento. Durante o período de coleta de dados, houve o afastamento gradual de três adolescentes, duas por mudança de endereço e uma

por desistência em participar do estudo, ficando reduzido a quatro, o número de participantes acompanhadas até os seis meses. Contudo, das três adolescentes que tiveram afastamento gradual, uma delas conseguiu acompanhar por quinze dias e outra até o primeiro mês, assim exponho a experiência dessas mães também.

Sendo assim, as participantes da pesquisa foram seis mães adolescentes. Foram adotados como critérios de inclusão: mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, residentes na zona urbana do município, que tivessem seus filhos no período de fevereiro a abril de 2007, estavam em alojamento conjunto e que aceitaram participar do estudo.

Leininger (1991), que fundamenta este estudo, refere que, na etnografia, a enfermeira pode estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes, pois o que importa não é o número de informantes e sim o significado dos depoimentos.

A seleção das adolescentes encerrou-se em abril de 2007, com base no acompanhamento pelo período de seis meses, não podendo captar as adolescentes por um período longo. Finalizei no mês de abril e realizei o acompanhamento do cuidado até outubro, pois tinha prazo para a defesa da dissertação.

4.4 Procedimento e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira ainda na maternidade após o nascimento do filho e a segunda no domicílio das mães adolescentes. Foi realizada mediante consulta em prontuários, entrevistas semi-estruturadas e observação participante, cujos dados foram registrados em diário de campo.

Na primeira etapa, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada e observação da mãe adolescente durante o cuidado ao filho. A entrevista, que foi gravada e transcrita na íntegra, continha questões abertas, relacionadas aos sentimentos, dificuldades e ao apoio durante a gravidez, objetivando também caracterizar a mãe adolescente no seu contexto sócio-demográfico (APÊNDICE A). Nesse momento pude esclarecer dúvidas pertinentes a todas as transformações do processo gravídico-puerperal. Esta etapa foi realizada durante a internação pós-parto,

com intuito de criar um vínculo com a mãe adolescente para a realização da etapa seguinte.

A segunda etapa foi realizada por meio de encontros no domicílio das mães adolescentes.

Monticelli (1997) relata que a interação no domicílio apresenta a realidade da mulher em seu hábitat natural e que a enfermeira deve ter um olhar diferenciado dessa puérpera ao permanecer em seu contexto socioeconômico e cultural.

Foram realizados quatro encontros, com as adolescentes que tiveram o afastamento gradual foram realizados apenas dois encontros. Os encontros foram nos seguintes períodos: até o sétimo dia, no primeiro mês, no quarto mês e no sexto mês após o nascimento da criança (APÊNDICE B e C). Esses encontros ocorreram nestes respectivos períodos, conforme descritos anteriormente: pela primeira semana ser de adaptação da mãe ao cuidado prestado ao filho, o primeiro mês por constituir um período que gera grandes dúvidas quanto ao cuidado, o quarto mês caracterizado pelo risco de desmame e o sexto mês pela introdução da alimentação complementar da criança.

Os encontros foram agendados após contato telefônico com as mães adolescentes. Nessa etapa os dados foram coletados por entrevistas, direcionado para a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho (APÊNDICE B), as quais foram gravadas e transcritas, na sua totalidade, logo após sua realização, para não perder nenhum detalhe do momento. Permaneci nos domicílios das mães adolescentes cerca de 60 minutos em cada encontro.

Desta forma, optei por fazer entrevistas em profundidade, definidas como “um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1992, p. 86), ou ainda como uma forma de acesso às observações de outras pessoas a respeito de um fato. Em suma, a partir de uma entrevista em profundidade, percebe-se a representação que o entrevistado tem a respeito da sua experiência de vida. É exatamente isso que me interessava.

A fim de que pudesse aproximar dos significados das ações cotidianas das mães adolescentes, me propus a realizar uma observação participante, nos domicílios, atenta ao que poderia estar sendo transmitido nas diversas ações. Sabia que a realidade me ofereceria diversas possibilidades, de modo que muitas vezes, observava situações não previstas.

Essas observações e impressões foram, inicialmente, registradas no diário de campo e revelaram-se muito úteis na construção deste estudo. Mesmo tendo sido, de início, pouco sistemáticas, anotadas sem clara noção de sua importância, aos poucos se tornaram relevantes, na medida em que, trouxeram à tona elementos que ajudaram a compreender a experiência das mães adolescentes.

A observação participante constitui uma parte fundamental da pesquisa de campo, pela propriedade que possui de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas (MINAYO, 2006).

Trentini e Paim (2004) ressaltam que, na observação participante, o envolvimento do pesquisador na situação poderá ser passivo, moderado ou completo. Na participação passiva, o que faz é obter um posto de observação, sem se envolver com a situação. A participação moderada ocorre quando o pesquisador tenta manter equilíbrio entre pertencer e não pertencer ao grupo, contrabalança a observação com a participação, vê a situação de dentro e de fora. A participação completa ocorre quando o pesquisador investiga uma situação na qual ele já exercia uma participação trivial, portanto, está familiarizado com a situação, acrescentando objetivos à sua observação trivial.

Para este estudo, foi realizada a observação participante do tipo completa durante a internação pós-parto e nos encontros no domicílio. Ao mesmo tempo em que realizava a observação, também fazia orientações pertinentes a situação experienciada.

A técnica de observação participante possibilita o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, conseguindo informações acerca da realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, como parte do contexto, estabelece uma relação face a face com os observados e, nesse processo, tem a oportunidade de modificar ou ser modificado pela situação (CRUZ NETO, 2001). Cabe lembrar, que as entrevistas serviram como complementação à observação participante.

O diário de campo é outra ferramenta disponível para o registro de dados e de acordo com Cruz Neto (2001) constitui-se um instrumento pessoal e intransferível do pesquisador, disponível para registrar suas percepções, angústias, questionamentos e informações que não seriam obtidas por meio de outras técnicas. Cruz Neto (2001) acrescenta que, quanto maior a riqueza das anotações no diário,

maior será a contribuição deste instrumento nas fases de descrição e análise do tema estudado. Para isso, demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação.

Diante das considerações expostas, anotei, no diário de campo, as sensações que emergiram dos encontros, os imprevistos, as dificuldades para chegar aos domicílios, a descrição dos mesmos, o comportamento dos pais e da criança, o momento da despedida e o retorno do campo.

A análise dos dados foi baseada nos registros do diário de campo, realizados assim que retornava do encontro, incluindo, os aspectos subjetivos como: meus sentimentos, pensamentos e reações diante do cenário cultural, numa tentativa de não esquecer e não fazer confusão com tanta informação. Essa reflexão ocorreu durante todo o processo sempre relacionando meu próprio referencial com a realidade encontrada e o referencial teórico – a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, que estava sendo utilizada. Colocava as falas e condutas em ordem e tentava identificar a quais aspectos fundamentais de minha proposta os mesmos se relacionavam.

Assim, antes de cada encontro no domicílio listava quais eram os cuidados esperados que poderiam ser desenvolvidos pela mãe adolescente para com o filho, já me preparando para as situações que poderiam aparecer, tanto no sentido de auxiliá-la no cuidado ao filho como nas orientações.

Após os registros no diário de campo de cada encontro, iniciava o processo de preparação para o seguinte. Primeiramente, analisava cada encontro. Trabalhava os cuidados populares encontrados, muitos deles desconhecidos para mim, assim, era necessário algumas vezes, fazer uma busca na literatura para minha maior compreensão. Analisava as ações que foram preservadas, acomodadas ou repadronizadas, para posteriormente, verificar se as implementações foram desenvolvidas, sempre me questionando como preservar / acomodar / repadronizar as ações de cuidado de acordo com a cultura da mãe adolescente e a minha. Assim, preservar, acomodar e / ou repadronizar implica em reflexão, conscientização e respeito aos valores e crenças da mãe adolescente.

Então, analisei as formas de atuação e questionei os limites entre preservar, acomodar e repadronizar. Ao preservar e acomodar o cuidado, estava mantendo o cuidado cultural que eu julgava não prejudicial à saúde; quando repadronizava estava alterando o cuidado que eu acreditava ser nocivo.

Isso interferiria de forma direta na visão de saúde da mãe adolescente e em seus hábitos, mudando assim alguns aspectos culturais, mas não posso deixar de mencionar que o inverso também ocorreu, pois minha forma de cuidar sofreu sensível transformação. Essa foi uma etapa do trabalho muito importante para mim, pois tive que trabalhar com minha cultura enquanto enfermeira e por muitas vezes tive que me despir de minhas concepções, passando a entender a cultura de cada mãe adolescente. Também foi necessário não expressar alguns preconceitos, pontos de vista contraditórios, para não entrar em conflito com a cultura da mãe adolescente, e também para que pudéssemos juntos estarmos abertas para um cuidado culturalmente congruente, de forma que a educação estivesse presente durante todo o processo de cuidar e que todos pudessem ensinar e aprender.

4.5 Análise e interpretação dos resultados

Neste estudo, a análise dos dados baseou-se em Trentini e Paim (2004), as quais enfatizam que na Pesquisa Convergente Assistencial o processo de coleta e análise das informações deve ser simultâneo, a fim de facilitar a interpretação. Para essas autoras, a análise das informações se desenvolve em quatro etapas, mais ou menos seqüenciais: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

A apreensão inicia-se quando o pesquisador começa a coleta das informações, requerendo, para tanto, uma organização do relato das informações obtidas. Neste estudo, foi, no primeiro momento, a transcrição das entrevistas e das observações tal qual se apresentavam. Quanto à documentação, foram utilizados os prontuários das adolescentes, dos quais foram retiradas informações referentes ao parto, idade, pré-natal e intercorrências. Do diário de campo foram retiradas as informações levantadas na entrevista e que foram julgadas relevantes para alcançar o objetivo proposto.

No Processo de síntese, o material coletado foi submetido a um estudo aprofundado. Fiz inúmeras leituras do material e realizei a síntese das informações. A cada encontro listava os cuidados encontrados e quando necessário fazia uma busca na literatura para maior compreensão desses cuidados. Analisava as ações que foram preservadas, acomodadas ou repadronizadas.

Segundo Trentini e Paim (2004), o processo de síntese é a parte da análise onde ocorre o exame subjetivo das associações e variações importantes. Assim, o pesquisador deverá imergir novamente nas informações trabalhadas na fase de apreensão e familiarizar-se totalmente com elas, além de envolver-se em profundo trabalho intelectual.

Na fase de teorização, o pesquisador desenvolve esquema teórico partindo das relações identificadas no processo de síntese. Assim, nesse estudo, realizei interpretações apoiadas na minha experiência profissional e no referencial teórico de Madeleine Leininger, abordando as experiências das mães adolescentes no cuidado aos filhos nos seis primeiros meses de vida, buscando manter, adaptar ou alterar as experiências populares dessas mães no cuidado, através das ações propostas por Leininger, assim, desenvolvendo a preservação, acomodação e repadronização cultural do cuidado. Assim, oportunizando um cuidado de enfermagem que se adapte à cultura da mãe adolescente.

Por fim, o processo de transferência ocorre na medida em que o pesquisador tenta contextualizar os achados a situações similares, sem buscar, no entanto, a generalização. Portanto, acredito que o resultado deste estudo poderá ser utilizado por outros profissionais da área da saúde em sua prática assistencial no processo de cuidado das mães adolescentes para com seus filhos.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente encaminhei solicitação para realizar a pesquisa na Santa Casa de Misericórdia de Cambé-Pr. Em uma semana, a gerente de Enfermagem da instituição entrou em contato para pedir alguns esclarecimentos sobre o estudo e após, a diretora administrativa da instituição me autorizou a desenvolvê-lo (ANEXO A). No mesmo dia, dirigi-me à maternidade para esclarecer aos colaboradores desse setor o que faria lá e de que forma seria o meu trabalho.

Após a autorização prévia da direção da instituição escolhida e, observando integralmente as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estadual de Maringá-UEM, sendo aprovado com o parecer 035/2007 (ANEXO B).

Para a organização dos discursos, as participantes receberam nomes de flores com a intenção de manter o anonimato das informações. As pessoas envolvidas no estudo tomaram conhecimento do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), bem como o responsável pela adolescente e só após autorização consentida dos mesmos, iniciei a coleta de dados.

Salientamos que para realização do estudo, a privacidade e a individualidade das participantes, foram respeitadas de acordo com a Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade (BRASIL, 1996).

5 A EXPERIÊNCIA DA MÃE ADOLESCENTE NO CUIDADO AO FILHO

Esse capítulo reúne a descrição das entrevistas e das observações participantes durante a internação na maternidade e nas visitas domiciliares realizadas com as mães adolescentes que participaram do estudo, o que possibilita o conhecimento e compreensão do processo de assistência desenvolvido junto às adolescentes e suas famílias. Sendo assim, exponho o cenário em que ocorreu essa experiência, como foram esses encontros, as narrativas dos discursos, contendo o tom expressivo, seguindo a mesma ordem de realização da entrevista e dos encontros no domicílio.

Acredito que a descrição na íntegra das entrevistas possibilitará conhecer de forma mais individualizada a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho ao longo dos seis meses de vida. Optei por fazer uma narração desses discursos e utilizar substratos dos mesmos, como estratégia para tornar a leitura mais agradável e menos repetitiva durante a discussão dos dados.

Identifiquei as participantes do estudo considerando informações relacionadas a elas próprias, como as características físicas, de personalidade, entre outras.

5.1 Rosa

Rosa – Tinha 17 anos, era uma adolescente sorridente, carismática, espontânea, independente. Tinha cabelos castanhos e compridos. Na ocasião da primeira entrevista era solteira, porém mantinha relacionamento com o pai de seu filho. Terminou o Ensino Médio durante a gravidez. Não trabalhava. Morava com os pais e um irmão mais novo, em casa de alvenaria, bem conservada, com seis cômodos compostos de sala, cozinha, três quartos e banheiro. Sempre teve o desejo de ter filhos, contudo, não planejou a gravidez. Essa era sua primeira gestação. Seu parto foi normal com episiorrafia, sem complicações. O recém-nascido nasceu a termo, do sexo masculino, apresentando apgar 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto, com peso e estatura adequados para idade gestacional. Por volta do terceiro

mês de vida do filho, casou-se e foi morar com o marido e a sogra, próximo à residência de seus pais.

5.1.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 08/02/2007

Realizei a entrevista em um quarto onde não havia pacientes, para termos mais privacidade. Rosa estava aguardando seu companheiro para ir embora (eles ainda não estavam casados, mas já o considerava como marido), pois estava com alta hospitalar. Expliquei os objetivos da pesquisa, como iria transcorrer, quando faria as visitas domiciliares e como seriam. Ela aceitou participar da pesquisa.

Já havia prestado cuidados ao binômio mãe-filho no período da manhã junto com os alunos, quando observei seu desempenho junto ao recém-nascido, Rosa cuidava do bebê muito bem, trocava a fralda, colocava-o para sugar, colocava-o no berço, pegava-o no colo, tudo sem necessitar da ajuda do profissional. Ou seja, mesmo sendo o primeiro dia pós-parto, ela já desempenhava com autonomia seu papel de mãe, sem demonstrar qualquer insegurança.

Quando cheguei, Rosa estava amamentando e informou que estava sentindo dor no início das mamadas, quando o bebê abocanhava a mama. Fiz orientações sobre a pega ao seio, porém durante a observação vi que não havia alterações quanto à pega, então, expliquei-lhe que a pega do recém-nascido ao seio estava adequada e que a dor poderia ser decorrente da presença de micro fissuras (imperceptíveis), devido a sucções anteriores, ocasião em que o bebê poderia ter abocanhado somente o mamilo. Acordamos que ela deveria observar a pega do bebê em todas as mamadas. Diante dessa situação, somente incentivei e orientei, porque a pega ao seio pelo recém-nascido estava correta naquele momento.

Durante a amamentação Rosa demonstrava carinho, direcionando olhares ao recém-nascido, segurando na mãozinha apoiada ao seio. O bebê, por sua vez, sugava tranquilamente, ora apoiava sua mão ao seio, ora a mãe segurava-a, assim, num processo de simbiose, mãe e filho demonstravam a harmonia entre si.

O marido chegou e ela perguntou se ele poderia permanecer ali, respondi afirmativamente, e, enquanto conversávamos ele ficou observando. Porém, passados alguns minutos, ele também começou a participar da entrevista. Assim

que Rosa respondia aos meus questionamentos, ele complementava com suas observações.

Em seguida o recém-nascido dormiu e largou o seio, Rosa deu-o para o marido segurar. Passou-o com muito cuidado dizendo: “*Cuidado, põe ele para arrotar*”, demonstrando insegurança quanto às habilidades do pai para com o bebê. O marido posicionou-se em pé, segurando o recém-nascido, apoiado em seu ombro para arrotar e embalando-o. Rosa ora olhava pra mim, ora para o marido, na preocupação por estar segurando o filho.

O casal também trocava olhares carinhosos entre si e com o bebê e todas as vezes que se referiam ao filho, olhavam-no com carinho, dizendo palavras sempre em tom mais suave.

Após o bebê ter parado de sugar, examinei os seios de Rosa e constatei que os mamilos estavam hiperemiados. No período da manhã quando a examinei, juntamente com os alunos, não havia alteração alguma. Orientei sobre a importância de colocar o dedo no canto da boca do recém-nascido, quando for interromper a mamada ou trocar de seio, para evitar que puxe o mamilo, e também para hidratar os mamilos com o próprio leite, e no domicílio fazer banho de sol. Enfatizei novamente que a pega ao seio, no momento em que observei, estava correta e que se realizasse esses cuidados iria melhorar a dor e a hiperemia. Rosa demonstrou-se atenta e fez gestos afirmativos com a cabeça à medida que as orientações eram feitas.

Durante a entrevista, contou que não sabia que estava grávida, e que só foi descobrir no quinto mês de gestação, quando começou a apresentar sangramento vaginal. Procurou o médico e foi informada de que era uma ameaça de aborto. Sendo assim, começou o pré-natal somente nesse período, por volta da 20ª semana de gestação. Não houve intercorrências durante o pré-natal. Ela relatou que só após descobrir a gravidez, começou a engordar e a sentir náuseas. É interessante observar que mesmo percebendo que a menstruação estava atrasada, Rosa não desconfiou da gravidez, porém foi só ter a confirmação de sua existência, que começou a perceber a presença de sintomas.

Ela desejava ter filhos, mas não queria engravidar nesse momento, por isso, no início usava camisinha, mas depois parou de usar. Contudo, achava que não iria engravidar. Ficou uns oito meses sem usar nenhum método de anticoncepção e inclusive achou que demorou a engravidar. Ao mesmo tempo em que referia não

querer engravidar, também não usava nenhum método anticoncepcional, revelando um desejo inconsciente de engravidar.

A família, tanto a dela como a do companheiro, à princípio, demonstrou insatisfação com a notícia da gravidez, principalmente o pai dela, mas depois de um tempo se acostumaram com a idéia, porém deixaram claro que eles teriam que se casar.

Em relação à experiência após o nascimento do filho, Rosa afirmou que estava sendo uma experiência gostosa, prazerosa e que se sentia realizada como mãe. Enquanto falava, olhava para o bebê, abriu um sorriso, expondo toda sua felicidade em ter o filho. Observei que realmente Rosa desempenhava o papel de mãe com satisfação, demonstrando habilidade em segurar o bebê e afeto ao tocá-lo.

Durante o período da manhã havia demonstrado à Rosa como realizar a higiene do coto umbilical com álcool a 70%, sendo que no período da tarde, ela já estava realizando esse cuidado sozinha e adequadamente. O município fornece a todas as mães um kit para higiene do coto umbilical, composto por cotonetes e um frasco de álcool à 70%, sendo assim, as mães têm a possibilidade de realizar no domicílio a higiene do coto como aprenderam na maternidade.

Rosa iria para a casa de sua mãe após a saída da maternidade, pois precisaria de ajuda nos primeiros dias, mas será ela mesma quem cuidará do bebê e que sua mãe a ajudará nos afazeres domésticos. Após esse período, vai se casar no cartório e morar com o pai de seu filho, sendo que a igreja que eles freqüentam irá custear as despesas do cartório.

Rosa estava ansiosa para ir para casa e como meu intuito era iniciar o vínculo e isso eu havia conseguido, terminamos a entrevista, já combinando nosso próximo encontro.

5.1.2 Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida do filho) – 16/02/2007

Já havia passado uma semana do nosso primeiro encontro, então liguei para Rosa e combinei de eu ir naquele momento. Não quis programar a visita com muita antecedência, para evitar que modificasse o ambiente em função de meu encontro.

Fui recebida no portão por Rosa, com o bebê ao colo e por sua mãe, que

acompanhou todo o encontro. Percebi que ela estava tão interessada quanto à própria Rosa, pois perguntava, tirava dúvidas, ouvia tudo atentamente. A residência apresentava boas condições de higiene, ambiente arejado, com boa iluminação, rede de esgoto e energia elétrica. Na garagem da casa funcionava um bar, onde o pai de Rosa trabalhava. Ofereceram-me refrigerante e água. Aceitei um copo de água, pois estava um dia muito quente.

Rosa mostrou de longe a casa onde irá morar com o pai de seu filho, que ficava duas casas adiante da de seus pais.

Ficamos na sala, sentadas no sofá, e logo avistei uma chupeta no carrinho do bebê. Perguntei de quem era e Rosa respondeu que havia comprado, porque ao trocá-lo chorava muito e com a chupeta ele acalmava. A avó revelou ter orientado não haver a necessidade da chupeta, porque nenhum de seus filhos usou, mas nada adiantou. Pude compreender que a questão cultural popular não interferiu na decisão de Rosa. Mesmo assim expus-lhes minha opinião profissional sobre o uso da chupeta, ressaltando principalmente a possibilidade da confusão de bicos e que isto poderia interferir na amamentação ao seio. O encontro durou aproximadamente duas horas. Tanto a avó quanto Rosa participaram de forma efetiva e pude perceber, o quanto a família estava envolvida no processo de cuidar, mesmo que indiretamente, principalmente a avó. Falaram muito do companheiro de Rosa e que ele não participava muito dos cuidados com o bebê, porque viajava a trabalho.

Observei que Rosa colocou o bebê no sofá com um encosto nas costas, perguntei por que fazia daquela maneira e disse que aprendeu na maternidade, ou seja, colocava o encosto para o bebê não virar. Ele ficava a maior parte do tempo no carrinho e à noite dormia no berço, que estava no quarto dela, ao lado da cama.

O bebê já havia repetido o teste do pezinho, o que foi solicitado porque teve alta antes de 48 horas, também já havia recebido a vacina contra tuberculose (BCG) e a consulta com o pediatra para puericultura estava agendada para a semana seguinte. No município, no caso de mulheres adolescentes, em função do risco, mãe e filho recebem alta com consulta de puerpério e puericultura já agendadas. Ao exame físico, o bebê usava roupas leves - vestuário adequado, haja vista o calor que estava fazendo, apresentava boas condições de higiene, cicatriz umbilical com bom aspecto, região perianal íntegra, fazendo uso de fralda descartável.

O coto umbilical havia caído espontaneamente no dia anterior e Rosa estranhou o fato de não ter ocorrido sangramento. Ela queria saber como faria a

higiene após a queda. Expliquei que era esperado não sangrar e orientei sobre a higiene durante o banho, lavando com água e sabão e mantendo-o seco. Percebi que o cuidado com o coto umbilical não representou preocupação para Rosa, pois, demonstrou tranquilidade ao falar sobre a higiene do coto e sua queda.

Contou-me que sua vida após a saída da maternidade estava sendo boa, mas que acordava várias vezes durante a noite porque o filho tinha cólicas, e acabava ficando com ele no colo, ora ele queria mamar, ora queria dormir. Assim, ela resumiu sua vida atual aos cuidados com o bebê e também aos períodos de vigília que passava com ele ao colo. Demonstrava como fazia quando ele tinha cólica, qual era a posição que o deixava (de bruços). Afirmei que deixar naquela posição era adequada, porque aquecia a barriga e aliviava a dor. Aproveitei e também orientei outras técnicas como: a massagem na barriga, os movimentos circulares com as pernas (movimentos de bicicleta), a ingestão de chá de erva doce sem açúcar por ela, para poder passar pelo leite materno. Desaconselhei a complementação com outros leites artificiais, pois isto pode estar associado ao aumento de cólicas.

Rosa disse que estava tomando chás, mas que não comeu mais chocolate, porque há uns dias atrás fora a um aniversário, comeu brigadeiro e deu muita cólica no filho. Crenças relacionadas à alimentação ainda se fazem bastante presentes na cultura desta família. Acreditam-se que o que a mãe come ou deixa de comer, vai interferir no aparecimento de cólica no bebê. Iniciou a complementação com Nan[®], logo no primeiro dia em que chegou em casa, pois sentiu que não tinha leite, já que o filho mamava e não sustentava. Ofereceu o leite na chucha, o bebê dormiu e o leite materno desceu. Percebi o quanto ainda é arraigada na crença popular a questão do “leite fraco”. Rosa acreditava que seu leite não sustentava e associou isso ao fato do filho não ter feito “nem xixi, nem cocô”. Porém observou que após ter oferecido complemento, Rosa ficou mais relaxada e tranqüila, o que fez com seu leite descesse. Ela estava muito nervosa e após dar o complemento ao filho sentiu-se aliviada. Expliquei sobre o estímulo da hipófise e as questões emocionais da amamentação, e que isto foi importante para que seu leite descesse, ou seja, quando ela relaxou o leite desceu.

Rosa foi amamentar e utilizou um bico de silicone. Foi até a farmácia ver se tinha algum remédio para dor, pois ainda estava com dor nos mamilos e o farmacêutico orientou que o bico poderia aliviar. Referiu que realmente aliviou a dor

e que no momento não sentia mais dor, mas que já tinha acostumado amamentar com o bico e o bebê estava pegando bem, então não tirou pela praticidade. Rosa até pensou em me telefonar, mas não quis me incomodar, porque era fim de semana. Orientei Rosa sobre a confusão de bicos, o uso da chucha, da chupeta, e que se não estava mais sentindo dor, não havia a necessidade de utilizar o bico. Ela concordou em retirá-lo durante a amamentação. Realizei novamente a orientação sobre o banho de sol, a lubrificação com o próprio leite, salientando que não haveria a necessidade de utilizar mais nada, além desses cuidados.

Senti um pouco de frustração, primeiro porque me coloquei à disposição para esclarecer qualquer dúvida, inclusive deixei meu telefone particular e ela não me procurou, e segundo, porque as orientações de cuidados com os mamilos, realizadas na maternidade, não estavam sendo seguidas. Porém, como sei que as pessoas precisam de tempo para assimilar orientações de qualquer natureza, realizei-as novamente para que no próximo encontro pudesse avaliar sua implementação.

Rosa referiu que não apresentou dificuldades quanto aos cuidados com o bebê nesses primeiros dias e assumiu todos desde o primeiro dia em que chegou em casa. Sua mãe fazia os afazeres domésticos. Para Rosa, cuidar do bebê estava sendo fácil, já que não tinha medo de realizar qualquer atividade, nem mesmo o banho do bebê. Porém, Rosa apresentava resistência em deixar que outras pessoas ajudassem nos cuidados. Ela não gostava de dividir as tarefas de cuidados com a sua mãe e nem com o pai de seu filho. Salientei sobre a importância da participação do pai nos cuidados com o bebê para o desenvolvimento emocional, mesmo sendo em uma troca de fraldas, isso faz com que o pai se sinta parte atuante do processo e não um mero espectador.

Rosa demonstrou sentir-se realizada no papel de mãe e no desenvolvimento do cuidado, relatou que o cuidado era muito gostoso, que o bebê era quietinho, que só mamava e dormia, referindo mais uma vez que o cuidado era fácil. Ficou evidente a demonstração de carinho por parte de Rosa. Ao mesmo tempo em que contava as coisas, olhava para o filho carinhosamente, pegava-o no colo, beijava e embalava.

Conversamos sobre várias coisas, sobre a faculdade, a enfermagem, a violência, o aquecimento global, e então percebi que já estávamos desviando o meu foco principal que era o cuidado, então poderia encerrar o encontro. Despedi-me e Rosa e sua mãe acompanharam-me até o portão. Nesse momento, Rosa disse

(rindo) que ficar grávida na adolescência era “de família”, porque sua mãe também teve filho aos 16 anos de idade. A avó sorriu e disse que no tempo dela era diferente. Hoje as meninas ficam grávidas porque querem, hoje tem como prevenir, são instruídas a não engravidar, têm como tomar remédio, o que não acontecia quando ela era adolescente. Para Rosa, a gravidez, nessa fase, não se configurava como um problema, porque sua mãe também havia passado por isso e nem ela e nem o filho tiveram qualquer problema de saúde.

Diante das minhas inquietações em compreender como era a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho, senti que havia conseguido em parte, compreender a experiência referente a esses primeiros dias de vida. Nesse encontro, senti-me muito bem acolhida por Rosa e sua família identifiquei alguns cuidados populares, e também alguns cuidados ineficazes, mas achei necessário encerrar o encontro, para compreender melhor o cuidado desenvolvido por Rosa, para que no próximo encontro eu pudesse desempenhar uma prática educativa condizente com as necessidades dessa mãe.

5.1.3 Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida do filho) – 17/03/2007

Como combinado, telefonei para agendar o encontro, porém Rosa disse que eu poderia ir naquele momento. Realizei o encontro no mesmo dia. Encontrava-se em casa Rosa, o bebê, seu pai e uma amiga.

Sentamos no sofá e solicitei a ela a carteira de vacina, pois havia sido realizada a 2ª dose de hepatite B, e ela levou o bebê ao atendimento de puericultura.

Rosa contou que suspendeu o uso do bico de silicone, porém, mesmo após minhas orientações, demorou uma semana para retirá-lo, demonstrando uma insegurança ou medo de ter dor novamente. Rosa relacionou a dor ao tamanho da boca do bebê e não à pega. Mesmo após ter realizado as orientações de cuidados com os mamilos duas vezes (na maternidade e no primeiro encontro), Rosa só estava realizando a lubrificação dos mamilos e justificou não estar realizando banho de sol porque acordava tarde e que nesta hora, o sol já estava muito quente e que no período da tarde geralmente esquecia. Contudo, seguiu as orientações corretamente sobre a lubrificação dos mamilos, tanto que os mesmos não estavam

mais hiperemiados e ela não apresentava dor.

Contou-me que estava oferecendo chá para o bebê. Nesse momento, ela sorriu como se soubesse que eu não aprovaria essa atitude. Mesmo após eu ter realizado orientações no último encontro sobre aleitamento materno exclusivo, suas vantagens, tipos de leite, ela ofereceu chá. Rosa até pediu que eu não falasse nada, porque já havia levado uma bronca da dentista, entendendo que eu tenho o mesmo pensamento, porém fez o que achava que era certo e o que acreditava.

Referiu que não contou para a profissional que fez a puericultura, que estava oferecendo chá para o bebê, por não querer ouvir novamente sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Já ofereceu chás de diversas plantas: erva doce, camomila, mas que agora estava dando chá de erva de São João, que era um chá que a avó dela fazia, para acalmar. Deixa evidente a questão da cultura popular em relação ao poder do chá da erva de São João, passado de geração a geração. Ela acreditava que se foi bom para os outros, então vai ser bom para seu bebê também. Embora, com meu conhecimento profissional, soubesse que o leite materno era suficiente, conversei com ela sobre as questões que a fizeram oferecer o leite, não a recriminando, mas sim a ouvindo. Então, ela revelou acreditar que o chá fazia bem, que acalmava e que sua mãe deu para os filhos e que também estava cansada de tomar tanto chá esperando passar pelo leite.

Rosa também voltou a introduzir a complementação, justificando que o bebê era muito guloso e que queria mamar toda hora, ficando claro a impaciência para amamentar, porém se justificou dizendo que dava mais o peito. Também fez isto porque tinha vergonha de amamentar o filho na igreja, sendo a questão religiosa uma interferência nesse cuidado prestado ao bebê. Mesmo sabendo da importância da amamentação. Preferiu oferecer a mamadeira, a amamentar ao seio. Conversei sobre a possibilidade de ela sair da frente do pastor quando fosse amamentar, que ela poderia se posicionar na parte de trás da Igreja, ou colocar uma fralda de pano sobre o peito, assim ninguém veria o filho sugar ao seio e nem iria expô-lo.

Com a introdução do chá, Rosa diminuiu a complementação com leite artificial, o que provavelmente fez com que diminuísse os episódios de cólicas, mas isto ela associou à ingestão do chá e não à diminuição de leite. Rosa estava oferecendo chá antes das mamadas, assim o bebê sugava por um tempo menor ao seio, estimulando menos a produção de leite. Orientei para oferecer o chá após as mamadas, assim estimulava a produção de leite. Rosa até sentiu-se aliviada por eu

dizer que não tinha problema em oferecer o chá, entendendo que eu não estava reprovando sua atitude.

Com relação ao uso de chupeta, mesmo após minhas orientações o bebê continuou usando. Rosa alegava que achava bonito o bebê chupar chupeta, não sendo uma cultura familiar. Deixou claro que é muito independente e que quando colocava uma idéia na cabeça era difícil alguém convencê-la do contrário.

Acabamos desviando o foco do estudo e achei melhor encerrar o encontro, já lembrando que retornaria somente quando o bebê completasse quatro meses, mas deixando claro, que estaria à disposição caso minha presença se fizesse necessária e que, em caso de dúvidas ou problemas era poderia entrar em contato comigo.

5.1.4 Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida do filho) – 09/06/2007

Marcamos o encontro por telefone, como combinado. Rosa contou que agora estava morando com o marido, mas que iria esperar na casa de sua mãe. Meus encontros já eram tão familiares que nem me buscavam mais no portão, gritavam de dentro de casa para entrar, tudo sem formalidades. Sentamos no sofá e começamos a conversar.

Rosa contou sobre sua vida morando com o marido, que agora estava pior, porque também estava morando com a sogra. Casaram-se no civil, mas a sogra não “batia muito bem da cabeça”, referindo que ela era esquisita. Depois retificou, dizendo que se fosse só ela, o marido e o bebê seria melhor, pois a sogra queria ensinar como cuidar do bebê, como fazer as coisas e Rosa sendo muito independente, sentia-se incomodada e não gostava dessa situação. Rosa já tinha um perfil decidido desde o nascimento do bebê, ela mesma sempre tomava as decisões, sem pedir ajuda a ninguém. Na casa de seus pais a sogra não interferia, porque não acompanhava o cotidiano, mas agora queria que Rosa fizesse as coisas do jeito dela, criando um conflito entre as duas. Na verdade, Rosa não dava muita atenção, não considerava as opiniões da sogra, mas ficava irritada porque ela interferia em tudo. Ela realmente demonstrou grande irritação ao falar sobre a sogra, disse que gostava dela, mas que a mesma era muito intrometida e ela não tinha muita paciência, então, para não brigar ia para casa de

sua mãe, que servia como um refúgio.

A mãe de Rosa trouxe o bebê que estava dormindo, eu o peguei no colo, vi que estava saudável e bem gordinho. Rosa contou que o filho largara o seio, há mais ou menos um mês. Como estava oferecendo chá, ele passou a mamar com menor frequência e ela ficou com medo de engravidar, foi até a farmácia, comprou um anticoncepcional, o leite diminuiu e o bebê não sugou mais.

Eu já havia orientado Rosa sobre o uso de anticoncepcionais, mas ela foi à farmácia e pediu uma anticoncepcional qualquer. Confirmei que a pílula combinada fazia o leite diminuir, e que deveria ter tomado a injeção, que não afetaria a produção láctea, mas ela sorriu e disse que a injeção engordava que sua prima tomou e ficou gorda e que ela não queria engordar.

Disse também que não procurou o serviço de saúde para ser orientada sobre a anticoncepção, porque não gostava do médico da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na verdade, eu já esperava que o desmame aconteceria, pois em meus encontros, já havíamos conversado sobre a introdução do chá, a complementação e realmente ela acreditava em sua cultura, e isso fez com que o leite diminuísse, então, essa cultura e seus cuidados prevaleceram, tentei por inúmeras vezes orientar o cuidado, mas sua opinião sempre foi mais forte.

Agora Rosa estava oferecendo leite com Mucilon[®] na mamadeira. Orientei sobre a higiene das mamadeiras. Rosa disse que fervia as mamadeiras e mostrou uma escovinha de dente, que comprou só pra limpar nos lugares mais difíceis. A higiene estava adequada, mesmo assim fiz orientações sobre a importância da higiene das mamadeiras na prevenção de diarreia e também que agora havia a necessidade de oferecer água para o bebê.

Realizei o exame físico do bebê, o mesmo estava em boas condições de higiene, genitália íntegra, em uso de fralda descartável. Suas vacinas estavam todas em dia. Rosa contou que o bebê ficava a maior parte do tempo no chão, ela mantinha um acolchoado no chão. Conseguia realizar os afazeres domésticos e ao mesmo tempo cuidar do filho, ele estava mais calmo, não tinha mais cólica, as mamadas (na mamadeira) eram mais espaçadas, então estava mais tranquilo.

Quanto ao desmame, alguns fatores contribuíram para que isso acontecesse, visto que além de Rosa acreditar em mitos como “leite fraco”, “pouco leite”, havia a cultura popular da ingestão do chá em “chuca”, como também, por

Rosa ter uma personalidade muito forte, oferecendo a chupeta e adotando os procedimentos em que acreditava, não medindo muito as conseqüências.

Desconsiderando o desmame, o bebê estava saudável, não apresentou alteração em relação à sua saúde, suas vacinas e puericultura estavam em dia. Rosa cuidava do filho demonstrando carinho, amor, desvelo.

Finalizei o encontro já deixando combinando o próximo.

5.1.5 Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida do filho) – 11/07/2007

Fiz contato telefônico, mas como o telefone é do irmão e agora Rosa não morava mais com seus pais, não consegui falar com ela. Então, resolvi aparecer. Como sua casa era próxima à da mãe, resolvi ir até lá e ver se ela poderia me receber. Parei em frente à casa dos pais de Rosa e vi o carrinho do bebê. Chamei e ninguém respondeu. A vizinha estava sentada em uma cadeira na calçada da rua. Perguntei se sabia sobre Rosa, mas ela disse que achava que Rosa estava em sua casa e me levou até lá. Chamamos e a sogra de Rosa apareceu. Rosa havia saído e a sogra queria saber o que eu queria. Eu disse que era enfermeira e ela me pediu que para verificar sua pressão arterial. Expliquei que não tinha o aparelho, porque tinha ido visitar o bebê. A vizinha foi comigo novamente até a casa dos pais de Rosa. Rosa e sua mãe estavam nos fundos da casa e não haviam escutado eu chamar.

Pediram para eu entrar, nos sentamos na cozinha. O bebê estava mais gordo do que da última vez. Eu conversei com ele, ele sorriu, parecendo entender o que eu falava, gesticulando, fazendo caminhão, parecia que conversava, respondendo para mim. Ele estava muito acima do peso e Rosa relatou que a médica da Unidade Básica de Saúde pediu para controlar as mamadeiras, porque estava obeso.

Rosa relatou que estava oferecendo leite de vaca com Mucilon[®], mas tinha dia que colocava açúcar, outro Ovomaltine[®], Mucilon[®] de milho, aveia, chocolate com açúcar, referindo que o leite puro era ruim. Fiz Rosa pensar sobre o assunto e sobre a opinião da médica. Rosa também concordou com ela, também achava que ele havia engordado muito, mas no último mês achou que ele até emagreceu. Rosa

chegou à conclusão de que os complementos que colocava no leite estavam fazendo o bebê engordar. Porém, Rosa associava a saúde do bebê por estar gordinho, dizendo que ele estava saudável e se desse o leite puro o bebê, não mamaria. Aqui, aparece a ideologia de que bebê gordo é bebê saudável.

O bebê já estava comendo frutas amassadas, sopa de caldo de feijão e papa de legumes cozidos e amassados. Foi a mãe de Rosa que ensinou a fazer, nas primeiras vezes foi sua mãe que cozinhou para Rosa aprender, depois passou a fazer as papas sozinha.

O bebê ficou doente uma vez, foi com a mudança do clima, ficou gripado, não respirava direito, com o nariz trancado, chegou a levá-lo ao hospital. Fez atendimento com o pediatra e começou a fazer inalação. Como não houve melhora, a avó resolveu buscar uma “garrafada”, com uma mulher que morava no bairro. Rosa relatou que a “garrafada” era um xarope feito só com componentes naturais como: açúcar, mel, limão. Depois de três dias que tomou a “garrafada” o bebê estava bem. Dessa maneira, parou de prestar o cuidado profissional (inalação) e prestou o cuidado popular (“garrafada”).

As crenças sobre os produtos naturais (xarope) são bem presentes na cultura dessa família, tanto que foi a mãe da adolescente quem foi atrás da “garrafada” pra poder dar ao bebê. Falei sobre os xaropes naturais, mas orientei sobre o problema da ingestão do mel em crianças menores de um ano e o risco do botulismo. Pedi para que na próxima vez, elas oferecessem xarope sem mel, assim não haveria riscos. Também levou para o pastor fazer oração, dizendo que oraram pelo bebê, assim ele ficou curado porque a oração tem o poder de curar as pessoas.

Observei que, além do xarope natural, as orações foram muitos importantes na recuperação do bebê na concepção de Rosa e sua família. Eles seguem uma religião cheia de doutrinas, não podendo cortar o cabelo, não se usa calça comprida, fazem correntes de oração para as pessoas, carregando consigo, uma cultura espiritual muito cheia de crenças e valores, as quais ela acreditava que eram importantes em sua vida.

Rosa estava participando de missões e, quando saía para missionar, o bebê ficava com a avó, que continuava sendo o apoio quando Rosa precisava de ajuda, nesse caso, para poder prestar serviços à igreja. Observei que conforme o bebê foi crescendo e Rosa foi retornando às atividades que realizava antes da gravidez, ela

sentiu a necessidade de compartilhar o cuidado com sua mãe, precisando de ajuda. Assim aquela resistência que mantinha em relação às outras pessoas cuidarem do bebê, estava desaparecendo.

O bebê começou a resmungar e Rosa conversou com ele que respondeu com sorrisos. A avó começou a preparar uma mamadeira e parecia que ele entendia o que ela estava fazendo.

Observei um andador no canto da cozinha. Rosa contou que o bebê ficava no andador, porém só deixava na casa de sua mãe por não ter escadas. Ela estava atenta aos perigos que o andador podia apresentar para o filho.

O bebê ainda continuava dormindo no berço, mas durante o dia, quando estava acordado, permanecia no carrinho ou no chão.

A mãe de Rosa colocou o bebê no colchão, no chão, e ele segurou a mamadeira sozinho. Rosa e a avó disseram que ele mama sozinho desde nosso último encontro. Naquele momento, não me contive e demonstrei meu espanto, pois precisava me despir de minhas concepções, mas o bebê era tão pequeno e não me contive. Fiz orientações sobre a bronco aspiração e pedi para que ficassem ao lado dele quando estivesse mamando. Ela disse que iria ficar por perto a partir de então.

Pude compreender que a experiência de Rosa no cuidado ao filho ao longo desses seis meses foi repleta de felicidade, carinho, responsabilidade. Ela desenvolveu os cuidados com autonomia, ora embasadas no cuidado profissional, ora no cuidado popular, porém outras vezes embasados no que ela realmente acreditava que fosse o ideal.

Para tanto, minha prática educacional foi fundamentada pela troca de conhecimentos a respeito de cada orientação e seus porquês. Partindo daí, juntas, decidimos o que poderia ou precisava ser alterado para que a forma de cuidado satisfizesse a todas nós – mãe adolescente/enfermeira. Senti-me realizada, afinal conseguira vencer meus primeiros desafios, evitando impor minha forma de cuidado, profissional.

Finalizado o período proposto de acompanhamento ao cuidado de maneira satisfatória, despedi-me e coloquei-me à disposição para qualquer dúvida e/ou problema.

5.2 Margarida

Margarida – Tinha 16 anos. Era uma menina muito meiga, sorridente, sempre me recebeu muito bem. Era solteira, mas estava com o pai de seu filho. Permaneceu estudando durante a realização do estudo, pois estava cursando o Ensino Médio e não trabalhava. Morava com os pais, dois irmãos (mais novos) e a avó. Tinha uma irmã mais velha que era casada, mas não morava com eles. A residência era de alvenaria, com seis cômodos compostos de três quartos, sala, cozinha e banheiro. Sempre teve o desejo em ter filhos, mas não planejou engravidar. Essa era sua primeira gestação. Seu parto foi normal com episiorrafia, sem complicações. O recém-nascido nasceu a termo, do sexo feminino, com Apgar de 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto, apresentando peso e estatura adequados para a idade gestacional. Por volta do quinto mês foi morar com o pai de seu filho.

5.2.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento da filha) – 15/02/2007

Iniciamos a entrevista no quarto em que ela estava, pois não havia outras pacientes. Não tinha prestado cuidados anteriormente, porque não estava em estágio naquela semana, assim teria que iniciar o vínculo pela entrevista.

Comecei explicando os objetivos da pesquisa, como aconteceria e se ela aceitaria participar. Ela afirmou, fazendo gesto com a cabeça. Era uma menina de poucas palavras, não conversava muito, apenas respondia o que eu perguntava, mas foi se soltando à medida que fomos conversando.

Margarida referiu que não quis engravidar. Sempre desejou ter filhos, mas não queria naquele momento. Usava preservativo, mas que uma das vezes teve relação sexual sem o mesmo e engravidou. Quando soube da gravidez, apresentou um sentimento ruim, de arrependimento, de culpa, por não ter se prevenido adequadamente, pois sua própria mãe fornecia a camisinha e mesmo assim ela engravidou. A mãe da adolescente tinha preocupação com a filha, referente ao fato de uma gravidez indesejável, como também à prevenção de Doença Sexualmente

Transmissível. Também foi sua mãe quem desconfiou que Margarida estivesse grávida, pois percebeu a ausência de menstruação.

Ao descobrir a gravidez, ela recebeu apoio de toda a família. O namorado e a família dele também aceitaram bem a notícia da gravidez. Ela iria permanecer na casa dos pais e ficar lá por algum tempo. Sua mãe iria ajudá-la nos cuidados com o bebê, depois iria morar com o namorado. Relatou que a gravidez foi tranqüila, não apresentou intercorrências e iniciou o pré-natal a partir da 12ª semana.

No momento da entrevista, o bebê estava no berço, começou a chorar e Margarida colocou-o ao seio. Observei que a posição e a pega do bebê ao seio estavam corretas, porém ela apresentava dificuldade no manejo do bebê. Ela demonstrava bastante insegurança nos cuidados com o bebê, justificando que era o primeiro filho e que precisava aprender a cuidar dele. Era ela quem estava desenvolvendo esses cuidados na maternidade, mas com receio ao trocá-la, pegá-la. Disse que teria mais responsabilidade, iria terminar os estudos, para poder ter a oportunidade de arrumar um emprego, e que sua vida estava sofrendo uma mudança muito significativa a partir daquele momento.

Ao falar da filha ela demonstrava sentimentos bons, dizia da emoção que sentiu a primeira vez que a viu começou a chorar referindo que ela era maravilhosa.

Resolvi encerrar a entrevista e combinamos a visita domiciliar para outra semana. Ela explicou-me como chegar a sua residência. Eu esperava que no próximo encontro Margarida fosse mais receptiva e se soltasse mais, podendo contar mais sobre a experiência do cuidado. Assim, saí dali ansiosa para que o próximo encontro acontecesse.

5.2.2 Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 25/02/2007

Tive bastante dificuldade em agendar esse encontro, marquei por quatro vezes. Em duas vezes, Margarida desmarcou, na outra não estava em casa. Relatou que precisara sair de casa com o bebê, mas não me disse o motivo. Até cheguei a pensar que ela tinha desistido de participar da pesquisa, mas ela se justificou e na quarta tentativa recebeu-me em sua casa.

Era a avó (mãe de Margarida) quem estava cuidando do bebê. Estava

acontecendo a troca de papéis. Margarida realizava os afazeres domésticos, e sua mãe, os cuidados com o bebê. Ela ainda tinha medo de cuidar da filha, mas acompanhava os cuidados que a avó realizava para aprender a fazer. Enfatizei que era importante ela começar a assumir os cuidados aos poucos, até que se sentisse segura para assumir todos os cuidados.

A mãe de Margarida não estava em casa, tinha ido à Unidade Básica de Saúde levar o neto de oito meses que estava doente. Ela já cuidava de três crianças, dois netos (um com oito meses e um com quatro anos) e de mais um menino de quatro anos.

O aleitamento materno estava sendo exclusivo. Margarida relatou que estava sendo bom amamentar, já sentia a diferença no peso do bebê, estava mais gordinho. Ao examinar os seios de Margarida percebi que eles estavam cheios e os mamilos íntegros. Ela pretendia amamentar até os dois anos de idade. Disse que sua mãe também amamentou os filhos até esse período, mas diz que era ruim acordar à noite para amamentar.

Percebi que a experiência da mãe de Margarida influenciou-a com relação à duração da amamentação, servindo como exemplo.

Durante o tempo em que estive no domicílio, Margarida colocou a filha para sugar o seio. Elogiei, pois a técnica da amamentação estava correta. Aproveitei e realizei orientações sobre a hidratação dos mamilos com o próprio leite.

Margarida relatou-me que quando o coto umbilical caiu, sua mãe não estava em casa e disse que ela “entrou em desespero”, não sabendo o que fazer. Como sangrou na roupa do bebê, ela teve medo que ele morresse, acreditava que o coto sendo seco, não sangraria. Telefonou para sua mãe e a mesma a tranquilizou, dizendo que às vezes sangrava um pouco, mas que era normal. Referiu que sua insegurança só passou quando conseguiu falar com sua mãe, demonstrando assim, a dependência dos cuidados, não sabendo como fazer sem a presença desta, “entrando em desespero”. Margarida guardou o coto umbilical em um frasco, por influência de sua mãe, para dar sorte. A cultura de guardar o umbigo é muito significativa que foi passada de mãe para filha.

Como os cuidados com o bebê não estavam sendo realizados por Margarida e sua mãe não se encontrava em casa, resolvi encerrar e marcar o próximo encontro, dizendo que gostaria de conhecer a mãe dela. Para Margarida a adaptação dos cuidados não aconteceu, porque ela ainda não os tinha assumido.

5.2.3 Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 20/03/2007

Margarida recebeu-me no portão, entramos e ela disse que sua mãe estava em casa e que ela gostaria de me conhecer. Sentamos no sofá da sala, a mãe da adolescente apareceu, nos apresentamos e ela pediu para eu dar umas orientações à Margarida, para que ela tivesse mais confiança. Disse que o bebê era dela e ela tinha que cuidar. A mãe de Margarida queria que eu conversasse para que ela tivesse mais atitude, mais iniciativa.

A avó disse que a enfermeira da Unidade Básica de Saúde falou sobre mim, sobre meu trabalho com mães adolescentes. Então, ela queria que eu ajudasse sua filha.

Sabia que Margarida tinha que querer ser ajudada e querer cuidar da filha sozinha, aprender, se interessar, porém ela relatou que tinha medo, que parecia fácil cuidar dela, mas ao fazer, sentia insegurança, precisando de ajuda. Ela preferia limpar a casa a cuidar da filha, sentia mais segurança em sua mãe.

O bebê estava bem cuidado. Ao exame físico apresentava boa higiene, períneo íntegro. Suas consultas de puericultura e as vacinas estavam em dia. Era Margarida quem levava a filha até a Unidade Básica de Saúde.

Durante o encontro Margarida colocou a filha para sugar o seio, demonstrando mais segurança dessa vez. Olhava para o bebê com carinho, embalando-a. Conversamos bastante sobre seus medos, suas inseguranças.

Combinamos que ela iniciaria o processo de cuidado da filha a partir daquele dia e eu voltaria após quinze dias, para saber se Margarida estava desempenhando o papel de mãe integralmente.

Após quinze dias, retornei como combinado. Ela recebeu-me no portão, entramos e sentamos no sofá e pedi que contasse as novidades.

Margarida já estava realizando o banho sozinha na filha, disse que foi mais fácil do que imaginava e também estava realizando todos os outros cuidados, mas quando tinha dúvida pedia ajuda a sua mãe.

Fiquei muito feliz em saber que ajudei Margarida a superar seus medos e inseguranças. Sua mãe também depositou em mim uma confiança muito grande, imaginando que eu poderia como enfermeira, ajudá-la a assumir a filha como um todo.

A mãe de Margarida não estava em casa, mas ela falou que sua mãe a elogia, às vezes vai ver o que ela está fazendo, pergunta se precisa de ajuda.

Percebi que mesmo Margarida assumindo a filha, sua mãe permanece como suporte, caso ela precise.

Ela estava cuidando bem da filha. Estava sozinha em casa e a filha começou a chorar, ela foi ao quarto, pegou-a, colocando-a para sugar o seio. A técnica da amamentação permanecia correta. Antes, Margarida tinha tanto medo, que não conseguia nem interpretar o choro, não sabia quando era fome, dor. Contudo, agora ela conseguia identificar o choro e atendia às necessidades da filha.

A criança apresentou alguns episódios de cólicas e ela associou este aparecimento à ingestão de alimentos, como: chocolate, coca-cola, pimenta. Para alívio, colocava-a de bruços, aquecendo a barriga e passava a dor, sendo que foi sua irmã quem a ensinou. Confirmei a eficácia dessa posição. Expliquei sobre a cólica fisiológica do bebê, sobre os alimentos, que não havia restrição, mas que alguns, em excesso, poderiam causar cólicas. Orientei a ingerir chá de erva doce sem açúcar, passando pelo leite para alívio da cólica do bebê.

Margarida contou-me que quando a filha apresentava soluço, sua mãe ensinara a colocar um pedacinho de lã na testa. Em seguida colocá-la para mamar e ir até a cozinha virar um copo de boca para baixo, para que o soluço passasse. Esse ritual para alívio do soluço era uma crença muito comum na família.

Margarida ainda estava oferecendo somente leite materno. Observei que ela permanecia colocando-a para arrotar após as mamadas e deixando-a no carrinho em posição lateralizada.

Contou-me que agora se sentia mãe de verdade, cuidando sozinha da filha, assumindo toda a responsabilidade e que sua vida havia mudado muito.

Nesse encontro não observei cuidados inadequados. Acredito que isso se devia ao fato de a mãe de Margarida estar dando o suporte necessário, mesmo agora não participando ativamente nos cuidados, ela ficava de suporte, supervisionando o cuidado prestado à filha por Margarida.

5.2.4 Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 11/06/2007

Antes de realizar esse encontro, realizei contato telefônico com Margarida no terceiro mês, para saber como estavam passando. Ela e a filha estavam bem, em aleitamento materno exclusivo e que ela não havia ficado doente.

Quando chegou próximo à data do encontro, realizei novamente contato telefônico, para agendar a visita e combinarmos o dia e o horário. Dessa vez fiz o agendamento com maior antecedência, para Margarida se programar.

Fui recebida no portão por Margarida com a filha ao colo. Ao olhar para o bebê, percebi que havia engordado. A mãe de Margarida também estava em casa e participou do encontro.

Para Margarida tudo estava mais tranquilo agora. A filha dormia mais, mamava em intervalos maiores e ela estava conseguindo descansar.

Solicitei a carteira de vacinas e todas estavam em dia. Ela estava fazendo acompanhamento nas consultas de puericultura, o peso e estatura da filha estavam normais para a idade e não levou ao pediatra, porque estava tudo bem com a filha.

Margarida ficou com dúvidas quanto à alimentação da filha. Sua irmã falou que tinha que iniciar comida com quatro meses, mas na puericultura a enfermeira disse que só o leite materno era suficiente até os seis meses. Conversamos sobre isso e Margarida e sua mãe achavam que o leite materno era suficiente, porque o bebê estava engordando e dormia bem, mas que estavam oferecendo água na chucha, pois estava “muito calor”.

Orientei sobre a amamentação até os seis meses de vida, sobre os tipos de leite (começo e fim), enfatizando que leite materno contém água, sobre a introdução da água ao se introduzir papa salgada e sobre a confusão de bicos. Contudo, percebi que, devido ao calor que estava fazendo, elas acreditavam na necessidade de oferecer água. A cultura era mais importante e solicitei que oferecessem água em uma colher ou no copo.

Os episódios de cólicas não aconteceram mais e a filha estava bem mais calma; só dormia e mamava. Margarida relatou que os cuidados com a filha estavam mais tranquilos agora.

O pai da criança e namorado de Margarida ia vê-las todos os dias. Planejavam morar juntos, mas a mãe de Margarida achou melhor esperar o bebê crescer mais. Margarida também se sentia bem com essa situação, de permanecer morando com os pais.

A mãe era marcante para Margarida, mas a mãe também se sentia insegura com relação ao desenvolvimento da filha no papel de mãe, achando melhor sempre estar por perto.

Nesse encontro Margarida mostrou-se muito feliz, agora assumindo verdadeiramente o papel de mãe de sua filha. Realizando os cuidados com a filha com segurança.

Pude compreender que a cultura popular com relação ao oferecimento da água para o bebê era mais forte, que minha concepção a respeito.

5.2.5 Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 14/08/2007

Fiz o contato telefônico e a mãe de Margarida atendeu-me, tratou-me muito bem e disse que a filha estava na escola. Era para eu ligar depois para combinar o encontro. Ela me adiantou que agora a filha estava morando com o pai da criança em outra casa, próxima à sua.

No início da tarde, conversei com Margarida por telefone e agendamos o encontro para o final daquela tarde. Como não sabia onde era sua casa, ela me encontraria na casa de sua mãe.

Fui recebida no portão, entramos e sentamos no sofá na sala. Estava em casa Margarida, o bebê, sua mãe, a avó de Margarida, os dois sobrinhos e a criança de quatro anos que a mãe dela cuidava.

Margarida foi morar com o pai de sua filha uma semana após minha última visita, mas se arrependeu de ter ido. Ela contou que ele mentia, chegava a casa tarde, não ajudava a cuidar do bebê e ela estava parecendo uma empregada.

A mãe de Margarida disse que ela e o marido estavam com as portas abertas para a filha voltar quando quisesse. Contou um episódio em que o genro chegou tarde da noite, pois estava em um bar bebendo. Os pais de Margarida discutiram com ele e a partir desse dia as portas estavam abertas para ela voltar. A mãe de Margarida disse que a filha não gostava mais dele e ela não sabia por que foram morar juntos. Eu não quis entrar muito no assunto, aliás, esse não era meu foco do estudo. Conversamos para ela ver o que era melhor e que poderia contar com o apoio dos pais. Percebi que Margarida esperava mais de mim, que eu a aconselhasse a tomar uma decisão, mas achei melhor não me posicionar sobre esse assunto.

Margarida voltou a estudar e ia à escola no período da manhã, sua mãe permanecia com o bebê nesse período. A mãe de Margarida iniciara a alimentação uma semana antes e ela mesma preparava. No período da tarde, Margarida amamentava e oferecia frutas amassadas e o restante da comida preparada pela avó.

Segundo a família a criança teve um episódio de gripe, devido ao clima, a temperatura baixou, mas como não apresentou hipertermia, não a levaram ao médico. Margarida deu chá e um xarope “melado” que sua mãe fez. Passaram-se dois dias e a criança estava melhor.

A mãe de Margarida disse que o chá e o xarope são receitas que a mãe dela ensinou e ela fez para todos os filhos quando ficavam doentes. Eram crenças passadas de geração a geração.

Examinei a criança. Estava com coriza, mas mostrava-se bem ativa e percebi a presença de um dente. Margarida disse que a consulta com o dentista estava agendada. Falou que a filha estava começando a morder os mamilos e que agora pretendia amamentar somente até o sétimo mês e perguntou minha opinião. Eu expliquei que o recomendado era até o sexto mês de vida, mas que após esse período a mãe decidia até quando amamentar e se ela queria amamentar até o sétimo mês, então era isso que deveria fazer.

A mãe de Margarida disse que também foi mãe com 16 anos de idade. Mas que fornecia camisinha para a filha para que essa situação não se repetisse. Mesmo assim, a filha também ficou grávida na adolescência.

Compreendi que a experiência de Margarida no cuidado à filha durante os seis meses foi, a princípio, repleta de insegurança e medo. Porém, com o passar do tempo, ela foi assumindo os cuidados com o bebê gradativamente, sempre recebendo o suporte de sua mãe, passando a desempenhar o cuidado materno de maneira adequada. Esses cuidados tiveram embasamento no cuidado popular, orientados pela mãe da adolescente e também em alguns cuidados profissionais.

5.3 Tulipa

Tulipa – Era uma adolescente com cabelos castanhos e longos, simpática,

meiga, com fisionomia angelical. Tinha 15 anos, era solteira, morou com o pai do filho durante um ano em Curitiba, mas se separaram durante a gravidez, voltando a morar com os pais e dois irmãos mais novos. A casa era de alvenaria, em boas condições de conservação, em um bairro novo, composta por três quartos, sala, cozinha, banheiro e uma dependência nos fundos com quarto e banheiro. Parou de estudar antes de engravidar, não concluindo o Ensino Fundamental. Não trabalhava. Sempre teve o desejo de ter filhos e planejou a gravidez. Essa era sua primeira gestação. Seu parto foi normal com episiorrafia, sem complicações. O recém-nascido nasceu a termo, do sexo masculino, em boas condições de vitalidade, apresentando Apgar no primeiro minuto de 9 e no quinto minuto de 10, com peso e estatura adequados para a idade gestacional. Por volta do terceiro mês voltou a morar com o pai de seu filho e mudou de cidade.

5.3.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 05/03/2007

Fui informada pelas funcionárias da maternidade que havia uma adolescente para minha pesquisa. Não estava no campo de estágio naquele dia e realizei a entrevista no final da tarde. Apresentei-me à Tulipa, expliquei sobre a pesquisa, os objetivos e ela aceitou participar.

Ela manteve-se deitada na cama, olhando carinhosamente para o filho, que estava no berço, dormindo. Ao lembrar da descoberta da gravidez Tulipa relatou que se sentiu feliz, pois foi desejada e planejada. Estava morando com o pai da criança, porém durante a gravidez se separaram. Tulipa demonstrou tristeza nesse momento, mas fez questão de ressaltar que não tinha relação com a gravidez.

A família de Tulipa ao saber da gravidez, principalmente o pai, demonstrou descontentamento. Após a separação ela voltou para a casa dos pais e eles passaram a apoiá-la, não apresentando dificuldades durante a gravidez.

Tulipa mostrou-se feliz com seu novo papel de mãe e, mesmo sendo uma experiência de aprendizado por apresentar insegurança em realizar os cuidados com o filho. Demonstrei a higiene do coto umbilical, conforme rotina da maternidade e posteriormente ela também o fez sob minha supervisão. Orientei o aleitamento materno (pega correta, hidratação dos mamilos e banho de sol), e a manter o recém-

nascido sempre lateralizado no berço.

Tulipa estava muito sonolenta e finalizei a entrevista agendando a visita domiciliar.

5.3.2 Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida do filho) – 14/03/2007

Fiz contato telefônico, conversei com a mãe de Tulipa e marquei o encontro para o sábado. Eu havia sentido um carinho muito especial por Tulipa, talvez pelo seu jeito meigo e de criança ou também por não ter o apoio do companheiro. Ela mexeu mais comigo, tive mais afinidade.

No dia do encontro fui recebida por Tulipa. Seus pais e seu irmão de cinco anos estavam em casa. Senti-me muito acolhida por toda a família. Sentamos no sofá da sala e seu irmão permaneceu brincando com os carrinhos no chão.

A mãe de Tulipa estava realizando alguns cuidados com o bebê, porque ela ainda demonstrava insegurança, porém elas intercalavam-se entre esses cuidados e os afazeres domésticos.

O coto umbilical do bebê caiu na Unidade Básica de Saúde no dia anterior, quando foi realizar a vacina contra Tuberculose. Ela relatou-me que teve receio que após a queda, a cicatriz ficasse aberta ou “estufada”, porém ao observar, identifiquei que estava com boa cicatrização.

A amamentação estava sendo exclusiva e Tulipa acreditava ser suficiente para seu filho, porque este se sentia satisfeito após as mamadas e ela estava percebendo seu crescimento. Contudo, contou-me que ao ser questionada por uma tia porque não estava complementando a alimentação do bebê, referiu ter ficado confusa, com receio de que o filho estivesse passando fome. Pedi orientação à sua mãe, que afirmou que a amamentação estava sendo suficiente. Sua mãe comparou sua própria experiência do aleitamento, que não foi satisfatória, e também associou pelo fato de o bebê ficar tranqüilo após as mamadas. Essa troca de experiência entre mãe e filha serviu para que o processo da amamentação não fosse interferido. Tulipa também associou às minhas orientações realizadas na maternidade sobre o aleitamento materno exclusivo.

Durante todo o encontro Tulipa mostrou-se muito feliz, sorridente, olhava para o filho carinhosamente.

Encerrei o encontro e já agendei a próxima, deixando claro que estaria à disposição caso ela apresentasse algum problema ou dúvida.

Nesse encontro observei que Tulipa ainda sentia-se insegura em assumir os cuidados com o filho como um todo, tendo a necessidade suporte de sua mãe. Percebi que o coto umbilical e a amamentação foram aspectos que geraram receio em Tulipa.

5.3.3 Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida do filho) – 14/04/2007

Fui recebida por Tulipa. A família toda estava em casa. O encontro foi realizado em vários espaços da casa. Primeiro ficamos na sala, depois fomos até a cozinha, tomei água, depois continuamos no quarto de Tulipa.

Ela mostrou-se muito feliz com minha presença e por diversas vezes, salientou que eu poderia comparecer à sua casa, além dos encontros combinados. Acredito que nossas conversas faziam bem à ela. Percebi um amadurecimento muito grande em Tulipa durante esse tempo de acompanhamento. Mesmo que ela tenha planejado a gravidez, até então, ainda não tinha se dado conta do que o filho representava em sua vida. Parecia que no início ela “brincava de boneca”, agora estava mais madura, pensando melhor, tendo mais consciência de que aquele bebê precisava dela pra sobreviver. Mesmo tendo a ajuda de sua mãe, era ela a responsável pelo filho.

Com o passar do tempo, ela foi se sentindo mais segura e assumiu os cuidados com o bebê integralmente, mas teve dificuldade em conciliar com os afazeres domésticos, então sua mãe permanecia como suporte.

O bebê estava apresentando dificuldade para dormir à noite, dormindo bem durante o dia. Conversamos sobre o que poderia estar acontecendo, perguntei sobre os locais em que ele permanecia e juntas chegamos à conclusão de que o bebê permanecia durante o dia em locais muito calmos, dormindo boa parte do dia. Enquanto que à noite, quando todos estavam em casa, o ambiente ficava mais barulhento, deixando-o agitado, assim, ele permanecia uma parte maior desse

período acordado.

A mãe de Tulipa perguntou-me se poderia virar a roupa do bebê ao avesso, pois ela aprendeu com sua mãe que quando a criança troca o dia pela noite, tem que manter a roupa da criança ao avesso, até voltar a dormir normal. Afirmei que poderia, pois na minha percepção esse cuidado popular não interferiria na saúde.

Tulipa relatou que o bebê estava apresentando episódios de cólicas, chorava bastante e ela realizava massagens no abdômen, conforme orientei na maternidade. Contudo, relatou que não estava administrando medicação, porque ainda não tinha levado ao pediatra. Ela acreditava que pelo fato de ele chorar muito, às vezes, com a medicação melhoraria mais rápido. Realizei orientações enfocando a questão de não oferecer nada além do leite materno. Para os episódios de cólica, recomendei somente a massagem, com flexão das pernas e compressa morna (toalha aquecida) para alívio.

Ao observar o ambiente, avistei uma chupeta e quis saber quem a ofereceu ao bebê. Tulipa comprou e ofereceu a chupeta para o filho. Relatou que achava bonito bebê com chupeta, tanto que comprou antes mesmo de ele nascer. A avó deu sua opinião a respeito, dizendo que não havia a necessidade de dar a chupeta, porque ele estava sugando o seio. e que os filhos dela haviam chupado chupeta, porque não tinham sido amamentados. Realizei orientações sobre a confusão de bicos que o bebê pode fazer e que poderia largar o seio. Em razão disso, Tulipa justificou-se dizendo que ele estava mamando normal e que o profissional da puericultura já havia orientado sobre isso.

O bebê dormia no carrinho ao lado da cama de Tulipa. Ela o posicionava sempre lateralizado, com o apoio de um travesseiro nas costas, relatando que ele virava se não tivesse o apoio. Enfoquei que o cuidado estava correto manter o bebê sempre lateralizado. Observei esse cuidado durante o encontro, porque ao chegar à casa, o bebê estava dormindo no carrinho com um apoio nas costas.

Durante o encontro o bebê acordou e pedi para pegá-lo no colo, com a intenção de examiná-lo. Enquanto retirava sua roupa, Tulipa contou-me que precisou levá-lo à Unidade Básica de Saúde, porque saíram umas bolinhas nas nádegas. Ao examiná-lo, constatei a presença de monilíase nas nádegas e hiperemia, contudo, a pele estava íntegra. Tulipa e a avó relataram que estava “descascando” (escarificando), mas que já havia melhorado. Levaram até a Unidade Básica de Saúde, lá solicitaram exames de sangue e urina, porém não

diagnosticaram nada. A avó não quis me telefonar para não incomodar, preferiu levar ao médico, porque não sabia o que era e ficou com medo. Assustou-se porque piorou de um dia para outro e ela identificou que não se tratava de assadura, porém se soubesse o que era, teria comprado uma pomada. Como o levaram ao médico, não diagnosticaram nada e não prescreveram nenhuma medicação, elas iniciaram o uso de Hipoglós®.

Eu fiquei frustrada por elas não terem me telefonado, mas relataram que piorou no fim de semana e ficaram com receio de me ligar. Acharam melhor levar na Unidade Básica de Saúde que funcionava 24 horas.

Observei a demora para a marcação da consulta com o pediatra. A Unidade Básica de Saúde da área de abrangência dela estava sem pediatra no momento em que iniciaram essas alterações no bebê, dificultando o diagnóstico. Vale lembrar que pacientes de risco como filhos de mães adolescentes, já saíam da maternidade com a consulta do pediatra e a puericultura agendadas, contudo, pelo fato de o pediatra estar de férias isso não ocorreu.

Ao identificar a presença de monilíase, expliquei à Tulipa e sua mãe o que era e como se transmitia para o bebê. Solicitei que suspendessem o uso da Hipoglós®, pois não era eficaz. Fiz orientações sobre a higiene da genitália, com água e sabão, utilizando um pano úmido (fralda de pano) e também para realizarem a higiene das mãos toda vez que fossem trocar o bebê. Além desses cuidados, combinei que na segunda-feira iria até a Unidade Básica de Saúde e voltaria com uma pomada para o tratamento adequado.

Tulipa ainda tinha dificuldade em interpretar os choros do bebê e também em segurá-lo da maneira correta. Ela percebeu que a experiência de cuidar fazia diferença, o quanto saber fazer era diferente. Associou que o filho gostava mais de sua mãe do que dela, pela experiência de sua mãe em entender o que o bebê estava sentindo e querendo.

Também achei importante orientar Tulipa sobre os cuidados com sua saúde. Então, realizei orientações sobre a importância da revisão puerperal, salientando que somente a amamentação não era método contraceptivo e haveria a necessidade de utilizar outro método anticoncepcional para evitar uma nova gravidez.

Nesse encontro Tulipa sentiu-se segura e passou a assumir seu filho integralmente. Ela realizava todos os cuidados com o filho, porém tinha dificuldade em associar esses cuidados com os afazeres domésticos, necessitando da ajuda de

sua mãe. O aparecimento da monilíase foi uma intercorrência que gerou medo em Tulipa e principalmente em sua mãe, por não saber o que era, nem como se tratava. Procuraram o serviço de saúde e mesmo assim desenvolveram o cuidado popular que achavam necessário. Fiz orientações pertinentes a esta intercorrência e tentei auxiliar no tratamento da mesma. Na segunda-feira após o encontro fui à Unidade Básica de Saúde, da área de abrangência da residência de Tulipa, conversei com a enfermeira sobre o caso e resolvemos iniciar o tratamento com Nistatina[®]. No município este era o tratamento preconizado no protocolo de puericultura. Esclareci para Tulipa que caso não houvesse melhora, ela me ligaria que eu conseguiria agendar uma consulta com o pediatra.

Como Tulipa não me telefonou, após uma semana entrei em contato por telefone para saber se o tratamento foi eficaz. Tulipa agradeceu-me e disse que estava tudo bem, que não havia mais nenhuma alteração e que agora ela tinha mais cuidado para fazer a higiene das mãos e do bebê.

5.4 Violeta

Violeta – Tinha 16 anos, era uma adolescente que aparentava ser mais velha, tinha cabelos curtos e castanhos. Durante as entrevistas sempre apresentava um semblante sério, não sorria com facilidade. Sempre teve o desejo de ter filhos. Essa era sua segunda gravidez, estava tentando engravidar havia cinco meses. Tem um filho de três anos de outro relacionamento. Parou de estudar na outra gravidez, não concluindo o Ensino Fundamental. Morava com o companheiro e o filho, em casa de alvenaria, mal conservada, com quatro cômodos compostos por quarto, sala, cozinha e banheiro. Sua mãe morava nos fundos da casa. Seu companheiro tinha 18 anos. Seu parto foi normal com episiorrafia, sem complicações. O recém-nascido nasceu a termo, do sexo masculino, apresentando Apgar de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto, com peso e estatura adequados para a idade gestacional.

5.4.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento do filho) – 21/03/2007

Violeta era uma adolescente de poucas palavras, sendo extremamente séria. Conversava pouco, respondia somente aos meus questionamentos. Havia solicitado participar do estudo, aceitando sem problemas. Não havia prestado cuidados a esse binômio, pois não estava em campo de estágio naquela semana.

Contou-me que essa era a sua segunda gravidez, que tinha um filho de três anos de outro relacionamento. Desejava engravidar, tanto que ficou cinco meses “tentando”. Depois que engravidou foi morar com o companheiro. Parou de estudar na outra gravidez e não voltou porque o outro filho era muito pequeno.

Ao saber da notícia da gravidez recebeu apoio de toda a família. O transcorrer da gravidez foi tranqüila, ela a considerava normal. Começou o pré-natal com quatro meses. Acreditava não haver necessidade de começar no primeiro mês, porque ela estava bem. Orientei Violeta sobre a importância do pré-natal e que quando iniciado no primeiro trimestre podia detectar várias alterações no feto e tratá-las.

Estava em aleitamento materno exclusivo, porém o outro filho amamentou apenas no primeiro mês porque os mamilos fissuraram e sentiu muita dor. Sua experiência anterior com a amamentação foi ruim. Contudo, no momento da entrevista, observei que o bebê estava sugando bem ao seio. Mesmo assim realizei orientações sobre pega correta, aleitamento materno exclusivo, vantagens do leite materno, lubrificação dos mamilos com o próprio leite.

Ser mãe novamente para Violeta estava sendo uma experiência fácil, porque agora ela “sabia fazer tudo”. Sentia-se segura nesse papel. Estava desempenhando os cuidados com o bebê com muita segurança.

Ela acreditava que sua vida após o nascimento do segundo filho seria normal, porque sua mãe que mora nos fundos de sua residência a ajudaria, servindo de apoio.

Observei que mesmo sendo mãe pela segunda vez, sua família serviria de apoio nos cuidados com o bebê, mas ela iria para sua própria casa.

Enquanto conversávamos, o bebê permanecia sugando, Violeta demonstrava felicidade, olhava carinhosamente para ele. Ela também demonstrava

muito cansaço e como era de poucas palavras, resolvi encerrar a entrevista, já combinando nosso próximo encontro.

Nesse encontro a amamentação foi meu principal foco de atenção, pois percebi que Violeta sentia medo de apresentar intercorrências novamente.

5.4.2 Primeiro e segundo encontros no domicílio – (primeira e segunda semanas de vida do filho) – 29/03/2007

Violeta morava em um bairro carente do município, em casa de alvenaria com quatro cômodos (sala, cozinha, quarto e banheiro). Os pais dela moravam nos fundos de sua casa. A casa encontrava-se um pouco bagunçada, louças sujas pela pia, roupas espalhadas pelo chão. O outro filho de três anos estava brincando na grama todo sujo de terra. A mãe de Violeta apareceu durante a entrevista, me apresentei e ela saiu, levando consigo o filho maior de Violeta. Senti que Violeta não estava muito disposta a conversar, pois respondia mais sutilmente ainda a meus questionamentos.

Ela referiu que ainda estava se acostumando à nova vida, agora com dois filhos e que sua mãe ainda estava-lhe ajudando.

O bebê chorou e Violeta ofereceu o seio. Relatou que sentia medo que os mamilos fissurassem novamente. Contudo, observei que a pega estava correta.

Ela me contou que havia brigado com o companheiro, porque ele não a ajudava a cuidar das crianças, não estava dando atenção para ela. Violeta começou a chorar. Aguardei que se acalmasse e questionei se queria que eu voltasse em outra hora. Ela disse que gostaria, fazendo gesto afirmativo com a cabeça, soluçou, pediu desculpas e disse que outro dia estaria melhor para conversar comigo, mas estava nervosa e preferia que eu voltasse outro dia. Eu acatei sua solicitação e fui embora assim que ela parou de chorar.

Realizei contato telefônico e retornei à residência de Violeta no dia 04/04/2007, dando continuidade ao primeiro encontro. Ela estava mais tranqüila e serena. Relatou que o relacionamento com o marido havia melhorado e me pediu desculpas. Eu me reportei dizendo que não tinha problema algum e que não precisava se desculpar.

O bebê já havia recebido a vacina contra Tuberculose e repetido o teste do pezinho, também já havia comparecido à consulta com o pediatra.

Violeta estava assumindo todos os cuidados com o filho, mas sua mãe a ajudava com os afazeres domésticos. O bebê estava em boas condições de higiene, com vestuário adequado para o clima, o coto umbilical mumificado e com boa higiene, em uso de fralda descartável.

Ela rapidamente me contou que estava sentindo dor nas mamas novamente e que os mamilos estavam fissurados. Começou a sentir dor dois dias após a minha visita. Sua experiência anterior com a amamentação era repleta de sentimentos negativos. Perguntei se estava na hora de o bebê sugar e ela me respondeu que sim. Examinei os mamilos de Violeta e estavam fissurados. Então, ela colocou-o para sugar o seio. Pude observar que o bebê abocanhava corretamente o seio no início da mamada, mas depois sugava só o mamilo, o que provavelmente fosse a causa das fissuras. Expliquei que ele deveria abocanhar os mamilos, fiz orientações sobre banho de sol e hidratação dos mamilos com o próprio leite materno, tentando evitar o desmame.

Violeta mostrou-se muito ansiosa com essa questão, dizia que estava sentindo muita dor e que a amamentação não estava sendo um processo fácil. Achei melhor trabalhar somente com essa questão nesse encontro, pois isso influenciaria muito o cuidado ao filho de Violeta. Auxiliei Violeta durante toda a amamentação, orientando no momento em que o bebê abocanhava só o mamilo ou quando a pega correta estava correta, também ensinei como consertar a pega, assim fazendo a capacitação para que Violeta realizasse esses cuidados também na minha ausência. Essa mamada durou aproximadamente trinta minutos.

Ao final desse encontro fui à Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à residência da adolescente e peguei Dersani®, voltei à residência, orientei como ela deveria usar. Fui introduzindo o cuidado profissional, porém, nada foi imposto, conversamos e enquanto falava novamente sobre a pega correta, posição do bebê ao seio, introduzia os cuidados para a fissura.

Resolvi voltar à residência de Violeta antes do previsto. Após uma semana retornei para avaliar se os cuidados haviam sido suficientes para a melhora das fissuras. Nesse encontro observei que as fissuras haviam melhorado. Violeta estava realizando os cuidados que orientei, mas ainda referia muita dor. Devido a isso, sua vizinha que tinha um filho de três meses, estava oferecendo o seio para seu bebê,

justificando que assim ela descansava, não sentia muita dor e o bebê continuava tomando leite materno. Naquele momento não tive reação, não consegui me despir dos meus valores e do meu conhecimento enquanto profissional de saúde. Fiquei sem saber o que fazer. Violeta relatou que no primeiro filho foi sua irmã quem ofereceu o seio. Então, compreendi que a amamentação cruzada fazia parte do cotidiano, que era um fato natural para ela e sua família. Mesmo assim, para mim a amamentação cruzada não poderia acontecer.

Resolvi encerrar o encontro, para pensar mais sobre o assunto. Em seguida, fui até a Unidade Básica de Saúde para conversar com a enfermeira. A enfermeira tinha conhecimento sobre o ocorrido e que as famílias faziam a amamentação cruzada quando apresentam algum problema. Entendi que era essa a cultura em que estavam inseridas e não poderia mudar muita coisa. Mesmo assim, eu e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde resolvemos que cada uma faria um novo encontro e realizaríamos as mesmas orientações, assim nós estaríamos falando a mesma linguagem. Mesmo após as orientações a amamentação cruzada continuou a acontecer. Violeta não quis mais participar da pesquisa. Senti frustração, pois acredito que ela se sentiu desaprovada por mim e achou melhor não participar mais. Após sua desistência, fiz um contato telefônico, para saber como Violeta e o bebê estavam. Violeta não estava em casa e foi sua mãe quem atendeu o telefonema, disse que estava tudo bem e que o bebê havido parado de mamar no seio com dois meses, ele não estava mais tomando leite materno, nem do da mãe, nem da vizinha.

Infelizmente o desmame aconteceu e eu diante desta situação não consegui me despir de minhas concepções.

5.5 Girassol

Girassol – Tinha 17 anos, era uma adolescente com cara de anjo. Cabelos loiros, olhos azuis, face angelical. Estava morando com o pai de sua filha, em uma casa de alvenaria, recém reformada, sendo vizinha de sua avó. Parou de estudar por causa da gravidez, não concluindo o Ensino Médio. Sempre desejou ser mãe, mas não planejou engravidar. Tomava anticoncepcional, parou de tomar sem motivo aparente e engravidou. Essa era sua primeira gestação. Seu parto foi normal com

episiorragia, sem complicações. O recém-nascido nasceu em boas condições de vitalidade, do sexo feminino, apresentou Apgar de 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto, o peso e estatura foram adequados para a idade gestacional.

5.5.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento da filha) – 21/03/2007

As funcionárias da maternidade novamente me ligaram avisando que havia mais uma adolescente para meu estudo. Fui até lá, conversei com Girassol, expliquei sobre a pesquisa, os objetivos, como seriam os encontros e ela aceitou em participar.

Girassol tinha um nível sócio-econômico melhor comparado às outras adolescentes do estudo. Morava no centro da cidade, bem próximo ao hospital. Realizou pré-natal particular, mas acabou internando pelo SUS.

Ela não tinha planejado a gravidez, estava fazendo uso de anticoncepcional oral parou e engravidou. Sentiu-se muito feliz ao descobrir que estava grávida. A menstruação atrasou, mas ela não percebeu alterações no organismo. Diagnosticou somente no segundo mês de gestação.

Relatou que a gravidez foi tranqüila. A família dela e do companheiro deram apoio e todos gostaram da novidade.

Os pais de Girassol eram separados e antes ela morava com sua mãe e sua avó. Depois, sua mãe foi para Portugal, e após engravidar foi morar com o pai de sua filha. Contudo, permaneceu morando ao lado de sua avó, sendo a pessoa de referência para ela. A avó e uma tia dela a ajudariam nesses primeiros dias após o nascimento do filho.

Quanto à experiência de ser mãe, ela referiu estar sendo boa, embora ainda não tivesse realizado os cuidados diretamente com o bebê, pois fazia somente cinco horas que ele havia nascido. Ela só havia amamentado a filha.

Girassol parou de estudar durante a gravidez, porque achou que seria melhor, seria muito difícil ir para a escola com a barriga grande e depois também teria o bebê. Ela tem intenção de retornar os estudos quando ela crescer.

Durante a entrevista a criança estava dormindo. Antes de eu chegar ele tinha acabado de mamar, então não consegui acompanhar a amamentação na

maternidade, o processo de desenvolvimento dos cuidados, visto que no outro dia de manhã ela teria alta, então preferi acompanhá-la na visita domiciliar.

5.5.2 Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 31/03/2007

Fiz o contato telefônico como combinado e agendei o encontro. Acabei errando de casa e fui parar na casa da avó de Girassol, que mora ao lado. A avó recebeu-me bem e levou-me até a casa da adolescente. Ela foi me levando para dentro da casa e gritando para Girassol que eu estava ali, pois ela já estava me esperando. Pediu para eu ir até o quarto da filha, pois estava amamentando e a avó acompanhou-me até lá.

Girassol estava sentada em uma poltrona no quarto da filha, amamentando. Um quarto todo arrumado, pintado de rosa, cheio de brinquedos (bichos de pelúcia). Ela disse que era para eu não reparar porque a casa ainda não estava terminada. Eu disse que não tinha problema, que o importante era conversarmos, mas enfatizei que o quarto da filha dela era lindo, o que realmente era verdade.

A avó trouxe-me uma cadeira. Sentei e ficamos ali no quarto enquanto ela amamentava. Já consegui observar que ela amamentava corretamente. Girassol disse que estava tudo bem, mas que se sentia um pouco cansada, porque não dormia direito, a filha acordava para mamar muitas vezes durante a noite e durante o dia não conseguia descansar. Eu acreditava que se tratava de uma questão de costume e que passado alguns dias, iria se acostumar. Realmente o semblante de Girassol era de cansaço.

Era ela quem estava cuidando do bebê, recebia ajuda de sua avó, mas como se sentia bem, referiu que assumiu todos os cuidados.

Girassol olhava para a filha com carinho, pegava na mãozinha, fazia carinho.

A amamentação estava sendo gostosa para Girassol. Ela relatou como sendo um momento único. Gostava de amamentar no quarto da filha e conversava com ela durante toda a amamentação, contando sobre todas as coisas que já haviam acontecido. Esse momento único que a amamentação proporcionou eu pude testemunhar, pois fiquei ali sentada observando a comunicação entre as duas, havia uma troca de carinho e de olhares. Ela tinha receio de que os mamilos fissurassem,

pois sua pele era muito clara e também pela experiência anterior de sua tia, que teve fissuras e sentiu muita dor nos mamilos. Eu disse que sua pele não estava com hiperemia e que a pega ao seio estava correta. Contudo, ela questionou porque sua tia teve fissuras, se a pele das duas era clara. Expliquei que, provavelmente, o bebê pegou errado nos mamilos de sua tia. Girassol concordou, lembrando que sua tia dizia que sentia muita dor, enquanto ela só sentia umas fisgadas no início das mamadas, mas não sentia dor. Aproveitei e orientei sobre a lubrificação dos mamilos com o próprio leite, a exposição ao sol para fortalecimento e também para não usar hidratantes nas mamas.

A filha parou de mamar e ela colocou-a para arrotar em seu ombro. Relatou que quando ela não arrota, a mantém lateralizada com um apoio nas costas para não virar. Esse cuidado foi aprendido no hospital. Enfatizei que era um cuidado correto. Em seguida, colocou-a no berço para trocar a fralda. Como a filha tinha acabado de mamar eu não queria ficar manipulando-a muito, então aproveitei a oportunidade para poder examiná-la. O bebê tinha fezes na fralda e Girassol fez a higiene com lenço umedecido, limpando da vagina para o ânus. Eu disse que ela estava fazendo a higiene da filha corretamente. Também aproveitei e examinei o coto umbilical e ela aproveitou e fez a higiene dele. Pegou um cotonete embebido em álcool a 70%. O coto já estava em processo de mumificação e desprendimento. Orientei a respeito da queda do coto e que se apresentasse alguma dúvida era para me telefonar.

Percebi que a roupa do bebê estava ao avesso. Girassol disse que deixou porque sua avó falou que era para a filha não trocar o dia pela noite. Novamente essa crença apareceu no cuidado ao filho.

Nesse encontro compreendi que Girassol assumiu todos os cuidados com a filha, não apresentando dificuldades, contudo demonstrou-se cansada com a realização destes.

5.5.3 Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 28/04/2007

Girassol recebeu-me no portão, observei que havia outra pessoa dentro de casa e ela disse que agora tinha uma empregada para ajudar nos afazeres

domésticos. Enquanto isso, ela tinha mais tempo para cuidar da filha, pois ela não estava conseguindo conciliar o cuidado do bebê e da casa.

O umbigo caiu um dia após meu último encontro e não teve problema algum. Guardou o coto em um vidro, porque sua avó disse que era para dar sorte. Ela perguntou o que eu achava a respeito, eu expus que várias pessoas guardavam por esse motivo. Achei melhor não expor meus reais pensamentos a respeito, visto que não acreditava nesta crença.

Girassol ainda estava oferecendo leite materno. O bebê estava com a aparência saudável. Verifiquei a carteira de vacinas e estavam todas em dia. Ao examiná-la não constatei alterações. Ela relatou que a filha apresentou um episódio de cólica, em que chorou muito e ela acabou oferecendo chá de erva doce na chucha. Contudo, acreditava nos benefícios do aleitamento materno, mas em função do choro da filha, preferiu dar o chá acreditando que iria acalmar. Como relatou que sabia da importância do aleitamento materno e ofereceu uma só vez, não realizei nenhuma orientação.

Girassol ainda estava se adaptando ao novo papel. Ainda estava se familiarizando com a filha, com o que ela sentia e como se expressava. Relatou que havia dias em que não fazia nada, ficando com a filha o dia inteiro.

Nesse momento, pegou a filha no colo, beijou-a, abraçou-a, e disse que ainda não acreditava que era dela e que tinha saído dela.

Girassol relatou que a filha era calma e que permanecia quieta onde ela deixava, mas sentia “dó”. Então, algumas vezes, pegava-a no colo, deixava o carrinho em que a filha estava por perto, para que ela não ficasse sozinha. Também sentia a necessidade dela estar por perto, para sentir que estava tudo bem. Sentia medo de que acontecesse alguma coisa de ruim com a filha e ela não estivesse por perto. A filha continuava dormindo no carrinho ao lado da cama de Girassol. Assim, ela se sentia mais segura, e dormia mais tranqüila. Contudo, Girassol relatou que quando a filha crescesse iria dormir sozinha no quarto dela.

Pude observar que Girassol necessitou de apoio para a realização dos afazeres domésticos, pois ela ainda não havia conseguido conciliar o papel de mãe e de dona de casa. Identifiquei alguns cuidados populares como o oferecimento de chá e a guarda do coto umbilical, mas como não interfeririam no processo do cuidado, não realizei nenhuma orientação à esse respeito.

5.5.4 Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 21/07/2007

Cheguei à casa de Girassol e ela pediu que eu entrasse, sentamos no sofá e na sala. Ela relatou que estava oferecendo somente o leite materno para a mesma não havia apresentado mais nenhum episódio de cólica. Tudo estava tranquilo.

Girassol disse que a filha estava “mais gordinha” e já respondia com risadas ao conversar com ela. Nesse momento, Girassol sorriu, demonstrando alegria ao falar da filha. Direcionou o olhar para a mesma, relatando que estava a coisa mais linda, parecendo uma boneca.

Girassol relatou que a criança apresentou um episódio de hipertermia relacionada à vacina tetravalente. Referiu que não sabia da necessidade de oferecer um antitérmico antes da administração da vacina, porém realizou a administração após a aplicação. Mesmo assim, a filha ficou enjoada, chorosa, só queria colo. Essa situação gerou preocupação em Girassol, tanto que ela permaneceu com a filha, deu atenção, pegava no colo, sentiu “dó”. Como a criança estava apática, ela resolveu fazer um banho de imersão para aliviar a hipertermia. Essa intercorrência, por ser a primeira presenciada por Girassol, proporcionou medo de que algo de pior acontecesse com a filha. Após esse acontecimento Girassol sentiu-se mais segura, disse que estava mais tranquila e calma. Associou sua preocupação com a imaturidade em saber lidar com a situação e também com o fato de ter sido a primeira intercorrência com a filha. Acreditava que na próxima vez seria mais tranquila, estando mais experiente. Também relatou seus sentimentos frente a sua incapacidade ao ver a filha ruim e não poder fazer nada.

Nesse momento a filha acordou e chorou no quarto. Girassol foi até lá e a trouxe para a sala. A criança estava saudável. Pedi para pegá-la. A criança já estava dormindo sozinha no quarto.

Girassol realmente estava mais tranquila do que no último encontro. Demonstrava mais segurança, passando até a deixar a filha dormir sozinha no berço, o que não conseguia fazer antes. Contudo, o medo de algo acontecer ainda estava presente. A segurança no desempenho do papel de mãe foi trazendo uma maior tranquilidade para ela.

A tia de Girassol orientou para ela começar a oferecer frutas para a filha, mas sua avó disse que poderia dar só o leite materno até seis meses. Girassol

seguiu as orientações da avó. Ela baseou-se na experiência de sua avó por ter vários filhos, enquanto sua tia tinha apenas um, seguindo os conselhos da pessoa mais velha e mais experiente.

A sogra de Girassol não interferia nos cuidados, pois a adolescente já tinha uma rede de apoio formada.

Não houve muitas dúvidas. Girassol estava mais tranqüila, o bebê estava sendo muito bem cuidado. Tinha o apoio de sua família, acabamos falando de outras coisas pertinentes à cidade, começamos a falar sobre os políticos, a violência, a segurança e percebi que poderia encerrar a visita.

Contudo, a intercorrência apresentada pela filha deixou Girassol com medo de que algo de pior acontecesse com ela. Mesmo assim, ela se sentia mais segura após esse acontecimento. Acreditava que se houvesse intercorrências ela agiria com maior tranqüilidade, pois se sentia mais experiente.

5.5.5 Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 22/09/2007

A avó novamente recebeu-me no portão e foi chamar a neta na casa dela. Sentamos na sala e Girassol começou a falar que havia saído um dente na filha.

Na semana anterior ao encontro, perceberam que a criança estava chata, enjoada e a avó de Girassol desconfiou que poderiam ser os dentes. Girassol achava que só saía dente depois dos oito meses de vida. Disse que olhava na boca da filha e não enxergava nada. Sua avó ensinou-a a utilizar uma colher, porque às vezes, o dente saía e não dava para vê-lo, com a colher fazia barulho. A avó usou seu conhecimento para ensinar Girassol a identificar os dentes.

Girassol demonstrou felicidade com o aparecimento do primeiro dente da filha, disse que achava bonito. Eu não consegui ver, então, ela pegou a colher e fez como a avó ensinara para me mostrar o dente. Eu aproveitei e orientei que agora ela precisava agendar consulta com o dentista na Unidade Básica de Saúde, para fazer acompanhamento da filha e ela disse que iria marcar a consulta.

A alimentação complementar da criança foi iniciada e também o oferecimento das frutas. Além do leite materno estava oferecendo água no copinho para a filha. Girassol amassava toda a alimentação com medo de a filha engasgar.

A tia de Girassol a ensinou a fazer a comida para a filha. Como a tia passou por essa experiência recentemente (seu filho tinha nove meses), aproveitou e forneceu as orientações para Girassol, sobre os alimentos que eram bons e que não prendiam o intestino. Nesse caso como a experiência da tia era mais recente, Girassol utilizava os ensinamentos dela.

Com o início da alimentação, a filha de Girassol estava mamando ao seio com menor frequência, mas Girassol iria deixá-la parar sozinha. Relatou que gostava de amamentar, porque elas ficavam mais próximas e apegadas e também achava gostoso, demonstrando novamente que a amamentação continuava sendo prazerosa para ela, sendo um momento de transmissão de sentimento entre ambas.

A criança já estava sentando sozinha. Girassol colocou-a sentada no chão, com almofadas à sua volta para que ela não batesse a cabeça. Observei que os brinquedos deixados para a criança eram grandes, não apresentando riscos.

A criança estava com vestuário adequado, em boas condições de higiene, em uso de fralda descartável.

Girassol relatou que conseguia realizar as coisas com maior facilidade, pois a filha tinha crescido, estava mais tranqüila, dava menos trabalho para cuidar.

Nesse período de seis meses identifiquei que a experiência de Girassol foi composta por alguns cuidados populares, mas na maioria deles não foi necessária nenhuma intervenção, pois não apresentavam risco para o desenvolvimento do cuidado. Girassol demonstrou-se muito feliz no desempenho do papel de mãe e por inúmeras vezes, durante os encontros domiciliares consegui perceber demonstrações de carinho, afeto, zelo e amor.

5.6 Orquídea

Orquídea – Tinha 18 anos. Era uma adolescente tímida, com aparência sofrida. Tinha cabelos castanhos escuros e compridos. Era casada. Morava com o marido e a filha, em casa de alvenaria, composta por quatro cômodos, sendo sala, quarto, cozinha e banheiro. Parou de estudar na outra gravidez, não concluindo o Ensino Médio. Não queria engravidar, estava fazendo uso de anticoncepcional oral, porém esqueceu-se de tomar alguns dias e engravidou. Essa era sua segunda

gestação, tinha uma filha com dois anos. Seu parto foi normal com episiorrafia, sem complicações. O recém-nascido era pré-termo com 36 semanas de gestação, do sexo feminino, apresentando peso de 2700g. Nasceu em boas condições de vitalidade, com Apgar de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto, porém apresentou esforço respiratório e precisou ficar em incubadora aquecida com oxigênio inalatório. Foi liberado para o alojamento conjunto 4hs após o nascimento.

5.6.1 Primeiro encontro – maternidade (nascimento da filha) – 05/04/2007

Eu que realizei a internação de Orquídea enquanto ela estava em trabalho de parto. Ela parecia muito assustada, porque o bebê era prematuro, também não se expressava muito, respondia somente ao que era perguntado. No pré-parto estavam mais duas parturientes e ela era a mais tranqüila, pois suportava as contrações, talvez também por ser o segundo filho.

Nesse momento ainda não conversei com ela sobre a pesquisa. Como não se comunicava muito, achei melhor esperar após o bebê nascer. Conversei sobre a gravidez, questionando como havia passado, há quantas horas estava sentindo contrações, desenvolvendo assim maior confiança com ela. Ela fez questionamentos sobre o bebê ser prematuro, se teria problema. Fomos conversando sobre a prematuridade, expliquei que tudo dependeria das condições em que ele iria nascer. Ela pareceu-me um pouco mais tranqüila após nossa conversa. Conforme as contrações aconteciam, Orquídea ficava quietinha, encolhia-se, agüentava “firme”. Embora ela fosse magrinha e de aparência bem tímida, suportou o trabalho de parto sem uma queixa.

O bebê nasceu durante a madrugada e eu não estava mais no estágio. Encontrei Orquídea no outro dia pela manhã, junto com a filha. A filha nasceu em boas condições vitais, mas apresentou esforço respiratório e gemência, precisando ficar em incubadora aquecida com oxigênio inalatório, sendo realizado alojamento conjunto quatro horas após o nascimento.

Solicitei sua participação no estudo, expliquei os objetivos e ela aceitou, mas achei Orquídea um pouco estranha, muito abatida, com palidez cutânea, muito mais quieta do que no dia anterior. Conversei com a equipe de enfermagem sobre seu

comportamento e disseram que não havia acontecido nada de incomum durante minha ausência. Voltei e conversei um pouco mais com Orquídea, até achei que ela poderia estar desenvolvendo uma depressão pós-parto. Gostaria de investigar mais. Ela me disse que estava com muito frio e cansada e que gostaria de dormir. Perguntou se eu cuidaria da filha para que ela descansasse um pouco. Enquanto orientava os alunos em suas atividades, cuidava da filha de Orquídea para ela descansar.

Ela dormiu por aproximadamente duas horas e quando acordou seu semblante era outro. Estava mais disposta, com melhora da palidez cutânea, sorrindo. Pegou a filha para ela mamar. Agradeceu-me e disse que estava se sentindo outra mulher, estava muito cansada porque o bebê sugou a noite toda e não havia dormido.

Eu afirmei que realmente ela estava com um semblante melhor. Ela sorriu, entrelaçou a filha em seu colo e colocou-a para sugar, sendo que a amamentação estava adequada. Quando a filha parou de sugar, ela colocou-a para arrotar, deixando-a no berço em posição lateralizada.

Orquídea contou que não havia planejado engravidar e que ficou muito chateada por engravidar novamente, já que tinha uma filha de dois anos em casa, mas que às vezes, esquecia de tomar o anticoncepcional e pensava que não iria acontecer com ela. Quando descobriu a gravidez, ficou chateada, relatou que não era fácil tratar de uma criança, que era muito difícil educar, cuidar, ter dinheiro, “dar as coisas”. Mas com o passar dos dias, ficou feliz, não tinha mais como voltar atrás e iria fazer tudo o que poderia para essa criança. Ela ficou mais feliz quando soube que era outra menina, pois teria as duas filhas como companheiras.

Orquídea não entendeu o que aconteceu para a filha nascer antes da data provável do parto. Estava tudo bem, começou a sentir umas pontadas de manhã, mas achou que não era nada, pois era diferente do que já havia sentido. Começou a aumentar, ligou para o marido no trabalho e chamou a ambulância para ir ao hospital. Quando foi examinada pelo obstetra ficou assustada, quando ele disse que iria interná-la porque estava em trabalho de parto e o bebê iria nascer. Ela tinha consciência que a filha era prematura. Orquídea acreditava que entrou em trabalho de parto porque no dia anterior tinha feito limpeza em sua casa. Orientei que essa não era a causa que desencadeou o trabalho de parto, mas outro motivo que desconhecíamos no momento. Enfatizei também que gravidez não era doença e que

só era necessário repouso em casos que havia risco para a mãe ou para o bebê. Ela fez um gesto como se entendesse o que estava falando, mas ainda acreditava que era a faxina a responsável, mas não se sentia culpada por isso.

Orquídea disse que sua família morava em Santa Catarina e que sua sogra se ofereceu para ajudar, mas ela achava que não seria necessário porque já sabia cuidar de criança. Sentia-se segura para realizar os cuidados com a filha, já que tinha a experiência anterior.

Orquídea olhava carinhosamente para a filha. Disse que sua vida após a saída da maternidade seria muito corrida, cuidando de suas crianças. Tinha receio de a outra filha não entender e sentisse ciúme.

Observei que a preocupação de Orquídea não era com os cuidados com o bebê em si, mas os cuidados que teria que ter com a filha maior. A experiência anterior de cuidado lhe trouxe segurança na realização destes, como o banho, as trocas de fraldas, mas sua preocupação era em estar atenta às atitudes da filha maior, para com a menor.

Finalizei a entrevista combinando o encontro no domicílio.

5.6.2 Primeiro encontro no domicílio (primeira semana de vida da filha) – 14/04/2007

Liguei para Orquídea e combinamos o horário. Não foi difícil encontrar a residência dela. O bairro em que morava era novo e ficava próximo ao bairro que eu moro. Ela recebeu-me no portão junto com a outra filha. Apresentei-me à filha, conversei um pouco com ela para depois conversar com Orquídea. A filha de Orquídea falava tudo enrolado, mas nos comunicávamos assim mesmo. Ela me mostrou umas bonecas, uns brinquedos e fomos nos entendendo.

Orquídea estava oferecendo leite materno, mas ao perguntar sobre o chá ela me disse que também ofereceu porque a sogra falou que era bom para prevenir cólicas. Ela também ofereceu para a outra filha quando esta era bebê. Orientei que ela tomasse o chá, que passava pelo leite e tinha o mesmo efeito. Ela pareceu entender. Orientei também sobre a confusão de bicos que a mamadeira poderia causar, que a filha poderia largar o seio, sobre o risco de diarreia relacionada à

higienização da mamadeira. Enfatizei a questão de a filha ser prematura e se isso acontecesse poderia perder peso.

Orquídea já havia levado a filha até à Unidade Básica de Saúde para realizar a vacina contra tuberculose e repetir o teste do pezinho. As consultas já estavam agendadas, pois como era baixo peso já saiu do hospital com as consultas agendadas. A criança já havia ganhado 300g de peso.

Enquanto permaneci na residência, Orquídea trocou a filha. Aproveitei para ver o períneo. Vi que estava íntegro, em uso de fralda descartável. Ela utilizou uma fralda embebida em água para limpar da vagina para o ânus. Tudo realizado na maior tranqüilidade. Não realizei orientações, pois o cuidado estava correto.

A sogra de Orquídea ajudou-a na limpeza da casa, nessa primeira semana, porque ela estava com dor na episiorrafia. Os cuidados com a filha foi Orquídea que realizou sozinha.

Ela estava levando a filha para benzer sob influência de sua sogra, que disse que era para não ter mau olhado, para ter proteção e que o vento virou, então tinha que benzer. Ela relatou que durante a gravidez o marido de Orquídea sofreu um acidente de moto, chegou em casa todo sujo de sangue. Ela ficou muito assustada e o vento virou, então para a filha não ficar ruim ela tinha que benzê-la por três dias. Orientei que não tinha problema algum benzer a filha e que rezar não fazia mal algum, mas ela não poderia deixar oferecerem nada para a filha. Orquídea enfatizou que estava levando para benzer por insistência da sogra, por ela não levaria, mas a sogra ficou falando que era bom, então ela acatou. A família (nesse caso a sogra) teve uma influência com relação às suas crenças e estava se tornando importante para todo o núcleo familiar.

Orquídea disse que a filha chorava bastante por causa de cólica. Examinei o abdômen dela, não estava distendido, estava flácido à palpação e a evacuação estava normal. Orientei para fazer massagem no abdômen, movimento com as pernas (tipo bicicleta) e colocar na posição de bruços que isso ajudaria. Enfatizei a ingestão de chá de erva-doce por Orquídea passando pelo leite.

A criança permanecia o dia todo no carrinho, porque ela ainda não tinha berço. A outra filha ainda estava dormindo no berço. Orquídea iria ganhar uma cama para a filha mais velha, assim colocaria a menor no berço. Orientei para que colocasse um encosto para que a filha não virasse no carrinho, evitando risco de asfixia.

Orquídea relatou que cuidar das filhas estava sendo tranquilo pela experiência que ela já possuía. Ela conseguia conciliar bem os cuidados das duas, atendendo prontamente às solicitações de cuidado, de carinho, de atenção, de mimo de cada uma. Ela questionou se eu achava que as filhas estavam sendo bem cuidadas e eu respondi que sim. Ela demonstrava uma maturidade muito grande, cuidando de forma adequada, sendo responsável, era bem independente.

Orquídea fazia a higiene do coto umbilical três vezes por dia, como aprendeu no hospital. Contudo, tinha receio de que doesse ao fazer esse procedimento. Salientei que o álcool ao entrar em contato com a pele da filha e, por ser gelado, ela se contorcia. Ao observar o coto, quando examinei o abdômen da criança, percebi que estava bem sequinho, desprendendo-se, em boas condições de higiene e com ausência de secreção. Orientei sobre a queda, que ela ocorria em torno de sete a dez dias, estando dentro do prazo, orientei também que ao cair poderia sangrar um pouco, salientando ser normal. A filha maior começou a fazer “manha” para dormir, pediu colo, então finalizei o encontro, já me programando para o próximo.

5.6.3 Segundo encontro no domicílio (primeiro mês de vida da filha) – 13/05/2007

Combinamos o encontro por telefone, fui até a casa de Orquídea após meu horário do almoço. Ela recebeu-me como de costume, no portão, com a filha maior. Estava fritando mandioca, ofereceu-me, mas eu respondi que já havia almoçado. Seu marido saía do serviço às 13hs e eles almoçavam mais tarde, pois o esperavam para almoçar. Pedi desculpas por ter ido naquele horário, contudo foi ela quem determinou o horário, referiu que gostaria de me perguntar algumas coisas.

Sentamos à mesa, ela disse que estava preocupada, havia levado a filha ao médico. Ela ficou três dias sem fazer cocô, com a barriga inchada, chorava muito e Orquídea ficou muito preocupada. Disse que fez raios-X e ultra-som do abdômen, mas que não tinha dado nada. O médico disse que poderia ser reação ao leite ingerido por Orquídea, pediu que ela parasse de tomar leite e comprasse uma lata de leite Nan[®] para dar uma semana para a filha. O médico fez alusão que os seios de Orquídea estavam “murchos”, referindo que ela não tinha leite suficiente para a

filha. Ela questionou-me sobre a questão da ingestão do leite, contudo disse que a alimentação da mãe só afetaria quando em excesso.

Orquídea permanecia oferecendo chá na mamadeira, porque a filha de vez em quando ainda chorava e a sogra disse que não tinha problema dar o chá de vez em quando. Ficou evidente como a orientação da família era mais forte do que a minha, porém enfatizei novamente.

Quanto à administração de Nan[®], orientei que não existia leite fraco, pedi que ela ingerisse mais líquidos e a produção poderia ter diminuído pelo estresse que passou, mas agora como ela estava mais tranqüila e leite voltaria a descer como antes. Como a filha estava ganhando peso, isso era a prova de que o leite dela sustentava.

Ao examinar a criança observei que os olhos dela estavam com secreção. Orquídea me disse que a filha estava com conjuntivite. Orquídea estava fazendo a higiene dos olhos com água fervida e uma fralda de tecido. Orientei sobre a higiene de fora para dentro e solicitei que como ela tinha algodão em casa que utilizasse o algodão por ser mais suave. O pediatra deu um colírio para aplicar e ela queria saber se realmente deveria utilizá-lo. Orientei que usasse como ele indicou, três vezes ao dia, e que era um antiinflamatório e ajudaria a “curar” mais rápido.

A criança estava “fazendo cocô” todos os dias, porém utilizou por algumas vezes, supositório que o pediatra prescreveu.

Durante o encontro o marido chegou de moto, cumprimentou-me e sentou-se à sala. Como o almoço já estava pronto fiquei sem graça e disse à Orquídea que iria embora, para que eles almoçassem enquanto estava quente. Combinamos que eu voltaria no fim de semana. Ela agradeceu porque assim o almoço não esfriaria.

Retornei à casa de Orquídea no fim de semana. Estavam em casa ela e as duas filhas. Orquídea já estava mais tranqüila, pois a filha tinha normalizado o hábito intestinal, não sendo necessário utilizar mais o supositório. A criança também se apresentava tranqüila, não tinha mais dor, chorava somente quando tinha fome ou algum incômodo. Peguei-a no colo, embalei-a e conversei com ela.

Orquídea continuava oferecendo leite materno, após as sucções ao seio complementava com o Nan[®] e nos intervalos ainda oferecia o chá de erva doce para prevenção de cólicas, embora que em uma frequência menor, se comparada aos primeiros dias de vida.

Nesse período compreendido pelo primeiro mês de vida da filha Orquídea desenvolveu alguns cuidados populares, porém nenhum deles apresentava risco para os cuidados à filha, contudo não foi realizado orientações sobre o oferecimento do chá após as mamadas.

Orquídea presenciou dois momentos de dificuldades relacionados à saúde da filha, das quais a constipação intestinal gerou muita preocupação, pelo fato de a filha chorar, não apresentar eliminações intestinais e Orquídea não identificava o que era.

5.6.4 Terceiro encontro no domicílio (quarto mês de vida da filha) – 12/08/2007

Orquídea e sua filha maior receberam-me no portão. Estava ansiosa para saber o que havia acontecido após meu último encontro.

Ela foi logo me dizendo que a filha havia parado de sugar o seio aos três meses de vida. Fiquei muito triste e não me contive, demonstrando minha tristeza a ela. Ela tentou me ligar duas vezes para contar, mas meu telefone estava desligado. Orquídea disse que a filha passou a sugar com menor frequência o seio, conseqüentemente mamava mais na mamadeira e o leite foi diminuindo, até o dia em que ela parou e não sugou mais, só mamava na mamadeira.

A alimentação complementar da criança havia sido iniciada há duas semanas. Orquídea começou em uma semana com frutas amassadas ou raspadas e na outra semana introduziu a papa salgada, oferecendo também água três vezes por dia. Ela não preparava comida diferente para a filha, servia a mesma preparada para as refeições, somente tinha o cuidado de coar e amassar. Dizia que assim, a filha não ficaria com frescura para comida e comeria de tudo.

A filha de Orquídea estava linda como uma boneca. Com a aparência saudável, gorda, as coxas faziam dobras. Ao examiná-la não encontrei alterações. Verifiquei a carteira de vacina e todas as vacinas estavam em dia. Estava indo à puericultura regularmente.

Além do desmame, não havia ocorrido nenhuma alteração relacionada à saúde da criança. Orquídea permanecia cuidando muito bem das duas filhas.

Como não havia muitas orientações a fazer fiquei conversando e brincando com as meninas e Orquídea ficou me observando. Ela disse que olhava para as

filhas e sentia uma felicidade muito grande, mas estava procurando emprego, para ajudar no orçamento da casa. Estavam gastando mais por causa do Nan[®]. Orquídea recebia leite de vaca para a filha maior, mas ela queria esperar a filha completar seis meses para iniciar o uso de leite de vaca. Fiz orientações sobre a diluição do leite de vaca, mesmo assim Orquídea preferiu esperar que a filha completasse seis meses.

Nesse período Orquídea não enfrentou intercorrência relacionada à saúde da filha, contudo o desmame aconteceu.

5.6.5 Quarto encontro no domicílio (sexto mês de vida da filha) – 20/10/2007

Entrei em contato com Orquídea por várias vezes, sem sucesso. Descobri que ela estava trabalhando. Foi difícil conseguir agendar esse último encontro, pois o tempo que ela tinha livre utilizava para fazer seus afazeres. Tanto que a criança já tinha completado seis meses fazia uma semana quando realizei a última visita. Ela recebeu-me em meio de uma faxina. Estava limpando a casa, mas mesmo assim quis me receber, afinal não tinha mais muito tempo.

Orquídea começou a trabalhar quando a filha estava com cinco meses. Estava trabalhando de doméstica de segunda a sexta-feira. As filhas ficavam com a sogra. Ela não conseguiu vaga na creche para deixar as filhas. Disse que a sogra cuidava bem das meninas, levava na puericultura, no pediatra, no dentista.

Contou-me que não tinha mais muito tempo, mas procurava ficar com as meninas no período da noite e nos fins de semana. Mesmo estando cansada de trabalhar e cuidar da sua casa, fazer comida, ela achava disposição para ficar, cuidar e brincar com as filhas. Ela sabia da importância de sua presença para as filhas. Relatou que no início foi difícil acostumar, tanto ela como as filhas. Não conseguia ficar longe delas, sentia aperto no coração, ficava pensando se elas estavam bem, se estavam chorando, como a sogra estava cuidando. As meninas também demoraram um pouco para se acostumarem com a ausência da mãe, mas com o passar do tempo se habituaram à nova situação. A sogra supriu muito bem a ausência de Orquídea.

Não aconteceu nenhuma intercorrência com a saúde da criança. Durante o encontro a criança estava sentada em um colchão que estava no chão em meio a

alguns brinquedos, conversei com ela e ela sorriu para mim. Ao examiná-la apresentava boas condições de higiene e vestuário adequado para o clima.

Orquídea já havia iniciado a complementação também com leite de vaca, ainda intercalando com o Nan[®], até que ela se adaptasse ao novo leite. Relatou que ela ou a sogra davam a mamadeira para a criança, não a deixando mamar sozinha, mas que ela já queria segurar a mamadeira sozinha. As papas salgadas eram oferecidas e preparadas pela sogra. Somente nos fins de semana Orquídea preparava e alimentava as filhas.

Finalizado o período proposto de acompanhamento ao cuidado de maneira satisfatória, despedi-me e coloquei-me à disposição para qualquer dúvida e/ou problema.

Pude compreender que a experiência do cuidado para Orquídea ao longo dos seis meses de vida da filha foi composta por sentimentos positivos. Embora ela tenha presenciado algumas intercorrências relacionadas à saúde da filha e o desmame tenha acontecido, Orquídea soube ter maturidade para enfrentá-los, contudo, diante das intercorrências, procurou ajuda profissional.

6 O CUIDADO AO FILHO AO LONGO DOS SEIS MESES

Os dados são apresentados através da descrição das experiências das mães adolescentes no cuidado aos filhos ao longo dos seis meses. E também, pela minha prática educativa, desenvolvida junto à essas mães e suas famílias. Essas experiências tiveram embasamentos pautados nos cuidados populares, assim minha prática educativa foi no sentido de preservar, acomodar e repadronizar os cuidados, no intuito de não impor meus cuidados profissionais.

6.1 O nascimento do filho: a gravidez e os sentimentos em ser mãe

Nesse primeiro encontro eu tinha o propósito de iniciar a formação do vínculo enfermeira/mãe adolescente, contudo, solicitei que as mães contassem sobre a gravidez, o apoio que receberam os sentimentos que afloravam e como estava sendo a experiência após o nascimento do bebê.

Todas as adolescentes tinham o desejo de engravidar, pois todas ansiavam em serem mães, mas Rosa, Margarida, Girassol e Orquídea, não queriam que isto acontecesse naquele momento.

[...] não desejei engravidar aconteceu [...] A gente não desejava ter filho, mas a gente queria, não que a gente decidiu [...] a gente falou: a se der certo [...] a gente não conversou sobre ter filho [...] mas a gente ficou assim até o dia que deu certo. Daí eu pensei: mas se vier, ah se vier [...] vai ser bom (Rosa).

Sempre quis ser mãe, mas não planejei engravidar [...] Não, eu não queria engravidar, mas não tava usando nada [...] eu usava camisinha e no dia não usei [...] (Margarida).

Fiquei muito feliz, mesmo não tendo planejado [...] Estava tomando anticoncepcional e esqueci alguns dias, daí engravidei (Girassol).

Eu tava tomando comprimido, mas sabe como é, às vezes a gente esquece, daí tomava um dia dois comprimidos, no outro dia esquecia, daí não tomava. Tomava tudo errado, esquecia mesmo, mas eu achava que não ia engravidar (Orquídea).

O bebê de Tulipa foi desejado e planejado por ela e pelo companheiro, que já moravam juntos há um ano, porém durante a gestação se separaram.

Desejei engravidar, não tava tomando nada, tava morando com meu namorado há um ano e desejamos engravidar, mas depois que engravidei nos separamos [...] não foi por causa da gravidez (Tulipa).

Violeta também planejou a gravidez, visto que desejava ter um filho do atual companheiro, pois ela já tinha um filho de um relacionamento anterior, depois da gravidez foi morar com o atual companheiro.

O primeiro filho não é do meu marido, nós fomos morar juntos depois que eu engravidei. Eu desejava ter outro filho, ter um filho do meu marido, planejei, fiquei cinco meses tentando engravidar, não tomando nada (Violeta).

Um fator importante a considerar, é que, entre as adolescentes que não planejaram engravidar, todas referiram o uso de algum método anticoncepcional, nas relações sexuais. Observei que detinham algum conhecimento sobre eles, no entanto, estavam usando-o de forma irregular ou inadequada, e por isso, ocorreu a gravidez.

Outro estudo também revelou que, apesar de existir algum conhecimento das jovens sobre métodos anticoncepcionais, elas faziam uso incorreto ou não demonstraram conhecimento adequado sobre o seu uso, aumentando os índices de falhas (ALMEIDA et al., 2003).

As adolescentes acreditam que a gravidez aconteceu por acaso, apesar de terem conhecimento sobre o assunto, achavam que não iria acontecer com elas.

Embora os jovens conheçam a necessidade de usar métodos de anticoncepção e, na sua maioria, estejam determinados a usá-los, continuam a ter relações sexuais desprotegidas (RAMOS, 2001).

O pensamento “não vai acontecer comigo”, muito comum entre as adolescentes, baseia-se, do ponto de vista psicológico, em dois aspectos presentes durante o período da adolescência: a necessidade de fantasiar e de viver o momento presente. Para o enfrentamento de situações de risco, o adolescente considera-se imune (SANTOS, 2006).

Para Marcon e Elsen (2002), praticamente não existe gravidez não

planejada, ou seja, a gravidez normalmente ocorre em decorrência de um desejo, mesmo que inconsciente da mulher de gerar um filho. Segundo as autoras, o próprio fato de ela não adotar os cuidados necessários para evitar eficazmente a gravidez, já constitui indício de que deseja ter filhos.

Convém ressaltar que a existência de significados positivos, na complexa rede de relações que caracteriza a gravidez na adolescência, pode fazer parte de um projeto de vida da adolescente, que é o de ser mãe, e também, na tentativa de alcançar reconhecimento e autonomia emocional em relação à família de origem (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

Trindade (2005) também afirma que a gravidez e a maternidade de mulheres adolescentes são experiências distintas, de acordo com a classe social. Nas classes populares, a falta de perspectiva em relação à vida torna a gravidez um projeto de vida. Diz ainda que a questão da idade em que a mulher pode engravidar deve ser considerada mais como um fator social do que biológico ou psicológico e nem sempre se constitui em problema para a mulher que engravida e sim pode fazer parte de um desejo real dela, um projeto de vida que pode ser explicado pela dificuldade de acesso à educação formal, à educação sexual e ao trabalho remunerado, o que leva a encontrar, na gravidez, a possibilidade de realização pessoal, o papel social que pode desenvolver e ser reconhecida por ele.

A descoberta da gravidez, normalmente, foi feita pelas próprias adolescentes.

Quando descobri a gravidez, já estava com cinco meses, não sabia, meu corpo não tinha mudado, só no caso, meu marido falava: está grávida, está grávida, está engordando, eu dizia não estou [...] Daí ele falou assim: e a menstruação está vindo certinho e eu falei: não [...] sempre atrasava. Eu fiquei quatro meses sem menstruação [...] Por incrível que pareça não sentia o bebê mexer, não engordava, não sentia nada, dor, nada (Rosa).

Não sentia nada, atrasou minha menstruação e então descobri a gravidez no segundo mês (Girassol).

Apenas no caso de Margarida, foi sua mãe quem desconfiou da gravidez, pela ausência da menstruação.

Minha mãe quem desconfiou, eu nem percebi, minha menstruação atrasou e nem me dei conta, minha mãe percebeu que atrasou e me

levou no posto pra fazer exame [...] daí deu que eu estava grávida (Margarida).

A descoberta da gravidez para a adolescente aconteceu pela percepção dos sintomas em seu corpo, dos quais o principal foi, a ausência de menstruação, como relatado por Rosa e Girassol. Porém, cabe ressaltar, que a maioria das adolescentes revelou não conhecer o próprio corpo, conseqüentemente não perceberam os sinais que o corpo expressava e por isto diagnosticaram a gravidez tardiamente.

Quanto aos sentimentos das adolescentes frente à gravidez, os relatos apresentam três tipos de reação: alegria, decepção e chateação.

Rosa, Tulipa, Violeta e Girassol aceitaram a gravidez desde o momento de sua descoberta, embora, três delas não tivessem planejado engravidar. Nesses casos, esta descoberta foi acompanhada por sentimento de alegria.

Fiquei feliz, eu queria, então fiquei feliz (Tulipa).

Fiquei muito feliz, mesmo não tendo planejado, quando soube que estava grávida (Girassol).

Para Margarida, no entanto, o momento da descoberta da gravidez foi de decepção e arrependimento por não ter se prevenido adequadamente.

Ah! Eu não queria, senti uma coisa ruim, uma sensação ruim, o fato de não ter usado camisinha, não ter me cuidado, não ter me prevenido [...] (Margarida).

Dobrioglo (1999) afirma que a reação de “choque” diante da notícia de uma gravidez é bastante comum entre as adolescentes.

Apesar de, no primeiro momento, a reação ter sido de não aceitação, por parte de Margarida, à medida que a gravidez avançou passado o “susto”, ela teve a aceitação da gravidez. Orquídea por sua vez, a princípio sentiu-se chateada, porém também, com o passar do tempo, teve aceitação da gravidez.

Hoje as coisas estão muito difíceis, não é fácil cuidar de criança, dar o que comer, tratar, ter dinheiro, lá em casa é só meu marido quem trabalha, a gente paga aluguel e já tem a Natalie, não é fácil, mas daí a gente vê uma coisinha dessas e pensa, ah quem cuida de uma cuida de duas (Orquídea).

No relato acima Orquídea demonstra um sentimento de incapacidade, referindo a dificuldade em cuidar de outra filha quanto ao aspecto financeiro, mas ao mesmo tempo, demonstra uma relação de carinho, olhando para o bebê e demonstrando que o cuidar do bebê será difícil, mas compensador.

Com a notícia da gravidez das adolescentes, as famílias também apresentaram reações variadas, que perpassam por atitudes de aceitação e não-aceitação. As famílias apesar de não quererem a gravidez da filha, na medida das possibilidades de cada uma, deram apoio às mesmas.

Recebi apoio da minha mãe, do meu pai, da família, do meu namorado, ainda estamos juntos [...] a família dele aceitou, todo mundo aceitou [...] (Margarida).

Tive apoio de toda a minha família e da dele também [...] todo mundo gostou da novidade (Girassol).

Porém Rosa e Tulipa, disseram que, com a descoberta da gravidez, a família, e principalmente o pai, apresentou revolta, mas, após um tempo tudo se normalizou, e a família começou a se preparar para a chegada do bebê. As reações de não aceitação foram sempre dirigidas à adolescente pelo pai, através de várias atitudes: conversas, obrigando a casar, pedindo que o namorado assumisse a responsabilidade.

Quando descobri que estava grávida, recebi bastante ajuda dele (marido) [...] meu pai falou bastante, coisa de pai, que fala um pouco, depois passou a tempestade [...] A família não se impôs, eles disseram vocês se viram e acabou, mas impôs que tinha que casar. A gente já ia casar e forçaram a gente a casar agora. Antes da gravidez minha família não queria que a gente casava [...] não pensava em ter filho em momento algum (Rosa).

Meu pai, falou um monte de coisas, mas depois me deram apoio [...] eu morava em Curitiba, daí eu me separei e vim pra casa dos meus pais, ficaram do meu lado, depois gostaram da idéia [...] meu pai vai comprar as coisinhas dele, vai ficar cuidando dele (Tulipa).

De acordo com Santos (2006), a gravidez das adolescentes, na concepção dos pais, pode denunciar para a sociedade que sua filha será mãe solteira, terá filho sem pai, portanto, ilegítimo, sem ter assumido o *status* de mulher casada. O casamento tem, ainda, um significado simbólico muito importante, em nossa sociedade.

O significado real da gravidez na adolescência não está relacionado ao fato propriamente dito, mas sim, ao rompimento dos padrões familiares tradicionais, sendo que muitas vezes a gravidez ocorre em situações conjugais que não são estáveis (ALVARENGA; DOMINGUES, 1997).

A reação da família frente à descoberta da gravidez, segundo Catharino e Giffin (2002, p. 10), pode ser dividida em dois momentos, num primeiro ela se “surpreende e condena a adolescente”, depois a mãe se torna uma aliada e ajuda a interceder junto ao pai e o namorado. Porém até que isto ocorra, “a adolescente vive de forma dolorosa as represálias e críticas de alguns membros da família, da escola e da sociedade [...]”.

Segundo Dias, Oliveira e Gomes (1997), em pesquisa com jovens grávidas atendidas em um hospital público de Porto Alegre, as reações dos familiares à gravidez foram dramáticas no primeiro instante em que tomaram conhecimento, depois melhoraram frente a uma aproximação emocional dos pais, mais especificamente da mãe.

O apoio durante o período gestacional é freqüente em nosso meio, mesmo nos casos de gravidez na adolescência. Nogueira e Marcon (2004) identificaram que as atitudes de apoio familiar, de certa forma, se sobrepuseram às de repressão, mostrando que as mães, diante das situações difíceis de suas filhas, procuram ajudá-las e confortá-las.

De acordo com Bosa e Piccinini (1994) a relação mãe-filha sempre se mostrou predominante em relação ao pai. As diferenças entre essas relações devem-se, em grande parte, à qualidade da interação da díade, a qual tem sido definida em termos da capacidade dos filhos usarem a mãe, como uma base segura em suas explorações e como fonte de conforto nos momentos de perigo e angústia, e mais especificamente, a sensibilidade materna às necessidades do filho, respondendo de forma consistente, facilita o desenvolvimento de um senso de cuidado previsível formando assim, uma base segura e confiável.

Esta afirmação confirma-se pelo fato de que Rosa, Margarida, Tulipa e Violeta ainda na maternidade citaram suas próprias mães como a pessoa que irá ajudá-las nos cuidados ao filho. Girassol citou sua avó e tia, e Orquídea sua sogra, pois as mães destas moram em outro país e em outro estado, respectivamente. Assim, observa-se que com o nascimento do bebê, a família faz um movimento de mobilização e aproximação ao novo membro, demonstrando-se mais unida e

solidária, o que é comprovado por todos (DESSEN; BRAZ, 2000). A chegada da criança traz mudanças não só na vida da adolescente, mas de toda sua família.

Sendo assim, a família como um todo, forma uma rede de suporte muito participativa nas atividades da mãe adolescente.

Quanto aos sentimentos das adolescentes para o bebê, a expressão percebida quando a adolescente vê o bebê pela primeira vez, transparece inicialmente o sentimento da incredulidade, não acreditando que o bebê fosse seu, e, também, de imensa felicidade.

[...] na barriga, a gente não vê a hora de nascer, quando você vê é maravilhoso [...] comecei a chorar quando vi o bebê (Margarida).

Às vezes não acredito que é minha mesmo, que saiu de dentro de mim [...] (Girassol).

Pude compreender que foi um acontecimento inédito em suas vidas e que, as levou para uma condição de um novo status para si e sua família: ser mãe.

Para Andrade (2004), as mães adolescentes relataram que desde o momento do nascimento do filho vivenciaram o despertar de inúmeros sentimentos positivos, sobretudo, o amor.

Para Ferreira (2004), sentimento é o ato ou efeito de sentir, estando ligado à sensibilidade, à disposição afetiva em relação às coisas de ordem moral ou intelectual e pode ser descrito como afeto, amor, tristeza, pesar entre outros. Para as mães adolescentes os sentimentos são aflorados através de afeição, zelo, amor, carinho, preocupação para com os filhos.

O relacionamento mãe-filho para as adolescentes revelou-se de forma muito positiva, do ponto de vista de suas vidas, como uma experiência gratificante de mãe – “ser mãe é uma maravilha, uma experiência gostosa”.

Com relação ao sentimento de ser mãe e o cuidar do bebê, todas as adolescentes relatam de uma maneira positiva, utilizando muitas expressões: “me sinto realizada”, “estou me sentindo feliz”, “me sinto mãe de verdade”.

No recém-nascido a necessidade de cuidados é indispensável para a sobrevivência. Neste sentido, a capacidade de apego entre a figura cuidadora / mãe e o bebê se estabelece desde a gestação e se consolida após o parto, quando a mãe inicia o processo do cuidado e atenção às demandas fisiológicas e emocionais do recém-nascido (HARWOOD; MILLER; IRIZARRY, 1995).

O significado da maternidade e a conseqüência do sentido de “ser mãe, foi demonstrado como uma questão de responsabilidade pela criança.

Minha vida agora vai ser totalmente diferente do que eu tinha, e do que eu era [...] agora é mais responsabilidade (Margarida).

Está sendo muito bom [...] estou tendo responsabilidade [...] e aprendendo a cuidar dele [...] está sendo bom e difícil [...] Mudou bastante coisa, coisas que eu fazia antes, coisas que eu pensava [...] antes eu pensava só em mim, agora eu tenho que pensar só nele [...] eu penso mais nele (Tulipa).

Margarida e Tulipa citam vários aspectos da responsabilidade: mudança na vida com a chegada do bebê, quanto ao cuidar de um ser dependente para tudo, ficar em função dele, ter que atendê-lo em todas as suas necessidades, pensar mais no filho do que em si própria.

Quanto aos cuidados com o recém-nascido na maternidade, algumas adolescentes, como Rosa, Orquídea e Violeta demonstravam segurança nos cuidados aos filhos, realizavam todos os cuidados delegados a elas, como: a troca de fraldas, pegavam o filho, colocavam-no para sugar, cabe lembrar que para Orquídea e Violeta tratava-se do segundo filho. Tulipa e Margarida realizavam os cuidados, porém demonstravam bastante insegurança, demonstrando medo ao pegar ou tocar o recém-nascido, contudo, não tiveram experiência anterior em cuidar de crianças. Girassol, no momento da entrevista, estava amamentando e como era pós-parto imediato, ainda não havia realizado os cuidados, então não pude observar.

A experiência da amamentação estava sendo bem sucedida para cinco adolescentes. Somente Rosa estava sentindo dor no início das mamadas, observei que a pega estava correta, mas os mamilos estavam com hiperemia. Orquídea, que já tivera experiência anterior e não havia apresentado problemas, amamentou sua filha até o sexto mês, porém, para Violeta a experiência anterior com a amamentação foi de dor (os mamilos fissuraram) e ela amamentou somente durante o primeiro mês e tinha medo que a experiência se repetisse e ela sentisse dor novamente.

Com esse encontro na maternidade tive a oportunidade de iniciar o vínculo com as mães adolescentes, conhecendo suas características sócio-demográficas e o transcorrer da gravidez.

6.2 O processo inseguro de adaptação ao novo papel: o cuidado ao filho na primeira semana de vida

A primeira semana de vida do recém-nascido caracterizou-se para a mãe como um período de adaptação aos cuidados. Apesar de a mãe adolescente ser orientada e supervisionada quanto aos cuidados com o filho durante a internação na maternidade, ela pode apresentar dúvidas ao cuidar do mesmo no domicílio.

Para Leininger (1991), o cuidado seria as atividades de assistência e de apoio com o outro indivíduo ou grupo para amenizar ou melhorar as condições de vida.

O nascimento é uma celebração à vida que mobiliza toda a família em torno da assistência dedicada ao novo ser. Sendo assim, o suporte familiar aparece como benefício e, também, como uma estratégia de auxílio para a mãe adolescente, ajudando-a a superar as adversidades do cuidado ao filho, reduzindo-lhe a ansiedade, decorrente da expectativa de ser responsável em garantir a integralidade da criança.

Por acreditar que a base de toda família é permeada por um contexto cultural carregado de crenças e valores peculiares, para que o cuidado seja benéfico e confiável, nada foi imposto, e sim, preservado, acomodado e repadronizado, tanto por mim como pela mãe adolescente, assim interagimos por meio de um processo de ensino-aprendizagem mútuo.

Nesse contexto familiar, as mulheres, mães e avós, presenças constantes, participam com suas experiências, assumindo os cuidados prestados aos recém-nascidos, tais como o primeiro banho, o curativo do coto umbilical, medidas para minimizar a cólica. Esta prática de cuidado faz parte de todo um ritual de crenças que foram reproduzidas por outras mulheres, avós, tias. Pearson e Vanghan (1992), Ferreira (2004), Andrews e Boyle (1999) afirmam que crenças são idéias ou opiniões que a pessoa possui, consideradas como verdadeiras a partir do que é afirmado ou realizado por alguém ou pelo grupo do qual faz parte.

Inicialmente, as mães adolescentes tiveram a ajuda de familiares para os primeiros cuidados com o filho, além da ajuda em casa, enquanto se recuperavam, durante o início do puerpério. Quatro adolescentes citaram sua própria mãe como referência no cuidado, o que é coerente, uma vez que muitos dos cuidados adotados

constituem práticas populares, passadas de mãe para filha ao longo das gerações, o que é muito marcante nesse período.

Portanto, muitas são as práticas de cuidado realizadas pelas diferentes famílias, embasadas na cultura e na condição sócio-econômica de cada uma. Essa participação da família no cuidado deve ser incentivada e garantida já na maternidade, não como meros acompanhantes ou expectantes, mas como agentes ativos e conscientes nas escolhas e nos cuidados que requer o recém-nascido (BRUGGEMANN, 2002).

Assim, o saber familiar é reconhecido como um conhecimento que é experiencial, carregando sentimentos que envolvem afetos, competências, onde os participantes do cuidado compartilham vivências, conceitos e práticas (MONTICELLI, 2004). O conhecimento herdado se prolifera por meio das mulheres. Esse conhecimento é favorecido, também, por sua própria busca sobre práticas de saúde, pois são elas que assumem o cuidado da família, chamado cuidado popular e que reflete as crenças / valores e recursos locais na maioria das vezes desenvolvidos na vivência cotidiana (PATRICIO, 1992). Assim, os saberes e a prática do cuidado iniciam-se a partir da concepção, entretanto configuravam-se imediatamente após o nascimento, quando a criança é totalmente dependente, pois, mesmo que possua todas as potencialidades para a sua sobrevivência, precisa de cuidados que não pode prestar a si mesma, devendo alguém fazer isso por ela (ZANATTA; MOTTA, 2007).

Para Andrade (2004), as mães adolescentes tentam superar seus medos e dificuldades para prestar um cuidado adequado ao filho, buscando ajuda de familiares e sentindo-se auxiliadas no ambiente que as acolhe e assim, percebem-se apoiadas e seguras. Essa ajuda proporciona satisfação, orgulho, felicidade e fortalecimento da vida afetiva.

A palavra família traduz a idéia de uma unidade social, que tem uma representação universal de diversos valores e papéis indispensáveis para a formação moral, ética e social do indivíduo, como também hábitos e costumes (BARBOSA et al., 2005). Ela constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimentos.

Margarida e Tulipa, experienciaram, no início de sua jornada como mãe, sentimentos de insegurança em relação aos cuidados com o filho, sendo assim, suas mães assumiram por algum tempo esses cuidados e as adolescentes

assumiram os afazeres domésticos, até terem segurança para cuidarem do filho de forma plena.

Dessa maneira, o aprendizado acerca do cuidado está estreitamente ligado com a transmissão da experiência já vivida, fazendo com que as filhas apóiem-se nos exemplos e ensinamentos de suas mães, repetindo a vivência dessas como modelo a ser seguido (MACHADO, 2001).

É minha mãe que está dando banho nele, tenho medo de derrubar [...] eu vou fazendo as coisas de casa, o que vai dando para fazer, porque ainda tenho um pouquinho de dor no corte (episio), daí minha mãe cuida dele e cuido da casa, lavo louça [...] outra hora sou eu que olho o bebê e ela faz as coisas de casa [...] mas o banho é ela que dá (Tulipa).

O banho do bebê quando este ainda é um recém-nascido, constitui um momento de grande insegurança para as adolescentes. A execução deste cuidado por outros membros da família, quase sempre pela mãe da adolescente, traz segurança, para posteriormente a adolescente desempenhar seu papel completamente.

Para Mota et al. (2004), o suporte familiar traz maior segurança às mães adolescentes, tornando-as confiantes para assumir mais precocemente os cuidados de seu filho. Este suporte pode representar somente pelo fato de estar por perto, pois a simples presença de algum familiar durante o cuidado já deixava a adolescente mais calma e segura, assim realizavam os cuidados mais confiantes. Com o passar dos dias, esses conhecimentos aumentavam gradativamente, por meio dos diversos exemplos.

Em minha experiência profissional, posso afirmar que os medos ligados à relação mãe e filho são um sentimento comum e presente, principalmente, quando se trata do primeiro filho, pois a mãe tem que desenvolver um papel que não conhecia aprender a cuidar de um filho, e principalmente a aprender a compreender seu choro.

Para Vieten (2006, p. 1), os medos estão ligados à insegurança e se manifestam em toda e qualquer experiência nova, “tudo que é novo assusta e sentir o medo do desconhecido é absolutamente normal”. A autora refere que o importante é saber lidar com esse sentimento, muito comum às mães de “primeira viagem”.

Minha mãe que cuida do bebê pra mim, ainda tenho medo, insegurança, sei lá, é tudo um pouco. Faço algumas coisas aqui em casa enquanto ela cuida do bebê para mim, mas acompanho tudo que ela faz, para aprender, senão não aprende (Margarida).

Margarida colocou-se em posição de aprendiz. Com o medo de não saber como fazer, transferiu todos os cuidados à sua própria mãe.

Apesar da experiência da maternidade estar sendo positiva para Margarida e Tulipa, isto não afasta os medos, que também estão relacionados ao fato de não saber pegar o bebê direito, de quebrar, de acontecer alguma coisa e não estar por perto, medo de o bebê passar mal e não perceber ou não entender o filho em suas necessidades.

Semelhantes a muitas mães que experienciam a maternidade pela primeira vez, elas enfrentam o medo de cuidar do seu próprio bebê, revelando dificuldades não encontradas quando cuidam de outras crianças, como é o caso de Tulipa que cuidava de seu irmão mais novo e agora demonstrou dificuldade para pegar, trocar.

De acordo com Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000), é comum os pais sentirem dificuldades, durante as primeiras semanas, em traduzir o choro do bebê – se é fome, sede, cólica, fralda molhada, necessidade de ser aconchegado e embalado ou algum tipo de desconforto.

Neinstein, Rabinovitz e Schneir (1991) referem que no cuidado ao recém-nascido deve estar presente a preocupação materna, que também vem acompanhada por responsabilidade e pelo amadurecimento emocional.

Já Rosa e Girassol assumiram os cuidados com o bebê integralmente desde o início, porém sua mãe, avó e/ou a tia, respectivamente ajudaram-nas nos primeiros dias com os afazeres domésticos.

Ah [...] minha avó ajudou, assim que eu saí do hospital, mas como eu estava bem, eu mesma dei banho, troquei [...] era eu mesma que cuidava dele [...] no começo às vezes alguém, minha avó ou minha tia, vinha fazer um serviço, as coisas mais pesadas, mas depois era tudo eu (Girassol).

Achei fácil cuidar dele [...] não tenho medo de cuidar, acho que estou segura [...] sou eu que dou banho, sou eu que cuido, desde o primeiro dia, nem minha mãe põe a mão para dar banho [...] então eu quem cuido, tudo sou eu que faço [...] (Rosa).

Violeta e Orquídea também não precisaram de ajuda, assumiram os

cuidados sozinhas desde os primeiros dias, porém para essas duas adolescentes tratava-se do segundo filho, assim demonstravam segurança no desempenho do papel de mãe, mas também receberam ajuda da família para realização dos afazeres domésticos.

Eu quem cuido dele, mas minha mãe me ajuda para fazer o serviço de casa (Violeta).

Não, não, sou eu quem faço tudo sozinha, acordo dou mama, troco, dou banho, faço comida para outra filha, só para limpar a casa que minha sogra veio me ajudar, foi ela quem limpou, estava com dor nos pontos embaixo e ela veio me ajudar (Orquídea).

As adolescentes durante os encontros demonstraram carinho para com o bebê beijando-o, acariciando-o, embalando-o, querendo-o sempre por perto. Essa relação mãe e filho foi muito prazerosa de observar, porque é um amor real, sentido, transparente.

Está sendo muito gostoso, eu gosto de amamentar, é um momento só meu e dela, eu gosto de vir aqui para o quarto dela, aí só ficamos nós duas [...] eu converso com ela, conto as coisas que já aconteceram (Girassol).

Gostoso, me sinto realizada, esse menino é uma coisa gostosa [...] cuidar [...] não tem o que cuidar, ele só mama e dorme [...] está acordado, está quietinho, só quando a fome aperta é que ele chora, daí ele mama e dorme (Rosa).

Para Whaley e Wong (1999) a necessidade mais importante para a criança é a de ser e sentir-se amada. Madeira e Tsunehiro (2003, p. 75), afirmam que o cuidar “entrelaça-se ao prazer, um complementa o outro. Essa relação simbiótica possibilita às adolescentes cuidar dos filhos com desprendimento, com amor, em uma entrega total”.

Mesmo demonstrando ser a maternidade uma experiência positiva Girassol relatou que a adaptação aos cuidados do bebê foi cansativa.

Está tudo bem, mas estou um pouco cansada, o bebê acorda muito à noite para mamar, não consigo descansar de dia, mas acho que é costume, daqui uns dias já me acostumo, acho que são esses primeiros dias, né (Girassol).

Nota-se, também, o cansaço sentido em decorrência do ciclo sono-reposo do bebê e de suas constantes solicitações de atenção, nunca satisfeitas, levando a mãe a demonstrar sentimentos de impaciência, irritação e cansaço, talvez um comportamento característico da própria fase da adolescência, pois segundo Carvalho e Merighi (2006), a adolescente apresenta constantes flutuações de humor e estado de ânimo, podendo este ser turbulento, cansado, alegre ou triste.

A adolescente necessita desta adaptação, uma vez que ela está mudando a sua condição de filha-adolescente para a de mãe-adolescente. Tal adaptação é descrita por Edwards (2002), como uma época de desordem e desequilíbrio, bem como de satisfação.

Para Machado e Zagonel (2003) a adolescência e a gestação são dois momentos marcantes que podem desencadear uma crise existencial na vida de quem a experiêcia, sendo marcadas por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também por ansiedade, desequilíbrio, estresse físico e emocional.

Fica evidente que, todas as adolescentes sentem-se felizes por assumirem o papel de mãe. Todas se mostraram conscientes de suas responsabilidades e dos cuidados que precisam ter com a criança.

O sentimento vivenciado e relatado por elas sobre o cuidar do filho, deixa transparecer um misto de alegria, preocupação e insegurança, verbalizado pelo fato de acreditarem que é preciso ter responsabilidade para cuidar do filho. Santos e Schor (2003) apontam que a maternidade na adolescência se mostra como uma experiência difícil e que demanda responsabilidade, mas que pode ser desempenhada satisfatoriamente pela mãe adolescente. Além de sentirem felicidade e contentamento, mostram-se grandes admiradoras do seu filho.

De acordo com Andrade (2004), a mãe adolescente revela a experiência de sentimentos, prazer, amor e felicidade, apesar das dificuldades, e sente algo muito forte no momento do nascimento do filho. Neste percurso, marcado por medos, dificuldades, busca por ajuda, superações, mudanças e expectativas, supera as dificuldades sentindo-se realizada.

Para Luz (1999), as mães adolescentes referem gostar de serem mães e revelam praticar o cuidado que se espera delas. Elas colocam muito de suas energias na convivência com os filhos, sentindo-se importantes desde a primeira vez que têm o seu amor correspondido com um sorriso.

A partir dos relatos pude compreender que as mães adolescentes demonstraram grande interesse em relação aos cuidados com o filho, questionaram os mais velhos, prestaram atenção naquelas pessoas mais experientes do contexto familiar, preocuparam-se com o bem-estar do bebê; isso denotou a aceitação, o apego, o zelo, o carinho, a realização com o papel de mãe, que vai se consolidando no cotidiano vivido pelas adolescentes. O desenvolvimento do papel materno ia acontecendo pelo contato íntimo e contínuo estreitando constantemente os laços de amor entre mãe e filho por meio do cuidado.

Madeira e Tsunehiro (2003) afirmam que cuidar do filho é zelar por ele, é uma possibilidade inerente ao mundo da maternidade. O sentido de cuidar é temporalidade, não como uma coisa simplesmente dada, mensurável, mas como uma característica ontológica do ser humano, que não se extingue a cada passagem da existência humana.

Corroborando com esse pensamento Moraes, Garcia (2002), Koniaak, Anderson e Brecht (2000), relatam que ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da visão dos profissionais de saúde em geral, que consideram a gravidez na adolescência como indesejada e esta faixa etária como sendo um grupo de risco para exercer a maternidade, a experiência de cuidar do filho, para a mãe adolescente, também é repleta de significados positivos, e ela apresenta competência para tal, desde que possa contar com uma rede de apoio, composta por objetos sociais que ofereçam suporte financeiro e emocional traduzido por afeição, aprovação e preocupação, promovendo sentimentos de acolhimento, como perceber-se pertencendo a um grupo.

A partir dos sentimentos positivos aflorados pela maternidade e em todo o processo do cuidar, não podemos esquecer a importância da rede de apoio para a mãe adolescente, que neste estudo configurou-se principalmente pela mãe da adolescente, sendo um alicerce para que essa experiência seja cheia de realizações.

Um aspecto que chamou a atenção, nos encontros realizados ao fim da primeira semana foi o fator que se refere à imunização básica, sendo que todas as mães haviam seguido o esquema vacinal adequadamente, isto é, todos os recém-nascidos receberam as doses iniciais de hepatite B (no hospital) e a BCG (na Unidade Básica de Saúde) nos primeiros dez dias de vida. Sabe-se que uma das maiores conquistas do Brasil nos últimos anos foi sem dúvida, os índices de

imunização contra coqueluche, difteria, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite. Todos esses índices cresceram, ajudando as crianças a ter uma vida mais saudável (UNICEF, 2003). Elas também já haviam repetido o teste do pezinho e estavam com a consulta do pediatra agendada. Orquídea já havia realizado a pesagem do bebê, por ser prematuro e o mesmo havia ganhado 300g. Nenhum bebê apresentou intercorrências com relação à saúde nessa primeira semana de vida e ao realizar o exame físico durante o encontro também não detectei nenhuma alteração.

Constatoei que Rosa, Tulipa e Girassol preocupavam-se em colocar o filho para arrotar, contudo com as outras mães não consegui constatar esse cuidado durante o encontro domiciliar.

Quando o mesmo não arrotava, elas tinham o cuidado de colocá-lo lateralizado sempre com um apoio às costas, evitando uma possível bronco aspiração.

Eu coloco ele para arrotar toda vez, mas se ele não arrota, deixo ele de lado, com um apoio atrás para ele não virar [...] (Girassol).

Girassol justificou essa atitude, dizendo que recebeu essa orientação no hospital.

Com relação ao aleitamento materno todas as mães adolescentes estavam amamentando, destas, Rosa havia iniciado a complementação e Orquídea estava oferecendo chá.

Rosa referiu muita dor nos mamilos, embora não apresentasse fissuras, e relatou estar usando um “bico de silicone” na mama como intermediário, e que isto aliviava as dores. Também estava oferecendo complemento.

Fui à farmácia, ver se tinha algum remédio, porque estava com dor demais [...] até pensei em ligar para você, mas não quis incomodar [...] daí o farmacêutico orientou o bico, eu usei e o bebê pegou bem [...] ele mama bem com o bico[...]No primeiro dia eu dei NAN [...] ele não fazia cocô, nem xixi, daí eu comprei o NAN [...] fui eu quem quis comprar o NAN e o bico [...] (Rosa).

Orquídea estava oferecendo chá na mamadeira para prevenção e alívio da cólica.

Ah para sustentar só o peito, mas estou dando chá, minha sogra que mandou, disse que é bom pra ela soltar os gases e não dar cólica nela, para outra também eu dei (Orquídea).

Além da influência de sua sogra, o chá foi um cuidado cultural que ela já realizou com sua outra filha, sendo percebido como eficaz na prevenção das cólicas.

Corroborando com este pensamento, Helman (2003, p. 29) cita que “os conhecimentos sobre ervas são difundidos pela cultura popular através das práticas dos familiares e do conselho de pessoas que já as utilizaram”.

A medicina popular se manifesta em duas áreas distintas: a caseira, baseada principalmente nas ervas medicinais e a medicina religiosa, relacionada especialmente às benzeduras e promessas (QUEIROZ, 1991).

As plantas medicinais representam fator de grande importância para a manutenção das condições de saúde das pessoas. Além da comprovação da ação terapêutica de várias plantas utilizadas popularmente, a fitoterapia representa parte importante da cultura de um povo, sendo também parte de um saber utilizado e difundido pelas populações ao longo de várias gerações (TOMAZZONI, NEGRELLE, CENTA, 2006).

As informações relacionadas ao uso, especialmente de plantas medicinais, são transmitidas de forma difusa, no seio da família, no espaço da comunidade e em um movimento repetitivo naquele contexto socioeconômico em que foram criadas e socializadas (MEDEIROS, 2001).

A filha estava apresentando cólica e ela me disse que chorava bastante. Examinei o abdômen da menina e estava distendido, porém flácido à palpação, segundo Orquídea as evacuações estavam normais.

Violeta apresentou fissuras nos mamilos. A experiência anterior da amamentação para ela era repleta de sentimentos negativos. Na maternidade, já havia relatado que tinha sofrido muito por causa das fissuras e que deixou de amamentar pela dor.

Margarida, Tulipa, Girassol estavam em amamentação exclusiva e não apresentaram intercorrências nessa primeira semana de vida do filho.

As crenças referentes ao “leite fraco” ou “pouco leite”, estiveram presentes no cotidiano de Rosa.

[...] parecia que eu não tinha leite, ele mamava, mamava e nada,

parecia que não sustentava, daí eu comprei NAN [...] Dei o leite na chucha e ele dormiu [...] logo meu leite voltou [...] (Rosa).

Rosa é uma adolescente muito independente e faz as coisas que acha certo, sem deixar-se influenciar muito pelos outros. Sua mãe já havia orientado que não havia necessidade de oferecer complementação ao bebê, pois ela criou seus filhos só com leite materno, contudo a adolescente comprou o complemento mesmo assim.

Vários autores, entre eles, Ichisato e Shimo (2001), assinalam ser a afirmação “leite fraco/não sustenta” a principal causa apontada pelas mães para o desmame. A baixa qualidade ou quantidade do leite é o primeiro fator a ser associado ao choro.

A complementação com leites artificiais muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade vai repercutir no comportamento da criança, que passa a chorar menos, reforçando a idéia de que ela realmente estava passando fome (GIUGLIANE, 2004, p. 124).

Segundo a autora é muito comum a seguinte cadeia de eventos: choro do bebê → ansiedade materna → mais choro → introdução da mamadeira → menor estimulação dos mamilos → menor produção de leite → mamadas reduzidas → rejeição do peito (ou frustração da criança quando vai ao seio) → interrupção da amamentação (GIUGLIANE, 2004).

Teixeira et al. (2006), ao se referirem a esta questão, afirmaram que não existe “leite fraco”, toda mulher até mesmo as desnutridas (desde que não seja desnutrição grave) produz leite de bom valor nutritivo e que, portanto satisfaz todas as necessidades do bebê nos primeiros seis meses de vida.

Gusman (2005) cita que a razão mais comum mencionada por mulheres para interromper o aleitamento materno, ou oferecer outros tipos de leite e outros alimentos para o bebê, é a crença de que ela não tem leite suficiente.

Observa-se que a família no processo da amamentação também pode interferir de forma negativa. A opinião da tia de Tulipa, que carrega consigo crenças sobre a amamentação, era para introduzir a complementação, podendo assim atrapalhar esse processo, que estava satisfatório.

Minha tia veio falar porque eu não dava mamadeira, ela é muito linguaruda, daí eu fiquei com medo dele estar passando fome [...] conversei com a minha mãe para saber se achava que meu leite não estava sustentando o bebê, daí minha mãe falou que meu leite estava sustentando sim, porque o bebê mama e dorme e que quando a gente era pequeno ela tinha que dar mamadeira porque não tinha leite e a gente chorava e eu estava com o peito cheio de leite, estava até vazando [...] se não sustentasse o bebê ia chorar (Tulipa).

Apesar de Tulipa ter recebido a orientação de profissionais da área da saúde, que deveria amamentar sem complementação até os seis meses, houve demonstração de dúvida quanto ao cuidado profissional, no momento que a tia a questionou. Contudo, nesse caso, ao contrário de Rosa, a experiência da mãe de Tulipa com a amamentação de seus filhos – cuidado popular - auxiliou e embasou o sucesso da amamentação da adolescente. Essa troca de experiência entre mãe e filha demonstra o cuidado popular passado de geração a geração, em que o ser humano é resultado do meio cultural em que foi criado, sendo herdeiro e transmissor do conhecimento e das experiências adquiridas pelas gerações que o antecedeu (LARAIA, 2006).

Rosa estava oferecendo a mamadeira para dar a complementação e a chupeta porque acalmava o filho.

Eu dei a chupeta só pra trocar [...] ele não dorme com a chupeta, porque ele não chora [...] só na hora de trocar ele chora, aliás, grita [...] daí eu dou a chupeta [...] quando está com fome, a chupeta não adianta (Rosa).

Cabe lembrar que o choro é a primeira forma de comunicação social do bebê, sendo considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida (EDWARDS, 1999; MURAHOVSKI, 2003).

Contudo, a questão cultural da mamadeira e da chupeta em nossa sociedade é bem presente, visto que até as bonecas já vêm com mamadeira e chupeta, como acessórios.

O benzimento foi um cuidado popular apresentado por Orquídea. Ela acreditava nesse cuidado como uma maneira de prevenir problemas de saúde e também para proteger a criança.

Estou levando o bebê para benzer [...] minha sogra falou que é bom para não dar mau olhado, que ela precisa de proteção, que o vento virou [...] minha sogra que ficou falando, que eu tinha que levar

porque o vento virou e ela ia ficar ruim, que eu tinha que levar para ficar boa (Orquídea).

Orquídea sob influência da sogra estava levando a criança a uma benzedeira, acreditando que assim, evitaria o mau olhado e que “o vento virou”. Essa expressão de que “o vento virou”, segundo a adolescente está relacionado ao fato de se assustar com algo durante a gravidez, ou seja, a adolescente passou por um susto e o bebê poderia passar mal por isso.

Monticelli (2004, p. 132), cita que “benzer a criança é um rito de cuidado essencial para prevenir o “mal do espírito” que se manifesta no corpo da criança”, sendo um cuidado popular presente nessa família.

“Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa” (SOARES, 2000, p.18).

Assim sendo, de forma paralela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações (SIQUEIRA; BARBOSA; BRASIL et al., 2006).

Essas práticas não convencionais de saúde não foram sufocados pelo saber científico, exatamente porque podem oferecer respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano.

A crença em raizeiros e rezadeiras possui uma dimensão significativa no processo de cura das doenças, pois, é através desses sábios populares que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte (VASCONCELOS, 1995).

O coto umbilical é o cuidado mais evidente na primeira semana de vida do bebê, pois é visto com muito receio, como sendo “algo perigoso”, “que pode sangrar”, porém também esse cuidado é dotado de crenças que são transmitidas de mãe para filha.

[...] tinha medo que ele ficasse aberto, estufado [...] (Tulipa).

Nossa fiquei morrendo de medo quando caiu o umbigo, minha mãe não estava em casa e sangrou na roupa, fiquei com aquele negócio na mão, não sabia o que fazer, nossa [...] liguei para ela na hora, fiquei com medo que o bebê morresse [...] Ninguém tinha me falado que sangrava, aquele negócio era seco, como podia sangrar (Margarida).

As mães de “primeira viagem” geralmente associam o sangramento da queda do coto com problemas e quando isso acontece, procuram o Serviço de Saúde, relatando que o bebê está tendo hemorragia no coto. Após o primeiro filho, com a experiência adquirida elas sentem-se mais seguras quando ao manuseio e a queda do coto umbilical, assim desmistificando essa crença.

Segundo Monticelli (2004), para as mulheres o coto umbilical é envolvido por mistério, desconhecimento e ambigüidade, uma vez que tanto ele tanto “alimenta a criança”, como “pode levar a doença”.

Neste estudo não se evidenciou as crenças citadas por Monticelli (2004), relacionadas ao tratamento do coto umbilical, tais como: enfaixar o coto, passar banha de galinha, utilizar arruda, colocar moeda, utilizar fumo de corda, que são crenças bastante conhecidas de toda a população.

Conforme cita Laraia (2006), a cultura de cada povo está em constante mudança; entender esse processo é imprescindível para minimizar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos, a fim de se compreender as diferenças entre as diversas culturas da sociedade, ou seja, a cultura pode ser aprendida, compartilhada e padronizada.

Outra crença relacionada ao coto umbilical, porém não citada por Monticelli (2004), foi a de guardar o coto para dar sorte a qual foi transmitida de mãe para filha.

Daí minha mãe me mandou guardar em um frasquinho pra dar sorte (Margarida).

Girassol embasada no conhecimento popular de sua avó realizava o cuidado para evitar e também prevenir que o bebê trocasse o dia pela noite, deixando a roupa virada ao avesso.

Minha avó diz que é para ele não trocar o dia pela noite, aqueles bebês que ficam acordados de noite e dormem de dia, então é pra ela dormi de noite e ficar mais acordada de dia (Girassol).

A experiência da mãe adolescente nos cuidados ao filho nessa primeira semana de vida demonstrou ser um período repleto de insegurança e medo para algumas adolescentes, para outras uma adaptação ao papel de mãe, enquanto que para as adolescentes que estavam no segundo filho foi somente o desempenho do papel que ela já exercia.

6.3 A experiência do cuidado no primeiro mês de vida: o desenvolvimento do papel de mãe

O período compreendido entre a primeira semana de vida do filho e o primeiro mês foi vivenciado com insegurança, desenvolvimento e aperfeiçoamento do papel de mãe e marcado por algumas intercorrências.

Margarida ainda sentia-se insegura em realizar sozinha os cuidados com o bebê e sua mãe continuava realizando-os.

Eu tenho mais segurança na minha mãe, eu olho para ele e tenho medo, medo de derrubar, de dar banho, mas eu sei que tenho que começar a ajudar, a fazer as coisas, mas eu acho melhor limpar a casa, do que cuidar dele (Margarida).

Observei que esta avó sempre demonstrou preocupação em paulatinamente, ir introduzindo Margarida no cuidado, de forma a possibilitar que a mesma perdesse a insegurança, passando a assumir os cuidados com o filho de forma integral.

Realmente o que Margarida estava sentindo era insegurança, porque ao amamentar demonstrava carinho e embalava o filho. Já Tulipa havia assumido integralmente o filho, realizando sozinha todos os cuidados, não necessitando fazermos nenhuma negociação. Porém considerava que seu filho gostava mais de sua mãe do que dela.

Eu acho que o bebê gosta mais da minha mãe do que de mim [...] é que quando ele está chorando, ela o pega e ele fica quietinho [...] porque ela sabe como pegar, daí fala que quando ele estiver chorando eu tenho que pegar, está me ensinando (Tulipa).

Ela associava a habilidade de sua mãe nos cuidados, com o comportamento do bebê. Destaca-se que Tulipa percebeu o quanto a experiência do cuidado é importante, como o saber-fazer é diferente e ela ainda está desenvolvendo esse saber, sendo assim, às vezes, não conseguia interpretar o que o filho desejava.

Rosa, Violeta, Girassol e Orquídea continuavam desempenhando o papel de mães integralmente. Contudo, para todas as adolescentes do estudo, a família permaneceu como suporte.

Essa experiência e o saber-cuidar fez desencadear sentimentos favoráveis e, assim, as mães adolescentes foram sentindo-se mais fortalecidas, adaptando-se e superando seus medos, tornando-se cada vez mais criativas e autônomas para cuidarem de seus filhos.

Nossa o dia passa tão depressa, não estava dando conta de tudo [...] agora não, eu tenho mais tempo para ela [...] tem dia que não faço nada, fico com ela o dia inteiro, pego no colo, beijo, abraço [...] (Girassol).

Agora estou mais tranqüila com minhas filhas, não estava dando atenção para Hortência, porque ficava o tempo todo com a Amarílis [...] agora consigo dar atenção para as duas, cada uma em uma hora (Orquídea).

Acredito que esses sentimentos exteriorizados estão relacionados à condição de ser mãe jovem, assumindo seus filhos integralmente, provando a si mesmas e aos demais que são capazes de cuidar deles.

Salienta-se que as adolescentes continuavam desenvolvendo o cuidado aos seus filhos, demonstrando-se satisfeitas e felizes com a maternidade. Durante esse encontro domiciliar, pude testemunhar a demonstração de carinho com o bebê por todas as mães adolescentes, através de toques, dos olhares, do momento da amamentação, das conversas, além das preocupações com higiene e saúde. Já os bebês sorriam aos estímulos, percebiam o ambiente, olhavam para as mães com atenção indicando que conheciam e confiavam nelas.

Na experiência das mães prevaleceram sentimentos positivos, mesmo ainda estando em uma fase de descobertas e aprendizado, deixando transparecer a felicidade e satisfação ao cuidar dos filhos.

Nesse período compreendido pelo primeiro mês de vida todos os bebês estavam sendo acompanhados pela puericultura, quatro já haviam realizado a

segunda dose da vacina contra Hepatite B, porém nesse período apareceram intercorrências relacionadas à saúde do filho e à amamentação.

As intercorrências de saúde apresentadas pelos filhos de Tulipa e Orquídea iam além do cuidado popular e se estendiam ao cuidado profissional. Sentiram a possibilidade de ser algo prejudicial à saúde dos mesmos, e estarem ou ficarem doentes traziam apreensões para elas, o que as fizeram procurar ajuda dos profissionais de saúde.

Tulipa procurou o serviço de saúde para amenizar sua apreensão relacionada ao períneo do filho.

Levei ele no 24 horas, saiu umas bolinhas no bumbum, lá fizeram exames de sangue e urina, mas a médica falou que não era assadura, não era nada, era só uma irritação [...] estava bem feio, mas agora eu estou passando Hipoglós®, estava bem pior [...] ficou feio de um dia para o outro [...] quando mostrei para minha mãe, ela sabia que não era assadura, porque quando ela cuidava da gente, nunca tinha aparecido aquilo, fiquei assustada e ela também, saiu até o coro [...] agora já melhorou (Tulipa).

Elas ficaram assustadas, por causa da escarificação do períneo. A avó com sua experiência anterior, reconhecia que não se tratava de assadura, apresentando dificuldade em saber o que era e como tratar. Como procurou o serviço de saúde e não diagnosticaram e não prescreveram nenhuma medicação, ela e sua mãe iniciaram o cuidado popular que conheciam, fazendo o uso de Hipoglós®.

Orquídea apresentou dois momentos de dificuldades com a saúde do filho: primeiro relacionado à conjuntivite e depois com a constipação intestinal.

Nos dois casos ela procurou o serviço de saúde. Na conjuntivite, quando realizei o encontro, observei que a filha apresentava secreção nos olhos e Orquídea disse que estava usando um colírio.

Está com sujeira, esqueci de falar, ela está com conjuntivite, não sei o que aconteceu, como pegou, ninguém estava com conjuntivite (Orquídea).

Orquídea associava a transmissão com o contato à um portador de conjuntivite. Porém, ela sentiu maior dificuldade em enfrentar a constipação intestinal. Por volta dos vinte dias de vida a filha começou a apresentar sintomas de desconforto, porém ela associou isso ao fato de ser prematura.

Fiquei noites em claro, não estava agüentando mais, ela só chorava, mamava e chorava, coitadinha, é que não conseguia fazer coco, só com supositório (Orquídea).

Ela levou várias vezes ao pediatra, sendo que o mesmo prescreveu supositório e Orquídea estava usando na filha até o intestino normalizar. Para o pediatra a constipação estava relacionada à ingestão de leite por Orquídea, orientou que parasse de ingerir leite e iniciasse a complementação do bebê com Nan[®].

O médico [...] pediu para eu comprar uma lata de NAN e dar essa semana, porque meus peitos tão muito murchos (Orquídea).

O profissional, que também é dotado de crenças, desestimulou a amamentação, insinuando que ela não tinha leite suficiente.

Orquídea sentiu-se insegura mesmo sendo a segunda filha, sendo que esta foi amamentada até um ano de idade, mas pelo fato de a filha ser prematura, acatou a orientação do profissional, contudo.

Com Violeta achei necessário realizar um encontro logo após a primeira semana, por causa da presença de fissuras, embora tivessem melhorado, a adolescente estava fazendo a amamentação cruzada, onde a vizinha estava amamentando seu filho. No primeiro filho, quando Violeta apresentou fissuras, sua irmã ofereceu o seio e agora no segundo, a vizinha, porque ela acredita que o leite materno era importante para o bebê, não importando de quem viesse. Após esse encontro Violeta desistiu em participar da pesquisa.

Rosa, que na primeira semana apresentava dor nos mamilos, continuava oferecendo a complementação com Nan[®] e iniciou a oferta de chá na mamadeira para o filho.

Eu estou dando chá pra ele (risos), porque enjoiei de tanto tomar chá, eu não agüento mais ver chá, daí estou dando chá na mamadeira (risos), a dentista já me deu uma bronca, não precisa falar de novo, eu que quis dar [...] (Rosa).

Rosa substituiu sua ingestão de chá pela do bebê. Margarida, Tulipa e Girassol continuavam com a amamentação exclusiva, mas cabe lembrar, que Orquídea continuava oferecendo chá e Margarida e Girassol iniciaram o chá para os filhos, revelando que a necessidade de hidratação e os benefícios do chá no alívio

das cólicas constituíram as crenças mais presentes no contexto das mães em estudo.

Teve uma vez só, ela chorou bastante, se contorcia, daí eu fiz chá de erva-doce e dei na chuca, passou, mas foi só essa vez [...] mas dei o chá de erva doce, porque já ouvi dizer que é bom para a cólica e ela estava chorando muito, acho que acalmou, por isso ela parou de chorar (Girassol).

Um dos problemas atribuídos ao uso de bicos e mamadeiras também está no risco de a criança desenvolver uma confusão de bicos, adquirindo uma forma errônea de posicionar a língua e sugar a mama, o que pode levar a criança ao desmame precoce (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995; LAWRENCE, 1996; CARVALHO, 2000).

A administração de chá para os bebês era das mais variadas ervas (camomila, erva-doce, São João).

Estava dando chá de erva doce e de camomila, mas não estou dando mais [...] estou dando um outro chá. Esse foi minha mãe que falou, veio de lá de trás, minha avó falava, todo mundo falava, e realmente foi bom, eu não conhecia, você não deve conhecer, é erva de São João, um mato, calmante, mas assim, não deu reação nenhuma nele, pelo contrário acalma (Rosa).

As adolescentes tomaram decisões fundamentadas nos saberes construídos e exercidos pelo grupo social em que estavam inseridas, no caso o contexto familiar.

Nesse sentido Scavone (2004), relata que as mulheres adquirem conhecimentos de uma medicina caseira que são transmitidos oralmente das mais velhas para as mais novas. Tais conhecimentos são comprovados como eficazes já que são prova viva de que essas práticas funcionam. Para elas o chá era para acalmar e também para aliviar a cólica, sendo uma prática associadas ao saber popular baseando em experiências adquiridas ao longo da vida, normalmente as informações são repassadas entre as gerações, ou seja, estão ligadas a tradições e costumes sócio-culturais (SIQUEIRA; BARBOSA; BRASIL et al., 2006).

As pessoas que utilizam práticas populares não se preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento (SIQUEIRA; BARBOSA; BRASIL et al., 2006):

Portanto, a dimensão emotiva que envolve o cuidado, dentro do contexto familiar, permite que esses recursos tenham boa aderência por parte da mãe adolescente. Concordo com Viveiros, Goulart e Alvim (2004, p. 66), os quais relatam que “de fato, as redes sociais que se formam entre as famílias e as relações de vizinhança tem sido profícuas na troca e difusão das práticas populares de saúde”.

Rosa e Margarida associaram a questão alimentar com o aparecimento das cólicas no bebê, sendo também uma crença muito comum existente em várias culturas.

Eu tomo bastante chá e não como brigadeiro [...] fui a um aniversário e comi bastante brigadeiro, daí deu muita cólica nele (Rosa).

As adolescentes também relataram que quando os filhos apresentavam cólicas realizavam massagem no abdômen, viravam-no de bruços, colocavam toalha quente, ofereciam chá para aliviar.

[...] quando dá coliquinha, fico com ele no colo, depois passa a dor [...] eu o deito de bruço [...] não dou nada de remédio pra ele (Rosa).

Cólica ele tem bastante, nossa, eu faço massagem nas perninhas, do jeito que você ensinou na maternidade (Tulipa).

Para Rosa e Tulipa, o alívio das cólicas se dá através do toque – acalentando o bebê – colocando-o de bruços e fazendo massagem com flexão das pernas.

Rosa não retirou a chupeta do filho e Tulipa passou a oferecê-la, as duas adolescentes achavam bonito, tanto que Tulipa comprou antes mesmo de o filho nascer.

Não tirei a chupeta, porque acho que é bonito ele chupar (Rosa).

Eu acho tão bonitinho, faz pouco tempo que ele está com a chupeta (Tulipa).

A mãe de Tulipa relatou que seus filhos usaram chupeta, mas pondera que isso ocorreu porque não conseguiu amamentá-los, porém deixou clara sua opinião, dizendo não ser necessário, porque Tulipa estava amamentando.

O uso da chupeta e outros bicos artificiais (mamadeira) influenciam o aparecimento de cólicas, sendo mais freqüentes, devido à maior deglutição de ar e saliva no momento da sucção.

O coto umbilical do filho de Orquídea caiu dias após o encontro da primeira semana e ela também o guardou por acreditar que dará sorte.

Eu guardei o umbigo, é para dar sorte [...] da outra filha também está guardado (Orquídea).

Orquídea transmitiu o conhecimento dessa crença de um filho para outro.

O cuidado popular desenvolvido por Margarida para aliviar o soluço de se deu de duas formas: colocando um pedaço de lã na testa da criança e virando o copo de boca para baixo.

Quando ele tem soluço, tiro uns fiapinhos de lã e coloco na testa, tem que ir à cozinha e virar um copo de boca para baixo [...] daí espera um pouco e o soluço passa (Margarida).

Observei que o filho de Tulipa estava com as roupas do avesso, pois ele estava com dificuldade para dormir à noite.

Ele não dorme de noite, de dia o rádio está ligado e ele dorme assim mesmo, à noite ele chora e não dorme. A gente não deixa a casa de dia fechada, em silêncio por causa dele, meu irmãozinho fica brincando, fazendo barulho e mesmo assim de dia ele dorme e tem noite que ele fica acordado (Tulipa).

Neste período ocorreram algumas intercorrências nas quais, em todas, as adolescentes procuraram o serviço de saúde, intercalando o cuidado popular e o cuidado profissional.

Tulipa assumiu seu filho integralmente, mas Margarida precisou de uma negociação para que conseguisse assumir o filho integralmente. As adolescentes permaneceram desenvolvendo o cuidado ao filho de maneira adequada, visto que não observei cuidados impróprios, sendo que a família continuou como rede de suporte.

6.4 Desmame: um acontecimento que prepara para a independência

O período compreendido entre o primeiro e o quarto mês de vida do filho caracterizou-se como aquele em que aconteceram os desmames. Contudo, os desmames libertaram as mães adolescentes, deixando-as mais independentes, tanto que Rosa foi morar com o pai do filho. As mães adolescentes continuavam desempenhando adequadamente o papel de mãe.

Para as elas cuidar dos filhos era mais tranqüilo agora, pois eles dormiam por um tempo maior, mamavam em intervalos maiores e elas conseguiam descansar e desenvolver outras atividades.

Está tudo mais tranqüilo, consigo dormir mais, descansar mais, ele mama várias vezes ao dia, mas agora demora mais para mamar, não é como no começo que era toda hora [...] ele também dorme mais [...] então descanso mais [...] está mais tranqüilo cuidar dele (Margarida).

Conforme o tempo foi passando, as adolescentes sentiram-se mais seguras no desempenho do papel de mãe, foram amadurecendo. A segurança no desempenho desse papel foi trazendo uma maior tranqüilidade para todas. Tanto que Girassol passou a deixar a filha dormir sozinha no próprio quarto.

Ela está maior agora e deixo-a dormindo sozinha no berço [...] agora é mais tranqüilo [...] deixar ela no berço, mas sempre deixo um encosto, para ela não virar de bruço, se não afoga (Girassol).

As crianças já se comunicavam com sorrisos, esboçavam alguns ruídos na tentativa de comunicação. Percebi que as mães conversavam mais com os filhos, continuavam demonstrando carinho, através de gestos, abraços e beijos.

Rosa casou-se e foi morar com o marido e a sogra, em uma casa próxima a de seus pais. Contudo relatou que sua vida estava pior, por interferência da sogra. A sogra queria ensiná-la como cuidar do bebê e Rosa sendo muito independente, sentia-se incomodada não gostando dessa situação. Ficava irritada, não tinha muita paciência, tanto que para não brigar ia para a casa dos pais, a qual servia como um refúgio.

Todas as crianças estavam com a vacinação em dia, sendo acompanhados

pela puericultura. Apresentavam peso e estatura adequados para a idade.

Com relação à intercorrência somente a filha de Girassol apresentou um episódio de hipertermia relacionada à vacina tetravalente. Como Girassol não sabia da necessidade de oferecer antitérmico antes da aplicação da vacina, ela ficou preocupada com o mal-estar da filha, pois a mesma ficou apática. Diante dessa situação, Girassol desenvolveu o cuidado popular fazendo um banho de imersão para aliviar a hipertermia.

[...] eu dei um banho para melhorar, eu sei que banho é bom para passar a febre, refresca o corpo e depois o remédio fez efeito (Girassol).

Além do banho ela também associou o efeito desse cuidado popular com o cuidado profissional (oferecendo medicação). Essa intercorrência, por ser a primeira presenciada por Girassol, proporcionou muito medo de que algo pior acontecesse com a filha. Contudo, após ter passado por essa experiência Girassol considerava-se mais segura e amadurecida para enfrentar outras intercorrências, caso elas viessem a acontecer novamente.

Margarida e Girassol ainda estavam amamentando os filhos. Os episódios de cólica não aconteceram mais, tanto que Rosa e Margarida pararam de oferecer chás para os filhos.

A tia de Girassol orientou que ela iniciasse o oferecimento de frutas, mas a avó disse que não havia necessidade, sendo o leite materno suficiente até os seis meses de vida. Girassol seguiu as orientações da avó, baseando-se na experiência dela, seguindo os conselhos da pessoa mais experiente. Para Costa (2001) as pessoas acreditam que as mulheres mais velhas, seus antepassados, têm experiências e normas para se cuidarem e conseguem, portanto manterem-se saudáveis, por isso seguem suas orientações e conselhos.

Venâncio e Monteiro (1998) referem que a amamentação exclusiva deve acontecer até o sexto mês de vida e aleitamento materno com alimentos complementares até dois anos, ou mais, de idade, pois o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender, de maneira adequada, todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Um fator que pareceu gerar dúvida e insegurança para Margarida é não saber ao certo se há ou não a necessidade de oferecer água para o filho. O clima muito quente pareceu contribuir para que a mãe aja contra o que prega o saber médico – cuidado profissional- e ofereça água – cuidado popular.

[...] minha mãe fala pra eu dar água pra ele quando está muito quente, daí eu dou só a água (Margarida).

Como Margarida era bem dependente de sua mãe e dela se valia como suporte em tudo que fazia, seguiu os seus ensinamentos.

É preciso que se explore como em cada experiência, as adolescentes decidiram introduzir ou não outros líquidos, para que possamos medir as situações reais em que se deve oferecer água para o bebê, considerando inclusive até que ponto a não introdução da água vai gerar ansiedade à mãe e aos familiares.

Rosa e Orquídea não estavam mais amamentando, aconteceu o desmame.

O filho de Rosa largara o seio, há mais ou menos um mês atrás. Com o oferecimento do chá, ele passou a mamar com menor frequência e ela também começou a tomar um anticoncepcional combinado, que diminuiu a produção láctea e o bebê parou de sugar.

A complementação do leite materno com líquidos não nutritivos como os chás, nos primeiros seis meses de vida, leva à redução do consumo total de leite, podendo culminar com o desmame e é prática cultural há muito estabelecida em nosso meio, porém, inadequada e desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando dias quentes e secos (BRASIL, 2002).

Moura (1997) concorda ao dizer que é consenso dos estudiosos em aleitamento materno, que quanto mais precoce a introdução de chás e/ou água na dieta infantil, mais frequentemente ocorrerá o desmame. Os resultados encontrados neste estudo confirmam as idéias deste autor, tanto que Orquídea iniciou o oferecimento do chá logo na primeira semana e Rosa no primeiro mês de vida dos filhos.

No momento da visita, Rosa estava oferecendo leite de vaca com Mucilon[®] na mamadeira.

O desmame da filha de Orquídea aconteceu aos três meses de vida. Orquídea disse que a filha passou a sugar o seio com menor frequência, mamando

mais na mamadeira e o leite diminuiu, até o dia em que ela parou e não sugou mais o seio, só mamava na mamadeira. Além da complementação com o Nan[®], ela também havia iniciado a alimentação complementar duas semanas antes.

De acordo com Monte e Giugliani (2004), a alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno.

Considerando que não existe um termo específico para designar a introdução de alimentos à criança não amamentada, busca-se respaldo em autores como Parada, Carvalhaes e Jamas (2007), que utilizaram o termo alimentação complementar, independente da situação da criança em relação ao aleitamento materno.

A World Health Organization (2001) recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos a partir dos seis meses de idade. Entretanto, a tendência atual, endossada pelo Ministério da Saúde brasileiro, é a de recomendar a introdução de alimentos complementares aos seis meses de vida da criança (BRASIL, 2002). Sendo assim, Orquídea iniciou a alimentação complementar muito precocemente, contudo como esse processo já estava em andamento não interferi nas suas condutas, preservei o cuidado.

Orquídea começou com frutas amassadas ou raspadas e na outra semana introduziu a papa salgada, oferecendo também água três vezes por dia. Ela oferecia a mesma comida preparada para as refeições, somente tinha o cuidado de coar e amassar.

Monte e Giugliani (2004) relatam que no início, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, sob a forma de papas, purês de legumes, cereais ou frutas. São os chamados alimentos de transição. A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Recomenda-se o uso de copos para oferecer água ou outros líquidos e dar os alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e colher (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Orquídea estava oferecendo a mesma alimentação para a filha por acreditar que assim ela não teria frescura e comeria de tudo.

A experiência da mãe adolescente nos cuidados ao filho nesse período compreendido pelo quarto mês de vida demonstrou que elas já desenvolveram autonomia e segurança no cuidado, tanto que conseguem conciliar esses cuidados

com outras atividades, em cuja conciliação até então, apresentavam dificuldade em fazê-la.

A filha de Girassol apresentou uma intercorrência com a saúde. Girassol embasou-se nos ensinamentos adquiridos pela sua cultura (banho de imersão) e no cuidado profissional (medicação) para conseguir transpor essa intercorrência, contudo esta situação gerou na mãe medo de que algo de pior acontecesse com a filha.

As mães não ofereceram mais chás para os filhos, pois os episódios de cólicas não ocorreram mais. Contudo ocorreram dois desmames.

Rosa passou a oferecer somente leite de vaca diluído, com alguns complementos e Orquídea iniciou a alimentação complementar.

6.5 A retomada de outros papéis sociais em complementariedade a maternagem

O sexto mês de vida foi caracterizado pela introdução da alimentação complementar e também ao retorno de algumas atividades como o estudo e o trabalho.

Nesse período as adolescentes começaram a retornar alguns projetos de vida. Rosa começou a fazer missões para a igreja, Margarida voltou a estudar e Orquídea começou a trabalhar.

Eu estou fazendo missão na igreja [...] e quando tenho que sair o bebê fica com minha mãe, ela que cuida pra mim, não dá pra fazer missão com ele junto (Rosa).

A mãe de Rosa continuou sendo o apoio quando ela precisou de ajuda, nesse caso para poder prestar serviços à igreja.

Margarida retornou à escola. Estudava no período da manhã e à tarde ficava com a filha.

Quando vou para escola ela fica com minha mãe, daí eu almoço aqui e à tarde a gente fica em casa juntas [...] (Margarida).

Orquídea começou a trabalhar quando a filha estava com cinco meses.

Estava trabalhando de doméstica de segunda a sexta-feira. As filhas ficavam com a sogra, porque ela não conseguiu vaga na creche para deixar as filhas.

Estou trabalhando, agora minha sogra fica com as meninas para eu ir trabalhar (Orquídea).

Orquídea procurava ficar com as filhas no período da noite e nos fins de semana e achava disposição para cuidar e brincar com elas. No início ela apresentou dificuldade para se acostumar a ficar longe das filhas. As meninas também sentiram um pouco a ausência da mãe, mas com o passar do tempo se habituaram à nova situação. A sogra supriu muito bem a ausência de Orquídea.

A família sempre apoiou as mães adolescentes nos cuidados aos filhos, quando elas precisaram trabalhar ou se ausentar por algum motivo, a família sempre cuidou da criança.

Os discursos acima nos fazem refletir que apesar de ser mãe, é necessário que as adolescentes retomem alguns projetos de vida, como trabalhar e estudar. E isso pareceu ser aceito e estimulado pelos familiares, já que não vêem outra saída, senão em assumir os cuidados com a criança na ausência da mãe adolescente. No município o número de creches é insuficiente para o número de crianças, por isso a família assumiu essa função.

Sobre essa rede de suporte, vários autores como Dessen e Braz (2000); Logndon (2000) têm apresentado estudos que reafirmam o papel da família como base de referência no cuidado à mulher e de ajuda no desenvolvimento do papel materno, particularmente no cuidado com o filho. A prática do cuidado tende a ser estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional.

Rosa continuava oferecendo o leite de vaca na mamadeira e introduziu a alimentação complementar, oferecendo frutas amassadas, sopa de caldo de feijão e papa de legumes cozidos e amassados, sendo sua mãe quem a ensinou a fazer. A água também era oferecida na mamadeira.

O filho de Rosa estava muito acima do peso e a pediatra solicitou que ela controlasse as mamadeiras. Ela acrescentava alguns complementos no leite como Mucilon[®] de milho, de aveia, açúcar, Ovomaltine[®], chocolate com açúcar.

Parece que o leite puro é ruim, então eu vou mudando, dando cada dia uma coisa nova [...] tem dia que eu coloco mucilon de milho,

outro dia de arroz, vou mudando [...] acho que são essas coisas, mas se eu der leite puro ele não mama [...] eu acho que ele está saudável, ele está gordinho (Rosa).

Prevalece nas culturas a ideologia que bebê gordo é bebê saudável. Contudo, preservei o cuidado, pois com a introdução da alimentação complementar as mamadas seriam diminuídas.

Margarida ainda estava amamentando e a avó iniciou a alimentação complementar, porque a adolescente retornou aos estudos. O bebê estava recebendo frutas amassadas e papas salgadas que a avó preparava. Contudo, agora a água estava sendo oferecida no copo.

Girassol também continuou amamentando, iniciou com as frutas e a papa salgada, além de estar oferecendo água no copinho para o filho. Ela amassava tudo o que oferecia para a filha com medo de ela engasgar.

Eu amasso bem amassadinho [...] para ela não engasgar, tenho medo dela engasgar [...] pego o caldo do feijão, mas só o caldo, coloco o arroz e amasso [...] as frutas também ou raspo, ou amasso (Girassol).

A tia de Girassol que a ensinou a preparar a comida da filha.

Como ela também tem bebê pequeno, me disse que maçã não era bom porque prende o intestino, era para eu dar mais mamão [...] a papinha era para colocar pouco sal, fazer separada da outra comida, se não fica muito temperada e ainda não é bom [...] disse também que tem que fazer de tudo, tudo que eu como tem que fazer para ela, se não ela fica uma criança enjoada, que não quer comer as coisas (Girassol).

Como a tia passou por essa experiência recentemente (seu filho tinha nove meses) fornecia as orientações sobre os alimentos para Girassol.

Quando eu tenho dúvida eu pergunto pra ela (Girassol).

Nesse caso, Girassol utilizou dos ensinamentos da tia e não mais da avó para se embasar.

A comida dos filhos de Rosa, Margarida e Girassol era preparada separada da comida do restante da família, por acreditarem que a comida da família era com

muito tempero e muito forte.

A filha de Orquídea continuava recebendo a alimentação complementar que fora iniciada precocemente no quarto mês de vida, contudo agora era a sogra quem preparava, pois Orquídea começou a trabalhar e somente nos fins de semana ela preparava e alimentava as filhas. Também já havia iniciado a complementação com leite de vaca, ainda intercalando com o Nan[®], até que a filha se adaptasse bem ao novo leite. A água era oferecida também na mamadeira.

Os filhos de Rosa e Margarida apresentaram intercorrências com relação à saúde. O filho de Rosa ficou doente uma vez com a mudança do tempo. Ele ficou gripado, não respirava direito, com o nariz trancado. Rosa o levou ao hospital, foi atendido pelo pediatra e começou a fazer inalação. Porém, logo após ela iniciou com o cuidado popular.

Fiz inalação no hospital, no outro dia parecia que ele estava pior, então parei com a inalação, daí minha mãe pegou um xarope caseiro de uma mulher ali da rua de cima, aquelas 'garrafadas' sabe? [...] Coisa feita com mel, açúcar, só coisa natural. Comecei a dar pra ele três vezes no dia, passou uns dias e ele tava bom (Rosa).

As conhecidas “garrafadas” – xaropes naturais, feitos de uma mistura de mel, açúcar, limão e outras ervas constituem um cuidado popular que é muito bem aceito pelas pessoas. No relato de Rosa, ficou explícito que a adolescente acreditava no poder desse xarope, associando que com o remédio não tinha melhora, mas com o xarope, que era natural o filho começou a melhorar.

É interessante ressaltar que o uso da “garrafada” – xarope era um cuidado popular que transcendeu o ambiente familiar, já que era passado pela vizinha para toda a comunidade onde ela estava inserida, confirmando assim, que o cuidado é transmitido através de crenças, valores, atitudes de pessoas para pessoas.

A oração também foi um cuidado popular desenvolvido por Rosa. Ela acreditava nesse cuidado como uma maneira de prevenir problemas de saúde, proteger a criança e ajudar a melhorar quando esta já estava doente.

Como ele estava doente, levei-o para o pastor fazer orações, e os irmãos fizeram orações também, várias pessoas oraram por ele [...] assim ele sarou rápido, era muitas pessoas orando, a oração tem poder de curar as pessoas (Rosa).

Rosa era evangélica e participava toda semana de encontros na igreja e tendo a crença que as orações tiveram o poder de curar seu filho.

Siqueira, Barbosa, Brasil et al. (2006) referem que a prática religiosa pertence a um contexto sócio-cultural e, geralmente, é influenciada por familiares ou grupos sociais. Pertencendo a um processo histórico, consegue sobreviver mesmo diante das inovações tecnológicas da atualidade.

“A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas” (SAAD; MASIERO; BATISTELLA, 2001, p.108).

Para Vasconcelos (1995) as práticas religiosas são carregadas de atitudes de acolhimento, por isso ajudam o paciente e sua família a reelaborar a experiência de sofrimento vivenciada, reorganizando suas posturas diante da vida. Dessa forma, é possível entender os motivos pelos quais as pessoas buscam alternativas de cuidado à saúde, além das soluções oferecidas pelo sistema oficial de assistência.

A filha de Margarida também ficou gripada segundo a mãe, contudo Margarida só desenvolveu o cuidado popular, não procurando o serviço de saúde.

Estou dando só peito para ela, ela não fica doente, mas essa semana que esfriou, ela ficou ‘gripadinha’, mas como não deu febre, não levei no médico, minha mãe fez um chá e um xarope melado e foi só o que dei pra ela [...] não dei nem remédio (Margarida).

A mãe de Margarida disse que o chá e o xarope são receitas que a mãe dela ensinou e ela fazia para todos os filhos quando ficavam doentes. Sendo crenças passadas de mãe para filha.

No momento do encontro a criança estava com coriza, mas mostrava-se bem ativa. Examinei a criança e vi que ela estava com um dentinho. Margarida já estava com a consulta com o dentista agendada para a filha.

A filha de Girassol também já estava com um dente.

[...] semana passada ela estava chatinha, enjoada, daí minha avó me disse que podia ser os dentes [...] eu achava que só saía dente depois dos 8 meses (Girassol).

A avó com sua experiência anterior orientou Girassol sobre a possibilidade

de ser o aparecimento dos dentes.

Quando olhava na boca dela não via nada de dente [...] minha avó me ensinou que tem que colocar uma colher na boca da criança para fazer barulho, porque às vezes o dente saiu, mas não dá pra ver ainda (Girassol).

Sua avó ensinou-a a detectar os dentes com o uso de uma colher, sendo um cuidado popular que a adolescente não conhecia.

Colocava a colher na boca e fazia barulho, foi o primeiro dentinho dela, fiquei feliz, é tão bonitinho (Girassol).

Girassol demonstrou felicidade ao falar do aparecimento do dente da filha. Ao examinar a boca da criança eu não consegui ver o dente, então Girassol pegou uma colher e demonstrou como a avó ensinou, mostrando-me que tinha dente ali.

Mesmo com dente da filha Girassol continuou amamentando e deixará a filha parar de mamar sozinha, quando ela quiser.

Com a papinha, agora ela mama menos, mas vou tirar só quando ela quiser parar, eu gosto de dar mama, a gente fica mais próxima, sei lá, é gostoso, a gente fica mais apegada (Girassol).

Ela demonstrou novamente nessa visita domiciliar que a amamentação continuava sendo prazerosa para ela e que era um momento de transmissão de sentimento entre ela e a filha.

A filha de Orquídea não mamava sozinha. Orquídea ou a sogra ofereciam a mamadeira para a criança. Já o filho de Rosa estava segurando a mamadeira sozinho.

Ele mama sozinho desde a última vez que você esteve aqui (Rosa).

Nessa fase os bebês já estavam sentando sozinhos e os cuidados desempenhados pelas mães eram relacionados principalmente aos brinquedos deixados próximos à criança e também relacionados à prevenção de quedas.

O filho de Rosa tinha um disco andador e só ficava nele na casa da avó, porque não tinha degraus, assim prevenindo quedas. A criança dormia no berço e quando acordado permanecia no carrinho ou no chão.

Às vezes ele quer colo, senão ele fica no carrinho ou no colchão no chão, mas tem que ficar de olho, senão, ele caí ou rola no chão (Rosa).

Contudo, Rosa deixou claro que ele precisava de supervisão para prevenir quedas.

Margarida, Girassol e Orquídea também deixavam as filhas no carrinho ou no chão.

Ela fica sentadinha sozinha, mas coloco almofadas em volta, com medo dela bater a cabeça, onde eu estou eu a deixo no chão, coloco um pano e ela fica, coloco uns brinquedos e ela tenta pegar [...] agora ela brinca sozinha [...] (Girassol).

Observei durante os encontros que quando as crianças permaneciam no chão as mães tinham o cuidado de colocar almofadas ao redor da criança para que ela não batesse a cabeça, os brinquedos eram grandes sem perigo de engolir, como chocalhos e bichinhos.

A experiência da mãe adolescente nos cuidados ao filho no sexto mês de vida foi composta por alguns cuidados populares. Nesse período ocorreram intercorrências relacionadas à saúde do filho, mas as adolescentes se sentiram mais seguras, enfrentando a situação com amadurecimento, tanto que Margarida nem procurou o serviço de saúde, somente utilizou o cuidado popular.

Foi importante que nesse período as adolescentes retomaram alguns projetos de vida, como a volta aos estudos, o trabalho e a participação em encontros na igreja.

As adolescentes permaneceram desenvolvendo o cuidado ao filho de maneira adequada, não encontrando dificuldades na introdução da alimentação complementar, sendo que a família continuou como suporte.

7 REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA

Refletir sobre a minha prática educativa, enquanto enfermeira, identificando de que maneira pude auxiliar as mães adolescentes a construírem a experiência do cuidado aos filhos nos seis primeiros meses de vida foi de suma importância para mim, visto que através dessa reflexão pude descobrir algumas formas de embasamento para o cuidado popular e assim, trabalhar com as mães na preservação, acomodação e repadronização do cuidado, sem com isso impor o meu cuidado profissional. Para Rodrigues, Fernandes, Silva et al., (2006) a prática educativa se insere no cuidado de enfermagem em todos os contextos de atuação da enfermeira, uma vez que a relação enfermeira-mãe adolescente não se faz possível sem a utilização de um importante instrumento, denominado educação e comunicação

Primeiramente, foi difícil quebrar a barreira de que não sou detentora absoluta do saber, e que nem tudo tem que ser visto ou feito sob a minha ótica. Eu necessitei perceber que cada mãe adolescente tinha seus próprios hábitos de saúde, suas crenças e seus valores e que estes foram desenvolvidos ao longo da vida. Sendo assim, não poderiam ser alterados em instantes, só porque eu considerava os conceitos de saúde-doença mais corretos e coerentes, porque também foram construídos ao longo de minha vida profissional e pessoal. Eu também ensinei um pouco de minha cultura pessoal e profissional para adequar as ações de cuidado, ocorrendo uma troca de experiências entre enfermeira e mãe adolescente.

Foi necessário eu desenvolver habilidades de observação, de bom senso, de conhecimento técnico e, sobretudo, de negociação. Procurava ouvir ao falar, para entender no que a mãe adolescente acreditava, assim não impunha meu cuidado profissional, minhas crenças e meus valores. Para que o cuidado fosse benéfico e confiável a prática educativa não foi imposta mas, sim, preservada, negociada e repadronizada por ambos: enfermeira e mãe adolescente, portanto, interagindo pelo processo de ensino aprendizagem mútuo.

Com algumas mães adolescentes desenvolvi cuidados educativos ainda na maternidade, no momento do nascimento do filho, pois a captação das adolescentes foi realizada na maternidade em que eu desenvolvia minhas atividades como docente da graduação em Enfermagem, contudo, nesse momento a assistência

prestada limitava-se aos cuidados pós-parto, não tendo a oportunidade de conhecer a cultura da adolescente.

Quando realizei o encontro na maternidade eu tinha o propósito de iniciar a formação do vínculo entre enfermeira / mãe adolescente, pois precisava solicitar a participação no estudo, explicar os objetivos, contudo, conversamos sobre a gravidez, o apoio que receberam, os sentimentos que afloravam e como estava sendo a experiência naquele momento.

Com Rosa e Orquídea fiz a abordagem durante o desenvolvimento das atividades com os alunos, assim prestei cuidados iniciando o vínculo naquele momento. Com Orquídea estive presente desde o momento da internação, quando deparei com uma adolescente assustada, que teria seu filho prematuro e não sabia o que fazer. Fiz algumas orientações sobre como seria o parto, os cuidados com o bebê após o nascimento, ofereci apoio, acompanhando-a durante o início do trabalho de parto. Ela teve seu filho de madrugada e eu não estava presente. Com Margarida, Tulipa, Violeta e Girassol não tive contato antes do parto, pois não estava em estágio e por isto, a formação do vínculo foi mais difícil. Me senti mais acolhida por Margarida e Tulipa, também pelo fato do envolvimento de suas mães no cuidado. Já Violeta e Girassol foram receptivas, mas eram sucintas em seus relatos.

Quanto aos cuidados com o recém-nascido na maternidade Rosa, Orquídea e Violeta tinham segurança na realização do cuidado aos filhos. Tulipa e Margarida realizavam os cuidados com insegurança. Orquídea, a princípio, despertou-me preocupação, achei que estava desenvolvendo depressão pós-parto, pois se apresentava muito estranha, solicitou que eu ficasse com o recém-nascido para ela poder descansar, porque precisava dormir. Depois que acordou estava melhor, mais disposta, colocou o bebê para sugar, agradeceu-me e desempenhou os cuidados com o filho com segurança.

A experiência da amamentação estava sendo bem sucedida para cinco adolescentes, mas Rosa estava sentindo dor no início das mamadas, observei que a pega estava correta, mas os mamilos estavam com hiperemia, incentivei a pega ao seio e realizei orientações sobre como tirar a boca do bebê do seio, lubrificação dos mamilos com o próprio leite e banho de sol no domicílio, esses cuidados iriam ajudar na melhora, fiz assim a preservação do cuidado.

Violeta que tivera fissuras na experiência anterior da amamentação estava com medo de que a experiência se repetisse. Assim, ao observar a mamada

constatei que a pega estava correta e então, realizei orientações sobre as causas de fissuras, importância do aleitamento materno, fazendo assim também a preservação do cuidado.

Nesse encontro consegui identificar e desenvolver a preservação do cuidado, começando a compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho.

A experiência das mães adolescentes nos cuidados aos filhos na primeira semana de vida demonstrou ser um período repleto de insegurança e medo para algumas adolescentes, para outras, uma adaptação ao papel de mãe, enquanto que para as adolescentes que estavam no segundo filho foi somente o desempenho do papel que elas já exerciam.

Nesse período identifiquei alguns cuidados populares e também alguns cuidados que poderiam causar malefícios ao bebê, assim pude realizar a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado.

Esperava que esse período, compreendido pela primeira semana fosse cheio de intercorrências, contudo, evidenciei que o cuidado foi desenvolvido sem malefício à saúde da criança, sempre pautado na rede de apoio oferecida pela família, com as mães das adolescentes constituindo a referência mais freqüente para esse cuidado.

Quanto aos cuidados com o recém-nascido algumas adolescentes continuaram demonstrando insegurança e necessidade de receber ajuda das mães, tanto na realização dos cuidados com os filhos como nos afazeres domésticos. Identifiquei que Rosa, Tulipa e Girassol colocavam-no para arrotar, ou quando isso não acontecia mantinham-no lateralizado, prevenindo uma broncoaspiração. Girassol justificou sua atitude, dizendo que recebeu essa orientação no hospital. Salientei que quando o bebê não arrota era necessário mantê-lo lateralizado, fazendo a preservação do cuidado. No entanto, com Margarida, Violeta e Orquídea precisei fazer a repadronização do cuidado, orientando para manter o bebê lateralizado, pois não havia identificado esse cuidado.

Rosa havia iniciado a complementação na mamadeira, devido a presença de dor e fissuras nos mamilos, e também passou a utilizar um “bico de silicone” como intermediário para alívio da dor.

Tentei fazer a repadronização do cuidado, orientando sobre os cuidados com fissuras, tais como: hidratação dos mamilos com o próprio leite, banho de sol,

descida do leite, sua composição e a confusão de bicos (mamadeira e bico de silicone). Mas repadronizar o cuidado no caso de Rosa, não era uma tarefa fácil, por ser insistente no que acreditava. Assim, juntas enfermeira / mãe adolescente, acabamos fazendo a acomodação do cuidado, conversamos sobre ela oferecer o complemento após as mamadas, desse modo fazendo a estimulação da produção do leite.

Violeta também apresentou fissuras nos mamilos. Como ela já havia passado por essa experiência e não tinha sido uma experiência boa, eu precisava tentar evitar que o desmame acontecesse novamente, queria tentar entender melhor essa experiência e estar atenta ao início de outras intercorrências.

Nesse primeiro encontro no domicílio já percebi que a “empolgação” com a amamentação era diferente da que presenciei na maternidade, pois com a presença de fissuras ela estava sentindo dor. Mesmo assim, fiz novamente as orientações sobre pega correta, banho de sol e hidratação dos mamilos com o próprio leite materno, para a melhora das fissuras, na tentativa de evitar o desmame. Ao final desse encontro fui à Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à residência da adolescente e peguei Dersani[®], que no município é utilizado para auxiliar na cicatrização de fissuras, voltei à residência e orientei como deveria usar. Mesmo eu sabendo que a pega estava correta, observada durante o encontro, fui introduzindo o cuidado profissional (aplicação de Dersani[®]), contudo, nada foi imposto, conversamos e enquanto falava sobre a pega correta, posição do bebê ao seio, introduzia os cuidados para as fissuras, fazendo as orientações e acomodando o cuidado.

Orquídea passou a oferecer chá na mamadeira para prevenção e alívio da cólica. Orientei-a para que ela tomasse o chá, assim passaria para a filha através do leite materno, fiz a acomodação do cuidado. Falei também sobre a confusão de bicos e o risco de diarreia, relacionado a mamadeira, enfatizando a questão de a filha ser prematura e o risco de perda de peso. Orquídea relatou que devido a cólica a filha chorava muito, mas ao examinar o abdômen da criança, observei que estava distendido, porém flácido à palpação e de acordo com a adolescente as evacuações estavam normais. Orientei-a para fazer massagem no abdômen, com movimentos circulares com as pernas e colocá-la na posição de bruços que isso ajudaria. Enfatizei a importância da ingestão de chá de erva doce pela adolescente para melhora da cólica da filha.

Rosa começou a oferecer a chupeta porque acreditava que acalmava o filho. Somente, fiz a preservação do cuidado, pois percebi que ela acreditava que a chupeta acalmava o filho

Orquídea iniciou o cuidado popular de benzer a filha por acreditar na prevenção de problemas de saúde e na proteção da criança. Fiz a preservação do cuidado referente aos benzimentos, porém orientei a adolescente que não deixasse que oferecesse nada para o bebê durante os benzimentos.

O coto umbilical é um cuidado evidente na primeira semana de vida, sendo um cuidado dotado de crenças. Neste estudo não evidenciei as crenças relacionadas ao tratamento do coto umbilical e já identificados em outros estudos (MONTICELLI, 2004), tais como: enfaixar o coto, passar banha de galinha, utilizar arruda, colocar moeda, utilizar fumo de corda, que são crenças bastante conhecidas de toda a população.

Acredito que dois fatores podem influenciar nesse resultado: primeiro, porque no município é fornecido um kit com cotonetes e álcool a 70% e todas as mães são orientadas na alta hospitalar sobre como realizar o curativo do coto umbilical em casa. Constatei que todas as adolescentes estavam realizando o curativo de acordo com o aprendido na maternidade, ou seja, desenvolvendo o cuidado profissional. E segundo, que as crenças relacionadas ao coto, foram com o passar do tempo, sendo mudadas, não sendo transmitidas, assim, predominando o cuidado profissional. Contudo, há a necessidade de outros estudos com uma população mais abrangente para analisar essa questão.

Uma crença apresentada em relação ao coto umbilical foi a de guardar o coto para dar sorte, sendo uma crença transmitida de mãe para filha. Esse cuidado foi preservado, pois não apresentava malefício à saúde da criança e tratava-se de uma crença presente na cultura familiar sendo desenvolvida por Margarida. Outro cuidado que também foi preservado, pelo fato de não trazer malefício e por fazer parte da cultura familiar da adolescente, foi o de deixar o bebê com as roupas pelo avesso para prevenir que ele troque o dia pela noite, cuidado este desenvolvido por Tulipa.

A experiência das mães adolescentes nos cuidados aos filhos no primeiro mês de vida foi composta por muitos cuidados populares, também consegui utilizar os três tipos de ações de cuidado propostos por Leininger. As adolescentes permaneceram desenvolvendo o cuidado ao filho de maneira benéfica, visto que não

observei cuidados impróprios, a família continuou como rede de suporte, caracterizando como um período de desenvolvimento e aperfeiçoamento do papel de mãe e marcado por algumas intercorrências.

Tulipa passou a assumir o filho integralmente. Com Margarida foi necessário, uma negociação entre enfermeira / mãe adolescente para que ela conseguisse assumir a filha integralmente. Ela ainda sentia-se muito insegura em realizar sozinha os cuidados com a filha.

Nesse encontro a mãe da adolescente desabafou comigo e solicitou minha ajuda e interferência junto à Margarida, de forma que ela assumisse a filha por completo. Conversei com Margarida e ela me contou sobre seus medos, suas inseguranças e decidiu que iniciaria os cuidados sozinha. Combinamos que eu retornaria em quinze dias para saber como estava sendo a experiência. Após quinze dias, retornei e Margarida já estava dando banho sozinha na filha, mas quando tinha alguma dúvida pedia ajuda a sua mãe. Fiquei muito feliz em ajudá-la.

O filho de Tulipa apresentou uma intercorrência de saúde e ela procurou o serviço de saúde para amenizar sua apreensão relacionada ao períneo do filho. Mãe adolescente e avó ficaram assustadas, por causa da escarificação do períneo. A avó com sua experiência anterior reconhecia que não se tratava de assadura, apresentando dificuldade em saber o que era e como tratar. Como procurou o serviço de saúde, não diagnosticaram e não prescreveram nenhuma medicação, ela e sua mãe iniciaram o cuidado popular que conheciam, fazendo o uso de Hipoglós®.

Fazia cinco dias que haviam procurado o serviço de saúde, ao examinar o períneo do bebê que estava impregnado de Hipoglós®, constatei que se tratava de monilíase. Expliquei à Tulipa o que era monilíase, sua transmissão, quais os cuidados necessários e solicitei que suspendessem o uso da Hipoglós®, fazendo a repadronização do cuidado. No outro dia, voltei à casa de Tulipa e deixei uma pomada Nistatina® para tratamento. Havia discutido o caso com a enfermeira da UBS e resolvemos iniciar o tratamento com Nistatina®, sendo este proposto pelo protocolo de puericultura do município. Após uma semana fiz contato telefônico e havia tido melhora do quadro.

Orquídea apresentou dois momentos de dificuldades com a saúde da filha. Nos dois casos, ela procurou o serviço de saúde. Na presença da conjuntivite, quando realizei o encontro, observei que a criança apresentava secreção nos olhos e Orquídea disse que estava usando um colírio. Ela associava a transmissão com o

contato à um portador de conjuntivite. Ela estava realizando corretamente a higiene dos olhos com gaze e água boricada, pois fez a higiene na minha presença durante o encontro, apenas solicitei que utilizasse algodão, por ser mais macio, fazendo a acomodação do cuidado. Ela apresentou dúvida se precisava utilizar o colírio prescrito pelo pediatra e quis saber minha opinião. Expus que seguisse a orientação médica, enfatizando que era um antiinflamatório e auxiliaria a cura da conjuntivite. Assim, ela manteve o tratamento com o colírio, fizemos a preservação do cuidado.

Porém, ela apresentou maior dificuldade em enfrentar a constipação intestinal. Por volta do vigésimo dia de vida a filha começou a apresentar sintomas de desconforto que ela associou ao fato da filha ser prematura.

Ela levou várias vezes ao pediatra, dizia que a barriga estufava, mas durante o encontro, ao examinar a criança não percebia nada de anormal. Fui à UBS verificar o prontuário e constatei nos registros as mesmas queixas de Orquídea, contudo, com resultados normais de raios-X e ultra-som.

Dois dias antes desse encontro, o pediatra prescreveu supositório e Orquídea estava usando na filha para que o intestino se normalizasse. O profissional, que também é dotado de crenças, desestimulou a amamentação, referindo que o problema estava relacionado a ingestão de leite pela mãe e que ela iniciasse a complementação da filha com Nan[®]. Conversei bastante com ela sobre a ingestão de alimentos, estimulação das mamas, mas ela já estava com a concepção de que a filha estava passando mal, por causa de sua ingestão alimentar. Orquídea afirmou que não iria suspender a amamentação com o início da complementação, conseguimos acomodar o cuidado fazendo com que ela colocasse a filha para sugar ao seio primeiro, estimulando a produção de leite e depois oferecesse a complementação. Esse início da complementação ocorreu por volta do trigésimo dia de vida.

Já com Violeta achei necessário realizar um encontro logo após a primeira semana, por causa da presença de fissuras. Constatei que as fissuras haviam melhorado. Embora estivesse seguindo minhas orientações ainda sentia muita dor, e por esta razão, a vizinha, mãe de um filho de três meses, estava amamentando algumas vezes o seu bebê, justificando que assim descansava, não sentia tanta dor e ele continuava tomando leite materno. Nesse momento fiquei “pasma”, não consegui despir-me dos meus valores e do meu conhecimento como profissional de saúde. Fiquei sem saber o que fazer. No primeiro filho, quando Violeta apresentou

fissuras, sua irmã ofereceu o seio e agora no segundo, a vizinha, porque ela acreditava que o leite materno era importante para o bebê, não importando de quem viesse. Compreendi que a amamentação cruzada era uma prática natural para Violeta e sua família. Eu não soube o que fazer diante dessa situação, deveria me despir dos meus valores e não estava conseguindo, pois para mim a amamentação cruzada não poderia acontecer.

Resolvi encerrar o encontro, para pensar sobre o assunto. Em seguida, fui até a UBS próxima da residência para conversar com a enfermeira e tentar encontrar uma maneira de resolver o que considerava ser um problema. A enfermeira tinha conhecimento sobre o ocorrido com o outro filho e me disse que naquela área isso era comum, as famílias tinham a prática de realizar a amamentação cruzada quando ocorre algum problema, acreditando que esse cuidado popular é benéfico. Compreendi que essa era a cultura na qual Violeta e sua família estavam inseridas e não poderia mudar muita coisa, porque era nisso que acreditavam. Mesmo assim, a enfermeira da UBS iria fazer uma visita domiciliar para orientar sobre as conseqüências da amamentação cruzada e eu também voltaria ao domicílio de Violeta para fazer as mesmas orientações. Sabia que essa seria a única maneira de talvez, repadronizar o cuidado, mas considerava a possibilidade muito difícil.

Mesmo após todas as orientações a amamentação cruzada continuou acontecendo e Violeta disse não querer mais participar da pesquisa. Senti frustração, pois acredito que ela sentiu-se vigiada e percebeu que eu não aprovava aquela atitude, então achou melhor não participar mais da pesquisa. Infelizmente nesse caso, não consegui despir-me dos meus valores e talvez, deixei transparecer muito o quanto não aprovava aquela atitude.

Mesmo desistindo de participar da pesquisa, depois fiz um contato telefônico. Conversei com a mãe de Violeta, pois ela não estava em casa, queria saber sobre ela e o bebê. A avó relatou que estavam bem, mas que o bebê não estava mais recebendo leite materno e sim leite na mamadeira. O desmame aconteceu quando o bebê tinha um mês de vida.

Rosa, que na primeira semana apresentou dor nos mamilos, continuou oferecendo a complementação com Nan[®], mas estava hidratando os mamilos, contudo, não fez banho de sol nenhuma vez, havia retirado o bico de silicone uma semana após nosso último encontro, sendo o cuidado repadronizado. Contudo, Rosa iniciou a oferta de chá na mamadeira para o filho, substituindo a sua ingestão

de chá pela do filho. Ela sorri ao me contar, como se estivesse denunciando-se. Sabia da opinião profissional a este respeito e já esperava que eu esboçasse a minha. Porém, respeitei seus valores e sua escolha e então, tentei acomodar o cuidado, orientando para que oferecesse a complementação e o chá após as sucções ao seio, assim não interferindo na estimulação da produção de leite.

Orquídea continuou oferecendo chá e Margarida e Girassol também iniciaram o chá para os filhos, revelando que a necessidade de hidratação e os benefícios do chá no alívio das cólicas constituíram as crenças mais presentes no contexto das mães em estudo. Eu até tentei repadronizar o cuidado. Orientei que as adolescentes tomassem o chá, para passar pelo leite, mas todas acreditavam no seu poder, então, acabei fazendo a acomodação do cuidado, orientando para que oferecessem após as mamadas, para não interferir na produção de leite.

Rosa e Margarida também associavam a questão alimentar com o aparecimento das cólicas no bebê, sendo também uma crença muito comum existente em várias culturas. Conversei bastante e salientei que a ingestão de alimentos só provocaria cólicas quando ingeridas em excesso, mas percebi que o significado dessa crença para elas era muito forte. Assim, mesmo, após minhas explicações, elas continuariam não ingerindo determinados alimentos, por acreditarem na possibilidade do aparecimento de cólicas.

As adolescentes realizaram técnicas como massagens no abdômen do filho, viravam-no de bruços, colocavam toalha quente, ofereciam chá para alívio de cólicas.

Tulipa relatou que seguiu minhas orientações da maternidade, demonstrando assim, que não há um forte predomínio de um saber sobre o outro, e por isso, em alguns momentos vão tecendo e mediando os saberes científico e popular, fazendo uma fusão de múltiplos saberes que vão sendo incorporados pelas mães adolescentes e seus familiares, e desta forma permeando suas decisões (ALVIM; CABRAL, 2001).

Rosa não retirou a chupeta do filho e Tulipa passou a oferecê-la, as duas adolescentes achavam bonito. Permaneci fazendo a preservação desse cuidado, pois as adolescentes gostavam e achavam o filho bonito com a chupeta

O coto umbilical do filho de Orquídea caiu dias após o encontro da primeira semana e ela também o guardou por acreditar que traz sorte.

O cuidado popular desenvolvido por Margarida para aliviar o soluço se deu

de duas formas: colocando um pedaço de lã na testa da criança e virando o copo de boca para baixo. Esse cuidado foi preservado, e a adolescente continuou realizando-o, visto que não trazia malefício para o bebê.

Observei também que o filho de Tulipa estava com as roupas do avesso, pois ele estava com dificuldade para dormir à noite. A mãe de Tulipa questionou-me se poderia deixá-lo com as roupas do avesso, ela havia aprendido com sua mãe e respondi que sim, fazendo a preservação do cuidado. Como eu tinha um envolvimento muito grande com Tulipa e sua mãe que sempre estava presente participando dos encontros, ela quis minha opinião profissional. Eu sabia que era uma crença em que acreditava, mesmo assim ela queria saber se eu aprovava sua atitude. Então, pensando na cultura, nas crenças dessa avó e sabendo que esse cuidado popular não era prejudicial, incentivei-a e deixamos as roupas ao avesso.

Neste período compreendido pelo primeiro mês de vida do filho, ocorreram algumas intercorrências, nas quais, em todas, as adolescentes procuraram o serviço de saúde, intercalando o cuidado popular e o cuidado profissional.

Deparei-me com a questão da amamentação cruzada. Não conseguindo me despir dos meus conceitos e tive dificuldade em compreender que fazia parte da cultura de Violeta e de sua família. Infelizmente Violeta desistiu de participar do estudo, contudo, acredito que após a sua desistência consegui olhar com outros olhos e entendi que impus minha opinião profissional, não permitindo que Violeta realizasse o que ela acreditava ser correto. Tenho consciência de que deveria ter me colocado no lugar de Violeta.

O período compreendido entre o primeiro e o quarto mês de vida do filho caracterizou-se como aquele em que aconteceram os desmames.

Com relação à intercorrência somente a filha de Girassol apresentou um episódio de hipertermia relacionada à vacina tetravalente. Diante dessa situação, Girassol desenvolveu o cuidado popular fazendo um banho de imersão para aliviar a hipertermia. Além do banho ela também associou o efeito desse cuidado popular com o cuidado profissional (oferecendo medicação). Realizei a preservação desse cuidado.

Margarida e Girassol ainda estavam amamentando os filhos. Os episódios de cólica não aconteceram mais, tanto que Rosa e Margarida pararam de oferecer chás para os filhos.

Um fator que pareceu gerar dúvida e insegurança para Margarida é não saber ao certo se há ou não a necessidade de oferecer água para o filho. O clima muito quente pareceu contribuir para que a mãe aja contra o que prega o saber médico – cuidado profissional- e ofereça água – cuidado popular.

Como Margarida era bem dependente de sua mãe e dela se valia como suporte em tudo que fazia, seguiu os seus ensinamentos. Mesmo, eu sabendo que não havia necessidade de oferecer água, com Margarida fiz a preservação do cuidado, pois entendi que era nisto que acreditava e respeitei, assim mantive o cuidado popular, mas também solicitei que oferecessem a água em uma colher ou em um copo, fazendo também a acomodação do cuidado.

Rosa e Orquídea não estavam mais amamentando. O filho de Rosa largara o seio, por volta dos três meses. Com o oferecimento do chá, ele passou a mamar com menor frequência e ela também começou a tomar um anticoncepcional combinado, que diminuiu a produção láctea e o bebê parou de sugar. Já havia orientado Rosa sobre o uso de anticoncepcionais, mas ela mesma foi à farmácia e pediu um anticoncepcional qualquer. Eu já esperava que o desmame acontecesse, pois existiam muitos fatores favoráveis a isto: a introdução do chá, a complementação, uso da mamadeira e da chupeta. No momento do encontro, Rosa estava oferecendo leite de vaca com Mucilon[®] na mamadeira. Orientei sobre a higiene das mamadeiras e ela me disse que fervia as mamadeiras e usava também uma escova de dente para fazer a higiene. A mãe de Rosa demonstrou-me como era realizada a higiene e estava correta, enfatizei sobre a importância da higiene das mamadeiras na prevenção de diarreia e que agora havia a necessidade de oferecer água para o bebê.

O desmame da filha de Orquídea aconteceu aos três meses de vida. Fiquei muito triste, demonstrando minha tristeza a ela durante o encontro. Orquídea disse que a filha passou a sugar o seio com menor frequência, mamando mais na mamadeira e o leite diminuiu, até o dia em que ela parou e não sugou mais o seio, só mamava na mamadeira. Além da complementação com o Nan[®], ela também havia iniciado a alimentação complementar com três meses e meio contudo, como esse processo já estava em andamento não interferi nas suas condutas. Ela estava oferecendo a mesma alimentação para a filha por acreditar que assim ela não teria frescura e comeria de tudo, realizei a preservação do cuidado, pois era o que ela acreditava.

A experiência das mães adolescentes em relação aos cuidados com os filhos ao redor do quarto mês de vida foi acompanhada por dois desmames. Questionei-me se falhara em algum momento, pois me senti muito mal, principalmente no caso de Orquídea. Com relação à Rosa que era muito independente e fazia o que achava certo eu até esperava, mas com Orquídea não e fiquei triste com esse acontecimento. Após muita reflexão, consegui compreender que não tinha culpa alguma. Rosa e Orquídea eram dotadas de crenças, desenvolveram cuidados embasados nas suas próprias culturas e eu respeitei as atitudes de cada uma.

Os encontros realizados no sexto mês de vida mostraram a introdução da alimentação complementar para quem ainda não tinha feito isto até o quarto mês e também o retorno de algumas atividades como o estudo e o trabalho.

Rosa continuava oferecendo o leite de vaca na mamadeira e introduziu a alimentação complementar, oferecendo frutas amassadas, sopa de caldo de feijão e papa de legumes cozidos e amassados. O filho estava muito acima do peso e a pediatra solicitou que ela controlasse as mamadeiras, pois a adolescente estava acrescentando complementos como Mucilon[®] de milho, de aveia, açúcar, Ovomaltine[®], chocolate com açúcar. Contudo, preservei o cuidado, pois com a introdução da alimentação complementar as mamadas seriam diminuídas.

A introdução da alimentação para a filha de Margarida foi iniciada pela mãe da adolescente, devido ao fato de Margarida ter retornado aos estudos. Já Girassol iniciou a alimentação recebendo orientações de sua tia e de sua avó.

Os filhos de Rosa e Margarida apresentaram intercorrências com relação à saúde. O filho de Rosa ficou doente uma vez com a mudança do tempo, ela o levou ao hospital e iniciou a inalação, mas ela também iniciou com o cuidado popular, oferecendo as conhecidas garrafadas, que se trata de uma mistura de açúcar, limão e ervas, na forma de xarope. Ressaltei que não havia problema oferecer o xarope, mas que não poderia conter mel, expliquei a questão do botulismo, acomodando o cuidado.

A filha de Margarida também ficou gripada segundo a mãe, contudo Margarida só desenvolveu o cuidado popular oferecendo chá e xarope caseiro, não procurando o serviço de saúde. No momento do encontro a criança apresentava coriza, mas mostrava-se bem ativa, acomodei o cuidado também com Margarida salientando a respeito do botulismo e que o chá e o xarope não poderiam conter

mel. Ao examinar a criança vi que ela estava com um dentinho, Margarida relatou que já estava com a consulta com o dentista agendada assim, preservei o cuidado salientando a importância da consulta com o dentista para a criança. Com o aparecimento de dente, a criança começou a morder os mamilos, assim, Margarida estava querendo amamentar somente até o sétimo mês. Conversamos e eu fiz a preservação do cuidado. Expliquei a ela que era recomendado o leite materno até o sexto mês de vida e que após esse período ela definiria até quando amamentar. Assim, se achava que deveria amamentar até o sétimo mês era isso que ela deveria fazer.

A filha de Girassol também já apresentava um dente. Mas, ao examinar a boca da criança eu não consegui vê-lo, então, Girassol me mostrou com a colher como ouvia a presença do dente, pois ao encostar a colher nas gengivas da filha fazia um barulho, tratava-se do dente. Eu até achei engraçado essa atitude e lembrei-me que minha própria mãe utilizou dessa técnica para identificar o aparecimento de dentes nos meus sobrinhos. Orientei Girassol a respeito do agendamento de uma consulta com o dentista na UBS para acompanhamento. Girassol afirmou que iria marcar a consulta.

A filha de Orquídea não mamava sozinha, ela ou a sogra ofereciam a mamadeira para a criança. Já o filho de Rosa segurava a mamadeira sozinho e não tinha a supervisão de ninguém, ficava deitado, mamando sozinho. Durante o encontro, quando me deparei com essa situação, novamente não me desfiz de minhas concepções e expressei meu espanto, Rosa e a avó somente sorriram para mim. Acabei fazendo orientações sobre a bronco aspiração e solicitei para que elas ficassem ao lado do bebê quando este estivesse mamando. Elas afirmaram que não deixariam mais ele mamar sem que uma das duas estivesse por perto, juntas fizemos a repadronização do cuidado.

Rosa salientou que tinha medo de acidentes com o filho, tanto que ele tem um disco andador e só fica nele na casa da avó, por não ter degraus, para a prevenção de quedas. Esse cuidado foi preservado. Compreendi que ela tinha receio de que algo de ruim pudesse acontecer com o filho, mas com relação a mamadeira não tinha noção do perigo que o filho estava correndo.

Observei durante os encontros que quando as crianças permaneciam no chão as mães tinham o cuidado de colocar almofadas ao redor da mesma para que elas não batassem a cabeça, os brinquedos eram grandes sem perigo de engolir,

como chocalhos e bichinhos. Foi necessário somente preservar esse cuidado.

A experiência das mães adolescentes nos cuidados aos filhos no sexto mês de vida estava envolta por algumas práticas populares, contudo foi necessário somente preservar e acomodar o cuidado.

Novamente diante da prática educativa, não me desfiz de minhas concepções e expus meu espanto quando verifiquei que Rosa deixava o filho mamando sozinho sem supervisão. Contudo, dessa vez, eu, a mãe adolescente e a avó conseguimos acomodar o cuidado e eu não interfeirei em cultura alguma, porque elas não supervisionavam por pura falta de atenção e desconhecimento do perigo.

Durante a prática educativa do cuidado foi possível distinguir o que Madeleine Leininger chama de cuidado profissional e de cuidado popular e, também que a equipe de Enfermagem ainda tem muito para aprender sobre a cultura de seus clientes.

O cuidado profissional deve ser congruente com o cuidado popular, assim acredito que das três ações de cuidado, a que a Enfermagem mais deve desenvolver é a acomodação, pois nem todo cuidado popular está errado e deve ser totalmente repadronizado, somente porque nós, profissionais da saúde, acreditamos ou temos outros cuidados. Contudo, para acomodar um cuidado é preciso negociação, mas uma negociação em que aprendemos com a mãe adolescente e sua família a forma de cuidado, chegando a um processo de cuidado aceitável para ambos, compartilhando saberes, decisões e poder.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho nos seis primeiros meses de vida.

A experiência do cuidado foi vivenciada de diferentes formas por cada mãe adolescente. Para algumas, como Rosa, Girassol e principalmente para Violeta e Orquídea, que estavam tornando-se mães pela segunda vez, os cuidados foram desenvolvidos com segurança desde o nascimento, não apresentando dificuldades no desempenho do papel de mãe. Contudo, para Margarida e Tulipa a adaptação ao papel de mãe foi repleta por medo e insegurança, fazendo com que elas não assumissem os cuidados de imediato. As mães destas adolescentes serviram como suporte nesse momento de insegurança e adaptação, elas desenvolveram os cuidados e inseriram as filhas gradativamente na prática, fazendo com que as adolescentes assumissem integralmente os cuidados.

Durante a realização do cuidado as mães adolescentes demonstraram-se zelosas, dedicadas, suprimindo as necessidades básicas dos filhos com competência. Elas eram afetuosas, demonstravam alegria, emocionavam-se e envolviam-se. Mostraram responsabilidade, mas também, algumas se lamentaram, por vezes, permitindo-se dizer que não planejaram a gravidez.

Diante das intercorrências de saúde dos filhos, as mães adolescentes realizaram o cuidado popular intercalando-o com o cuidado profissional, sendo que, em algumas situações não procuraram o serviço de saúde, somente realizaram o cuidado popular. Algumas mães apresentaram intercorrências relacionadas à amamentação, como fissuras nos mamilos o que interferiu o desempenho desta, tanto que aconteceu o desmame.

As mães adolescentes cuidaram bem de seus filhos, sendo uma prática embasada na cultura em que estavam inseridas, assim, muitos cuidados foram somente preservados, como a posição para eructar, os benzimentos, o alívio dos soluços, a roupa do avesso para o bebê não trocar o dia pela noite e o banho de imersão para alívio da hipertermia. Outros cuidados precisaram ser acomodados como o oferecimento dos chás, a higiene dos olhos com algodão, o oferecimento de xaropes sem mel. Contudo, alguns cuidados tiveram que ser repadronizados como o uso do intermediário de silicone para a amamentação, o uso da hipoglós no tratamento da

monilíase e o bebê mamar sem supervisão. Sendo assim, durante o período de realização da pesquisa consegui utilizar todas as três formas de cuidados propostas por Madeleine Leininger: preservação, acomodação e repadronização do cuidado. Para tanto, fizemos a troca de conhecimentos, assim, juntas (eu, mãe adolescente e família), decidimos o que poderia ou precisava ser alterado para que a forma de cuidado satisfizesse a todas nós.

As mães adolescentes desenvolveram muitos cuidados populares, sendo que, estes faziam parte da cultura familiar, como a amamentação cruzada, o oferecimento de chás, a roupa ao avesso, a guarda do coto umbilical, o uso da colher para detectar dentes, o oferecimento de xaropes, os benzimentos. Em alguns momentos tive dificuldade em compreender esses cuidados, como a amamentação cruzada, em que não consegui desfazer-me de minhas concepções. Contudo, à medida que fui me envolvendo com as outras mães, fui conseguindo ver com outros olhos. Também tive dificuldade em aceitar que o desmame acontecera, novamente minhas concepções se fizeram mais fortes, até tentei encontrar uma resposta, acreditando que em algum momento eu houvera falhado, mas depois compreendi que as mães eram dotadas de crenças em que acreditavam e eu tinha que respeitar.

Minha interação com as mães adolescentes e suas famílias foi repleta de trocas, ensinamentos e aprendizados, tanto durante a prática educativa na maternidade quanto durante os encontros domiciliares. Foi muito gratificante ouvir que meus encontros estavam ajudando no processo de cuidado das mães adolescentes. Por outro lado, às vezes foi difícil aceitar o fato de que não posso transformar as atitudes das mães adolescentes de acordo com minhas crenças e valores, mas a experiência no transcorrer desses seis meses com cada mãe adolescente, seu filho e sua família fez com que, eu me transformasse enquanto ser humano e começasse a enxergar com outros olhos minha prática educativa, passando a valorizar mais as questões culturais. A troca de conhecimentos sobre o cuidado popular que tive com as mães adolescentes e suas famílias mexeu muito com minhas próprias concepções de cuidar. Adentrar no mundo dessas mães compartilhando os saberes e aprendendo a respeitá-los como forma de cuidar, mostrou-me que nem sempre tenho que direcionar o cuidado para a forma de cuidar profissional.

Nesta pesquisa a rede de apoio, principalmente a família, assumiu um papel importante, permitindo que a adolescente assumisse seu papel, como mãe, adquirindo valores para transmitir ao seu filho, além de apoiá-la, orientá-la e incentivá-la a encontrar o melhor caminho de cuidado ao filho. Na maioria das vezes a mãe da adolescente foi a referência dessa ajuda, assim a influência do cuidado através de práticas culturais, passadas de mãe para filha através das gerações, foi muito marcante nesse período.

A retomada da vida escolar e a inserção no mercado de trabalho para duas adolescentes também só foi possível com o amparo da família. O que na minha concepção, foi importante para adolescente e seu filho, não só no sentido da emancipação financeira, mas, também, de perspectivas melhores para ambos. Assim, a família ofereceu condições para que a adolescente retomasse a vida anterior, que foi modificada pela maternidade.

Gosselin (2000), Rhodes e Lakey (1999) em seus trabalhos contemplam a necessidade de se resgatar a família da mãe adolescente, pois este resgate proporciona-lhe um equilíbrio em resposta às suas necessidades para cuidar de seu filho e de si, e ainda reforça sentimentos de maior interação, que implicam em aumento de sua auto-estima, favorecendo melhores cuidados ao filho. Logo, o apoio da família é especialmente importante nessas circunstâncias, onde a mãe adolescente precisa ser entendida com relação aos seus medos, angústias e adaptação ao novo papel de mãe.

Não vou e nem pretendo, mudar a Enfermagem, mas questiono-me o que estamos fazendo para preservar a cultura da mãe adolescente e até que ponto isso pode fazer diferença em seu processo de cuidar do filho. Assim, este estudo mostrou a importância em compreender a experiência da mãe adolescente no cuidado ao filho para a prática educativa, então, é necessário reconhecer a prática dos cuidados populares para desenvolver uma assistência condizente com a cultura em que a mãe está inserida, sendo assim, é evidente a necessidade dos profissionais de saúde redefinir sua postura em relação à mãe adolescente e sua família. O grande desafio é fazer com que a equipe de saúde estabeleça um vínculo com ela, sua família e essa rede de apoio que se forma, mantendo um canal de confiança para que se estabeleça um relacionamento terapêutico que a auxilie não só no cuidado ao filho, como também na formação de sua identidade enquanto mulher.

Esperamos, por meio dos resultados, oferecer subsídios para a transformação da prática assistencial, em especial, no cuidado da mãe adolescente para com o filho, com a compreensão da importância do reconhecimento dos fatores culturais na assistência à essas mães, e ainda oferecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas e programas educativos referentes ao tema.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. C. **Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho**. 2004. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência em Saúde da Família)-Universidade Estadual Vale do Aracajú, Ceará, 2004.

ALMEIDA, F. D. O. **Repensando sobre a administração do cuidado prestado à Puérpera e familiar no contexto hospitalar**. 1999. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural**. 2000. 160 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 566-575, 2003.

ALMEIDA, M. S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero**. 2005. 168 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALVARENGA, A. T.; DOMINGUES, C. M. A. S. Identidade e sexualidade no discurso adolescente. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 32-68, 1997.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic. Saúde Educ.** 2005 Set-Fev; 9 (16): 39-52.

ALVIM, N. A. L.; CABRAL, I. E. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 210-210, ago. 2001.

ANDRADE, P. R. **Superando dificuldades impulsionadas pela força do amor: a experiência da mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 30-35, jan./fev. 2006.

ANDREWS, M. M.; BOYLE, J. S. **Transcultural concepts in nursing care**. 3rd. ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999.

BARBOSA, R. C. M.; AQUINO, O. S.; ANTERO, M. F.; PINHEIRO, A. K. B. Rede social de apoio à mulher no período puerperal. **REME: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 361-366, 2005.

BARSUGLIA, M. L. P. **Psicóloga clínica**. 2004. Disponível em: <<http://www.eusite.com.br>>. Acesso em: 23 ago. 2007.

BOSA, C. A.; PICCININI, C. A. Temperamento infantil e o apego mãe-criança: Algumas considerações teóricas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 10, p. 193-212, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação em nascidos vivos**. 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BRUGGMANN, O. M. Uma proposta de humanização do cuidado durante o processo de nascimento. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 339-361.

CARRARO, T. E. A mulher no período puerperal: uma visão possível. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, p. 84-91, jan./abr. 1997.

_____. **Desafio secular: mortes maternas por infecções puerperais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. (Série Teses em Enfermagem /UFSC).

CARVALHO, M. R. **Mamadeiras e chupetas são desnecessárias**. 2000. Disponível em: <<http://www.aleit.med.br/chupeta.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B. **Gravidez precoce**: que problema é esse? São Paulo: Paulus, 2006.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. Gravidez e adolescência – investigação de um problema moderno. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS., 2002, Ouro Preto. **Trabalho apresentado...** Ouro Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

COSTA, M. C. G. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias do cuidado. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-66.

DE FELICE, E. M. **A maternidade e a relação mãe-filho**: um estudo longitudinal. 2004. 261 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transações familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia**: teoria e pesquisa. Brasília, DF, v. 16, n. 3, 221-231, 2000.

DIAS, A. C. G.; OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. A experiência de ser gestante adolescente. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 161-167, 1997.

DOBRIOGLO, M. R. T. **A representação da descoberta da gravidez para adolescentes grávidas**. 1999. 194 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

EDWARDS, L. D. Adaptation to parenthood. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **Maternity nursing**. 5th ed. St. Louis: C. V. Mosby, 1999. p. 449-488.

_____. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2004.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 183-190, 2004.

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

GIUGLIANE, E. R. J. Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 118-126.

GOSSELIN, C. Fonction desicomportements parentaux: revision de la notion de sensibilité maternelle. **Psychology: teoria e pesquisa**, v. 49, n. 3, p. 138-148, 2000.

GUSMAN, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HARWOOD, R.; MILLER, J. G.; IRIZARRY, N. L. **Culture and attachment: perceptions of the child and context**. New York: The Guilford Press, 1995.

HELMANN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003,

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 70-76, set./out. 2001.

IBGE. **Censo Demográfico**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2007.

KONIAAK, G. D.; ANDERSON, N. L.; BRECHT, M. L. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. **Nursing. Res.**, Taipei, v. 49, n. 3, p.130-138, 2000.

LARAIA, R. B. Cultura **Um conceito antropológico**. 19. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006.

LAWRENCE, R. A. **La lactancia maternal: un guia para la profesión médica**. 4. ed. Madrid: C. V. Mosby, 1996.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: conceptions, theories and practices**. New York: J. Wiley, 1978.

_____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.

LONGNDON, M. C. Helping hands: exploring the cultural implications of social support during pregnancy. **Awhonn Lifelines**, Philadelphia, v. 4, no. 6, p. 29-32, 2000.

LUZ, A. M. H. **Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

MACHADO, A. R. M. **O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto.** 2001. 144 f. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MACHADO, M. V. P.; ZAGONEL, I. P. S. O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 26-33, 2003.

MACHADO, M. V. P. **A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem.** 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado)—Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.

MADEIRA, A. M. F.; TSUNECHIRO, M. A. Crescer com o filho: a singularidade do adolescer mãe. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 61-80.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos.** São Paulo: Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Rio de Janeiro: Reichemann & Affonso. 2003.

MARCON, S. S.; ELSEEN, I. Percepção de mulheres sobre os tempos de uma gravidez. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 7-13, 2002.

MARTINS, M. A. **transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas: o processo do cuidado educativo em Enfermagem.** 2001. 169 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MEDEIROS, L. C. M. **As plantas medicinais e a enfermagem** – a arte de assistir, de cuidar e de transformar os saberes [tese de Doutorado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 164f.

MICHAELIS. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-141, nov./dez. 2004.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. 260 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994. 260 f.

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

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e família, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. 2003. [Tese de Doutorado]. Florianópolis -Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2003.

_____. A família e a enfermagem em alojamento conjuntos: saberes, poderes e experiências relacionais. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004.

MORAES, F. R. R.; GARCIA, T. R. Gravidez em mulheres adolescentes: a ótica de familiares. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 377-383, 2002.

MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; PEDRO, E. N. R.; COELHO, D. F. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 249-256, 2004.

MOURA, E. F. A. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 97-101, 1997.

MURAHOVSKI, J. Colic in infants. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 101-102, mar./abr. 2003.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **J. Pediatr.**, Denver, v. 126, no. 6, p. 125-129, June 1995.

NEINSTEIN, L. S.; RABINOVITZ, S.; SCHNEIR, A. Teenage pregnancy. In: NEINSTEIN, L. S. (Org.). **Adolescent health care: a practical guide**. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1991. p. 561-573.

NOGUEIRA, A. M.; MARCON, S. S. Reações, atitudes e sentimentos dos pais frente a gravidez na adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 23-32, 2004.

PARADA, C. N. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; JAMAS, M. T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlar>>. Acesso em: 10 dez. 2007

PATRICIO, Z. M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), 1992; 1(1):80-100.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. **Models for the exercise of the nursing**. Londres: Heinemann Nursing, 1992.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. 2007. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 12 out. 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, M. S. **Representações de saúde e doença**. Campinas (SP): UNICAMP; 1991.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. 2. ed. Goiânia: AB, 1999.

RAMOS, R. Dificuldades no acesso à contracepção. **Sex. Plan. Fam.**, [s.l.], v. 29, n. 30, p. 29-36, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.apf.pt/revista/estudos.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2007.

RHODES, G.; LAKEY, S. Social support and psychological disorder: insights from social psychology. In: KOWALSKI, R. M.; LEARY, M. R. (Ed.). **The social psychology of emotional and behavioral problems: interfaces of social and clinical psychology**. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1999. p. 281-339.

RODRIGUES, D. P; FERNANDES, A. F. C; SILVA, R. M; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):277-86.

SAAD, M; MASIERO, D; BATISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. 2001 Jul-Set;8(3):107-12.

SANTOS, S. R. dos; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SANTOS, A. L. dos. **Histórias de Jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor**: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade. 2006. 201 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Estatística populacional** 2007. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/ftp/estatisticas/pop/2007>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M.A; BRASIL, V.V; OLIVEIRA, L. M. C; ANDRAUS, L. M. S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis (SC), 2006; 15(1): 68-73.

STETSON, B. Avaliação e cuidado no quarto trimestre. In: LOWDERMILK, D. L; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 424-456.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; GASPERI, P. de; SIEDLER, M. J. Significado de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer - poder amamentar. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TOMAZZONI, M. I; NEGRELLE, R. R. B; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca intrumental enquanto prática terapêutica **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 115-21.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRINDADE, R. F. C de. **Entre o sonho e a realidade**: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió-

Alagoas. 2005. 187 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

UNICEF. **Toda hora é hora de cuidar**: manual de apoio. Brasília, DF, 2003. Projeto: “nossas crianças: janelas de oportunidades”

VASCONCELOS, E. M. **A terapêutica médica e as práticas populares de saúde**. Saúde em Debate. 1995 Dez-1996 Mar; 49/50:101-6.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C.A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-49, abr. 1998.

VIETEN, S. Como ser uma boa mãe? **Revista Alô Bebê**. 2006. Disponível em: <<http://www.alobebe.com.br/site/revista/repostagem.asp?Texto=409>>. Acesso em: 1 out. 2007.

VIVEIROS, A. V.; GOULART, P. F.; ALVIM, A. T. A influência dos meios sociocultural e científicos no uso de plantas medicinais por estudantes universitários da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 62-70, abr. 2004.

WHALEY, L.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on infant and young child feeding**. Geneva: World Health Organization, 2001.

ZANATTA, E. A., MOTTA, M. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28(4):556-63.

ZAGONEL, I. P. S. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária: UFPel, 1999.

ZAMPIERI, M. F. M. **O processo educativo: interpretando o som da humanização**. In: OLIVEIRA, M; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.101-7.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista 1º Encontro**Data:** _____

Características sócio-demográficas

1. Idade _____

2. Estado Civil

 Solteira Casada Amasiada

3. Situação Escolar Atual

 Estudando Parou de estudar Voltou a estudar

4. Nível de escolaridade

 Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Universitário Incompleto

5. Situação de trabalho

 Do lar Trabalha fora Estudante

6. Desejo de ter filho

 Sim

() Não

7. Planejou engravidar

() Sim

() Não

8. Paridade

() 1ª gravidez

() 2ª gravidez

() 3ª gravidez

9. Tipo de parto

() Normal

() Cesáreo

10. O que você sentiu quando descobriu que estava grávida?

11. Você recebeu apoio e ajuda quando descobriu a gravidez? De quem? Que tipo?

12. Como foi a gravidez? Apresentou alguma dificuldade? Procurou ajuda? De quem? Te ajudaram? De que forma?

13. Como está sendo a experiência de ser mãe?

14. Quais seus medos?

15. Você quer ajuda para cuidar de seu filho?

16. Como você planeja sua vida após a saída da maternidade?

APÊNDICE B – Entrevista – 2º encontro

Data: _____

Depois que você saiu da maternidade como está sendo a sua vida?

Como você pode descrever a experiência de cuidar do seu filho nesse período?

Você poderia relatar seus sentimentos e pensamentos relacionados ao cuidado de seu filho? Você acha que eles estão relacionados a que?

Você apresentou alguma dificuldade relacionada ao cuidado com seu filho? Qual? Procurou ajuda? De quem?

Como está sendo a experiência de cuidar do seu filho?

Você apresentou algum problema relacionado ao cuidado com seu filho? Qual? Procurou ajuda? De quem?

APÊNDICE C – Entrevistas/encontros subsequentes

Data: _____

Depois da nossa última conversa, como está sendo sua vida?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EXPERIÊNCIAS DE MÃES ADOLESCENTES CUIDANDO DE SEUS FILHOS NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e sob a orientação da professora Dra Sonia Silva Marcon, estou realizando uma pesquisa junto aos usuários dos serviços de saúde com o objetivo de compreender a experiência vivenciada pela mãe adolescente no cuidado ao filho em seus primeiros seis meses de vida. Acreditamos que a realização do estudo e a divulgação de seus resultados poderão contribuir com a reflexão acerca desta problemática, subsidiando a melhoria da assistência prestada a essa população.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista e observação participante. Se você concordar em participar da pesquisa nos comprometemos a:

respeitar sua liberdade de retirar o consentimento de participação a qualquer momento;

esclarecer dúvidas em qualquer momento que você julgar necessário;

garantir sigilo e privacidade das informações prestadas, preservando a sua não identificação nominal.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

Assinatura

Data: ___/___/___

Eu, Keli Regiane Tomeleri, aluna do Mestrado em Enfermagem da UEM, sob orientação da Dra Sonia Silva Marcon - Fone: (44) 3261-4513, e-mail: ssmarcon@uem.br"

Declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo à participante acima mencionada.

Endereço pesquisadora: Rua Belo Horizonte, 1829, Centro

Fone: 43 – 31543264 – 99722848

e-mail: tomeleri@yahoo.com.br

Assinatura do responsável pela adolescente

Data: ___/___/___

Assinatura da adolescente

Data: ___/___/___

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B