



**“As crenças e valores culturais da família piscatória no
cuidar do recém-nascido – na comunidade piscatória de
Póvoa de Varzim / Vila do Conde”**

Maria José Ferreira da Rocha das Neves Martins

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

Maria José Ferreira da Rocha das Neves Martins

“As crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar do recém-nascido – na comunidade piscatória de Póvoa de Varzim / Vila do Conde”

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora - Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

“Os seus usos e costumes, que são as suas leis, constituem um fundo moral que muito impressiona quem com eles trava conhecimento, pelo sabor encantador que deles ressalta, pois traz até nós um espírito de justiça, providência e solidariedade, que vindo arreigadamente conservado, desde remotas eras, ainda hoje nos faz vibrar pelos encantamentos que encerra.” (Graça, 1992,p.17)

Agradecimentos

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional, sobretudo às minhas filhas pela compreensão da ausência de atenção e afectos nos momentos mais decisivos e importantes das suas vidas.

Aos enfermeiros, colegas de trabalho, pela disponibilidade, colaboração, e partilha de sentimentos de incerteza, angústias, desilusões...

À Instituição de Saúde que permitiu a realização deste estudo.

Aos participantes no estudo, sobretudo as famílias que acederam prontamente os seus testemunhos.

À Professora Maria do Céu Barbiéri pela orientação académica, pela sua disponibilidade, pela ajuda nos momentos mais difíceis e desanimadores deste percurso, muito obrigada.

A todos os outros que me apoiaram e ajudaram a realizar este trabalho.

MUITO OBRIGADA

Resumo

A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, as Unidades de Saúde Familiares e o modelo da Enfermagem de Família, levou ao enfermeiro dos CSP grandes transformações na organização, na estrutura, na disposição da prestação de cuidados à família ao longo do seu ciclo vital. Neste sentido as famílias são objecto de intervenção de cuidados de enfermagem, e de promoção de saúde, neste contexto a consulta de saúde infantil é um lugar primordial na promoção de cuidados antecipatórios ao recém-nascido, ajudando a desenvolver competências parentais nas famílias. A comunidade piscatória de Póvoa de Varzim / Vila do Conde é caracterizada por famílias onde a figura feminina domina toda a organização familiar, centrado no poder da mulher, da matriarca, e onde as transmissões orais destes valores e crenças culturais prevalecem até hoje.

Este estudo tem a finalidade de compreender a influência das crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar dos seus recém-nascidos e conhecer a dinâmica dos cuidados ao recém-nascido desenvolvida por cada membro da família piscatória. Neste contexto optou-se por um estudo de caso, de abordagem qualitativa, descritiva. O instrumento de colheita de dados, foi a entrevista semi-estruturada, e os participantes são provenientes de sete famílias que acederam participar no estudo, eram predominantemente constituídas por elementos do sexo feminino, de laços de consanguinidade entre si, com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, o nível de escolaridade variou entre o 4º ano e o 9º ano de escolaridade. As entrevistas foram realizadas durante o mês de Abril e Maio de 2010.

Da análise e interpretação de dados emergiram três categorias: a organização familiar, os cuidados ao bebé e as crenças e tradições nos cuidados ao bebé. Da categoria organização familiar surgiram as subcategorias: mulheres cuidadoras e papéis masculinos. Da categoria, cuidados ao bebé, surgiram as subcategorias: alimentação, sono e repouso, higiene e conforto, estratégias de resolução de problemas. Da categoria crenças e tradições nos cuidados ao bebé, surgiram as subcategorias: objectos protectores, imagens religiosas, e superstições.

As crenças e valores culturais das famílias devem estar presentes na concepção dos cuidados de enfermagem, assente na base da intervenção do enfermeiro de família. No entanto, o cuidado cultural, tem particularidades que muitas vezes o diferenciam por estar

intimamente ligado ao conhecimento das características socioculturais do indivíduo, da família, e como é notório no estudo que aqui se apresenta.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários. Enfermagem Transcultural. Enfermagem de Família. Crenças e valores culturais. Recém-nascido.

Abstract

The restructuring of Primary Health Care, the Family Health Units and the model of Family Nursing, took the nurse of the CSP into extended changes in organization, structure, and caring of the family throughout its life cycle. In this way, families are part of an intervention of nursing care, and health promotion. In this context, the consultation of child health is a key role in promoting anticipatory care of newborns, helping to develop parenting skills in families. The fishing community in Póvoa de Varzim / Vila do Conde is characterized by families where the female figure dominates the entire family organization, centered in the power of women, the matriarch, and where the oral transmission of cultural values and beliefs prevalent today.

This study aims to understand the influence of beliefs and cultural values of this family in caring of their newborns and newborn developed by each member of the family. In this context, it was decided to do a study of the case, with qualitative and descriptive approach. The instrument of data collection was the semi structured interview, and the participants are from seven families who entered the study. These families were predominantly made up of females with consanguinity between them, aged between 19 and 63 years, and with an education level ranged between 4 years and 9 years of schooling. The interviews were conducted during April and May 2010.

Of analysis and data interpretation emerged three categories: family organization, the care of the baby and the beliefs and traditions in the care of the baby. Family's organization category - subcategories emerged: female caregivers and male roles. Baby's care category - the sub-categories emerged: food, sleep and rest, hygiene and comfort, problem-solving strategies. From Beliefs and traditions in the care of the baby's category appear the subcategories: protective objects, religious images, and superstitions

The beliefs and cultural values of families must be present in the design of nursing care, based on the basis of family nursing intervention. However, cultural care has particularities that differentiate it often because it is intimately connected to knowledge of the sociocultural characteristics of the individual, family and community as we can verify in this study.

Keywords: Primary Health Care. Transcultural Nursing. Family Nursing. Beliefs and cultural values. Newborn baby.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento Centro de Saúde
CESI	Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil
CHPV/CV	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde
CIPE/ICNP	Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
CSPV	Centro de Saúde da Póvoa de Varzim
DGS	Direcção Geral de Saúde
EPS	Educação para a Saúde
MCSP	Missão para os Cuidados de saúde Primários
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI	Saúde Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
USC	Unidade de Saúde das Caxinas
USF	Unidade de saúde Familiar
USFP	Unidade de Saúde Familiar dos Pescadores
USFs	Unidade de Saúde Funcionais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I - CULTURA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL	15
1. COMUNIDADE PISCATÓRIA, CRENÇAS E VALORES CULTURAIS	16
1.1. O conceito de cultura	16
1.2. A Comunidade Piscatória Póvoa de Varzim / Vila do Conde – aspectos etnográficos e culturais	21
1.3. Enfermagem Transcultural	28
2. PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	36
2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários	36
2.2. Consulta de Saúde Infantil	43
2.3. Promoção dos cuidados antecipatórios ao recém-nascido	47
PARTE II – PROCEDIMENTOS METDOLÓGICOS	48
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
1.1. Abordagem Qualitativa - Estudo de Caso	50
1.2. Contexto do estudo	51
1.3. Participantes do estudo	52
1.4. Procedimento de recolha de dados	53
1.4.1. As entrevistas	53
1.5. A Análise de Conteúdo	54
PARTE III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
1. AS CRENÇAS E VALORES CULTURAIS DA FAMÍLIA PISCATÓRIA NO CUIDAR DOS RECÉM-NASCIDOS	57
1.1. Organização Familiar	59
1.1.1. Mulheres cuidadoras	62
1.1.2. Papéis masculinos	65
1.2. CUIDADOS AO RECÊM-NASCIDO	67
1.2.1. Alimentação	68
1.2.2. Sono e repouso	70
1.2.3. Higiene e Conforto	72
1.2.4. Estratégias de Resolução de problemas	74

1.3.	CRENÇAS E TRADIÇÕES NOS CUIDADOS AO RÉCÉM-NASCIDO	76
1.3.1.	Objectos protectores	77
1.3.2.	Imagens religiosas	79
1.3.3.	Superstições	80
	CONCLUSÃO	84
	SUGESTÕES	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
	ANEXOS	97
	Anexo I – Autorização do Estudo	98
	Anexo II – Consentimento Informado	101
	Anexo III – Guião da Entrevista	103
	Anexo IV – Categorização das Entrevistas	105

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1.	- Categorias e subcategorias encontradas no estudo	59
Quadro nº2.	- Categoria da Organização Familiar	60
Quadro nº 3.	- Categoria dos Cuidados ao recém-nascido	68
Quadro nº 4.	- Categoria das crenças e tradições nos Cuidados ao Recém-nascido	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Sunrise Model da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	31
------------------	---	-----------

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado no âmbito do XVI Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e tem como um dos objectivos principais responder a uma exigência para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

Este estudo pretende ser uma descrição e reflexão analítica sobre a temática “*As crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar dos recém-nascidos*”, desenvolvido na comunidade piscatória de Póvoa de Varzim / Vila do Conde, que se venha a reflectir na nossa prática diária dos cuidados de enfermagem, uma melhoria destes, assente nos conhecimentos relacionados com a dimensão cultural duma comunidade, tal como Madeleine Leininger nos ensinou,

“ (...) o conhecimento e as competências da enfermagem transcultural serão imperativos para orientar as decisões e acções de enfermagem para resultados bem sucedidos e eficazes.” (Tomey & Alligood, 2002, p.567).

No contexto da actual reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, a “*Promoção de estilos de vida saudáveis*”, constitui um dos objectivos primordiais da mudança de comportamentos e uma das políticas de saúde mais premente. A tentativa de direccionar os cuidados antecipatórios ao recém-nascido na consulta de saúde infantil durante a vigilância do seu desenvolvimento e crescimento, promovendo a saúde e prevenindo a doença, levou à preocupação de compreender e identificar os comportamentos individuais e familiares que interferiam no estado de saúde desta comunidade, de características culturais tão particulares. Assim reflectir sobre como eram prestados os cuidados ao recém-nascido no seio destas famílias, permitisse aprofundar o leque de conhecimentos sobre o fenómeno das crenças e valores culturais atribuídos a essa comunidade.

Desenvolver aptidões parentais no âmbito dos cuidados ao recém-nascido nestas famílias é uma preocupação constante durante as consultas de vigilância em saúde infantil, as competências desenvolvidas no âmbito cultural, as suas crenças e valores são factores de inquietação para a continuidade das actividades desenvolvidas na qualidade dos cuidados prestados durante o desempenho da enfermagem de família. A escolha do tema, prendeu-se com o facto de, ao longo dos últimos anos, o enfermeiro de família

estar mais próximo da família e da sua diversidade cultural, e optar por estreitar, respeitar e adaptar os cuidados a essa veracidade, que promove ganhos em saúde.

O presente trabalho, encontra-se estruturado por Partes e Capítulos: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico do estudo, abordando de forma genérica, o conceito de cultura, enfermagem transcultural, e aspectos etnográficos da comunidade piscatória da Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Para elaboração do enquadramento teórico, utilizou-se um vasto suporte bibliográfico de livros, teses de mestrado e artigos de investigação.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico, enquadramento metodológico, delimitando e justificando, por conseguinte, o problema em estudo. Neste capítulo, incluem-se ainda, a pergunta de investigação e seus objectivos, a metodologia a adoptar, o contexto e participantes do estudo, a respectiva técnica de colheita de dados e análise de conteúdo.

A terceira parte, com a apresentação e análise de dados, pretendemos reflectir acerca da influência das crenças e valores culturais das famílias piscatórias nos cuidados ao recém-nascido, com a intenção de aumentar de conhecimentos no campo de estudos específico da disciplina de enfermagem, tendo como finalidade última proporcionar às famílias cuidadas de enfermagem que respondam efectivamente às suas necessidades.

Finalizamos com as conclusões e sugestões

PARTE I

- CULTURA E CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL -

1.COMUNIDADE PISCATÓRIA, CRENÇAS E VALORES CULTURAIS

1.1. O conceito de cultura

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um conhecimento crítico sobre as intervenções restritamente baseadas nas dimensões biológicas dos seres humanos em relação aos problemas de saúde, quando nestes se baseado no bom senso e na competência técnica para cuidar, assim dificilmente se obtinham resultados de adesão positivos aos tratamentos e cuidados de enfermagem, sem serem baseados na compreensão das necessidades humanas. As manifestações ou expressão de um grupo de sujeitos de um dado contexto cultural ou sociedade, com a finalidade de generalizá-las para outros sujeitos, sejam eles de quaisquer contextos culturais ou sociais diferentes, não é boa prática, os profissionais de saúde devem estar intimamente ligados à cultura, ou seja, aos estilos de vida, hábitos, e rituais de vida de cada pessoa, família ou comunidade.

“Quando os profissionais de saúde entram em relação com os saberes leigos concertam entre si uma estratégia comum de expulsão das suas práticas profissionais de formas de protagonismo dos elementos cognitivos ligados à diversidade cultural dos mundos sociais dos doentes, o que significa que o sistema de saúde pode ganhar visibilidade sociológica que estes saberes leigos e à diversidade de estratégias sociais a que estes saberes dão lugar”
(Carapinheiro, 2006,p.155),

Reconhece-se assim, a importância da procura doutros referenciais para além dos biológicos no sentido de dar resposta a intervenções de adesão, de tratamentos e cuidados, profundamente enleados com a *cultura*, ou seja, com os estilos de vida, as crenças e valores, rituais de vida, das pessoas e das famílias. As características humanas em presença de outro, é agir, interagir, expressar sociabilidade, espontânea ou organizada, ou as duas, a Antropologia ajuda a explicar a *culturalidade*, a Sociologia a vida social humana, dos grupos e sociedades (Giddens, 1993), a organização social, a estrutura familiar, os papéis sociais, a Sociologia da Saúde explica os processos biológicos e fisiológicos encarados como entidades sociais, culturais, morais, políticas, éticas e estéticas (Carapinheiro, 2006).

Nesta perspectiva o enfermeiro de família, tem como foco de atenção, essencial, a saúde da família, estando cada vez mais próximo e integrado nos valores culturais da família e da sua comunidade, dentro de uma região preservada e culturalmente definida.

“ De acordo com Friedemann (1995) a enfermagem de família pode ser praticada a três níveis: (a) a nível individual, tendo por base a família como contexto dos indivíduos; (b) a nível interpessoal, com a família consistindo em díades, tríades, e unidades maiores; e (c) a nível sistémico, no qual a família é um sistema com componentes estruturais e funcionais próprios, interagindo com sistemas ambientais e com os seus próprios subsistemas. (Hanson, 2005,p.18)

A consciência, o conhecimento e a capacidade cultural fornece aos enfermeiros de família a competência necessária para o acompanhamento das famílias nos três níveis de Friedemann. O documento da OE (2007) sobre a implementação do enfermeiro de família na nova organização dos CSP, apoiada no quadro conceptual das políticas de saúde, Saúde 21 preconizada pelas metas da OMS, podemos entender na meta 15 que,

“(...) No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um numero limitado de famílias uma amplo leque de aconselhamentos sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados no domicilio(...).” (OE, 2007,doc, 3, p.3)

Desta forma o conceito de cultura deve ser relevante para a prática de cuidados, visto estar directamente ligado ao conceito de *cuidado*, assistindo e apoiando as necessidades evidentes ou antecipadas a um grupo específico, e também ligado ao conceito de *educação em saúde*, considerando a linguagem simbólica, os significados, do *cuidado popular/familiar* com a coerência do cuidado científico, profissional, com vista a uma maior aproximação entre profissionais de saúde e utentes. Neste sentido para que a fronteira entre os significados, padrões, valores e modos de vida estejam mais próximos do cuidar cultural, então podemos *mergulhar* noutras ciências que ajudem na compreensão dos seus significados, neste campo a ciência que estuda a cultura dum povo, comunidade, é por eleição a *Antropologia Cultural*, simbólica, e que define, cultura como:

“Um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas. É justamente porque compartilham de parcelas importantes deste código (a cultura) que um conjunto de indivíduos com interesses e capacidades distintas e até mesmo opostas transformam-se num grupo e podem viver juntos, sentindo-se parte de uma totalidade”. (Boehs et al, 2007,p.308)

No início do século XIX houve uma maior aproximação das ciências da saúde com as ciências sociais e humanas, a medicina por exemplo, procurava então algumas *soluções* na tentativa de compreender subjectivamente alguns dos comportamentos humanos. Daí que as ciências em que o seu objecto de estudo era o *homem social e cultural*, levaram alguns investigadores a estudar outras civilizações, chamadas “primitivas” na época, orientais e asiáticas, que se contrapunham a uma organização civilizacional ocidental, e comparavam. O chamado homem *primitivo* não era tão diferente do homem *civilizado*, a diferencia entre *magia* e a *ciência* era uma constante preocupação dos investigadores, porém ambas as civilizações procuravam a resolução dos problemas de saúde com a *arte de curar*, sendo ela mágica ou científica, depende da crença, da percepção do mundo exterior, da interiorização cognitiva, sobre o homem primitivo, Malinowski escreve:

“ Mas o homem em geral, e o homem primitivo em particular, tem tendência para imaginar o mundo exterior à sua imagem. E, uma vez que os animais, as plantas e os objectos se mexem, agem, comportam, ajudando ou prejudicando o homem, também devem ser dotados de almas ou espíritos”
(Malinowski, 1984,p.20)

Os estudos de investigação de outras civilizações e a comparação sistemática entre elas, levaram a um novo paradigma das práticas de saúde, fortemente ligadas ao contexto cultural, como uma visão mais holística do cuidado humano. Sabia – se que na época a *medicina* destes povos primitivos podia ser eficaz, curativa, de enfermidades ignotas, mesmo assim, sendo primitiva ou mágica, ou com intervenção Divina, produzia resultados satisfatórios.

A pesquisa etnográfica, importado por Malinowski, aquando do seu exílio nas ilhas Trobiand, durante a 2ª guerra mundial, a observação directa e participante, a vivência e a inclusão nas actividades de vida diárias desse povo, foram testemunhadas pela sua escrita cuidada e pormenorizado, descritiva, no diário de bordo, instaurou uma nova forma de pesquisa antropológica, a saída dos *gabinetes* de investigação para o trabalho

de campo, para o estudo das sociedades *in loco*, o seu modo de vida, traduzido em valores, crenças e práticas.

“ Residindo algum tempo em espírito com os povos de uma cultura mais simples do que a nossa, poderemos eventualmente adquirir um novo sentido das realidades no que se refere às nossas instituições, crenças e costumes. Se a antropologia nos conseguir incutir um cunho de realidade, proporcionando-nos um sentido de humor muito mais fino, poderá com justeza afirmar-se uma grande ciência” (Malisnowki, 1984,p.151)

A antropologia simbólica, interpretativa, revela uma compreensão diferente daquilo que era a cultura de então, a cultura é um sistema de *símbolos*, que é expressa na interacção social, onde os *actores* comunicam e negociam *significados*, exigindo assim uma análise psicanalítica da interpretação dos significados atribuídos, a hermenêutica. Dentro duma população ou comunidade, emerge assim uma identidade cultural específica, deste modo tornou-se necessária na área da educação da saúde a implantação de modelos de desenvolvimento a partir da interpretação *in loco* e a aprovação das populações envolvidas, numa perspectiva dialogante entre o intérprete e do interpretado.

“O sentido da realidade humana, social, cultural revela-se precisamente nesse diálogo, nessa interacção que é acto hermenêutico. A compreensão e a interpretação pressupõem um mundo de sentido partilhado entre o eu e o outro, entre passado e presente, entre o todo e a parte, entre interpretado e intérprete, formando um «círculo hermenêutico» no interior do qual o acto do conhecimento se consuma e o conhecimento se torna possível.” (Casal, 1996, p.50)

O conceito de cultura do início do século XIX, em que o *outro* não sabe, ou não possui algo suficientemente aceite, na tentativa de corrigir ou superar o conhecimento do *outro*, tornou-se urgente e necessário a mudança desse paradigma para desenvolver uma educação em saúde de forma a dar resposta às concepções de saúde/ doença.

“Um novo paradigma começa a ser notado, o paradigma do mundo vivo dos sujeitos em que o erro faz parte da verdade, o preconceito prenuncia o conceito, a racionalidade não exclui a intuição ou a imaginação, a crença é o

início da ciência, a linguagem é ser e a história é tempo presente.” (Casal, 1996, p.46)

Desenvolve-se assim uma definição de cultura como sistemas entrelaçados de símbolos interpretáveis, num contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os sistemas podem ser descritos de forma compreensível, isto é, descritos com firmeza, conforme as concepções Clifford Geertz, *pai* da antropologia interpretativa, situando-a definitivamente na área das ciências sociais e humanas. (Casal, 1996)

Para Yáñez Casal (1996), Geertz apresentava um nível teórico e metodológico de capacidades únicas, observador penetrante, de habilidade expositiva e de instinto para sintetizar elementos *anómalos*, descobrindo sentidos e utilizando metáforas adequadas, na sua obra “A interpretação da Culturas” onde Geertz explica a sua *Teoria interpretativa das Culturas* como um instrumento teórico de codificação de regularidades abstractas mas que podem-se tornar possíveis descrições minuciosas, no entanto não generalizar através dos casos, mas generalizar dentro delas (Geertz, 1989)

Existe no entanto um conceito essencial que é o da organização, os seres humanos organizam – se para a realização de qualquer objectivo ou finalidade, Geertz (1989), na sua análise sobre o ser humano e a sua relação com a cultura, a assenta esta como um mecanismo de controlo. Estes, segundo o autor, confrontariam -se com a dimensão dos costumes, usos, tradições, pois seria como que um fio condutor, um livro de receitas, de instruções para administrar o comportamento humano.

O conceito de cultura de Geertz (1989):

“ Acreditando como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele teceu, assumo a cultura como sendo essas teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”(Geertz, 1989, p.4)

Para Geertz (1989) os símbolos significantes, os padrões culturais criados pelo homem, encontram sentido em acontecimentos vividos, dando significado à existência humana,

desde o nascimento e após a sua morte, continuam a existir. Neste sentido a construção da *cultura* constitui num dos aspectos da evolução humana, moldando e sendo moldada.

Todo ser humano tem potencial para cuidar de si e cuidar dos outros, culturalmente são actos concebidos e praticados, a interpretação do como se *cuida de si* e o como se *cuida dos outros*, deverá ser compreendido no processo de cuidados, não poderá no entanto ser generalizado de uma cultura para outra, como defendeu Madeleine Leininger, existem aspectos comuns e universais no que se refere às necessidade e prática de cuidados entre humanos, existindo no entanto uma diversidade de *modos de cuidar*, a diversidade cultural (Tomey & Alligood, 2002).

A *Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural* (TDUCC) de Madeleine Leininger, foi desenvolvida a partir da Antropologia cultural, dos estudos etnográficos que realizou, de diferentes povos e comunidades, relacionados com aspectos culturais, crenças, valores, e práticas diversificadas, cultura na sua concepção,

“ Reporta-se aos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos pertencentes a um grupo específico que orienta o seu pensamento, decisões e acções de formas padronizadas.” (Tomey & Alligood, 2002, p.571)

1.2. A Comunidade Piscatória da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

A comunidade piscatória em estudo, é genuína, pela preservação das suas origens de *gentes da pesca* até aos dias de hoje, é fonte de inspiração de *estudiosos, escritores e poetas*, é, pela sua originalidade, e pela sua cultura, uma identidade nacional, por isso Santos Graça (1992), também ele filho de pescadores poveiros, deputado, jornalista e escritor, do século passado, define assim o seu povo,

“ Vida simples, vida limpa, nada de tentações por aquilo que não é seu. O Poveiro vive num isolamento absoluto, sem mistura e à parte das outras classes, regulando-se exclusivamente pelas suas leis e preconceitos.” (Graça, 1992,p.19)

A apreciação documentada da pesca em Portugal resulta de um conjunto particular de condições ambientais, em águas atlânticas, esta comunidade estende-se desde a Póvoa

de Varzim litoral até ao lugar Caxinas, em Vila do Conde, ao longo da costa do Atlântico e, ainda hoje, a faina da pesca ocupa parte dos homens desta zona, é considerado o maior núcleo piscatório do norte do país.

Esta região é demarcada por extremos, pescadores muito ricos, ou seja, os Mestres donos dos barcos, alguns emigrantes que ostentam todo o dinheiro que ganharam no estrangeiro, com boas habitações, e os muito pobres, que vivem mal, com trabalho incerto, dependendo muitas vezes do que ganham na pesca, se o tempo ajudar nesta faina. Ainda habitam as “ilhas”, casas muito pequenas, dentro de um pátio, com entrada e sanitário comum, hoje, em vias de extinção, mas mantêm-se as fileiras de casas de pequenas dimensões, térreas, lado a lado, de azulejo, onde vulgarmente na entrada se compõem as redes em convívio familiar.

Com a imensa alteração paisagística, a perda da frota marítima e a devolução da costa aos veraneantes, o aumento da densidade populacional e a construção de prédios, o aumento das escolas e o progresso tecnológico, tem vindo a modificar a comunidade piscatória, não na sua essência mas em melhores condições socioeconómicas.

As famílias de pescadores são numerosas e os mais novos têm por vezes outra maneira de pensar, muitos já não querem a *vida difícil* do mar, outros não querem estudar ou por vezes não tem recursos para o fazer, e procuram emprego nas cidades mais próximas, Porto, Braga. No entanto ter filhos, hoje, ainda é muito gratificante, tanto para os homens como para as mulheres, e tanto faz ser menina como menino, no entanto fica sempre a ideia de ter mais que um filho, não vá algum “partir” e não se deve ficar só, também é bom que seja menina, sempre poderá cuidar dos pais quando estes envelhecerem. Depois de cada um brotar, segue a instrução do género, as meninas são educadas para serem boas donas de casa, mães, gestoras do lar, os meninos são educados para o trabalho fora de casa, para a sustentação da família, desta forma os papéis atribuídos a cada sexo é a base da construção socioeconómica e cultural da família.

“Embora as crianças de ambos os sexos fossem igualmente desejadas, depois de nascerem eram tratadas de maneira diferente consoante o sexo. As atitudes em relação ao sexo de um filho tinham a sua origem na forma como os pais encaravam os contributos que os filhos trariam à família quando crescessem, e casassem.” (Cole, 1994,p.99)

A religiosidade, a *Fé* está documentada pelas inúmeras Igrejas e Capelas, a religião católica predomina, é um regulador espiritual, muitos santos, cada um cura e afasta o mal, como refere José Azevedo (2001), esta comunidade tem um culto fervoroso pelas *almas do purgatório*, existe sempre uma reza, um toque de trindades, um terço ou uma novena que faça recordar os seus mortos no mar, acreditam que as almas cumprem penas terrestres, vagueando pelas ruas da Póvoa, pela noite escura. O cemitério, lugar de culto obrigatório, encontram-se as flores mais *raras e caras* da região, importadas de outros países, é a última homenagem a quem morreu ou desapareceu em naufrágio, e se o seu corpo nunca mais deu à costa, então tem sepultura na certa, simbolicamente, para ser venerado e completar o vazio sentido pelas famílias em luto,

“(...) os mortos continuam a ser considerados membros importantes da família e da comunidade. Durante a semana que antecede o dia de Todos os Santos, o cemitério é um lugar festivo, com grupos de mulheres a lavar e a esfregar os túmulos de familiares. (...) o padre fala depreciativamente do dinheiro que as pessoas gastam em lápides e na decoração do cemitério(...)”.
(Cole, 1994,p.119).

Quando há naufrágios ou desaparecimentos no mar, não existe separação de tarefas, todos ajudam na procura de socorro, não existem diferenças sociais, são vínculos comuns que asseguram a cooperação e a unidade do grupo, mas a representação social do feminino e do masculino são valorizadas pela capacidade de trabalho, pela sua capacidade de economizar e pela sua capacidade de governação do lar. Para que se entenda melhor a dinâmica da *vida* das famílias de pescadores, uma frase, soberbamente conhecida, traduz irremediavelmente esta comunidade: *mulher em terra e o homem no mar*. À mulher, dona do *lar*, compete-lhe a sua governação, gestão, a melhor aplicação dos *bens e capitais*, a educação dos filhos, o apertado controlo dos gastos do marido e a divisão dos ganhos do seu barco. Sally Cole (1994) refere se a essas mulheres aplicando o termo de *trabalhadeira*, que define a mulher que é laboriosa, regrada e prendada.

Desta forma o papel social de reprodução humana das mulheres era complementado pelo papel na reprodução económica, eram para além de mães, esposas e filhas, trabalhadoras e governantes do seu lar,

“Na comunidade poveira quem governa a casa é a mulher. Ela compra, vende, pede emprestado, empenha e paga. Ao homem ninguém pede dívidas”. (Graça, 1992,p.125)

Entre os pescadores poveiros está estabelecido o regime de absoluto matriarcado, o marido em terra é muitas vezes entendido como *“um filho mais velho”*, ela a mulher, é que lhe faculta numerário para o tabaco e outras *“regalias”*, eles em terra, vão para o café conversar com os colegas, beber e jogar cartas, e como refere Santos Graça, mais tarde eram *“arrancados”* em altos gritos pela mulher. A responsabilidade da gestão da casa e dos bens, exercia sobre a mulher, sentimentos que subestimavam a relação afectuosa que a unia ao marido e aos filhos, quando chegavam do mar *“antes de olharem para eles, olhavam para o peixe que traziam,* (Graça, 1992). Nas normas e preceitos da classe, os parâmetros do casal estão bem definidos, na linguagem popular, *“na classe piscatória, a mulher... é o homem da casa”*.

Até por volta dos anos 70, do século passado, enquanto os maridos encontravam-se na pesca do bacalhau, 6-8 meses, as mulheres tinham o costume de se despojar de todos os adornos e usavam roupas simples, a cor preta predominava, seria assim menos feminina e atractiva, transmitindo *saudade e fidelidade* perante a ausência do marido, durante esse período de tempo comia - se *fiado* das mercearias, dos talhos, e até da farmácia, a existência do *“livrinho do fiado”* onde se apontava tudo e depois se pagava, todos os objectos de valor serviam para o *“prego”*, casas de penhores, e reduziam – se as despesas ao mínimo. Hoje este panorama ainda existe, porém as suas *cores* são mais bem *coloridas*, a pesca do bacalhau em terras da Noruega, Antárctica, afasta os homens das famílias, deixando as mulheres à frente do governo da casa e da família, porém com o avanço tecnológico das transferências bancárias, o *“quinhão”* chega a tempo de pagar as despesas da casa, os supermercados não *fiam*, mas existe sempre alguém *conhecido* que empresta se houver falta e depois logo é pago, raramente ficam a dever.

Também por isso casam muito jovens, entre ao 18 e os 22 anos, que levava os nubentes a uma série de passos legais, o casamento, rito de passagem fundamental, no entanto, ao falarmos do casamento entre pescadores (caxineiros/poveiros) parece importante ter em conta três ideias fundamentais que se cruzam: o matrimónio enquanto rito de passagem; o seu contexto espacial/social e a identidade atribuída e sustentada socialmente. Outro dos aspectos que caracterizava o seu casamento era o facto de

dentro desta comunidade, existir autorização, mais do que isso, uma prescrição do casamento dentro do grupo, casamento endogâmico.

“Os casamentos podem ser encorajados ou proibidos em muitos campos. Quase tudo – parentesco, raça, religião, situação económica, grau de educação, local de residência ou ocupação – pode servir para discriminar a favor ou contra a escolha de cônjuge. Quando os antropólogos culturais descrevem um costume que obriga um povo a casar dentro de uma dada unidade, designam-no por endogamia, (...).” (Titiev, 1991,p.233)

Assim nesta comunidade havia não só o preceito de casar dentro do grupo, mas ainda, o de casar dentro do seu subgrupo, lanchões¹ ao casarem com lanchões aumentavam o seu poderio económico e por sua vez o seu prestígio, enquanto pescadores de linha procuravam casar com rasqueiros-sardinheiros², fazendo dessa ligação uma estratégia para subirem de estatuto social, por sua vez, esta ligação matrimonial não interessava a estes últimos, pois, esta união não lhes trazia quaisquer benefícios, muito pelo contrário.

“ (...) ele, um rapaz forte, bem apresentado, filho dum dos mais afamados mestres lanchões; ela, das mais lindas raparigas da tribo, bem vestida e bem oirada, filha por igual, de um lanchão. Um par de autentico puro sangue, das melhores famílias, de fidalguia refinada.” (Graça, 1992,p.62)

¹ A pesca divide-se em três grupos distintos hierarquicamente: os Lanchões, os Rasqueiros - Sardinheiros e os Barcos de pescar - Pescadores de linha. O Lanchão era o fidalgo da comunidade e os seus *mestres* eram para essa mesma comunidade as suas personagens mais representativas, a quem se devia todo o respeito. Na faina eram quem tinha os aparelhos mais modernos e mais valiosos e em sua casa, regra geral, não havia desregramento da linguagem: tinham sempre em conta que pecavam ao falarem mal e, além disso, isso era próprio das classes inferiores. No que se refere ao namoro e casamento, propriamente dito, os rapazes e raparigas solteiros filhos de Lanchões deveriam escolher sempre gente do tronco. (Graça, 1992)

² Quanto aos Rasqueiros – Sardinheiros representavam, por assim dizer, os burgueses. Enquanto os Pescadores de linha eram a plebe. Ora as ligações faziam-se, pois, dentro dos próprios grupos, havendo, contudo, uma certa facilidade nos casamentos entre Rasqueiros – Sardinheiros e Pescadores de linha, pois, embora a recomendação fosse a de escolher gente do tronco, sempre o namoro se dava entre uma rapariga de família de mais prestígio, um parente seu, a quem procurava para contar o seu amor com o plebeu, assumia o encargo de harmonizar tudo com a família para que o casamento “ parecesse bem “. Ora, este “ parecer bem” era elevar o rapaz na categoria da pesca, de pescador de linha a sardinheiro ou pescador de linha de lanchão. (Graça, 1992)

Deste modo, o casamento endogâmico contribui, de uma maneira ou de outra, para a coesão dos membros do grupo, preservando uma genésica comum, parte de uma *vivência histórica em conjunto*, cimentada pela vontade consciente ou inconsciente de cada um, em fazer parte integrante do grupo. A endogamia assegura, deste modo, a *unidade de grupo*, estabelecendo uma ordem na organização social da comunidade e sustentando uma identidade colectiva, enquanto a união matrimonial dentro de cada subgrupo, que à partida poderia parecer uma desagregação do grupo, não prejudica o funcionamento dessa organização.

O factor económico incentivava os membros da comunidade a assumirem um compromisso matrimonial e, muitas vezes, os casamentos não eram mais que um investimento financeiro (casamentos entre Lanchões, os Rasqueiros - sardinheiros e os barcos de pescar -Pescadores de Linha). No que se refere à questão da legitimidade, ela representa uma dupla função, ao mesmo tempo em que legitimava as relações sexuais, legitimava também os filhos provenientes dessa união e perante a sociedade.

“O rapaz de São Torcato vinha de vez em quando visitar a Corina. Uma visita combinada já que a mãe não aceitava de maneira nenhuma aquele romance entre um tarrineiro e uma rapariga da pesca, já comprometida. Mas Corina continuou a viver o seu idílio romântico, sem olhar a «contos e ditos» da vizinhança.” (Azevedo, 2001, p.285)

Até por volta de 1975 as principais motivações que levavam ao casamento assentavam em aspectos como os da economia, da legitimidade, da religião, da companhia/segurança, pressão social e mudança de estatuto, hoje ainda existem, mas surgem numa forma mais atenuada.

Porém, para além do preceito dos rapazes e raparigas terem de casar dentro da terra, havia ainda um outro, o da distinção das famílias da comunidade piscatória, aqui mais inflexível do que noutros lugares, ora este princípio também se verificava, do mesmo modo, entre os pescadores poveiros, e como diz Santos Graça,

“Parece, sem dúvida, estranho que dentro de uma classe em que todo o espírito de previdência e socorro se baseia na mais estreita e firme solidariedade, dando-nos a impressão de uma forte e perfeita igualdade, nos surja o preconceito da distinção de castas nesta colmeia.” (Graça, 1992,p.63).

Os filhos eram valorizados positivamente, por ambos os sexos, no entanto a sua concepção era obra Divina, *são dádivas de Deus*, um casamento sem filhos não era abençoado nesta perspectiva, os filhos eram considerados uma continuidade dos pais, eram eles que iriam cuidar deles na *velhice e na doença*, eram o suporte e a continuidade das famílias. Escreve José de Azevedo:

“A grande maioria dos pescadores poveiros tem uma vaidade escachada nos seus rebentos (...) são muito briosos com os filhos (...)de um modo geral vivem para os filhos. Depositam neles uma confiança ilimitada no futuro, sobretudo se são varões. Primeiro sabem bem que os cachopos na sua juventude lhes prestarão considerável ajuda como tripulante do barco-de-casa; segundo, porque acreditam cegamente no filial amparo durante a velhice...” (Azevedo, 2001,p.75).

Hoje com a escolaridade obrigatória, com os cursos de formação profissional, melhores embarcações, melhores condições socioeconómicas, criadas pelo abate de embarcações menos seguras, pelos subsídios de vida, muitos dos homens partiram para outras frotas pesqueira, Espanha, Noruega, Antárctica, com a melhoria das condições, as mulheres continuam a olhar para o “pescado”, porém de outra forma, em “terra” esperando os maridos, gerindo o lar e a vida pessoal, muitas das mulheres tem carta de condução e viatura própria, é vulgar ver-se as mulheres, no café ou na pastelaria, em entusiasmadas reuniões abordando temas de vida pessoal e de vizinhança,

“Cabe, portanto à mulher, o papel mais importante na vida dum casal poveiro de pescadores. O homem limita-se a ir à pesca. Para tratar de assuntos particulares em alguma repartição oficial, é indispensável a companhia da consorte que, muita senhora de si, expõe o caso do marido numa lengalenga desenfreada, a alta voz e sem intervalos. Ele, mudo e quedo, contenta-se em confirmar com a cabeça de vez em quando o seu inteiro acordo” (Azevedo, 2001,p.16)

Muito mais haveria para caracterizar esta comunidade piscatória, uma interpretação possível daquilo que hoje ainda podemos observar diariamente, sobretudo durante a nossa actividade profissional, pelo facto do enfermeiro de família estar presente e ser confrontado com esta realidade, famílias com uma diversidade de expectativas e experiências culturais diversas, em que a percepção de saúde e doença são diferentes,

será sempre uma mais-valia a compreensão e a exploração de competências dentro da enfermagem transcultural nos nossos dias.

1.3. Enfermagem Transcultural

Reflectir sobre cuidado de enfermagem numa dimensão cultural é reflectir sobre Leininger, como a criadora e impulsionadora da enfermagem transcultural, criou a etno-enfermagem, sobretudo dos métodos qualitativos, etnográficos, na exploração e compreensão do significado *cuidar*, seja através duma linguagem humana, verbal e/ou não verbal, simbólica, complementada com a história político-social de cada povo ou comunidade. O cuidado é, portanto, significativo ao homem, relacionado com a vida, é um cuidado de natureza cultural, que pode ser interpretado a partir dos diversos significados combinados pelo homem que cuida e pelo que recebe o cuidado.

“Desde 1960 que produzo investigação etnográfica e ajudei a abrir a porta à investigação do cuidar transcultural em enfermagem. Explorar aspectos vagos, subjectivos e intersubjectivos, do cuidar humano através de expressões da linguagem, visão do mundo, etno-histórias e factores de estrutura social levaram a muitos conceitos novos, compreensões interpretativas, domínios do conhecimento e resultados específicos para proporcionar cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1970,1991^a). (Morse, 2007,p.106)

Madeleine Leininger ao desenvolver os métodos de pesquisa em etno-enfermagem baseados em crenças "*emic*" e "*etic*", refere-se à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem o seu *mundo* (*emic*) e a interpretação das experiências daquela cultura, a partir de factos inquiridos (*étic*), emergem da pesquisa qualitativa, contribuindo assim para a descoberta das características universais e da diversidade cultural em estudo, centralizada nos fenómenos do cuidar humano (Tomey & Alligood, 2002).

As crenças e valores culturais nos cuidados prestados ao recém-nascido pelas mães, avós e outras prestadoras de cuidados, emergem duma prática cultural, de transmissão oral, entre os elementos da família, sobretudo através da construção funcional da família matriarcal. Este conhecimento transmitido de mães para filhas deve ser entendido pelo profissional de saúde como uma característica cultural essencial para o bem-estar da

família, na promoção aos cuidados antecipatórios ao recém-nascido este saber *emic* deve ser valorizado e compreendido como uma mais-valia no conhecimento da enfermagem de família, ajudando a dirigir, e a orientar as decisões e acções de enfermagem nas novas formas educativas e promocionais da qualidade em saúde.

“Leininger crê que, actualmente, a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo por parte das enfermeiras reduz grandemente a qualidade do cuidar aos clientes das diferentes culturas. Além disso, os diagnósticos de enfermagem e os diagnósticos médicos que não são culturalmente baseados e conhecidos constituem sérios problemas para as culturas e que conduzem a resultados desfavoráveis e, por vezes, graves.” (Tomey & Alligood, 2002, p.570)

A humanização dos cuidados multiculturais deu uma nova orientação à disciplina de enfermagem, holística e cientificamente definida pelos factores sociais, ambientais e culturais dum indivíduo, família, grupo ou instituição. O cuidar cultural,

“Refere-se aos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjectiva e objectivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte.” (Tomey & Alligood, 2002, p.571)

Na tentativa de compreender a importância da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger, no estudo da influência das crenças e valores culturais das famílias de pescadores que cuidam os seus recém-nascidos, é pertinente conhecer alguns dos pressupostos básicos da enfermagem transcultural adoptados da Tomey & Alligood (2002, p.573) que explicam:

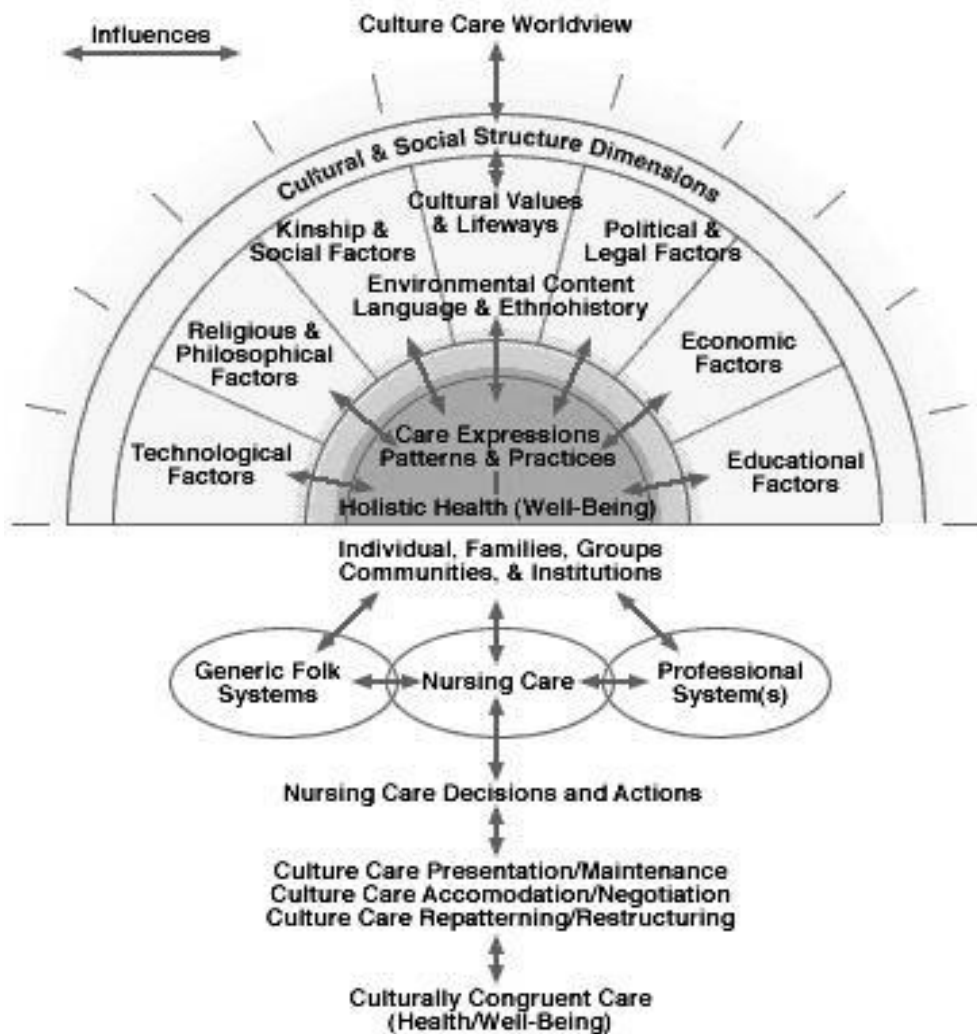
- O *cuidado* é a essência da enfermagem e um ponto distinto, dominante, central e unificador;
- O *cuidar* (cuidados) é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para enfrentar dificuldade ou a morte;
- O *cuidar cultural* é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem;

- Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos do cuidar cultural e as formas estruturais do cuidar são diferentes (diversidade) e semelhantes (no sentido das comunidades ou das universalidades) entre todas as culturas do mundo;
- Toda a cultura humana possui conhecimento e práticas genéricas (laicas, populares ou indígenas) sobre o cuidar e conhecimentos e práticas do cuidar normais que variam transculturalmente;
- Os *valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural* são influenciadas por e tendem a estar englobadas na visão do mundo, na língua, no contexto religioso (ou espiritual), de parentesco (social), político (ou legal), educativo, económico, tecnológico, etno – histórico e ambiental de uma cultura específica;
- O cuidar em enfermagem benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental;
- O paradigma qualitativo fornece novas formas de conhecimento e diferentes formas de descobrir, transculturalmente, as dimensões epistémicas e ontológicas do cuidar humano.

Deste modo o contributo de Leininger para a enfermagem, transcultural, reuniu todas condições para melhorar a prestações de cuidados às famílias culturalmente diferenciadas, a comunidade piscatória beneficiará dos cuidados dirigidos ao seu conhecimento popular dentro do seu contexto ambiental.

Para melhor compreender o uso da teoria em diversas circunstâncias do cuidado transcultural, justifica-se perceber *Sunrise Model*, o modelo que simboliza o nascer do Sol (cuidar) e ilustra os seres humanos inseparáveis dos seus antecedentes culturais, e da estrutura social, da visão do mundo, da história e do contexto ambiental.

FIGURA 1 – Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural



Fonte: ORIÁ, Mônica O.B.; XIMENES, Lorena B.; PAGLIUCA, Lorita M.F. (2007) - Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis

No modelo de Sunrise, Leininger ajuda a compreender e a explicar os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, deste modo os cuidados de enfermagem estão inteiramente relacionados com os sistemas populares e os sistemas técnico profissionais, são a ligação entre estes dois processos, as decisões deste tipo de cuidar assentam em três premissas:

- Preservação e manutenção do cuidar cultural;
- Acomodação e ou negociação do cuidar cultural;
- Remodelação e/ou reestruturação do cuidar cultural.

Na *dimensão da estrutura cultural e social*, metade superior do círculo, encontra-se a valorização da cultura do homem nas suas diversas grandezas, educacional, económica, política e legais, valores e estilos de vida culturais, parentesco e sociais, religiosos e filosóficos, e tecnológicos (Tomey & Alligood, 2002), como resultado das acções de cuidar, tanto no nível émic, quanto no ético. A qualidade de saúde dos indivíduos sofre diversas influências, entre estas, menciona-se o ambiente que não se limita a uma estrutura única, fisicamente delimitada, inclui-se o contexto ambiental nos diferentes factores, representados no modelo pelos componentes da dimensão da estrutura social e cultural, o contexto ambiental,

“Refere-se à totalidade de um evento, situação ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interacções sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais” (Tomey & Alligood, 2002, p.572)

As dimensões biológicas, emocionais e outras de acordo com a teoria, aparece no núcleo central do sol, revelando a importância desse conceito não só para a teoria, mas para a vida do homem em geral, este conceito vem representado pela saúde holística que procura impulsionar bem-estar, e o conceito de saúde é alvo de evidência especial.

“Refere-se a uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, reflectindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenham as suas actividades diárias de modo culturalmente expressos benéficos e modelares.” (Tomey & Alligood, 2002, p.572)

Quanto ao conceito de *pessoa ou ser humano*, não está claramente definido na TDUCC, mas está representado pelo indivíduo, família, grupo, comunidade e instituições em sistemas de saúde diversos, as pessoas individualmente ou organizadas em família, grupos, comunidades e instituições estão inseridas em macros sistema sociopolítico - económico que afecta a sua saúde (Oriá et al, 2007).

“A aplicação desse modelo de análise permitiu compreender os aspectos inerentes à TDUCC destacados no diagrama Sunrise Model. Além disso, conforme ratifica este estudo, o uso desse diagrama auxilia alunos, enfermeiros, professores e pesquisadores a obterem ampla visão do ser humano a ser cuidado, tanto no aspecto émico, quanto no ético, ressaltando

sempre que o indivíduo está inserido em um contexto cultural que precisa ser descoberto pela enfermagem no intuito de alcançar o fim último da Teoria: o cuidado culturalmente congruente.” (Oriá et al, 2007, p.134).

Esta teoria, TDUCC, através do modelo Sunrise, favorece ao enfermeiro de família, linhas orientadoras para o planeamento de cuidados congruentes aos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, baseados nas dimensões culturais e sociais, biológicas e ambientais, e na prestação de cuidados com qualidade, de saúde e bem-estar, significativos, benéficos e satisfatórios.

Nesta perspectiva existem estudos relacionados com a dimensão da cultura e sua influência nos cuidados prestados às pessoas, no estudo Kobarg & Vieira (2008) sobre as crenças e práticas de mães no desenvolvimento Infantil, dos seus filhos em contextos rural e urbano, de que forma o ambiente influencia as crenças e as práticas dos cuidados maternos, de que forma os níveis de escolaridade das mães estudadas influenciaram o estudo. Os resultados obtidos vão de encontro a uma forte ligação entre as crenças culturais das mães e a prática de cuidados aos filhos, sob a influência do grau de alfabetização e do seu contexto ambiental.

No meio mais urbano a facilidade no acesso às instituições de ensino e o aumento da formação pessoal e profissional das mães está directamente ligado a uma maior dimensão dos cuidados prestados aos filhos. O mesmo não acontece nas zonas mais rurais, em que é valorizado a educação/ sociabilização em contexto familiar, as regras e normas impostas pela família. Portanto este estudo ajuda a clarificar a influência das crenças e práticas maternas no desenvolvimento infantil, neste sentido os profissionais de saúde, devem compreender quais as concepções da família em relação à promoção de cuidados de saúde dos seus descendentes.

“Apenas indicam que o contexto ecológico, social e cultural em que vivem acaba, de alguma forma, interferindo no que as mães pensam sobre cuidados parentais e desenvolvimento infantil.” (Kobarg & Vieira, 2008, p.407)

No artigo de Boehs et al (2007) sobre a educação em saúde *verso* conceito de cultura, aparece como uma necessidade da prática de cuidados de enfermagem, à luz da Antropologia Simbólica/Interpretativa imerso no conceito de cultura de Paulo Freire:

“cultura representa a somatória de toda a experiência, criações e recriações ligadas ao homem no seu espaço de hoje e na sua vivência de ontem, configurando-se como a real manifestação do homem sobre o mundo. Cultura é terreno movediço das significações, em perene mudança. Apresenta-se como o novo vir a ser” (Boehs et al, 2007, p.312)

Neste contexto os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos para a interpretação e compreensão dos significados culturais, numa interação dinâmica de comunicação, negociação, educacionais. A educação para a saúde dos profissionais de saúde, deve ser dirigida ao cliente, numa perspectiva dinâmica de compreensão, da sua própria cultura e da cultura do cliente. Para Boehs et al (2007) a cultura dos profissionais de saúde, é representada simbolicamente pelo poder da palavra que é dita, pelo vestir de branco, e pela imagem das instituições de saúde como guardiões dos *cuidados e tratamentos*, mas apesar de tudo depende daquilo que nós culturalmente somos e aquilo que os *outros* o são, deve haver reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da diversidade cultural.

“Ainda, a interconexão destes dois paradigmas pode possibilitar ao profissional um olhar “para si mesmo” como pessoa, sua idade, seu estrato social, sua origem étnica, reconhecendo seus próprios valores para aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos clientes/usuários com os quais estabelece relações de cuidado. Neste sentido, é importante, antes de tudo, reconhecer a diversidade da cultura do cliente, a saúde-doença como processo sócio-cultural e as experiências dos atores envolvidos.” ((Boehs et al, 2007, p.312)

Também Silva (2006) no desenvolvimento do seu estudo sobre o enfermeiro como promotor das competências parentais em relação aos cuidados ao recém-nascido, verificou que, na 1ª consulta de vigilância de saúde infantil nos USF, a maioria dos pais apresentavam dificuldade na adaptação ao novo papel e a falta de apoio da família alargada. As mães referiram dificuldade no relacionamento com o recém-nascido em casa (identificação das necessidades, amamentação e os estados de consciência do recém-nascidos). Os enfermeiros consideram que os pais apresentam um nível baixo de conhecimentos no desenvolvimento psicossocial do recém-nascido e um nível elevado de dificuldade nos cuidados ao recém-nascido.

Verificando que, neste estudo, todos os resultados apresentados, estavam directa ou indirectamente ligados aos comportamentos humanos, relacionados com as suas percepções, atitudes e representações do cuidar. Deste modo, na conclusão do estudo, conduziu Silva (2006) a sugerir que nos temas relacionados, devessem proporcionar um maior envolvimento das características socioculturais da família, e ainda propõe o estudo em populações estrangeiras, migrantes e minorias étnicas.

2.PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMARIOS

2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários

Em Portugal, os cuidados de saúde primários têm uma evolução histórica de trinta anos, a partir dos anos setenta do século XX, as orientações das agendas políticas da saúde na época, convergiam para uma nova realidade portuguesa, embora adoptando as políticas internacionais, integraram na sua regulação jurídica o plano internacional da OMS para novos sistemas de saúde europeus nos Cuidados de Saúde Primários (Carapinheiro, 2006).

Pelo Decreto – Lei n.º 413/71 foram criados os primeiros Centro de Saúde (CS), denominados por “*Centros de Saúde de primeira geração*”, que eram direccionados para a prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco – *saúde pública* – os profissionais orientavam a sua prática para as necessidades da população (plano nacional de vacinação, consultas de vigilância materno – infantil, saúde escolar, etc.) No entanto os enfermeiros actuavam por *tarefas*, posicionavam - se por salas de actividades, a *prática* estava direccionada para o conhecimento técnico e burocrático, as tarefas eram contabilizadas pela soma do número de actos praticados, não existiam consultas de enfermagem com objectivos definidos e promocionais de saúde, os diagnósticos e planeamento de cuidados estava direccionado para o tratamento curativo individualizado.

Alguns destes CS eram dotados de especialidades médicas, existiam consultas de Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Medicina Dentária, eram consultas apoiadas por enfermeiros, que traduziam a sua habilidade na execução e repetição dessas tarefas, traduzida em *experiência qualificada*, estabeleciam uma *relação de confiança* com a equipa médica, garantindo que nada falhasse ao êxito profissional do médico, pensando porém na resolução do problema clínico do doente. Era assim que os enfermeiros *sentiam* a sua prática na época,

”O modelo de formação em enfermagem promoveu, durante um longo período, a preparação do pessoal de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) na lógica da execução dos cuidados, na aprendizagem de normas e princípios específicos para operarem adequadamente na hierarquia do mercado de trabalho. Necessitavam adquirir hábitos que contribuíssem para o fluxo sereno e racional da produção, teriam de obedecer à autoridade

de “perito”, não necessitariam de ter qualquer compromisso colectivo, nem a menor espécie de concepção sobre determinada profissão, criatividade ou controlo.» (Amendoeira, 2008, p.214)

Em 1983 surgem os “Centros de Saúde de segunda geração” – integração dos CS com as chamadas *Caixas* que eram os Serviços Médicos Sociais (SMS), preconizado pelo novo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os profissionais de saúde sofreram grandes alterações de práticas e atitudes, uma nova filosofia estava agora a abrir-se aos *cuidados globais comunitários*, centralizados mais na família, tanto na prevenção da doença como no seu tratamento, onde é favorecido o alargamento destes cuidados ao apoio domiciliário. Tendo por referência o que foi definido pela OMS em 1978, os cuidados de saúde primários são:

“ (...) cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo comportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem, num espírito de autonomia e autodeterminação” (OMS, 1978)

As políticas internacionais servem de orientação para a reorganização estrutural dos “centros de saúde de terceira geração” promovendo uma autonomia de gestão administrativa e financeira, organização multiprofissional cooperativista desenvolvendo um maior desempenho profissional que se desencadeiam movimentos mundiais de protecção e promoção da saúde.

Em 1986, em Ottawa no Canadá, numa conferência internacional de promoção da saúde, foi elaborada uma carta de recomendações, designada por Carta de Ottawa, onde se apontou um conjunto de princípios e medidas, destinados a melhorar as condições de saúde das populações de todo o mundo até ao ano de 2000. Esse conjunto de disposições, levou à construção do conceito de *Promoção de Saúde*, constituindo assim metas, a atingir nos conteúdos de promoção da saúde, apontando para o seu desenvolvimento e para que estes se realizem ao longo de toda a vida quotidiana, seja na escola, no trabalho e nos locais de lazer através de acções individuais e colectivas que levassem à tomada de decisão e ao controlo consciente das próprias vidas, assegurando uma sociedade com um bom nível de *saúde*.

“Nas últimas décadas, um novo discurso sobre saúde tem vindo a retirar a noção de prioridade da biomédica, afirmando, ao nível da saúde colectiva, o carácter prévio da política social e da economia na melhoria dos grandes indicadores da vida das comunidades (...) ao nível da saúde individual, o discurso foca os modos de vida do próprio individuo tornando a saúde uma actividade cívica que se estende ao conjunto da população e abarca todos os comportamentos humanos (OMS e Portugal, 1985) (...).” (Carapinheiro, 2006, p. 165)

Neste paradigma, a saúde está concebida como uma experiência que engloba a unidade ser – humano – ambiente, ausência de doença e de morte prematura, o *cuidado* está direccionado para a definição individual de *bem-estar*. As intervenções de enfermagem são elaboradas “*com*” a pessoa. O binómio *enfermeiro – utente* são cooperantes no cuidar, a prestação de cuidados de enfermagem são globais dando aos enfermeiros a responsabilidade total do conjunto de cuidados requeridos pelo utente, ao enfermeiro cabe interiorizar uma prestação de cuidados numa estrutura bio-psicossocial e cultural do ser humano,

“A revalorização de quem presta e quem recebe cuidados introduz outras fontes de conhecimento (...) Assim, os conhecimentos provenientes das ciências humanas começam a compensar as graves carências de um saber que já não podem ser satisfeitas apenas pela moral profissional, cada vez mais corroída pela evolução social”. (Collière, 1999, p.153-154)

Com a legislação de 1999 houve uma nova aproximação dos CS com a comunidade, enaltecendo a promoção de saúde, a saúde em *contexto familiar*, cuidados centrados na família, e acompanhando este novo *paradigma* houve grandes mudanças estruturais, no Decreto-lei n.º157/99 de 10 de Maio, artigo 4º, lê-se:

“- 1 «Os centros de saúde têm como atribuições, em geral, a promoção da saúde designadamente através de acções de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença (...);»

- 2 «(...) dirigem a sua acção tanto à saúde individual e familiar (...) tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor.»;

- 3 «Para cumprir a missão, os centros de saúde devem promover a participação dos cidadãos e da comunidade (...);»

- 4 «(...) têm ainda atribuições de vigilância epidemiológica (...) melhoria contínua de prestação de cuidados de saúde e de monitorização dos resultados e ganhos em saúde decorrentes da sua actividade (...)».

Nos artigos 12º e 13º referenciam a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) tendo como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados que garantam a acessibilidade, a continuidade e a globalidade desses cuidados, identificando e acompanhando às famílias.

“Os centros de saúde (CS) são a base institucional dos cuidados de saúde primários (CSP) e o pilar central de todo o sistema de saúde. Constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, para que continuem a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população.” (Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005,7 Abril).

Na Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) a reorganização dos cuidados depende da atribuição a cada família de um enfermeiro, um médico e um administrativo, na tentativa de favorecer o direito do cidadão ao acesso dos cuidados médicos e de enfermagem, no entanto estas mudanças requerem alterações a nível da formação de equipas de trabalho, coesas, com objectivos definidos, metas estipuladas, e indicadores de qualidade atingidos. Ainda estamos nesta adaptação, e neste momento a OE preocupa – se com a sua contextualização, o que caracteriza o *enfermeiro de família*? A competência dos *enfermeiros especialistas* na nova organização, a autonomia da profissão de enfermagem, etc. No Decreto – Lei nº298 de 22 de Agosto de 2007 da Missão:

*“ - Um modelo de trabalho em equipa multiprofissional (Administrativos, Enfermeiros e Médicos) com “autonomia organizativa, técnica e funcional”
- Um modelo organizacional leve e flexível, com a (...) gestão e execução tendencialmente fundidas (...) em detrimento do modelo hierárquico (...)normativo e burocrático dominante(...)”* (DL,nº298, 2007)

Esta legislação faz um apelo à iniciativa, inovação, participação e envolvimento de todos os profissionais, responsabilização colectiva e participação com outros parceiros sociais, contratualização de indicadores de desempenho e delimitação de objectivos e metas anuais, ou seja a monitorização dos ganhos em saúde, qualidade em saúde.

Uma nova mudança política na organização dos cuidados de saúde às populações locais, exige por parte dos profissionais de saúde, grandes alterações na filosofia da prestação de cuidados, exige uma mudança de atitude baseada valorização das crenças e valores duma comunidade, a partir da sua cultura e organização social, tornando – se decorrente uma mudança de paradigma - emergente (Amendoeira, 2008).

Aos enfermeiros compete *interiorizar* esta perspectiva do novo processo de cuidados – a pessoa global – considerando as experiências de vida (história de vida), a sua representação social (papel social) e cultural (crenças e valores), preconizando a mudança do seu *objecto* de estudo – ser humano na sua estrutura bio – psicossocial e cultural.

A reformulação do ensino da enfermagem nos anos 80, acompanha este desafio com a formação inicial da profissão de enfermagem, realizada em Escolas Superiores de Enfermagem – *Enfermeiro Bacharel* – integradas no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior. Na década dos anos 90, a duração da formação passa para quatro anos – *Enfermeiro Licenciado* – ainda neste período foi criada a Ordem dos Enfermeiros (OE) cujo estatuto inclui o quadro deontológico de enfermagem e sai em legislação o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Esta evolução, no *saber* de enfermagem e na criação de regulamentação profissional confere ao enfermeiro habilitação de um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Estamos perante uma *mudança de pensamento* que estão na base dos *modelos de conceptuais de enfermagem*, subjacentes a uma visão holística e humanística, na crença da autonomia do *cliente* (Mendes, 1997). A maioria dos modelos de promoção da saúde concentram-se no indivíduo, é necessário adapta-los à família, privilegiando factores demográficos, biológicos e de sistema, factores de socialização da saúde familiar, a definição de saúde familiar, o estado de saúde aparente da família, e os factores específicos do comportamento promotor da saúde, regras familiares, etc. (Hanson, 2001)

Os CS estão integrados na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários e têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica. Os CS situam-se no primeiro nível de contacto da família e comunidade com

os serviços de saúde, estando a sua acção orientada para os problemas de saúde prioritários, nomeadamente prestação de cuidados de promoção e vigilância da saúde, de prevenção, de diagnóstico e tratamento e de reabilitação.

A Educação para a Saúde (EPS) é essencial na prática de todos os profissionais de saúde apesar da sua implementação se revelar vagarosa durante as últimas décadas. Como refere Cracel (2002),

“A EPS é um processo holístico, porque, pretendendo aumentar a saúde de uma pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitem à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando os seus sentidos de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pelo grupo/comunidade da qual faz parte.” (Cracel, 2002,p.34)

A EPS é um processo educativo que inicia – se geralmente no seio da família, e percorre o ciclo de vida, compreendendo o diálogo contínuo e a partilha permanente entre o profissional de saúde e o utente /família, projectando a sua acção a nível local na comunidade. São várias as classificações dos modelos de educação para a saúde, uns baseiam-se fundamentalmente nos objectivos que perseguem, outros nas dimensões que abrangem e ainda outros nas técnicas que utilizam. Assim, os programas de educação para a saúde têm por base modelos ou paradigmas de formação que consistem em quadros de referência e de análises aos processos de formação, que orientam o formador na difícil tarefa que envolve o ensino e a aprendizagem. O modelo apresenta-se, então, como um conjunto de finalidades e de hipóteses sobre as condições de formação. A educação para a saúde é praticada segundo um modelo processual de diagnóstico, intervenção e avaliação (Cracel, 2002). No capítulo “*Estilos de Vida Saudáveis*” das Metas da Saúde Para Todos no Ano 2000, vem referido:

“Os estilos de vida estão inteiramente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e económicas determinadas. O estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interacção entre os indivíduos e pela aprendizagem social, os quais influenciam o ambiente social e são condicionados por ele”. (OMS, 1985)

Segundo Paulo Bus et al (2007,p.78), as determinantes sociais da saúde (DSS) expressam em maior ou menor destaque as condições de vida e de trabalho dos

indivíduos e de grupos da população relacionados com a sua situação de saúde, são os factores sociais, económicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os seus factores de risco na população.

“ (...) as representações sociais do ‘saudável dão a ver a impregnação do pensamento pela ideologia moderna do estilo de vida saudável (como normas de vida higiénicas relativas à alimentação, ao não consumo de tabaco, nem de álcool em excesso, à prática de exercício físico e à presença de poluição) e que revelam percepções distintas da normalidade que lhe está associada (em relação com o sentimento de auto – responsabilização por as pôr em prática). (Carapinheiro, 2006,p.177)

Os enfermeiros neste *modelo* são orientados por programas de saúde, a Direcção Geral de Saúde (DGS) estabelece orientações técnicas e circulares normativas que por compromisso devem ser adoptadas pelas instituições oficiais de prestação de cuidados de saúde, nas consultas de enfermagem por programa de saúde (Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Juvenil, Saúde do Adulto, etc.), e em colaboração com outros profissionais, nomeadamente com os médicos de Medicina Geral e Familiar, torna-se assim, fundamental compreender a utilidade dos cuidados de saúde primários, onde a promoção de saúde é o alicerce da actuação dos profissionais de saúde, com o objectivo de promover o Autocuidado e o Autocontrolo. De acordo com esta concepção, as pessoas são incentivadas a utilizarem as suas capacidades e conhecimentos para potenciarem a sua saúde, e desta forma poderem fazer escolhas e actuar de acordo com o seu projecto de saúde.

Os enfermeiros, pelo papel que desempenham junto das famílias, ao longo do seu ciclo de vida, e comunidade, são os elementos fulcrais no desenvolvimento destes programas trazendo benefícios significativos para os cidadãos e para a comunidade.

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 representa na sua totalidade, as linhas orientadoras para que as instituições do Ministério da Saúde e outras organizações do sector da saúde possam contribuir para a obtenção de *ganhos em saúde* orientados pela promoção de saúde e pela prevenção da doença.

2.2. Consulta de Saúde Infantil

A mortalidade infantil é um indicador de saúde e bem-estar da população infantil e advém da melhoria das condições socioeconómicas, da intervenção política especificamente na área materna e infantil, das reformas globais na saúde (MCSP).

A Direcção-Geral da Saúde, através da Divisão de Saúde Materno-Infantil, tem um papel importante na divulgação da rede de referência materno-infantil, uma verdadeira regionalização de cuidados perinatais, o Plano Nacional de Assistência Partilhada à Grávida, Recém-nascido, Criança e Adolescente, o Programa -Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e o Plano Nacional de Vacinação (PNV) são mais-valias da melhoria da qualidade em saúde (MS, 2009).

Durante muito tempo as crianças nasciam num mundo que apresentava muitos riscos para a sua sobrevivência, as epidemias eram comuns e não se conheciam medidas de tratamento ou controlo, os cuidados médicos e de enfermagem eram baseadas em experiências e práticas anteriores, esses cuidados eram restritos às famílias mais ricas que moravam ou que podiam viajar até às cidades mais desenvolvidas. No século XIX com a Revolução Industrial, as consequências das doenças e lesões infantis, relacionadas com os efeitos da pobreza e negligência, foram finalmente reconhecidas como o 1º passo a seguir orientador no progressos na assistência à criança, porque até então não existia distinção entre os cuidados prestados aos adultos e às crianças. Em Portugal, após a 2º guerra mundial surgem as 1ª organizações reconhecidas como protectoras e prestadoras de cuidados infantis, surgem os primeiros médicos com a designação de pediatras,

“A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) surge em 1948, presidida por Almeida Garrett e, imediatamente, desenvolve actividade científica nacional e internacional de que é exemplo o I Congresso Nacional de Protecção à Infância (1952), reconhecido como um ponto histórico de reflexão e inovação na saúde da criança.” (MS, 2009,p.20)

Em Portugal, o Decreto – Lei 21/81 de 19 de Agosto e a Carta do Acompanhamento de Crianças em Unidades de Saúde, publicada em Diário da República de 18 de Abril de 1988, ao permitirem o acompanhamento da criança hospitalizada, contribuíram para tornar a vida das crianças mais segura e confiante pela presença de alguém que ela conhece e em quem confia (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2008).

Os cuidados de enfermagem são agora continuados e centrados na família. Os cuidados primários são partilhados por Médicos de Família e Pediatras, tal como na maioria dos países da União Europeia. O médico de família e a enfermeira de saúde infantil são responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença, alimentação, vacinas, desenvolvimento e doença aguda (MS, 2009). Sabemos hoje que cada vez mais é maior o número de crianças com doença crónica que chegam à idade adulta, e por conseguinte acarretam limitações funcionais com consequências sociais, emocionais e de comportamento que dificultam o seu desenvolvimento ao longo do seu ciclo vital. Deste modo cabe aos profissionais de saúde a vigilância atenta e consciencializada do desenvolvimento infantil que ocorre durante a vida fetal e nos primeiros anos de idade.

“Os profissionais de saúde infantil e juvenil estão assim na primeira linha na promoção saúde e na prevenção da doença.” (MS, 2009,p.22)

Todos os profissionais de saúde deveriam conhecer as etapas de desenvolvimento infantil e juvenil, principalmente os enfermeiros que trabalham na promoção da saúde. O conhecimento do desenvolvimento na primeira infância, permite aos enfermeiros que em cada consulta de vigilância, avaliem a criança e orientam adequadamente os pais sobre o acompanhamento do desenvolvimento dos seus filhos, bem como possam detectar precocemente atrasos ou desvios e encontrar soluções e disposições a adoptar face a esses problemas identificados, para que haja uma intervenção precoce, caso estes persistam. Deste modo a enfermagem de família em saúde infantil para além da vigilância do desenvolvimento infantil, deve orientar os seus cuidados para o seio da família, uma vez que é nela que se centralizam os cuidados promotores de saúde.

“ Os cuidados centrados na família é uma abordagem de sistema amplo para cuidados de saúde infantis, baseados na ideia de que as famílias são a principal fonte de força e apoio das crianças (Hartick, 1998).” (Hanson, 2001,p.262)

Na abordagem sócio – cultural ou centrada na criança e sua família, a família ocupa a posição central, vista como uma unidade básica de saúde dos seus membros, privada e de suporte para dar continuidade aos cuidados da criança tanto no serviço de saúde como em casa, é um modelo holístico que procura atender a criança e a família na sua globalidade, onde o seu foco de cuidados à criança, em determinado estágio de

desenvolvimento, localiza-se no seio da família que esta inserido num determinado ambiente ecológico, socioeconómico e cultural.

Na abordagem sócio – cultural ou centrada na criança e sua família, a família ocupa a posição central, vista como uma unidade básica de saúde dos seus membros, privada e de suporte para dar continuidade aos cuidados da criança tanto no serviço de saúde como em casa, é um modelo holístico que procura atender a criança e a família na sua globalidade, onde o seu foco de cuidados à criança, em determinado estágio de desenvolvimento, localiza-se no seio da família que esta inserido num determinado ambiente ecológico, socioeconómico e cultural.

A saúde da criança e do adolescente é, actualmente, uma prioridade na política de saúde, na actual organização dos CSP, o enfermeiro de família identifica as necessidades do binómio criança/família, estabelece os objectivos, aplica as intervenções e avalia os resultados, com vista a melhores escolhas informadas, no sentido de minimizar os problemas de saúde. Para tal, os pais devem estar informados de todos os procedimentos de vigilância e tratamentos que a criança possa estar envolvida

O enfermeiro tem um papel muito importante no contexto dos CSP, no cuidado e na educação para a saúde, isto só é possível se o profissional de saúde for capaz de actuar tendo em mente que *ela* é um ser único, peculiar em fase de crescimento e desenvolvimento, durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde para além da avaliação, detecção e intervenção precoce de situações de risco que possam afectar a saúde das crianças, esta vigilância que deve ser realizada nos primeiros 28 dias de vida do recém-nascidos, seguindo – se as outras durante as idades chaves dos 2, 4, 6, 9, 12, 15-18 e 24 meses. Estas consultas normalmente coincidem com as consultas médicas, médico de família, e promovem e facilitam o desempenho do papel parental. O programa tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil das orientações técnicas nº12 da DGS, tem como premissas:

- “- Calendarização das consultas para «idades-chaves», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como seja as etapas do desenvolvimento psicomotor, sociabilização, alimentação e escolaridade;*
- Harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde.*

- *Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais o conhecimento necessários ao melhor desempenho da sua função parental.*
- *Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança.*
- *Apoio à responsabilidade progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.” (DGS, 2005,p.5-6)*

Habitualmente o primeiro contacto com a família no CS advém da primeira consulta de enfermagem de SI, com a intervenção e execução do *diagnóstico precoce* ao recém-nascido, posteriormente são marcadas as próximas consultas de vigilância em idades chave, no entanto estas consultas programadas são ultrapassadas pela procura por parte das mães, de informação e cuidados especializados, daí que o nº de visitas ao CS nos 1ºs dias de vida recém-nascido sejam fulcrais para o desenvolvimento de competências parentais, reconhece-se assim a importância dos cuidados antecipatórios preconizados pelo programa tipo de SIJ.

“O enfermeiro reconhece os pais como primeiros prestadores de cuidados e valoriza os cuidados antecipatórios como um factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental” (OE, 2005, p. 2).

A abordagem centrada no recém-nascido como ser em crescimento e desenvolvimento evidencia a unidade bio-psicossocial e espiritual da criança, vendo-a como um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades e vulnerabilidades, sendo esta uma preocupação da equipa de saúde que incluem a recuperação da saúde e as necessidades do binómio mãe/bebé no processo de cuidar. As avaliações de enfermagem incluem também a qualidade dos aspectos relacionais dos outros membros da família em relação ao recém-nascido. (Stanhope & Lancaster, 1999).

“Os bebês recém-nascidos apresentam um conjunto de características que os capacitam para os primeiros contatos sociais. Entretanto, a existência de trocas mãe-bebé no primeiro mês de vida do bebê que possam ser consideradas interações sociais, bem como características dessas interações, são problemas que devem ser investigados em diferentes culturas (Tomasello, 1999, cit. por Morse et al , 2004, p.296)

Os objectivos dos cuidados no seio da família visam a recuperação da saúde da criança, como incentivo à integridade familiar, consolidação da família como unidade básica de assistência, e promoção da reintegração da criança e família na comunidade, adoptando assim um papel central e activo na partilha do planeamento, execução e a avaliação da ajuda prestada.

2.3. Promoção dos Cuidados antecipatórios ao recém-nascido

Na consulta de saúde infantil, a promoção dos cuidados antecipatórios realizados pela equipa de enfermagem, incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, neste contexto, é utilizado muitas vezes as Orientações Técnicas (OT) da DGS do Programa - tipo de Saúde Infantil e Juvenil. A 1ª consulta de vigilância do recém-nascido coincide com as actividades que promovem a aprendizagem de competências parentais tais como:

- Alimentação, amamentação, promoção do aleitamento materno;
- Higiene e conforto, o banho diário, cuidados ao coto umbilical, vestuário do recém-nascido;
- Hábitos de sono e repouso, posição de deitar, local onde descansa o recém-nascido;
- Hábitos intestinais e cólicas, massagem abdominal;
- Desenvolvimento e temperamento, interacção pais/recém-nascido;
- Acidentes e segurança, transporte do recém-nascido (alcofa, cadeira, carro), risco de quedas, aspiração de vómito, e exposição solar;
- Sintomas e Sinais de alerta que justifiquem recorrerem aos serviços de saúde, febre, icterícia, dificuldade respiratória, choro intenso, desconforto por dor abdominal, obstipação, etc.

Estes cuidados são acompanhados pela vigilância do desenvolvimento infantil, dados antropométricos, avaliação física, postura, pele, cabeça (fontanelas), reflexos sensoriais e motores do recém-nascido.

PARTE II
- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS -

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A ciência revela-se através da definição da verdade dos factos. O conhecimento científico é validado pela fundamentação da sua veracidade, ou seja, pela interpretação do processo de formulação do novo saber, e identificação do método que estrutura a aquisição do novo conhecimento (Morse, 2007).

O método pode ser definido pelo conjunto de procedimentos de carácter intelectual e técnico-científico que determinam a aquisição de novos conhecimentos. Este apresenta-se como um elemento dinâmico e determinante na produção teórica, assegurando a transformação de um objecto, sobre o qual o trabalho teórico incide, em novo saber científico (Morse, 2007).

Considera-se que o desenvolvimento das profissões de saúde apenas é assegurado pela existência de rigor e qualidade nas pesquisas. Este facto implica um saber científico prévio acerca da metodologia, que permite organizar e valorizar todo o conteúdo descoberto e, conferir objectividade a um trabalho de investigação. A metodologia apresenta as hipóteses para a qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados (Polit, 2004). Desta forma, na fase metodológica o investigador,

*“determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p.40).
“operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (ibidem, p.162).*

A fase metodológica orienta a investigação científica, operacionaliza o estudo, definindo os seus objectivos e finalidade, precisando o tipo do estudo, definindo os seus participantes e seleccionando o método de colheita e análise dos dados.

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas que estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Estas questões são decisivas, uma vez que sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa (Fortin, 2003). Desta forma, neste estudo serão adoptadas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam no decurso da investigação:

- Pedido de autorização para a realização do estudo ao ACES – Grande Porto V, Povoia de Varzim/Vila do Conde (Anexo I)
- Termo de Consentimento Informado, para a participação voluntária e a autorização dos colaboradores no estudo, (Anexo II).

No referido documento serão discriminados os objectivos e finalidades do estudo, desenho da investigação, método de colheita de dados, liberdade de participação, retirada ou exclusão do estudo, carácter confidencial e das informações e a identificação e contacto dos investigadores para possíveis esclarecimentos ou eventual comunicação de desistência.

1.1. Abordagem Qualitativa – Estudo de Caso

A investigação qualitativa descobre um lugar na análise dos problemas de saúde numa perspectiva social e cultural, adoptando para isso diversos procedimentos, como a análise de conteúdo, que permitem envolver as formas de comunicação e insere-se na ideologia que se oculta atrás da linguagem (Amezeua, 2002). A investigação qualitativa permite aos investigadores em saúde uma maior aproximação com a experiência humana, dos seus problemas de saúde, através das entrevistas ou relatos, sejam elas dos próprios, das suas famílias, amigos, vizinhos ou outros da sua rede social.

“A investigação qualitativa permite a descoberta ou a exposição de percepções, significados, conhecimentos, realidades múltiplas e contexto psicossocial de famílias” (Hanson, 2005,p.75)

O método qualitativo ocorre sempre no campo, frequentemente durante um longo período de tempo. Em geral, a colheita de dados e a sua análise ocorre de forma paralela (Polit, 2004). No método qualitativo o investigador utiliza como terreno de pesquisa, uma determinada unidade social, neste caso será a comunidade piscatória onde prevalecem as suas crenças e valores culturais que influenciam toda a dinâmica do seu ciclo vital. Neste estudo, essa unidade será um grupo de famílias que se depara com a problemática que pretendo estudar.

Para ser exequível, esta abordagem necessita de alguns critérios: a fonte dos dados deve provir de um ambiente natural; a investigação sendo descritiva, os dados são recolhidos sob a forma de palavras, visto que os seus significados são de primordial importância. (Polit, 2004).

Considero que, por ter as características referidas anteriormente e uma vez que proporciona a interacção com a realidade em estudo, o método qualitativo é o mais apropriado para este Trabalho de Investigação.

Para a compreensão da influência das *crenças e valores culturais das famílias piscatórias que cuidam de recém-nascidos*, optou-se por um estudo de caso, o qual possibilita uma melhor exploração do tema. Este tipo de estudo, de natureza descritiva com abordagem qualitativa, tem como função facilitar a interpretação do fenómeno identificado; assim como, recolher informação aprofundada acerca do *como e porquê* dos comportamentos, e significados para as pessoas envolvidas.

“Estudo de Caso é uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenómeno actual dentro do seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas” (Yin,1990; cit por Campomar, 1991, p. 96).

Este estudo tem como objectivos:

- Compreender a influência das crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar dos seus recém-nascidos;
- Conhecer a dinâmica dos cuidados ao recém-nascido desenvolvida por cada membro da família piscatória.

Como forma de implementar estes objectivos, identifica-se algumas questões orientadoras:

- Qual a influência das crenças e valores culturais nos cuidados prestados ao recém-nascidos no seio duma família da comunidade piscatória?
- Como se estrutura a prestação de cuidados ao recém-nascido no seio duma família da comunidade piscatória?

1.2. Contexto do estudo

O estudo desenvolve-se numa comunidade considerada o maior núcleo piscatório do norte do país, que se localiza entre a cidade de Póvoa de Varzim e a localidade de Caxinas, pertencente à cidade de Vila do Conde. As famílias desta comunidade

encontram-se inscritas na Unidade de Saúde das Caxinas ou na Unidade de Saúde Familiar dos Pescadores.

Deste modo as famílias que pertencem a estas unidades de saúde, com ou sem médico de família, são assistida pelos enfermeiros do serviço, durante a visita domiciliária ou na consulta de saúde infantil na Unidade. Para que o estudo se desenvolva é necessária a colaboração dos enfermeiros que prestam estes cuidados na identificação das famílias com critérios de inclusão no estudo. Foi estabelecido uma parceria, através do contacto telefónico (telefone de serviço) e /ou posteriormente enviadas por fax, as notícias de nascimento. Após recepção da notícia de nascimento enviada do CHPV/VC para o ACES e posteriormente para as Unidades, é feita uma visita domiciliária da equipa de enfermagem à mãe/ recém-nascido/família, esta equipa na USFP é composta por um enfermeiro generalista, na USC por um enfermeiro especialista em saúde infantil ou um generalista, dependendo dos dias planeados para VD.

Durante esta visita e de acordo com as competências dos enfermeiros, assim são prestados cuidados de enfermagem gerais ou especializados, fazendo uma observação física ao recém-nascido, uma observação centrada na relação da vida familiar, nas práticas, nas crenças dos pais ou prestadores de cuidados (avós, tias, etc.). Promovendo-se padrões e práticas de comportamentos saudáveis, da vinculação, da parentalidade, etc.

Pela dificuldade na articulação entre os enfermeiros de ambas as USFs e a escassez de tempo no terreno, optou-se pelo contacto telefónico, um compromisso de colaboração mais assídua pela equipa de enfermagem da USC. Deste modo, foi possível reunir a maioria dos participantes do estudo, sendo estes frequentadores da consulta de SI nessa Unidade de Saúde, e residentes na mesma área geográfica.

1.3. Participantes do estudo

A operacionalização de um estudo de investigação inclui a escolha das pessoas que irão fornecer informação pertinente para o estudo do fenómeno em questão. Na investigação desenvolvida, os participantes serão escolhidos por meio de critérios de inclusão que assegurem uma relação íntima destes com a experiência que se pretende analisar (Fortin, 1999). Deste modo são:

- Famílias da comunidade piscatória da região da Póvoa de Varzim/Vila do Conde;
- Famílias onde tenha nascido um recém-nascido;
- Famílias que frequentem a consulta de enfermagem de SI nas USFs;

As famílias que acederam ao estudo eram predominantemente constituídas por elementos do sexo feminino, de laços de consanguinidade entre si, com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, o nível de escolaridade variou entre o 4º ano e o 9º ano de escolaridade, duas famílias onde a progenitora era mãe pela 1ª vez, as restantes com mais de um filho.

1.4. Procedimento de recolha de dados

1.4.1. As entrevistas

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Trata-se de um processo planificado, de um instrumento que existe grande disciplina. (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Existem diversas abordagens na condução de uma entrevista, que variam em função de dois parâmetros: grau de liberdade deixado aos interlocutores e grau de profundidade da investigação. Assim, temos a entrevista estruturada, não-estruturada e semi-estruturada. (Quivy e Campenhoudt, 1992). Devido à natureza da informação que se pretende obter, propomos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada é certamente a mais utilizada em investigação Sócio - Antropológica, semi-directiva, no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas, mas para perguntas que dirigem a investigação, e de características abertas, com o propósito de receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará todas as perguntas necessariamente pela ordem em que as anotou e sob a formulação prevista. Tanto quanto possível, deixará decorrer a entrevista permitindo ao entrevistado falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier.

“O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado deles se afastar, e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio no momento mais apropriado, e de forma tão natural quanto possível” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p.193).

A preparação da entrevista e seu desenvolvimento teve por base um *guião de entrevista*, com as linhas orientadoras, um plano, no qual o objectivo geral do tema que se pretende estudar está presente (Fortin, 1999).

As entrevistas foram realizadas durante o mês de Abril e Maio de 2010, na sua maioria na USC, e uma na residência da família, atendendo à preferência das pessoas entrevistadas. A duração das entrevistas variou entre os 30 minutos e os 90 minutos, os dados foram colhidos através de gravação áudio.

O primeiro contacto com as famílias foi telefónico e/ou pessoal, na sua maioria pessoal e durante a consulta programada de SI, a deslocação à USC efectuou-se sempre com uma pré combinação com a equipa de enfermagem da Unidade, onde era explicado o objectivo do estudo e o pedido da participação no mesmo.

Foram realizadas alguns contactos com as famílias piscatórias durante a consulta de SI, mas só sete foram entrevistadas, os participantes eram na maioria mulheres e aparentadas entre si, para além do binómio mãe/ recém-nascido, estavam presentes e eram entrevistadas as avós, tias, irmãs, madrinhas, apenas um dos participantes era homem, pai e acompanhante da mãe à consulta de SI.

1.5. A Análise de Conteúdo

A finalidade da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas é extrair assuntos e obter um entendimento profundo dos valores e crenças que dirigem as práticas das pessoas, envolvendo uma interpretação, compreensão sobre o que as elas *dizem, fazem* e sobre a consistência entre *aquilo que dizem* e o que *realmente fazem*, interpretando o significado das acções no seu contexto, onde essas actividades e interacções ocorrem.

Os dados obtidos das entrevistas, alguns deles foram registados durante a entrevista, ou imediatamente após, sendo o maior volume de dados em registo áudio, devidamente autorizado pelos participantes (Fortin, 1999). Estes dados, depois da audição repetitiva e exaustiva, foi reproduzida em suporte escrito na íntegra, com linguagem empregada por esta comunidade, piscatória de características metafóricas peculiares. A informação foi posteriormente codificada pela frequência, ordem e a intensidade de certas palavras,

frases e expressões, atribuindo um código a toda a informação compreendida nos textos, especialmente utilizando os termos dos participantes. Achadas as categorias e subcategorias, foi possível compara-las e caracteriza-las entre si, agrupadas pela semelhança e ajustamento aos temas em estudo.

“A análise dos dados colhidos durante a entrevista consiste essencialmente em proceder a uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões, ou de certos factos ou acontecimentos. São estabelecidas categorias de acontecimentos a partir dos dados, mas as características do conteúdo a medir são geralmente definidas e determinadas previamente pelo investigador.” (Fortin, 1999, p. 249)

PARTE III
- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS-

1.AS CRENÇAS E VALORES CULTURAIS DA FAMÍLIA PISCATÓRIA NO CUIDAR DOS SEUS RECEM-NASCIDOS

Sendo a família a primeira instituição, a mais antiga, que preservou a existência humana, constitui também um sistema sócio – cultural da transmissão de crença, dos valores, das normas e papéis estruturados. É também dentro da qual os indivíduos são subsistemas formados pelo desempenho da sua função, reprodutora, de geração, ..., em que a transformação comportamental dum membro afecta os outros membros da mesma família. A cultura influencia assim os respectivos papéis de ser mãe e pai, relação conjugal, os valores, as crenças e rituais de cada comunidade irão condicionar os factores sociais, culturais e profissionais que os envolvem.

“A ideologia de cada época influencia a maternidade, portanto uma “(...) *grande parte do que consideramos «natural» na maternidade, de modo nenhum é natural, mas um produto da cultura*” (Kitzinger, 1978, p. 18)”. (Silva, 2006,p.24)

Ser enfermeiro numa comunidade piscatória é ser enfermeiro numa família que *suporta* constantemente com a partida dos homens para a faina da pesca, para o mar, e quem fica, sustém a *vida* em terra, o alicerce familiar é instituído pelas mulheres, a consulta de enfermagem é particularmente direccionada para a matriarca, pois é ela a alavanca de toda a *sabedoria* e de toda a *gerência* familiar, neste sentido qualquer ensino ou educação para a saúde, tem na promoção de hábitos saudáveis estar focalizada na mulher, mãe, avó e tias (Collière, 1999,p.40 - 41).

As famílias envolvidas interagem entre si e a sociedade, o conceito de doença ou saúde representa para elas um significado atribuído, parte das suas crenças e valores desenvolvidas no seio familiar, adoptando novos sentidos e redefinições novas, cabe à enfermagem ajudar a encontrar esses novos significados e desafios. A investigação em Enfermagem de Família tem apontado para a percepção das interacções família - enfermagem, tanto na perspectiva da família como na dos profissionais. O objectivo é alargar o conhecimento desta relação, propondo medidas que facilitem a interacção que considere a família como contexto ou como centro do cuidado.

“A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem como a sua influência sobre a

doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.” (Wright e Leahey, 2009, p.1)

A família é uma palavra que toma diferentes significados para cada estrutura das redes do parentesco, difere para cada indivíduo, grupo e comunidade, de acordo com o paradigma ou centro de interesse de cada ciência, a sua definição difere: a civil como relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela, ou casamento; a biológica por redes genéticas; a sociológica por grupos de pessoas que vivem junta; a psicológica por grupos com fortes laços emocionais.

“Família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.” (Hanson, 2005, p.6)

A família é mencionada como a unidade primária de cuidado, pois é nela que seus membros interagem, apoiam-se, trocam experiências. A enfermagem exerce um importante papel, ajudando e estimulando respostas adaptativas, cada família enfrentará uma situação de forma particular, dependendo do estágio da vida familiar. A família, pode constituir-se complexa na sua estrutura, composição e função, acomodando – se a *vivenciar* múltiplos conflitos ao longo do seu ciclo vital, quando as crises aparecem dentro da família, são com ela, que devem ser encontradas as soluções para a nova realidade. Ao utilizar um referencial teórico para a efectivação do cuidado, o enfermeiro torna explícito, e generalizáveis os resultados da investigação no seio da família, possibilitando uma observação nova sobre os acontecimentos de forma ordenada, procurando implementar as “descoberta” nas ciências de enfermagem.

“Esta mudança na ênfase para a família como um domínio emergente na enfermagem, evidenciado sobretudo pela avanço teórico que a área vem tendo, aliada ao fato de que este mesmo movimento na prática ainda é muito tímido, quase inexistente, torna a área ainda essencialmente acadêmica, o que traz algumas implicações para os que estudam a área de enfermagem da família, que consiste em verdadeiro desafio, que pode ser subdividido em três esferas: ensino, prática e pesquisa” (Ângelo, 1999, p.8).

Neste contexto, do estudo realizado, da análise de conteúdo das entrevistas, foi possível através do discurso dos participantes, encontrar expressões/ frases, significativas, que foram agrupadas em categorias e subcategorias dispostas no quadro nº1.

Quadro nº1. Categorias e subcategorias encontradas no estudo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Organização Familiar	Mulheres cuidadoras
	Papéis masculinos
Cuidados ao bebé	Alimentação
	Sono e repouso
	Higiene e Conforto
	Estratégias de resolução de problemas
Crenças e tradições nos cuidados ao bebé	Objectos protectores
	Imagens religiosas
	Superstições

Foram identificadas três categorias principais, a organização familiar, os cuidados ao bebé e as crenças e tradições nos cuidados ao bebé, a cada uma delas corresponde várias subcategorias encontradas nos discursos de alguns dos participantes.

1.1. Organização Familiar

Na Organização familiar encontramos a diferença de papéis entre os elementos da família, uma interacção do papel maternal, paternal e o papel de prestador de cuidados onde incluiremos as avós, tias, madrinhas e irmãos, representada por essa mesma categoria.

Quadro nº2. - Categoria da Organização Familiar

Categoria da Organização Familiar	
Organização Familiar	Mulheres cuidadoras
	Papéis masculinos

Nesta 1ª categoria foram encontradas uma série de representações do poder das mulheres na organização familiar, através da transmissão oral de saberes e competências parentais entre a linhagem matriarcal. Os papéis masculinos são representados dentro da organização familiar como o poder económico da subsistência familiar.

A família piscatória é dominada pela poder da mulher, da matriarca e toda as decisões familiares *rodam* à volta da figura feminina. A consulta de saúde infantil, é sempre um momento para confirmar esta realidade, a primeira consulta efectuada ao recém-nascido é visível o acompanhamento familiar, para além da mãe, vem a avó, ou a tia, ou madrinha, irmã, ... mulheres aparentadas entre si, consideradas da mesma família, Sally Cole refere-se a uma organização familiar de forma restrita “*uma constelação de mulheres com relações de consanguinidade entre si.*” (Cole, 1994,p.141)

A sala de espera num dia de consulta de SI na USC, é também perceptível que as famílias se conhecessem e se identificam umas com as outras, frequentemente as conversações entre elas (mulheres) rodam à volta da ausência do marido e da *lida da casa*, da gestão dos bens, da eficácia dos cuidados prestados aos filhos, dos progressos nos estudos e na persuasão de que estes não seguirão as *pegadas* dos pais. As famílias tendem a centralizar-se nas mulheres, quer os homens esteja ausentes ou presentes, elas, as mulheres, dão o seu contributo para a produção económica, dá-lhes vantagem e poder de decisão relativamente ao uso dos recursos da casa e competências na educação dos filhos (Cole, 1994).

As famílias são aquilo que os seus membros dizem que são (Wright & Leahey, 2009), o que dizem estas famílias? Avaliam-se e identificam-se como *família nuclear*, o marido e os filhos, mas depois o discurso vai mudando quando passamos a acção, porque quem compõe a família são também as avós que vivem com as filhas, ou vice-versa, são as irmãs, tias, sobrinhos, e outros familiares de linhagem directa. Outra das particularidade é

que são famílias que habitam todas perto umas das outras para garantir a protecção e o auxílio na assistência aos cuidados necessários. A família piscatória verifica-se uma enorme envolvência de todas as mulheres aparentadas entre si, no qual são englobadas como elementos seguros, leais, e cumpridores do apoio às necessidades sentidas, Wright e Leahey explica como *família extensa*, a família de origem e da procriação, no entanto também nos pode aparecer família definida como *família mais chegada*, nuclear, mas sem *pai*, quando apenas se engloba a mãe e os filhos.

“A minha família mais chegada, são os meus filhos, tenho um filho com 14 anos e um com 18 anos, também pescador (E1)

Mas a maior especificidade da organização familiar piscatória advém do facto de as mulheres passarem a maior parte do tempo sozinhas na formação e educação dos filhos, os homens partem para a faina da pesca e a sua ausência criou laços de solidariedade entre os que ficam em terra, as mulheres, outra particularidade é o facto de haver muitas mulheres viúvas e solteiras, porque a desgraça dos naufrágios lhes leva prematuramente os maridos, pais, namorados, filhos...O testemunho duma mãe, já não muito jovem, com três filhos, de gerações diferentes, em que o bebé do seu 2º marido ainda não tinha o afecto do pai,

“o pai ainda não o conhece, pois está embarcado na Antárctica há quase 6 meses, vem no fim do Verão, ..., os outros filhos são do meu 1º marido, falecido em naufrágio há cerca de 4 anos, ..., lembra-se da notícia? ... onde morreram dois dos meus cunhados, o corpo do meu marido não apareceu e ao fim de 18 meses foi me dada viuvez” (E7).

É comuns as casas constituídas por mulheres viúvas, solteiras e pelos seus filhos, ou por mulheres casadas e respectivos filhos onde os maridos estão ausentes, a unidade social de base ser apenas a mulher. (Cole, 1994)

“Depois do casamento o marido ficava, geralmente, a viver com a sua mulher e os pais dela. A mulher começava a sua vida de casada na casa dos seus pais, mas mudava-se quando uma irmã mais nova casava e trazia para casa o seu marido. As filhas mais velhas mudavam-se, com frequência, para casas ao lado ou perto da dos seus pais, e, desse modo, instalava-se uxurivizinhaça - isto é, na proximidade de mulheres com as quais se

mantinham relações de consanguinidade, especialmente mães, irmãs, filhas e tias maternas (Pina-Cabral, 1986:72)” (Cole, 1994,p.73)

1.1.1. Mulheres Cuidadoras

As mulheres cuidadoras foram descritas com expressões como: “ser muito mulher”, “a minha mãe ensinou”, “ela via o que eu fazia”, “ela via como eu olhava por ele”, “tu cuidaste da tua irmã”, “há cuidados que ...tem que fazer assim, tem de fazer assado”,. Deste modo esta subcategoria deu expressão ao nosso discurso sobre o papel de gestora dos recursos familiares e do papel central na produção económica, o papel maternal esta envolvido nos outros dois, conforme se evidencia nos testemunhos prestados das famílias da comunidade piscatória:

*“ (...) minha mãe ensinou assim e nós era-mos três raparigas...” (E3).
“Quando estava solteira, ela era a madrinha dele, ela olhava por ele, via bem como eu e a irmã tratava-mos o sobrinho, o afilhado dela...” (E3).“ Sim quando vivíamos todos juntos...e mesmo a irmã mais nova, quando via tratar a irmã mais nova, ela já tinha 7 anos...mas ela via o que eu fazia à irmã e começou a meter tudo na cabeça dela e hoje em dia tem de fazer à filha dela...há cuidados que ...tem que fazer assim tem de fazer assado...não é...tem 19 anos, ainda é uma menina... (E6) Oh ...tu cuidaste da tua irmã.
Mãe: Sim alguma coisa... (...) se tenho dúvidas, pergunto (...) (E4)*

O Papel Maternal é um tipo de Papel Parental com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe (CIPE/ICNP, 2000), e mantém-se e prolonga-se até atingirem outros papéis, o de avós ou bisavós, segundo elas, são “mães duas vezes” ou “mães três vezes”, assumindo assim os netos e bisnetos como filhos também.

A relação mãe/filho mantém-se para *sempre* como um agente impulsionador de cuidados maternos incessantes. A competência do cuidar assume a designação de *olhar, tratar, ver, fazer*, a expressão de *meter na cabeça* significa que assimilou todos os conceitos, de cuidados ao recém-nascido interpretados pela observação de actos já praticados por outras mulheres da família.

A avaliação funcional da família, com estas características, sugere uma interacção entre as actividades de vida popularizadas e o acompanhamento das intervenções na família, por parte dos profissionais de saúde, baseadas no conhecimento dos seus valores, crenças, rituais e modos de vida, na direcção do cuidado cultural, apropriado, e de encontro à satisfação das necessidades familiares (Tomey & Alligood, 2002). Deste modo o enfermeiro de família vai encontrar na família, uma transferência e/ou transmissão de conhecimentos e competências inter-geracionais, sobretudo de linhagem matriarcal, entre as mulheres, onde os valores da família são preservados, o *capital cultural*, uma aprendizagem de códigos de linguagem, valores, rituais e tradições passados de geração em geração (Relvas, 2007).

“O valor social das práticas de cuidados prestados pelas mulheres liga-se directamente às próprias mulheres; o que fazem é determinado pelo que são, o que vivem, o que foram capazes de viver.” (Collière, 1999,p.47)

Outra característica das mulheres cuidadoras é a gestão de recursos, para além dos cuidados aos filhos, ao marido, aos irmãos, irmãs, pais idosos, etc., as mulheres cuidam da casa, do lar, e ainda cumprem tarefas laborais...cuidam praticamente de quase tudo, reflectido nas expressões “muito mulher” “em questão de casa”, “ de trabalho” “ como de criar”, “ faz as coisas direitas”, traduzem o conhecimento e competências nas práticas de cuidados traduzidos em *actos de vida*³ representados pelo *valor de uso* nas trocas de serviços, onde está reflectido a economia de subsistência das famílias piscatórias (Collière, 1999,p.49).

“ (...) por isso ela é muito mulher, foi sempre muito mulher, tanto como em questão de casa, como de trabalho, como de criar também, que ela ficou muitas vezes também com ele, e por isso eu deixei à vontade (E3)(...)acho que ela se safa bem e que faz as coisas direitas, dou – lhes uns conselhos, olha o menino, bota-o sempre de lado, não o deites sem arrotar, banhinho todos os dias, não é? E ela tudo isso faz, roupinhas passadinhas sempre a ferro, tudo direitinho, tudo é limpeza, tem o quarto dele, mas para agora não o

³ Collière considera *actos de vida*, aos cuidados prestados pelas mulheres (preparação das refeições, educação das crianças, tarefas domésticas) num sistema de trocas, representado pelo *valor de uso* (troca de serviços ou pequenos presentes)

botes no quarto, é no vosso...(E3) Porque ela não sabia...não tinha a noção de como era tratar dum filho...(E6)

O termo de *muito mulher*, significa uma mulher que sabe *fazer bem* as tarefas domésticas, e que também desempenha bem, as tarefas laborais, que sabe *criar*, desempenha bem as competências maternas, e que se *safa bem*, ou seja, o que aprendeu foi bem compreendido, e seguiu bem as instruções das outras mulheres da família. Ao satisfazer todas estas competências, naturais, a mulher então, contentava todos os requisitos para ser boa mãe e esposa, e proporcionar no seio da família, as melhores condições para o desempenho dos outros papéis familiares, o de marido, o de filho, pai, etc. (Relvas, 2007). A sua função na família era assegurar a reprodução biológica e reprodução ideológica, através duma identificação social do papel de mãe e esposa. Os cuidados aos filhos são a sua principal actividade, sobretudo em idades mais precoces, bebés/ recém-nascidos, mantém-se a ideia de que «um casal sem filhos é como uma árvore sem ramos» (Cole, 1994), é pois, com orgulho que os exibem perante a comunidade, nos pequenos passeios pelas ruas da Caxinas.

“ As raparigas aprendiam que, numa família de pescadores, a mulher era responsável pela gestão da economia doméstica. Para fazer isto bem e em condições de escassez de recursos e de dificuldade económica, ela teria de ser «muito trabalhadeira, poupada e [deveria] lutar p'ra vida». O trabalho da mulher era fazer a vida”. (Cole, 1994, p.100)

Deste modo a família vai-se alinhando à volta do papel desempenhado pela mulher, gestora do lar, a impulsionadora da economia familiar, que vai subsistindo com a sociabilização constante das meninas, raparigas, filhas ou netas, através do papel de trabalhadeira, “ser muito mulher” (E3), logo desde muito novas (7, 8 anos), começando com a aprendizagem de algumas tarefas domésticas, desenvolvendo assim alguns dos atributos femininos de mulher boa governante do lar.

“Faço a mesma coisa de quando tive os outros, faço como fazia com eles, embora já não me lembro muito bem, agora até parece mais fácil, mas esta criança come e dorme...agora ninguém me ajuda (...) já dei banho a dois filhos (...) Faço tudo sozinha, quando eu tive os outros, eu vivia na casa dos meus pais, e então eram eles que me ajudavam, a minha mãe. (...) Trato do bebé sozinha (E1) Não mãe, eu quero estar na minha casa, mãe. «Queres

estar na tua casa?» e eu vejo que ela é muito mulher, (...), faz tudo aquilo que eu fazia, e por isso deixo-a à vontade.” (E3)

“Avó: Eu é que vou ficar a tomar conta dela, quando a mãe for trabalhar (...) Não, ela sabe, ela sabe...eu ajudo noutras coisas, na roupinha a passar, arrumar as coisinhas dela...criei um de cada, a minha primeira neta, depois do filho e depois da filha... (E2)

Deste modo a transmissão oral de competências maternais entre as mulheres da mesma família são demonstradas pelo discurso de “*faz tudo aquilo que eu fazia, e por isso deixo-a à vontade*”, transmitindo-se aqui a ideia de que finalmente poderia ser autónoma, nos cuidados ao recém-nascido, na constituição da família nuclear, marido e filhos. Finalmente a entrega dos filhos às mães (avós) quando iniciam a actividade laboral, demonstram outra característica dominante das famílias da comunidade piscatória, as avós são pilares importantes na funcionalidade da família, com o seu contributo na gestão de recursos de subsistência, para além dos cuidados aos netos, assumem algumas actividades domésticas, da casa da filha, tratamento de roupa e asseio do lar.

Casam, na sua maioria, muito cedo, e ficam a viver com os pais ou então procuram casa perto da família nuclear, metendo estreita essa relação, as filhas procuram estar junto das mães, os filhos são “adoptados” pela família da esposa.

1.1.2. Papeis Masculinos

Nesta subcategoria da organização familiar, os papéis masculinos, de pai, de avó, de irmão, são denunciados nos discursos dos participantes, sobretudo pelas mulheres, pelas expressões como: “o meu filho também ajuda”, “tem a ajuda do pai quando está em casa”, “com o filho, (ele) dá em tolo”, neste sentido ser pai surge através da organização da paternidade, definida pela nova vida, que estabelece um sistema de cuidados direccionados para o novo elemento da família.

(...) eu e o mais novo...o meu filho também ajuda(...)ao fim-de-semana ele (marido) ajuda depois, tem a ajuda do pai quando está em casa, ele faz tudo, dá banho, muda a fralda, trata dela (...)(E1) Se o meu marido ajuda? Com o primeiro filho, dá em tolo, ...não pode ouvir um Hum... que ele está logo em cima a ver o rapaz. (...) Referindo – se ao avô, «Oh A.M. vai ver o menino! Não pode ser o menino bebé dormir tanto», (...) (E3) (...) Ajuda, às vezes

quando dou banho, ajuda assegurar no bebé...às vezes dá banho, poucas vezes, mas dá...a fralda... (E6) (...) O mais novo até ajuda, as vezes até acorda-o só para pegar nele (E7)

Neste sentido os testemunhos das mulheres são coniventes com os cuidados prestados ao recém-nascido pelos homens da família, isto porque na dinâmica matriarcal as mulheres *conduzem* os cuidados que os homens podem prestar, algumas das práticas permitidas, como os cuidados com o banho e mudança da fralda do bebé, o tomar conta, a supervisão dos cuidados, acção protectora do recém-nascido, “*está logo em cima a ver o rapaz*”. São estas as funções mais evidentes do Papel Paternal que é um tipo de *Papel Parental com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados para um pai.* (CIPE/ICNP, 2000), não esquecendo que para estas famílias a presença física do pai é importante e esta relacionada directamente com o bem-estar da família.

Outra das funções dos homens é a subsistência da família, o poder económico, a actividade da pesca, ausência muitas vezes prolongada do pai, do avó e outros homens da família fortalece a união das mulheres na gestão dos cuidados.

(...)Pai: As mães criavam os filhos aqui assim, duma maneira, os pais criavam fora doutra maneira, não é? Ganhar para dar alimentos...Não podem estar todos fora de casa, e como se costuma dizer “alguém tem que trabalhar para a casa”...(...) “ (...) eu não dou o banho, tenho as mãos ásperas...sabe como é neste trabalho...” a mãe sorri “(...)mas mudo a fralda às vezes...eu ajudo não vou para o café, fico à beira dela...(...)Mãe: quem me ajuda é o meu marido, ele vai e vem todos os dias (...) (E4); (...) dorme comigo na cama... Olhe, os meus mais velhos dormiram comigo até aos 6 anos...o meu marido estava sempre no mar, então púnhamos os três na cama (...) (E7)

O único testemunho masculino (E4), do pai que acompanha a mãe à consulta de SI, não sendo habitual, foi valioso, o seu depoimento ilustra bem os cuidados que pode executar quando está em casa, a mãe sorri quando o pai diz que muda a fralda, provavelmente no seu entender com pouca habilidade, tem as mãos ásperas para prestar outros cuidados ao bebé, a palavra “criar” tem para o pai um valor de bem económico, aquisição de

dinheiro para obtenção de bens que suprimam as necessidades encontradas, o facto de *ajudar* e não ir para o café e ficar ao pé da mãe/recém-nascido tem a ver com o que é a representação masculina nesta comunidade. Na ausência do pai no mar os filhos dormem com a mãe.

“Aos rapazes eram ensinados as virtudes de uma vida de trabalho e de sobriedade, mas eles aprendiam também que aos homens adultos eram permitidos certos vícios. Estes vícios incluíam a bebida, o jogo e passar o tempo na adega, na companhia de outros homens e afastados das responsabilidades familiares.” (Cole, 1994,p.100)

A forma específica que a parentalidade assume, em cada pessoa, constitui uma componente importante da sua existência, para a mãe “criar” é cuidar, para o pai é bem-estar, não é por acaso que o homem chega a casa e entrega o dinheiro todo à mulher para esta gerir (Cole,1994), ela é que sabe as necessidades de manutenção da casa, ele apenas contribui para as suprimir.

“O pai considera que o suporte económico que ele provê constitui-se no apoio de maior relevância para o bem-estar dos filhos. Esses dados sugerem que pais e mães têm valores diferentes, possivelmente associados aos papéis de género feminino e masculino. Em concordância com estudos anteriores (Coelho, 2000; Lewis, 2000; Lewis & Dessen, 1999).” (Goetz & Vieira, 2008, p.85)

1.2. Cuidados ao Recém-Nascido

Os cuidados prestados ao recém-nascido durante os primeiros dias após o nascimento vai proporcionar os melhores momentos de interacção entre o bebé e a família, as instigações sensoriais provocadas por esta interacção, entre o bebé e a pessoa que cuida, numa determinada realidade cultural e familiar, vai-se organizando os primeiros laços de vinculação, onde o recém-nascido se vai desenvolver psicologicamente e culturalmente (Silva, 2006)

Quadro nº 3. - Categoria dos Cuidados ao Bebê

Categoria	Subcategoria
Cuidados ao bebê	Alimentação
	Sono e repouso
	Higiene e Conforto
	Estratégias de resolução de problemas

Na categoria encontrada, dos cuidados ao bebê, surge uma serie de subcategorias como: a alimentação, sono e repouso, higiene e conforto e estratégias de resolução de problemas, associadas aos cuidados antecipatórios preconizados na consulta de SI.

1.2.1. Alimentação

A alimentação do bebê surge como a principal preocupação das mães entrevistadas, a amamentação materna é considerada uma mais-valia nos primeiros dias do puerpério, porém a interacção mãe/ recém-nascido é ainda precoce e o desajuste vai originar muitos desconfortos nesta relação:

“(...)ela mama bem, fica a dormir às vezes 4 horas seguidas...(...) dou de mamar quando ela acorda, em horário livre(...) conforme ela acorda, não estou a olhar para as horas(E1); Avó: Ela mama, mama, e depois é como os invejosos, parece que tem medo que lhe falte (...) (E2)”

Mamar bem, mamar só quando acorda, em horário livre, são expressões utilizadas pelas mães, sinónimo de uma boa pega, que o bebê não chora depois da mamada, e que traduzem as competências adquiridas durante a educação para a saúde, na amamentação materna, significa que estão a ter êxito nas mamadas. Durante o período pré-natal, e durante o puerpério, é assumido um compromisso promocional e educacional de comportamentos saudáveis, onde se evidencia o incentivo ao aleitamento materno, as mães recebem instrução da técnica da amamentação. A expressão utilizada pela avó “como os invejosos” e “tem medo que lhe falta”, significa que o bebê mama contido e com prazer, e que aquela relação mãe/bebê é estrita, é uma relação única e ninguém deve interferir, significa também êxito na mamada.

“(...)Mãe: Ela mama bem, mas sei lá, pode não estar a alimentar o bebé, sei lá (...) olhe, ela anda sempre com a boca (de um lado para o outro) mesmo que esteja cheia (E2); (...) Mãe: Por isso é que eu não sei se mama bem, anda sempre à procura da mama...mas ela dorme 3 horas seguidas...O biberão ele cala-se, não há meninos assim, agora com peito eu boto-lhe o peito ele não chupa, nem nada, anda ali com a boca, a batalhar (E3)

As dúvidas de não saber se a mamada foi eficaz, permanece nas expressões “mama bem, mas sei lá”, “dorme três horas seguidas”, “eu não sei se mama bem”, as mães confrontam – se com a técnica e execução da mamada eficaz e a evidência, o bebé manter o instinto da procura da mama, sabem que as três horas de intervalo entre mamadas é seguro, mas têm dúvida, não é visível a quantidade de leite ingerido pelo bebé. O biberão é uma solução para as mães, sabe-se que quantidade ingeriu o bebé, a “boca a batalhar” significa que o bebé luta pelo alimento, esforça-se para mamar.

*“Muitas vezes, as mães têm bastante leite, mas falta confiança de que o seu leite é suficiente. Todas as mulheres possuem um número semelhante de células produtoras de leite, independentemente do tamanho das mamas”.
(Manual Aleitamento Materno, 2008, p.40)*

A equipa de enfermagem, durante a promoção e educação para a saúde, nas consultas de saúde materna, puerpério e saúde infantil, deve incentivar o aleitamento materno, como garantia de saúde e bem-estar físico e emocional das crianças, um atributo no desenvolvimento infantil, fornecendo também a protecção imunitária necessária ao controlo das doenças infantis. O diagnóstico de enfermagem deve debruçar-se sobre as competências maternas e parentais, do apoio da família e as suas influências culturais.

*“(...)Mãe: mas não ele pega no peito para nada, eu não tenho nada, eu estive a espremer e tudo, e não me sai nada...Avó: Ele está a ficar mucho (murcho)
(...) Mãe: Eu não tenho, ele não dá nada, não me dói o peito nem me sai nada, e dantes eu sentia aqueles talos aqui (...) eu botava numa mama, ele não pegava, chupava e via que não vinha nada, às tantas não pegava, eu botava na outra e foi assim toda a noite (...) Mãe: Fervi a água, pus no biberão, e pus duas colherzinhas, 90 são 3 colheres, 60 eram 2, daquelas colherzinhas que vêm franzinas (rasas), fiz-lhe e deixei arrefecer os 60, ele aí mamou, não mamou os 60, mas mamou metade, ...(...) veio o biberão, ele*

não veio todo, ficou como um patinho, arrotou, e ficou, eram 6.30h e ele dormiu até 10.30 (E3)

A crença no peito vazio (Mito da mama vazia) é representada pelas expressões: “espremer e tudo, e não sai nada”, “está a ficar murcho”, “não me sai nada”, “chupava e via que não vinha nada”, para as mães quando o peito está doloroso e tenso é sinal de ter leite e muito “*não me dói o peito*”, quando está mais mole e mais leve é sinónimo de peito vazio. A resolução deste problema vem com a introdução do leite adaptado, biberão “*veio o biberão, ele não veio todo, ficou como um patinho*”.

“ «Todas as mulheres davam de mamar aos bebés. Agora, as mulheres não querem dar de mamar porque não querem deformar o corpo: querem ficar bonitas. Por isso compram leite na farmácia. Mas dantes, todas as mulheres davam de mamar aos filhos.»” (Cole,1994,p.52)

A amamentação pode ser considerada como o primeiro *estilo de vida* na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o recém-nascido, para a mãe, para a família, para o ambiente e para a sociedade. A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementado até aos dois anos ou mais (Pinto, 2008).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo da prática do Aleitamento Materno e aponta como meta para 2010 uma percentagem de > 50% de mulheres que amamentam exclusivamente até aos 3 meses. A concretização desta meta exige dos profissionais que prestam cuidados de saúde às famílias, nesta fase do seu ciclo de vida, um esforço conjugado, no sentido de as capacitar para o cumprimento do seu projecto de amamentação e de simultaneamente para o aumento da satisfação com que o fazem, sem negligenciar o contexto social e cultural em que se inserem (Pinto, 2008).

1.2.2. Sono e Repouso

Das mães/avós entrevistadas sobre a actividade de adormecer os bebés, o local onde dormem, a posição de deitar, foram encontradas nesta subcategoria alguns aspectos comuns:

- **Cama dos pais**

As crenças de que o bebé está mais protegido, dormindo junto da mãe, devem ter estes cuidados até atingir um ano de idade, ficando assim debaixo do olhar atento da mãe, toda a família sente mais segurança neste cuidado, vêm demonstradas pelos testemunhos,

(...)Esta noite assustei-me com ela, faltou-lhe o ar, até me assustei...dormiu comigo, pus-lhe na travesseira e ela dormiu muito bem, na cama em baixo, a menina falta-lhe o ar(E2)

(...) Mãe: Dorme, quer dizer, estas duas noites, até tem dormido comigo porque é assim, eu já...eu não devo ter o peito..., não deve sustentar completamente, que nesta noite, foi uma noite em claro com ele, nem ele dormiu, nem eu dormi, porque ele gritava (E3)

(...) dorme comigo na cama...porque eu sou uma pessoa que ali fico, mexo pouco...Olhe, os meus mais velhos dormiram comigo até aos 6 anos...o meu marido estava sempre no mar, então púnhamos os três na cama...(E7)

(...)Avó: Fica lá até ao ano...não é assim? É uma protecção, a gente quer sempre ver o que acontece...porque ela é ainda pequenina...até a um ano pode acontecer alguma coisa, assim estamos a vê-la... mas ela também era assim, quando chega a minha casa vai logo para a minha cama (a mãe)...a mais nova que tem doze anos, também vai, e nós quando éramos pequeninas também fazíamos a mesma coisa (E6)

Dormir na cama dos pais é um hábito comum, a crença que o bebé está mais protegido estando a mãe está mais próxima e atenta a todos os movimentos do bebé, podem dividir-se em preocupações como: assistir na respiração do bebé “*na cama em baixo, a menina falta-lhe o ar*”; assistir no choro “*nem ele dormiu, nem eu dormi, porque ele gritava*”; combater a privação dos cuidados paternais “*os meus mais velhos dormiram comigo até aos 6 anos*”.

- **Berço no quarto dos pais**

Estes testemunhos apenas diferem no local onde dorme o bebé, mas a crença na protecção mantém-se, as mães consideram que o berço junto da cama delas dá uma maior proximidade de assistência ao bebé:

(...)Ela agora dorme na caminha dela, no meu quarto, na caminha pequena(E1), (...) Avó: tem o quarto dele, mas para agora não o botes no

quarto, é no vosso (E2) (...) dorme na caminha dele, quer dizer na alcofa dentro da cama dele, está no meu quarto...fica lá até fazer 1 ano (E5)

Mantém-se a vigilância do sono e repouso do bebé com o berço/ alcofa no quarto dos pais durante o primeiro ano de vida, no entanto existem casos onde este requisito se mantém para além dessa idade.

- **Sonos trocados**

Quando o bebé dorme mais tempo de dia e menos à noite existe a crença dos *sonos trocados* e então são utilizadas algumas estratégias (crendices) para que o bebé durma mais tempo durante a noite e menos de dia:

(...)É como trocar a roupa quando a criança anda com os sonhos trocados (E5)

(...) mesmo quando a menina não dorme, anda com os sonos trocados...ela diz assim «pega nas calças do pai e põe em cima da menina», Avó: Então...dobra-se a calça e põe-se em cima dela, mas a parte de cima... Dorme comigo, junto a mim...no meu quarto...na minha cama ou na alcofa dela...de manhã passa sempre para a minha cama (E6)

São estas as estratégias encontradas, trocar roupa, vestir o bebé com a roupa do avesso, é uma crença comum, mas as calças do pai, dobradas em cima do bebé, só uma das avós é que o referiu, no entanto Graça (1992) refere-se às calças de homem como um remédio à cautela para afastar o mau-olhado sobre os afazeres da pesca.

“- Para o mau-olhado, deita-se sobre as redes, atravessado, um par de calças de homem.” (Graça, 1992, p.83)

1.2.3. Higiene e Conforto

O banho ao bebé é um momento de prazer e convívio familiar nos dias de hoje, noutros tempos era uma actividade simples e sem relevância:

(...) Avó: Numa bacia, antigamente não se usava nada disto (E2)

Eram tempos de baixo poder económico, as casas não tinham condições sanitárias adequadas, a água era transportada em vasilhas e o banho das crianças era numa bacia.

(...) o banho é normal, já dei banho a dois filhos, encho a banheira, preparo a roupinha, o quarto quentinho, dou-lhe o banhinho normal, com o gel, o champô, o creme depois(E1)

(...) É assim eu estou a dar banho conforme eu já sabia, mas também conforme elas explicaram no hospital (E3)

A higiene do bebé é fundamental para o seu bem-estar, e nisto as mães estão de acordo, aderiram bem às técnicas do banho transmitida pelo enfermeiro do serviço de obstetrícia dos cuidados diferenciados, com a presença dos pais durante o primeiro banho. Esta prática é depois recomendada na consulta de SI no CS como um momento de disponibilidade, dedicação e afectos. O banho é um dos momentos mais gratificante na relação entre recém-nascido e os pais, pois se tudo estiver previamente organizado, a escolha da hora do banho depende muito da organização diária dos afazeres domésticos da mãe, ou então durante a presença dos pais em casa. (Silva, 2006)

(...) a minha mãe quando dá banho ao menino faz assim (exemplifica um sinal da cruz na testa) já é vício dela, nos outros, também fazia assim...e diz “Águinha de cú lavado para o menino correr fado”⁴ ... (E7)

O testemunho relatado pela mãe em que a avó faz uma reza e uma bênção, foi aqui interpretado com uma crença na purificação (água) e protecção Divina (sinal da cruz), acompanhado pela oração, descrita em Graça (1992). Esta oração *fada* o bebé para um bom desenvolvimento infantil, físico e cognitivo, refere-se ao banho (lavadura) como uma actividade que vai dar beleza (formosura), vai dar bem-estar, conforto. No estudo de

⁴ “ – Quando se lava a criança, dá-se-lhe água do banho a beber:

*Auguinha de cu lavado,
Para a menina ir ao recado (ou fado).*

*Auguinha do teu cu,
Que te não faz mal nenhum.*

*Quem quiser que o seu menino cresça,
Lave dos pés prà cabeça.*

*As boas águas te lavem,
E as boas fadas te fadem.*

*Auguinha, a correr,
E o menino a crescer!*

*Auguinha, a lavar,
E o meu menino a medrar!*

*Cada lavadura,
Cada formosura. (GRAÇA, 1992,p.85)*

Canteiro & Martins (2004), esta crença está associada ao desenvolvimento da fala da criança.

“Outro aspecto curioso, embora menos comum, está associado ao desenvolvimento da fala, pelo que, durante o banho, não só no primeiro, mas até que a criança comece a falar, a mãe ou a avó, enquanto dão banho, com a mesma água que lavam a criança, lavam a boca dizendo água de cú lavado, para falares cedo e declarado.” (Canteiro & Martins, 2004,p.11-12)

1.2.4. Estratégias de Resolução de Problemas

Esta subcategoria envolve várias soluções encontradas pelas mães na resolução de alguns dos problemas encontrados no bebé, simbolizam alguns sinais de alerta que são resolvidos com algumas práticas ancestrais, as crenças estão directamente ligadas a resultados satisfatórios na resolução do problema. Algumas delas estão directamente ligadas aos cuidados ao recém-nascido como por exemplo a desobstrução das vias aéreas superiores, falta de leite materno, febre e Choro por cólicas.

“ (...)agora com o frio a E. está sempre “roufonha” , ponho-lhe o soro, puxo com a bombinha... mas ela esta sempre com ranhinho (ranho) no nariz, eu aspiro mas mesmo assim, não sai nada... ela mais deitada quer respirar e não consegue...(E2)

A preocupação da mãe, estava no deitar a A., e esta, não respirar, deslocou-se à farmácia, e adquiriu com facilidade todos os equipamentos necessários para a aspiração de secreções e nebulizações. Esta atitude é recorrente, encontramos noutras famílias, a ida à farmácia como recurso de resolução de problemas, é muito frequente, para além da obstrução nasal, temos as cólicas, o choro descontrolado, a falta de leite materno, etc.

(...) tanto que eu tinha comprado uma lata de farinha, por acaso para ficar em casa, porque eu não tinha intenções de lhe dar o biberão, se tivesse o meu peito, eu queria o meu peito, mas por acaso foi o que o salvou (E3)

Também esta mãe foi à farmácia e comprou o leite adaptado mesmo antes de saber se precisava dele ou não, a crença de que o peito não alimenta o bebé, que era insuficiente, que o choro do bebé é sempre por fome, a resolução está na administração do biberão.

(...)Sim, nos bebés e nas crianças, até me fazia a mim...quando eu tinha 5 anos...tinha febre, ela descascava batatas e partia às rodela como se fosse para fritar e depois punha um pano com água fria por cima das batatas e punha-me na testa ...(E5)

As rodela de batatas e a água fria na região frontal, baixa a temperatura alta, amido e água fria, nas medicina naturais, esta terapia aparece para curar as cefaleias intensas e não para baixar a temperatura, no entanto confiam nesta técnica e resolvem em parte o problema.

(...) Avó: Eu? No meu tempo resolvia as cólicas, deitava – os de bruços, e depois não fazia mais nada (...) Mãe: Mas eu não faço assim, foi uma coisa que me chamaram logo à atenção, porque eu deitei os meus filhos, e deitei de bruços e disseram logo, «não botes o bebé assim» porque ela pode não mexer o pescoço e ficar com falta de ar, e eu nunca mais (...) Avó: Podes botar assim, mas só quando está acordado (...) Mãe: Sim podemos botar assim, mas temos que estar à beira dela (E2)

As cólicas são uma preocupação constante dos pais, o posicionamento encontrado pela mãe e avó diferem, reflecte bem o conflito de novas competências aprendidas pela mãe, o posicionamento de bruços resolve mas também está ligado á morte súbita do recém-nascido, na crença “*pode não mexer o pescoço e ficar com falta de ar*“, no entanto a avó matem a crença e acrescenta a supervisão.

(...) Avó: Os meus não tinham, mas quando tinham, eu dava umas gotinhas cor-de-rosa na chupeta, e lá passava, senão dava água fervida (...)Mãe: E quando não fazem cocó, era com um troço de couve ou um termómetro... (E6)

(...) Dorme, ponho as gotinhas cor-de-rosa...é muito antigo...é do tempo deles (outros filhos) ...dou de vez em quando, senão é vício...2 a 3 gotinhas na chucha e cala-se (E7)

A solução encontrada, para o choro de desconforto do bebé, cólicas ou não, são as gotinhas de aero-om (cor-de-rosa), milagreiras, que resolvem quase tudo, produto com alguma polémica no mundo da pediatria, mais sacarose, do que eliminação das cólicas, no entanto todos estão de acordo no efeito de acalmar os bebés chorões. A água fervida

era também utilizada como solução para as cólicas, para a obstipação intestinal, o uso um troço de couve para estimulação anal, está em desuso.

Leininger alerta-nos que *“os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas por e tendem a estar englobadas na visão do mundo (...) de uma cultura específica”* (Tomey & Alligood, 2002, p.573). Nesta ordem de ideias a equipa de enfermagem deve valorizar estas práticas tradicionais no sentido de ir de encontro a saberes populares que resolviam alguns dos problemas dos recém-nascidos, estas crenças, em soluções, que minimizem o desconforto ao bebé, podem ser integradas e reconhecidas como motivação e creditação das competências parentais.

1.3. CRENÇAS E TRADIÇÕES NOS CUIDADOS AO BEBÉ

Os hábitos de vida asseguram a manutenção e o sustento da vida, as crenças advêm desse sentido de sobrevivência, os valores culturais são as crenças que adquiriram uma importância social inigualável, neste sentido e nesta dimensão foram encontradas nos cuidados ao bebé, as crenças em objectos protectores da vida do recém-nascido, as imagens religiosas que simbolizam a protecção Divina, e finalmente as superstições da existência de mau-olhado e o seu evitamento.

Goodnow (1992) citado por Kobarg & Vieira (2008) aponta algumas razões para estudar as crenças parentais, indicando, as crenças como uma importante forma de cognição e desenvolvimento do adulto, são úteis para compreender almas das práticas dos cuidados parentais, são aspectos do contexto no qual a criança vive, e podem indicar direcções nos processos de transmissão e mudança cultural.

Quadro nº4. - Categoria das Crenças e tradições nos cuidados ao recém-nascido

Categoria	Subcategoria
Crenças e tradições nos cuidados ao recém-nascido	Objectos protectores
	Imagens religiosas
	Superstições

Nesta categoria, podemos compreender o quão importante é para as famílias, as crenças na protecção do seu bebé, com base nas experiências vividas anteriores, impondo os

seus próprios valores, ao cuidado do bem-estar do recém-nascido, ficando por isso evidente uma intervenção reflectida por parte do enfermeiro de família.

1.3.1. Objectos Protectores

Esta subcategoria dos objectos protectores, são descritos pelos participantes com algum à-vontade, segundo os participantes protegem do mau-olhado, é vulgar trazer qualquer um destes objectos nos locais onde o bebé se deita ou permanece.

- **Caixa de fósforos, fita vermelha, Côdea de pão**

(...) Mãe: Fósforos...caixas de fósforos (...) no baby- cot...dizem também que é bom uma cabeça de alho, dizem que é bom, disseram – me ontem, mas eu ainda não pus (E4)

(...) ou um alfinetinho com uma fita vermelha, dentro na roupa do bebé por causa do mau-olhado(E5)

(...)é como dizer põe uma côdeazinha de pão para proteger... ..mas eu não acredito em nada disso...(E5)

(...)Tem a chavinha, o São Salomão, o corninho...o conjuntinho todo...antigamente, nós éramos assim, uma caixinha de fósforos e um bocadinho de pão...(E6)

Esta crença de protecção, representada pelos amuletos, no registo oral dos testemunhos, é muitas vezes visualizada, durante a 1ª consulta de vigilância em SI, o enfermeiro é confrontado com estes objectos durante o ensino da prevenção de acidentes ao demonstrar a técnica do uso da cadeira (sistema de retenção para crianças), por debaixo do forro ou das mantas da alcofa ou baby-cot, estão estes objectos. A protecção simbolicamente representada por estes objectos, significa que, o recém-nascido é um ser vulnerável e pode ser alvo de males, de inveja, de mau-olhado, pode ficar doente, pode não desenvolver fisicamente e cognitivamente como é desejável. A crença no mau-olhado também foi encontrada no estudo de Canteiro & Martins (2004) associado à gravidez não planeada:

“Destas, vinte e uma ocultaram-na por medo do mau olhado (...)”Esta última crença pode ser considerada nefasta para a grávida e para o feto. Parece que se trata de uma crença que é transmitida de mãe para filha ou de sogra para

nora e que está associada à ignorância das implicações de um início tardio da primeira consulta de vigilância pré-natal” (Canteiro & Martins, 2004,p.6)

Desta forma, a caixa de fósforos, a fita vermelha, o alho e a côdea de pão, são coisas ou objectos encontrados para afastar o mau-olhado provocado pela inveja, servem para repelir uma intervenção sobrenatural malfeitora, de acordo com a seita religiosa Kabbalah, a fita vermelha tem poderes protectores em relação ao mal.

“Uma tradição antiga é enrolar a Fita Vermelha sete vezes em torno do túmulo de Raquel, a grande Matriarca. Raquel, esposa de Jacob, deu à luz a dois filhos, após muitos anos de esterilidade: José, e mais tarde Benjamin. Durante o parto de Benjamin, Raquel morreu e encontra-se enterrada na Estrada entre Jerusalém e Belém, na Terra de Israel. (...) Os Kabbalistas acreditam que ao procurar a Luz de pessoas santas como Raquel, podemos usar sua poderosa influência para nos ajudar. De acordo com a Kabbalah, Raquel representa o mundo físico em que vivemos. Seu maior desejo é proteger e defender todos os seus filhos do mal. Quando amarramos a Fita Vermelha ao nosso pulso esquerdo, enquanto recitamos a poderosa oração Ana Becoach, selamos a poderosa energia de proteção de Raquel dentro de nós, uma vez que ela intercepta influências negativas que têm a intenção de nos causar mal.” Fonte: <http://portuguese.kabbalah.com/node/380>.

A inveja ou a má-língua, estão muitas vezes associadas a comportamentos ligados a relações sociais de vizinhança, a competição entre si pela posse de recursos, deste modo, as mulheres como gestoras dos recursos económicos familiares, asseguram a sua sobrevivência, são também as principais utilizadoras e transmissoras destas crenças culturais. Deste modo Pina-Cabral (1986) citado por Cole (1994):

“(...)afirma que o conceito de inveja é usado para explicar a existência do mal, sob a forma de infortúnio e conflito causados pela desigualdade social(...)” (Cole, 1994,p.140)

1.3.2. Imagens Religiosas

Esta subcategoria foi encontrada, crenças em Santos com poder de protecção Divina, são imagens religiosas de origem cristã e que são muito usados na nossa cultura judaica cristã. Assim, desde logo, os recém-nascidos são acompanhados por objectos religiosos, na sua maioria, da religião católica⁵.

- **N^a Sr.^a de Fátima, Anjo da Guarda, São Salomão.**

(...) Eu do meu filho usava uma nossa senhora com água benta lá dentro...um frasquinho (...) Em casa tenho a Sagrada Família, a N^a Sr.^a de Fátima, tenho o Anjo da Guarda (E7)

(...) Mãe: Tenho, o anjo da guarda, tenho um na alcofa, tenho um no baby-cot , e tenho um no berço,... foi o que a minha mãe trouxe de Fátima (E3)

(...) Avó: Não, mas há pessoas que botam assim aqueles, aqueles... coisas, o São Salomão⁶, mas não, eu nunca tive, para mim não, para mim era o anjo da guarda, o anjo da guarda vai guarda-los, (..)Nos lugares onde ele repousa... a nossa tradição em casa é isso, nunca usamos, não botamos outras coisas, nem...como dizem “Bota o São Salomão, bota isto, bota aquilo...(E3)

A crença, a fé, a religião, está associada aos Santos cristãos, demonstrada pelo uso de medalhas ou pequenas estatuetas nos locais onde o bebé permanece. É também a pensar na protecção, no seu desenvolvimento e crescimento saudável. É uma tradição antiga, são as avós as primeiras a oferecer estes objectos religiosos, podem ser benzidos pelo Padre do lugar, ou então fazem uma digressão ao Santuário de Fátima para o efeito. Também Cutileiro (1977) ao debruçar-se sobre o estudo de Vila Velha no Alentejo,

⁵ Crença Religiosa é um tipo de Crença com as seguintes características específicas: convicção e disposição pessoal para reter e abandonar acções tendo em conta a opinião e princípios religiosos, fé religiosa que impregna, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um. (CIPE/ICNP, 2000)

⁶ “O grande Rei, dizem, era detentor de um anel mágico, um anel cabalístico que Lhe dava poderes maravilhosos, e no que existia desenhado o famoso SÍMBOLO DE SALOMÃO, (...). O anel de Salomão era um talismã valiosíssimo com o qual Salomão submetia à sua vontade todos os gênios e demônios. A Tradição Místicas dos árabes é riquíssima no que diz respeito aos imensos poderes do REI no domínio de todas as forças da natureza.” Fonte : Bibliografia: <http://eclesiastes2000.tripod.com/id2.html>

comunidade rural, encontrou nos rituais sobrenaturais de protecção contra o mau-olhado, crianças com estes amuletos.

“Desde os primeiros meses que usam, em volta do pescoço e cosidas `a roupa, pequenas medalhas de santos, orações impressas (...) figas para o mau-olhado, a miniatura de um corno para o quebranto e, o que é mais raro, a estrela de David.” (Cutileiro, 1977,p.365)

As imagens mais utilizadas são a representação da N.^a Sr.^a de Fátima e o Anjo da Guarda, são figuras ligadas à protecção, à maternidade, à família. A crença de que a religião é essencial para o bem-estar da família, faz com que a maior parte das mulheres acreditem que a devoção nos ensinamentos da igreja tal como a recebem, é o melhor caminho para suportar todas as dificuldades das suas vidas.

“ O culto e a devoção a Nossa Senhora constitui uma das características essenciais da religiosidade popular. É resultado dos ensinamentos católicos e, ao mesmo tempo, uma projecção dos valores sociais femininos (...) Lisón-Tolosana descreve (...)« O culto Mariano caracteriza-se pela projecção da condição das mulheres em Maria, como Mãe de Deus; não é a Deus nem aos Sacramentos que elas recorrem mais frequentemente nas suas necessidades, quando os seus maridos ou os seus filhos adoecem ou em qualquer outra situação de emergência” (Cole, 1994,p.121)

1.3.3. Superstições

Esta subcategoria engloba algumas crendices como: Almas perdidas vagueiam de noite, não passar por cruzamentos, antes de o Baptizado, não sair de noite, e deve ser o pai a transportar o bebé à noite.

“(...) Pai: Para não apanhar as almas perdidas, andam assim coisas...almas perdidas... os mitos antigos (E4) Mãe: Vagueiam de noite...e não de dia...quando anoitecer recolho (E4)

“(...)Mãe: Para poder arejar à noite ou quem quisesse andar à noite...ou para lados mais longe, que passassem por cruzamentos...à casas que dizem que fazem assim e assado, faziam lá coisas (E6) (...) Avó: À noite nunca...tenho

medo, que possam apanhar ares (...) antes do baptizado não, depois já...a gente já tinham mais segurança assim (...) Mãe: Depois até já pode sair à noite e tudo (E6) (...) Avó: Ela sai, mas antes da meia-noite tem de estar em casa...tem uma velhota que mora à nossa beira tem 87 anos, e diz que até à meia-noite é o pai que leva a menina... no baby-cot, com o pai a menina fica mais protegida... (E6)

Acreditam que existe uma forte possibilidade se o bebé sair à noite, não andar protegido, que as *almas perdidas* que vagueiam à noite possam *entrar* no bebé e ajam mal, por isso acreditando ou não é sempre recomendável seguir o que se diz. São os mais velhos que o dizem, e já vem de longa data.

“ «Não ouves que bateu a meia-noite?» Apaga a luz; não despertes quem vagueia pelas ruas. Silêncio! Chegou as horas deles: são aventesmas, sombras, bruxas, corredores, almas penadas, espíritos malignos, os diabos; tudo vagueia, nesta hora fatídica por essas ruas e vielas sem luz!” (Graça, 1992, p. 72)

Não apanhar ares da noite e não passar cruzamentos porque as bruxas podem lá estar, fazem coisas ruins, fazem mal ao bebé, pode ficar doente e não desenvolver-se saudavelmente.

“ Nas noites de luar, a esta hora, não caminhes na linha da sombra, porque podes ficar tolhido pelos ares. Foge das encruzilhadas e de atravessar os regatos e os rios; foge principalmente, das pontes, sob as quais se acoitam as bruxas e coisas ruins. “ (Graça, 1992, p. 72)

- **Roupa do bebé não fica de noite**

Da mesma maneira também a roupa do bebé deve estar protegida de todos os males de inveja e mau-olhado, não fica de noite por causa das *almas penadas* e coisas ruins que vagueiam de noite, quase todos os participantes foram unânimes nesta crença, ninguém arriscava deixar a roupa a secar de noite.

“(..).Mãe: mas não fica de noite, dizem que não é bom(...). Avó: A mim diziam, mesmo que lavasse ao fim do dia, não secava, dobra mete numa bacia e de manhã põe a secar (...) tiro ao fim do dia (...)(E2)

(...)Mãe: A secar eu nunca ponho lá fora, ponho dentro da marquise no estendal em baixo, não gosto, e dizem que não é bom logo que eles nascem, enquanto são recém-nascidos, enquanto não forem baptizados (E3) (...) Avó: Mas por norma, depois do baptizado já podes sair, à noite...eu tenho a minha sogra que tem 91anos, e ela diz, é como comer, “Não comas arroz com sangue, não comas que faz mal...(E3)

(...)fora ...não, antes do baptizado...não deixo ficar de noite, só durante o dia, dizem que não é bom...não sei...é para não apanhar o ar da noite(E4)

(...)E fica lá fora de noite? Mãe: Não, não fica...(E5)

(...)De noite não, eu não, dizem que não é bom...já vem de antigamente, dizem que não é bom deixar a roupa do bebé na rua...enquanto não estar baptizado...(E7)

Como podemos verificar pelos testemunhos dos participantes, a protecção do bebé passa pelos cuidados com a roupa, para que nada prejudique o seu desenvolvimento saudável, para que não apareçam doenças e outras causas que prejudiquem o bebé. O baptizado torna o bebé mais forte, mais resistente ao mal, mais protegido, tanto dos malefícios das almas penadas e coisas ruins, com também está mais apto, mais desenvolvido, para poder sair para o exterior em qualquer hora do dia, na companhia dos familiares, isto porque o baptismo é consumado quando o bebé tem 3 a 4 meses de idade. Para além dessa protecção, o bebé começa a fazer parte da comunidade cristã, libertando-se do pecado original de Adão e Eva, e segue a *vida*, no entender da família, com mais liberdade, com mais benzas divinas, e mais protegido do mau-olhado.

“Prevalece, em boa parte, no território em análise, a ideia que o recém-nascido antes de ser baptizado, está exposto a poderes maléficos, o corpo está aberto, é moiro, ou pagão, (quem não tem padrinho morre moiro) (VASCONCELOS, J.L., 1986:46) Com o ritual do baptismo, para além da integração efectiva na sociedade, nomeadamente na comunidade religiosa, deixando de ser anjinho, há também o sentimento de libertação do pecado original, daí terminar um período de atenção e cuidados redobrados. Apesar das mutações culturais que se têm feito sentir um pouco por todo o país,

deparámo-nos com um conjunto significativo de precauções especiais mantidas até ao momento do baptizado.” (Canteiro & Martins, 2004,p.12)

Estas crenças são de facto parte integrante da vida da comunidade piscatória, não existe uma explicação objectiva, mas uma compreensão subjectiva, um reconhecimento na forma como são valorizadas e integradas no seu contexto de *vida*. O recém-nascido, considerado o elo, elemento, mais fraco da família, é também o que tem de ser mais protegido, daí o que transporta mais amuletos e crenças mais simbólicas. Durante os testemunhos das famílias não foi possível encontrar qualquer explicação porque usavam amuletos, ou porque utilizavam algumas práticas de cuidados, diziam que os mais velhos é que agiam assim e portanto também eles o faziam, uns diziam que não acreditavam, mas não era bom, não fazer, no estudo de Canteiro & Martins (2004), foram encontradas algumas parecenças nas crendices:

“As crenças relativas à colocação de amuletos nas pulseiras ou fios do bebé, sal e fósforos quando sai de casa (até completar o primeiro ano), a tesoura aberta debaixo da cama e o saquinho, estão associados ao misticismo, ao sobrenatural, bastante implantado ainda neste espaço geográfico. Quando tentamos questionar e perceber as causas subjacentes a este tipo de procedimentos, encontramos sistematicamente como resposta: os antigos é que sabem, se eles faziam assim e nada nos aconteceu não custa nada fazer o mesmo. Podemos deduzir que estas práticas e crenças associadas ao sobrenatural, não são explicáveis, persistem e reproduzem-se ao longo de gerações, sem que quem as implementa as coloque em causa.” (Canteiro & Martins, 2004,p.15)

De acordo com estes testemunhos, podemos *acreditar* que estes amuletos, estas crenças, esta fé, no poder protector, Divino ou não, fazem parte da vida desta comunidade, e que se destacam, são importantes para o seu desenvolvimento biopsicossocial da família. Nesta perspectiva, em enfermagem, a inclusão da cultura, o cuidar cultural, é relevante para atingir a harmonia dos cuidados prestados nesta comunidade, de acordo com as práticas actuais de cuidados na comunidade, os enfermeiros devem estar atentos e preparados para esta diversidade cultural, estamos no caminho da enfermagem transcultural.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo proporcionou um melhor entendimento dos pressupostos da enfermagem de família nos CSP, no papel de educadores e promotores de comportamentos saudáveis, o enfermeiro de família tem de ajustar os seus conhecimentos técnico-científicos aos valores culturais da família alvo.

A promoção da saúde é, em primeiro lugar, um direito das famílias ao longo do seu ciclo vital. O Enfermeiro cujo público-alvo seja a criança/família é um agente privilegiado, pela proximidade que se estabelece, podendo desempenhar um papel muito importante ao nível da promoção da saúde. Encarando a Promoção da Saúde como um processo educativo que, conscientemente, cria oportunidades para aumentar conhecimentos relativos à saúde e para desenvolver a compreensão e as competências pessoais que a promovam, torna-se necessário desenvolver metodologias de intervenção activas que impliquem directamente os cidadãos neste processo. Promover a saúde, é um processo contínuo, persistente e empenhado que visa elevar capacidades e competências individuais e colectivas de agir sobre factores que condicionam positiva ou negativamente a saúde. Para que haja mudança de comportamentos e atitudes é necessário desenvolver projectos cuja estratégia tenha por base um processo participado e culturalmente motivante.

Deste modo foi premente compreender a influência das crenças e valores culturais da família piscatória da região da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que frequentam a consulta de SI para vigilância de desenvolvimento dos seus recém-nascidos. As famílias na inquietação de proporcionar o melhor ao recém-nascido, vêm-se confrontadas, muitas vezes, com a necessidade de encontrar um patamar de equilíbrio entre as informações transmitidas pelos técnicos de saúde, em consultas de SI, e esclarecer muitas dúvidas e anseios enraizadas no património cultural familiar. Desta forma ao longo do estudo surgiram diferentes oportunidades de aprendizagem

Através dos referenciais teóricos - metodológicos adoptados, e o caminho percorrido pela aprendizagem do estudo, permitiu resultados qualitativos que dimensionaram o perfil e a trajectória da influência crenças e valores culturais nos cuidados ao recém-nascido, aprofundando o conhecimento da temática optando-se pelo estudo de caso, permitindo a descoberta de um número relações existente entre os membros da família que de outra forma não era possível identificar.

A contribuição das Ciências Sociais e Humanas, nomeadamente a Antropologia cultural, Sociologia e as Ciências da Saúde, ajudaram a compreender e a interpretar através dos seus estudos que para além da concepção biológica, era urgente conhecer determinados valores, crenças, comportamentos, e outros factores sociais e culturais, reflectindo uma visão mais holística e reveladora das concepções e as práticas sobre saúde, ligadas ao contexto cultural.

No século passado a diferença entre a medicina primitiva e a medicina científica, era uma preocupação para as ciências sociais, antropologia cultural, pelas *diferenças* entre o homem primitivo e o civilizado, entre a magia e a ciência, na época Malinowski inaugurava uma nova forma de fazer antropologia, ao estudar as sociedades primitivas através do método etnográfico (observação participante e o diário de bordo) á luz da teoria funcionalista (funções sociais), analisando a estrutura dessas sociedades e o modo de vida dos indivíduos, traduzido em valores, crenças e práticas (Boehs, 2007).

Desta forma era necessário para obter sucesso na implantação de modelos de desenvolvimento na área da saúde, uma aceitação e reconhecido que a medicina das populações envolvidas destes povos podia ser eficaz. Assim, era fundamental considerar os aspectos socioculturais, baseado naquilo que “o outro” sabe, na sua cultura, confrontado por exemplo com uma doença complexa ou uma situação de cuidados. Este aspecto levou à consciência do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, a perceber que o argumento da informação que muitas vezes ocorre na prática clínica, é um impedimento para o entendimento, desde que este não oriente o indivíduo, família ou comunidade para o cuidado multicultural (Boehs, 2007).

A educação em saúde realizada nesta perspectiva é feita pensando naquilo que o profissional passa a assumir como autoridade da sua cultura profissional, sem muita ciência, sem se focalizar no cuidado humano através de um processo interactivo entre a enfermeira e o indivíduo. Deste modo a teoria de Madeleine Leininger, da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, para a enfermagem, ajuda a mudar a atitude e o comportamento técnico profissional da enfermagem. O enfermeiro de família, que ao estar próximo do seu objecto de cuidados, a família, deve salientar todos os aspectos do contexto cultural onde esta está inserida. O uso do diagrama Sunrise de Leininger, ajuda a compreender a ampla visão do ser humano como objecto do cuidado cultural, tanto no aspecto êmico, quanto no ético, resultando na tomada de decisão e nas acções de cuidado de enfermagem representadas pela manutenção/ preservação,

acomodação/negociação e repadronização /reestruturação do cuidado cultural, o cuidado culturalmente congruente (Oriá, 2007).

“ Estamos a entrar numa nova fase da enfermagem à medida que vamos valorizando e utilizando os conhecimentos de enfermagem com destaque para o cuidar humano e com enfoque nos comportamentos de saúde e doença. Com a migração de muitos grupos culturais e o aparecimento da identidade cultural do consumidor e as exigências do cuidar culturalmente baseado, as enfermeiras estão a aperceber-se da necessidade de práticas culturalmente sensíveis e competentes” (Leininger, 1996, cit. Tomey & Alligood, 2002, p. 578)

A evolução da profissão de enfermagem como carreira reconhecida no seio da sociedade, passou não só pelo empenho profissional na melhoria de cuidados prestados, mas implicou também um investimento na formação dos mesmos, cada vez mais responsabilizada e consciencializada. A filosofia de formação aponta para a necessidade de desenvolver um conjunto de competências, essenciais à prestação de cuidados, valorizando as competências relacionais, de pensamento crítico e reflexivo.

Em enfermagem de saúde infantil e pediatria, a orientação e fundamentação do *estar* na enfermagem e respectiva prática de cuidados baseia-se numa abordagem centrada na criança e família, valorizando os componentes psicológicos e socioculturais e não apenas os fisiológicos, no sentido de respeitar a criança como *pessoa* que é. A família é uma referência para a pessoa desde que esta nasce até que esta morra, passando por um processo de desenvolvimento através de uma aprendizagem de hábitos, costumes, valores e códigos de linguagem que o tornam específico e o diferenciam dos outros seres humanos (Relvas & Alarcão, 2007)

Desta forma a abordagem de cuidados centrada na criança e família segue a linha de orientação do cuidar, a opção por determinadas abordagens está directamente relacionada com valores e crenças, é imprescindível que os pais transmitam à equipa de saúde informações sobre o comportamento do seu filho a nível físico, psicológico e social, são aspectos de que eles têm íntimo conhecimento. É importante que tomem consciência dos contributos que podem dar, pelo que devem ser encorajados a fazê-lo e a participar nos cuidados. Assim do estudo efectuado, da vivência das famílias piscatórias que cuidavam os seus recém-nascidos, num sistema de crenças e valores

culturais, foram encontradas três Categorias: Organização Familiar, Cuidados ao recém-nascido e Crenças e tradições nos cuidados ao bebê.

Na categoria Organização Familiar foram encontradas com as subcategorias: Mulheres cuidadoras e Papeis masculinos. A competência Parental no testemunho destas famílias está intimamente ligada ao papel desempenhado pela mulher, mãe, avó, madrinha, tia materna, irmã. Desta forma os cuidados ao recém-nascido são maioritariamente praticados pelas mulheres, gestoras da economia de subsistência familiar. A transmissão oral, das práticas de cuidados ao recém-nascido através de valores culturais da família, de geração em geração, consolida as competências parentais no seio da família piscatória. O papel masculino é marcado pela ausência dos homens em terra, que partem para o mar na actividade da pesca, ficando assim os cuidados ao recém-nascido entregue às mulheres da família, no entanto fazem questão de quando estão em casa participar na supervisão dos cuidados, e até esporadicamente executam alguns deles.

Na dimensão dos Cuidados ao recém-nascido, na categoria cuidados ao bebê, foram encontradas as subcategorias: Alimentação, Sono e Repouso, Higiene e Conforto, e Estratégias de Resolução de problemas. A alimentação materna é uma das preocupações das mães, não só pela crença no mito da mama vazia e na mamada ineficaz, como também no dilema entre a informação recebida pelos profissionais de saúde incentivando o aleitamento materno e a crença no biberão, como solução indispensável, se o bebê está ou não, com falta de alimento, é utilizada por quase todas as mães entrevistadas. Os hábitos de sono e repouso do bebê são descritos como cuidados protectores ao dormir junto da mãe. A crença de que o bebê está mais protegido, dormindo ou na cama dos pais ou no berço no quarto do casal, sustentam a crença que devem ter estes cuidados até atingir um ano de idade, ficando assim debaixo do olhar atento da mãe. Os sonos trocados são resolvidos pela crença de vestir a roupa do avesso ao bebê. A higiene e conforto do bebê, o banho é referido, pelos testemunhos sem dificuldade na sua execução, no entanto, num deles, associado ao banho é feita uma bênção e oração para purificar e dotar o bebê de um bom desenvolvimento físico. A estratégia de resolução de problemas, esta subcategoria envolve várias soluções encontradas pelas mães na resolução de alguns dos problemas encontrados no bebê, simbolizam alguns sinais de alerta que são resolvidos com algumas práticas ancestrais, as crenças estão directamente ligadas a resultados satisfatórios na resolução do problema. Algumas delas estão directamente ligadas aos cuidados ao recém-nascido

como por exemplo a desobstrução das vias aéreas superiores, falta de leite materno, febre e Choro por cólicas.

Na dimensão Crenças e valores culturais nos cuidados ao recém-nascido, a categoria crenças e tradições nos cuidados ao recém-nascido, foram encontradas as subcategorias: objectos protectores, imagens religiosas e superstições. Os objectos protectores, amuletos (caixa de fósforos, fita vermelha e côdea de pão), são descritos pelos participantes como protecção do mau-olhado, é vulgar trazer qualquer um destes objectos nos locais onde o bebé se deita ou permanece. As imagens religiosas estão associadas aos Santos Cristãos, demonstrado pelo uso de medalhas ou pequenas estatuetas nos locais onde o bebé permanece, como a convicção na sua protecção, no seu desenvolvimento e crescimento saudável. As superstições englobam algumas credices como: almas perdidas que vagueiam de noite e podem incorporar no bebé, provocando doenças ou atraso no seu desenvolvimento infantil, não passar por cruzamentos e não sair de noite, antes do Baptizado, e deve ser o pai a transportar o bebé à noite, são crenças em superstições ancestrais relatadas pelas pessoas mais idosas da comunidade, não deixando no entanto de influenciar e limitar as saídas para o exterior com o bebé.

Para o estudo das crenças e valores culturais das famílias da comunidade piscatória e apreender sua influência nos cuidados aos recém-nascidos, a TDUCC de Madeleine Leininger vai ajudar a compreender e a explicar alguns dos fenómenos do cuidado multicultural dessa famílias, não só pela aplicação e contribuição de alguns dos métodos da investigação qualitativa, a observação e a análise de conteúdo interpretativo das entrevistas efectuadas, semi-estruturadas, de questões abertas, como também as noções da etno-enfermagem, para a classificação sistemática das crenças, valores e práticas de cuidados aos seus recém-nascidos. Por outro lado a orientação ilustrada pelo modelo de Sunrise de Leininger dá-nos uma visão geral dos factores que podem influenciar, na certa, o comportamento das famílias perante as demonstrações das competências parentais durante a consulta de enfermagem de SI. Desta forma também com a constatação de que o conhecimento dos estudos realizados no âmbito antropológico e cultural nesta comunidade, como o de Azevedo e Sally Cole, são de grande relevância para o competente desempenho dos enfermeiros de família.

SUGESTÕES

A crença, a fé, a religião, está associada aos hábitos de vida, que asseguram a sua manutenção, daí fazer sentido a sua importância no acompanhamento dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família. Os valores culturais adquiriram um interesse social de modo a desenvolver e permitir um ajuste na intervenção na diversidade das necessidades encontradas nas famílias. Como resultado deste trabalho podemos reconhecer a importância das crenças e valores culturais das famílias da comunidade piscatória da região de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que influenciam os cuidados ao recém-nascido, devendo por isso apostar em algumas sugestões de ordem prática:

- Debater no contexto das USF/ UCC, ACES – Grande Porto V - da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, as competências do enfermeiro de família tendo em conta que o seu desempenho tem como objectivo satisfazer as necessidades familiares, no seu contexto biopsicossocial e cultural, tendo como ponto de partida os resultados deste estudo:

- Enfatizar o ensino da Enfermagem Transcultural, na formação inicial e pós-básica dos enfermeiros pois somos um país com uma grande diversidade cultural, devemos estar preparados para o *cuidado cultural congruente*, ajustado aos diferentes contextos socioculturais, rurais, urbanos, piscatórios. Vivemos num país ex colonizador, recebemos a herança cultural de outros países, povos, que são actualmente nossos clientes, famílias de diversos âmbitos étnicos (africanos, brasileiros, romenos, chineses, muçulmanos, etc.).

- Planear intervenções centradas na família, de acordo com os programas de saúde, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis, evitando assim o desajuste na informação fornecida, criando modelos de educação para a saúde, que possam levar a bom porto, a qualidade patenteada em ganhos em saúde.

- Aprofundar o conhecimento de enfermagem através da realização de estudos investigação tendo como foco a família, pois só assim existe autonomia da profissão de enfermagem, o futuro do enfermeiro reside no conhecimento da disciplina e no reconhecimento da prática de cuidados com segurança.

A intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediatria, deve, pela sua posição privilegiada junto da família, e tendo-a como parceira nos cuidados, ser o principal impulsionador do bem-estar familiar.

“No meu sonho e no meu entendimento, acredito que se quisermos considerar o período do recém-nascido como um tempo de formação que amadurece paralelamente ao desenvolvimento do sistema familiar, teremos que ter em conta todos estes conceitos. No meu sonho para o Bebê XXI, vejo uma oportunidade de utilizar este período como um ponto de encontro durante o qual os pais podem ser orientados na adaptação ao novo membro do seu sistema familiar” (Gomes-Pedro et al, 2005,p.29)

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-

- AMENDOEIRA, José (2008) – A educação e a enfermagem em reestruturação - Profissões e Estado: o conhecimento profissional em enfermagem, in: Ávila J. L. e Pereira, H.R. (Orgs), políticas públicas, conhecimento profissional. Porto Pivpsic/Legis Editora., pp.209 – 239

- AMEZCUA, Manuel (2000) - El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: Una aproximación a la observación participante: Artículos Especiales, Metodología Cualitativa, Index de Enfermería/ Otoño 2000, Año ix:, n.30, pp. 30 – 35. <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>

- AZEVEDO, José (2001) – Histórias do mar da Póvoa – Povoia de Varzim; Coleção “Na linha do horizonte - Biblioteca Poveira”; 1ª edição compilada; Editor Câmara Municipal da Póvoa de Varzim, ISBN 972-9146-29-2, pp.352.

- BOEHS, Astrid E., MONTICELLI, Marisa, WOSNY, Antônio M., HEIDEMANN, Ivonete B. S., GRISOTTI, Márcia (2007) - A interface necessária entre enfermagem, educação em Saúde e o conceito de Cultura - Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2), pp. 307- 314. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>

- BOBAK, Irene M., LOWDERMILK, Deitra L., JENSEN, Margaret D., PERRY, Shannon E. (1999) – Enfermagem na Maternidade - LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Lisboa, 4ª edição, ISBN: 972-8383-09-6, pp.1017.

- CAMPOMAR, Marco C. (1991) – Do uso de “Estudo de Caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração - Revista de Administração, São Paulo, v.26, nº3,p.95-97, Julho/Setembro.<http://www.pessoal.utfpr.edu.br/luizpepplow/disciplinas/metodologia/O%20uso%20de%20estudos%20de%20caso.pdf>

- CANTEIRO, Elódia E.L. & MARTINS, Maria de Fátima S. V. (2004) - A Maternidade: Crenças e tradições em territórios amostra do distrito de Braga. O passado, o presente. Que futuro?, Resumo, pp.19, http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Lopes_Canteiro_E_E.pdf

- CASAL, Adolfo Yáñez (1996) – Para uma Epistemologia do Discurso e da Prática Antropológica – Edições Cosmos, Lisboa, ISBN: 972-762-023-X, pp.142.

- CARAPINHEIRO, Graça (Org.) (2006) – Sociologia da Saúde, estudos e perspectivas – 1ª edição, Pé de Página, Editores, Lda. Coimbra.

- COLE, Sally (1994) – Mulheres de Praia, O trabalho e a Vida numa Comunidade Costeira Portuguesa - Publicações Dom Quixote; 1ª Edição de Outubro, Lisboa.

- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, 5ª edição, Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, pp.385.

- COSTA, Maria A. – Cuidar de Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros – FORMASAU – Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-24-7, pp. 327.

- CRACEL, Cândida (2002) – O holismo na Educação para a Saúde - «Trajectos e projectos». Viana do Castelo: Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo. N.º 2, Maio de 2002, pp. 31-35.

- CUTILEIRO, José (1977) – Ricos e Pobres no Alentejo – (Uma Sociedade Rural Portuguesa) - 1ª edição, Livraria Sá da Costa Editora, pp.437.

- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O Processo de Investigação: da concepção à realização, 3ª edição, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Lisboa, ISBN: 972-8383-10-X, pp. 388.

- GRAÇA, A. Santos (1992) – O Poveiro – 3ª Edição; Publicações Dom Quixote; Lisboa, ISBN: 972-20-1022-0, pp.210.

- HANSON, Shirley M. H. (2005) - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação - LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Lisboa, ISBN: 972-8383-83-5, pp.497.

- HOEFLE, Scott W. (1997) - Mundividências encantadas e desencantadas no sertão do Nordeste brasileiro - Análise Social, vol. xxxii (140), 1997 (1.º), pp.189-213, <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221840912P8pSM6wb0Ws25BC5.pdf>.

- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria R.(1993) – Metodologia do planeamento da saúde - Manual para uso em serviços centrais regionais e locais, 3ª edição da Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- MALINOWSKI, Bronislaw (1984) – Magia, Ciência e Religião - Perspectivas do homem / edições 70, Lda. Lisboa, pp.272
- MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO (2008) – Edição: Comité Português para a NICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, Edição Revista de 2008, pp.45. http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf.
- MARINHO, Carla & leal, Isabel P. (2004) - Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros - Psicologia, saúde & doenças, Instituto superior de psicologia aplicada, Lisboa, 5 (1), pp.93-105, <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a07.pdf>.
- MORSE, Janice M. (2007) – Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa, Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., ISBN: 972-972-8485-89-4, pp.373.
- ORIÁ, Mônica O.B.; XIMENES, Lorena B.; PAGLIUCA, Lorita M.F. - Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis - Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1): 130-5. <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a21.pdf>.
- PEDRO, João Gomes; NUGENT, J. Devin; YOUNG, J. Gerald; BRAZELTON, T. Berry (2005) – A Criança e a Família no séc. XXI – Editora: Dinalivros e Paterson Marsh, Lta, Lisboa.pp.470.
- PINTO, T. V. - Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta - Vol. 22, Nº 2/3 ArquiMed, 2008. Disponível em WWW < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>>.

- PISCO, Luís (2007) – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2007 – 2009 - Ministério da Saúde, Missão para os CSP, 1ª edição, Litomaior, ind.Litográfica, Lda. 2007

- POIRIER, Jean, CLAPIER-VALLADON, Simone, RAYBAUT, Paul (1995) – Histórias de Vida, Teoria e Prática – 1ª edição portuguesa, Editora Celta, Oeiras, Lisboa

- POLIT, Denise F., BECK, Cheryl T., HUNGLER, Bernardette P. (2004) - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização - 5ª Edição, ARTMED – Editora SA, Porto Alegre, Brasil, ISBN 85-7307-984-3, pp.487.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1993). Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil.: Editorial do Ministério da Saúde, Lisboa. Alto Comissariado da Saúde. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_pt.htm

- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2009) - Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008 - Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, ISBN: 978-989-96263-0-0, pp.176. http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D0F2A43E-9EFF-4938-AB00-521E6812580F/18840/RelatorioCNCSA_2edicao.pdf.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2005). Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – Saúde Infantil e Juvenil Programa -Tipo de Actuação. DGS, Lisboa.

- PROCHNOW, Adelina G., LEITE, Joséte L., ERDMANN, Alacoque L. (2005) - Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: Visualizando a prática social do enfermeiro - Revista Latino-americana Enfermagem, artigo de revisão, Julho -Agosto; 13(4): 583-90, www.eerp.usp.br/rlae, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a18.pdf>

- QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, LucVan, (1992) - Manual de Investigação em Ciências Sociais – 1ª edição, Editora Gradiva – Publicações Lda. Outubro, Lisboa

- RELVAS, Ana P., ALARCÃO, Madalena (Coordenação), (2007) – Novas Formas de Família – Colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, 2ª edição, Impressão Papelmunde – SMG, Lda. Editora Quarteto, Coimbra, pp.340.

- SILVA, Ana Cristina Figueiredo Correia (2006) - Cuidar do recém-nascido – O enfermeiro como promotor das competências parentais - Dissertação elaborada sob orientação da Professora Doutora Natália Ramos, apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, pp. 284, <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169.pdf>

- SPERBER, Dan (1992) – O Saber dos Antropólogos – Perspectivas do homem / edições 70, Lda. Lisboa.

- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) - Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos - 4ª edição, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda., Lisboa, ISBN: 972-8383-05-3, pp.1225.

- TITIVEV, Mischa (1991) – Introdução à Antropologia Cultural – Fundação Calouste Gulbenkian, 7ª edição, ISBN Nº 972-31-0554-3, pp.419

- TOMEY, Ann M. ; ALLIGOOD, Martha R. (2004) – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, modelos e teorias de enfermagem – 5ª edição LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Lisboa, ISBN: 972-8383-74-6,pp.750.

- VALE, Jorge, CABRAL, Manuel V., RAMOS, Alice (2003) – Valores sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa – Edição Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, IBSN: 972-671-100-2, pp.496.

- WHALEY & WONG. (1989) – Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenção efectiva - 2ª edição, Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro.

- WRITH, Lorraine M., LEAHEY Maureen. (2009) – Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família, 4ª edição pela Editora Roca Lda., São Paulo, pp.294.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

ACES Grande Porto V
Póvoa de Varzim/ Vila do Conde
USF Casa dos Pescadores

25/11/2009 AS 481
For. Recebidos

Exm.º Sr. Presidente do Conselho Directivo
da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

ACES / GRANDE PORTO V
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE
Recebido 19/11/2009
Recebido nº 2604
Proc.º P. Ind. Silveira

Enviado cópia à
Coordenação e
Sector de Enfermagem
25/11/09

Maria José Ferreira da Rocha das Neves Martins, a exercer funções com a categoria de *Auditor*
Enfermeira Graduada, em regime de trabalho de 35 horas semanais, no Regime de Quadro Definitivo da Função Pública, encontrando-se matriculado no 2º ano do Curso de **Mestrado em Ciências de Enfermagem**, no Instituto Superior de Ciências Biomédicas Abel Salazar da UP, vem por este meio solicitar autorização para iniciar a Dissertação de Mestrado com o título *"As vivências, crenças e valores culturais no seio da família piscatória os comportamentos de procura de saúde no cuidar dos recém-nascidos"*

Para o efeito anexo os seguintes documentos: Resumo da Dissertação, apresentação do estudo.

Pede Deferimento,

Póvoa de Varzim, 17 de Novembro de 2009

Maria José Martins

Parceer do Responsável

m_josé_martins@hotmail.co

Exma. Senhora
Enf.ª Maria José Ferreira da Rocha das Neves
Martins
Centro de Saúde da Póvoa do Varzim
Rua Dr. Alberto Pimentel
4490 Póvoa do Varzim

SUA REFERÊNCIA:

DATA:
04/12/2009

NOSSA REFERÊNCIA:
811/2009 P. Ind

DATA:
09/12/2009

ASSUNTO: Tese de Mestrado

Venho por este meio informar V. Ex.ª que foi autorizada, em 7 de Dezembro de 2009, a realização da Dissertação de Mestrado, assim como a recolha de dados, pela Ex.ma Directora Executiva Dr.ª Judite Neves. Informa-se que a mesma deverá ser efectuada fora do seu horário de trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora Executiva do ACES

Judite Neves, Dr.ª
ACES / GRANDE PORTO V
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE
Directora Executiva
Dr.ª Judite Neves

/PM

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Maria José Martins, Enfermeira e aluna do MCE no ICBAS, Porto, estou a realizar um projecto e/ou estudo de investigação, com o qual pretendo compreender e averiguar a *influência das crenças e valores culturais das famílias de pescadores que cuidam dos seus recém-nascidos*. Este trabalho tem como finalidade a melhoria da prestação de cuidados - antecipatórios (ensinos/ educação para a saúde) na consulta de saúde infantil e /ou Visitação Domiciliária (binómio mãe/recém-nascido).

O instrumento de recolha de dados é a entrevista (gravada) que respeitará o anonimato e o sigilo profissional, garantindo e preservando a identidade de todos os intervenientes no estudo, que pode ser interrompida e anulada a qualquer altura por imposição dos participantes. Paralelamente à entrevista será realizada uma observação da execução dos cuidados ao recém-nascidos, registados em bloco de notas e/ou grelha de observação.

Tomei conhecimento e aceito participar no estudo _____

Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, _____

ANEXO III – GUIÃO DA ENTREVISTA

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
GUIÃO DA ENTREVISTA**

Entrevista nº _____

Data: _____

Início: _____ H Fim: _____ H

1: Caracterização sócio – Demográfica da família do RN						
Familiar/grau de parentesco	Idade	Estado civil	Habilitações académicas	Profissão/Actividade	Religião	OBS
2. Agregado Familiar/ local de residência						
Condições da Habitação						
Nº de Divisões da habitação						
Caracterização das divisões						

3. Caracterização /Identificação do RN		
Data de Nascimento:	Idade Gestacional:	Peso:
Local de nascimento: CHPV/VC	Tipo de Parto:	PC:
	Sexo:	Est:
Idade RN (entrevista):		
Vigilância Pré-Natal: U.S.Caxinas	Vigilância de S. Infantil: USCaxinas	
OBS:		

Questões Abertas

- Fale-me de como é a sua vida agora desde o nascimento do seu bebé?
- Como faz os cuidados ao bebé, o banho, a mudança da fralda, a desinfeção do coto umbilical? Quem os faz?
- Como dá de mamar ao bebé?
- Quando o bebé chora, que faz?
- Quem a ajuda a tratar do bebé?

ANEXO IV – CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEXTO /FRAGMENTO	
Organização Familiar	Mulheres cuidadoras	E1	<i>Faço a mesma coisa de quando tive os outros, faço como fazia com eles, embora já não me lembro muito bem, agora até parece mais fácil, mas esta criança come e dorme...agora ninguém me ajuda (...) já dei banho a dois filhos(...).</i>
		E1	<i>“Faço tudo sozinha, quando eu tive os outros, eu vivia na casa dos meus pais, e então eram eles que me ajudavam, a minha mãe.(...) Trato do bebé sozinha</i>
		E2	<i>Avó: Eu é que vou ficar a tomar conta dela, quando a mãe for trabalhar...</i>
		E2	<i>Não, ela sabe, ela sabe...eu ajudo noutras coisas, na roupinha a passar, arrumar as coisinhas dela...criei um de cada, a minha primeira neta, depois do filho e depois da filha...</i>
		E3	<i>Avó: “Quando estava solteira, ela era a madrinha dele, ela olhava por ele, via bem como eu e a irmã tratava-mos o sobrinho, o afilhado dela,</i>
		E3	<i>(...)por isso ela é muito mulher, foi sempre muito mulher, tanto como em questão de casa, como de trabalho, como de criar também, que ela ficou muitas vezes também com ele, e por isso eu deixei à vontade</i>
		E3	<i>(...) minha mãe ensinou assim e nós era-mos três raparigas...</i>
		E3	<i>(...) acho que ela se safa bem e que faz as coisas direitas, dou – lhes uns conselhos, olha o menino, bota-o sempre de lado, não o deites sem arrotar, banhinho todos os dias, não é? E ela tudo isso faz, roupinhas passadinhas</i>

			<i>sempre a ferro, tudo direitinho, tudo é limpeza, tem o quarto dele, mas para agora não o botes no quarto, é no vosso...</i>
		E3	<i>- Não mãe, eu quero estar na minha casa, mãe. - Queres estar na tua casa, e eu vejo que ela é muito ..., faz tudo aquilo que eu fazia, e por isso deixo-a à vontade."</i>
		E4	<i>Pai: Oh a...tu, cuidaste da tua irmã. (...) Mãe: Sim alguma coisa... (...) se tenho dúvidas, pergunto (...) ao Dr</i>
		E6	<i>Porque, ela não sabia...não tinha a noção de como era tratar dum filho...</i>
		E6	<i>Avó: Sim quando vivíamos todos juntos...e mesmo a irmã mais nova, quando via tratar a irmã mais nova, ela já tinha 7 anos...mas ela via o que eu fazia à irmã e começou a meter tudo na cabeça dela e hoje em dia tem de fazer à filha dela...há cuidados que ...tem que fazer assim tem de fazer assado...não é...tem 19 anos, ainda é uma menina...</i>
		E6	<i>Avó (...) porque agora é tudo moderno é mais fácil, no meu tempo eu é que fazia tudo, eu fazia tudo, era dar banho, dar de comer, era adormecer, de noite eu é que tinha estar ali, tudo, tudo...ter a comidinha a horas, tudo...eu era a única rapariga, os meus irmãos era todos rapazes...eu vivi aquilo e sei...eu via aquelas coisa...eu fiquei na escola até a 4ª classe, mas tive que estar ali a cuidar deles...</i>
		E7	<i>Mãe: Não, a minha mãe é que dava, este a minha irmã vem e dá-lhe banho (...) dos outros a minha mãe é que cuidava deles</i>
		E7	<i>A minha mãe do mais velho tomou conta, até aos 20 meses</i>
		E1	<i>(...) eu e o mais novo...o meu filho também ajuda</i>

	Papéis masculinos	E1	<i>(...)ao fim-de-semana ele (marido) ajuda depois, tem a ajuda do pai quando está em casa, ele faz tudo, dá banho, muda a fralda, trata dela (...)</i>
E3		<i>Se o meu marido ajuda? Com o primeiro filho dá em tolo, ...não pode ouvir um Hum... que ele está logo em cima a ver o rapaz.</i>	
E3		<i>Oh A.M. vai ver o menino! Não pode ser o menino bebé dormir tanto;...</i>	
E4		<i>Pai: As mães criavam os filhos aqui assim, duma maneira, os pais criavam fora doutra maneira, não é? Ganhar para dar alimentos...Não podem estar todos fora de casa, e como se costuma dizer “ alguém tem que trabalhar para a casa”.(...)</i>	
E4		<i>“(...) eu não dou o banho, tenho as mãos ásperas...sabe como é neste trabalho...” a mãe sorri (...)mas mudo a fralda às vezes...eu ajudo não vou para o café, fico à beira dela...</i>	
E4		<i>(...) Não tenho dificuldade nenhuma, ela tem tido algumas dorezinhas (...) quem me ajuda é o meu marido, ele vai e vem todos os dias... (...)ninguém ensinou aprendi sozinha...</i>	
E6		<i>Mãe: Ajuda, às vezes quando dou banho, ajuda assegurar no bebé...às vezes dá banho, poucas vezes, mas dá...a fralda...</i>	
E7		<i>(...) dorme comigo na cama...porque eu sou uma pessoa que ali fico, mexo pouco...Olhe, os meus mais velhos dormiram comigo até aos 6 anos...o meu marido estava sempre no mar, então púnhamos os três na cama...</i>	
E7		<i>O mais novo até ajuda, as vezes até acorda-o só para pegar nele...</i>	
		E1	<i>(...)ela mama bem, fica a dormir às vezes 4 horas seguidas...</i>
		E1	<i>(...) dou de mamar quando ela acorda, em horário livre</i>

Cuidados ao bebê	Alimentação		<i>(...) conforme ela acorda, não estou a olhar para as horas</i>
		E2	<i>Avó: Ela mama, mama, e depois é como os invejosos, parece que tem medo que lhe falte...</i>
		E2	<i>Mãe: Ela mama bem, mas sei lá, pode não estar a alimentar o bebê, sei lá... (...) olhe, ela anda sempre com a boca mesmo que esteja cheia... Mãe: Por isso é que eu não sei se mama bem, anda sempre à procura da mama...mas ela dorme 3 horas seguidas... O biberão ele cala-se, não há meninos assim, agora com peito eu boto-lhe o peito ele não chupa, nem nada, anda ali com a boca, a batalhar.</i>
		E3	<i>(...)mas não ele pega no peito para nada, eu não tenho nada, eu estive a espremer e tudo, e não me sai nada... Avó: Ele está a ficar mucho (murcho)... Mãe: Eu não tenho, ele não dá nada, não me dói o peito nem me sai nada, e dantes eu sentia aqueles talos aqui ...</i>
		E3	<i>(...) eu botava numa mama, ele não pegava, chupava e via que não vinha nada, às tantas não pegava, eu botava na outra e foi assim toda a noite,</i>
		E3	<i>Mãe: Fervi a água, pus no biberão, e pus duas colherzinhas, 90 são 3 colheres, 60 eram 2, daquelas colherzinhas que vêm franzinas (rasas), fiz-lhe e deixei arrefecer os 60, ele aí mamou, não mamou os 60, mas mamou metade, ...</i>
		E3	<i>(...)veio o biberão, ele não veio todo, ficou como um patinho, arrotou, e ficou, eram 6.30h e ele dormiu até 10.30</i>
		E6	<i>Mãe: Dou peito e depois dou o suplemento, dou</i>

			<i>um peito, deixo arrotar, espero um bocadinho e depois dou o outro...</i>
		E7	<i>Este não, não sei...porque os outros meus dois eu dava no hospital, chegava a casa o já não tinha leite, dei logo biberão, por isso quando tive este, falei deste, disse logo no hospital que também não ia dar...mais vale já dar o leitinho.</i>
		E7	<i>Faço 90cc de 3/3h, às vezes nem isso até de 2,5/2,5horas...3 colherezinhas...</i>
	Sono e Repouso	E1	<i>Ela agora dorme na caminha dela, no meu quarto, na caminha pequena,</i>
		E2	<i>Esta noite assustei-me com ela, faltou-lhe o ar, até me assustei...dormiu comigo, pus-lhe na travesseira e ela dormiu muito bem, na cama em baixo, a menina falta-lhe o ar...</i>
		E3	<i>(...)tem o quarto dele, mas para agora não o botes no quarto, é no vosso...</i>
		E3	<i>Dorme, quer dizer, estas duas noites, até tem dormido comigo porque é assim, eu já...eu não devo ter o peito..., não deve sustentar completamente, que nesta noite, foi uma noite em claro com ele, nem ele dormiu, nem eu dormi, porque ele gritava,</i>
		E5	<i>dorme na caminha dele, quer dizer na alcofa dentro da cama dele, está no meu quarto...fica lá até fazer 1 ano, porque dorme? Porque é assim...</i>
		E5	<i>É como trocar a roupa quando a criança anda com os sonhos trocados...</i>
		E6	<i>(...)mesmo quando a menina não dorme, anda com os sonhos trocados...ela diz assim"pega nas calças do pai e põe em cima da menina" Avó: Então...dobra-se a calça e põe-se em cima dela, mas a parte de cima...</i>
		E6	<i>Dorme comigo, junto a mim...no meu quarto...na minha cama ou na alcofa dela...de</i>

			<p><i>manhã passa sempre para a minha cama</i></p> <p><i>Avó: Fica lá até ao ano...não é assim? É uma protecção, a gente quer sempre ver o que acontece...porque ela é ainda pequenina...até a um ano pode acontecer alguma coisa, assim estamos a vê-la... mas ela também era assim, quando chega a minha casa vai logo para a minha cama...a mais nova que tem dose anos também vai, e nós quando éramos pequeninas também fazíamos a mesma coisa</i></p>
		E7	<p><i>(...) dorme comigo na cama...porque eu sou uma pessoa que ali fico, mexo pouco...Olhe, os meus mais velhos dormiram comigo até aos 6 anos...o meu marido estava sempre no mar, então púnhamos os três na cama...</i></p>
	Higiene e Conforto	E1	<p><i>(...) o banho é normal, já dei banho a dois filhos, encho a banheira, preparo a roupinha, o quarto quentinho, dou-lhe o banhinho normal, com o gel, o champô, o creme depois...</i></p>
		E3	<p><i>É assim eu estou a dar banho conforme eu já sabia, mas também conforme elas explicaram no hospital</i></p>
	Estratégias de resolução de problemas	E2	<p><i>(...)“agora com o frio a E. está sempre “roufonha” , ponho-lhe o soro, puxo com a bombinha... mas ela esta sempre com ranhinho (ranho) no nariz, eu aspiro mas mesmo assim, não sai nada... ela mais deitada quer respirar e não consegue...</i></p>
		E2	<p><i>Avó: Eu? No meu tempo resolvia as cólicas, deitava – os de bruços, e depois não fazia mais nada...</i></p> <p><i>Mãe: Mas eu não faço assim, foi uma coisa que me chamaram logo à atenção, porque eu deitei os meus filhos, e deitei de bruços e disseram logo: “ não botes o bebé assim”, porque ela pode não mexer o pescoço e ficar com falta de</i></p>

			<p><i>ar, e eu nunca mais...</i></p> <p><i>Avó: Podes botar assim, mas só quando está acordado...</i></p> <p><i>Mãe: Sim podemos botar assim, mas temos que estar à beira dela...</i></p>
		E2	<p><i>Avó: Numa bacia, antigamente não se usava nada disto...</i></p>
		E3	<p><i>(...)tanto que eu tinha comprado uma lata de farinha, por acaso para ficar em casa, porque eu não tinha intenções de lhe dar o biberão, se tivesse o meu peito, eu queria o meu peito, mas por acaso foi o que o salvou,</i></p>
		E4	<p><i>as pessoas chamam-lhe farfarinho, dizem que é do leite,.. umas enfermeiras dizem para lavar o peito, outras disseram para não lavar..."</i></p>
		E5	<p><i>Sim, nos bebés e nas crianças, até me fazia a mim...quando eu tinha 5 anos...tinha febre, ela descascava batatas e partia às rodelas como se fosse para fritar e depois punha um pano com água fria por cima das batatas e punha-me na testa ...</i></p>
		E6	<p><i>Avó: Os meus não tinham, mas quando tinham, eu dava umas gotinhas cor-de-rosas na chupeta, e lá passava, senão dava água fervida...</i></p> <p><i>Mãe: E quando não fazem cocó, era com um troço de couve ou um termómetro...</i></p>
		E6	<p><i>é uma rotina diferente...é no sono, é o dormir de noite, não consigo dormir...é o hábito que ela tem, chorava muitas vezes, e eu não sei o que ela tem...olhar mais para ela...dar mais atenção a ela...</i></p>
		E7	<p><i>Dorme, ponho as gotinhas cor de rosa...é muito antigo...é do tempo deles (outros filhos) ...dou de vez em quando, senão é vício...2 a 3 gotinhas na chucha e cala-se...</i></p>

Crenças e tradições nos cuidados ao bebé	Objectos Protectores	E4	<i>Mãe: Fósforos...caixas de fósforos (...) no baby-cot...dizem também que é bom uma cabeça de alho, dizem que é bom, disseram – me ontem, mas eu ainda não pus...</i>
		E5	<i>...é como dizer põe uma côdeazinha de pão para proteger... ..mas eu não acredito em nada disso...</i>
		E5	<i>...ou um alfinetinho com uma fita vermelha, dentro na roupa do bebé por causa do mau olhado</i>
		E6	<i>Tem a chavinha, o São Salomão, o corninho...o conjuntinho todo...antigamente, nós éramos assim, uma caixinha de fósforos e um bocadinho de pão...</i>
	Imagens religiosas	E3	<i>Mãe: Tenho, o anjo da guarda, tenho um na alcofa, tenho um no baby-cot , e tenho um no berço,... foi o que a minha mãe trouxe de Fátima, agora tenho dois...</i>
		E3	<i>Avó: Não, mas há pessoas que botam assim aqueles, aqueles... coisas, o São Salomão, mas não, eu nunca tive, para mim não, para mim era o anjo da guarda, o anjo da guarda vai guardá-los,</i>
		E3	<i>Nos lugares onde ele repousa... a nossa tradição em casa é isso, nunca usamos, não botamos outras coisas, nem...como dizem “Bota o São Salomão, bota isto, bota aquilo...”</i>
		E7	<i>Eu do meu filho usava uma nossa senhora com água benta lá dentro...um frasquinho...</i>
		E7	<i>Em casa tenho a Sagrada Família, a N^a Sr.^a de Fátima, tenho o Anjo da Guarda...</i>
		E2	<i>...mas não fica de noite, dizem que não é bom...</i>

			<i>Avó: A mim diziam, mesmo que lavasse ao fim do dia, não secava, dobra mete numa bacia e de manhã põe a secar (...) tiro ao fim do dia,</i>
	Superstições	E3	<i>Avó: Mas por norma, depois do baptizado já podes sair, à noite...eu tenho a minha sogra que tem 91anos, e ela diz, é como comer, "Não comas arroz com sangue, não comas que faz mal</i>
		E3	<i>Mãe: A secar eu nunca ponho lá fora, ponho dentro da marquise no estendal em baixo, não gosto, e dizem que não é bom logo que eles nascem, enquanto são recém-nascidos, enquanto não forem baptizados,</i>
		E4	<i>Pai: Para não apanhar as almas perdidas, andam assim coisas...almas perdidas... os mitos antigos...Mãe: Vagueiam de noite...e não de dia...quando anoitecer recolho...</i>
		E4	<i>...fora ...não antes do baptizado...não deixo ficar de noite, só durante o dia, dizem que não é bom...não sei...é para não apanhar o ar da noite</i>
		E5	<i>E fica lá fora de noite? Mãe: Não, não fica...</i>
		E6	<i>Para poder arejar à noite ou quem quisesse andar à noite...ou para lados mais longe, que passassem por cruzamentos...à casas que dizem que fazem assim e assado, faziam lá coisas...</i>
		E6	<i>Ela sai, mas antes da meia-noite tem de estar em casa...tem uma velhota que mora à nossa beira tem 87 anos, e diz que até à meia-noite é o pai que leva a menina... no baby-cot, com o pai a menina fica mais protegida...</i>
		E6	<i>Avó: À noite nunca...tenho medo, que possam apanhar ares...a nossa, nossa já metia...sim antes do baptizado não, depois já...a gente já tinham mais segurança assim... Mãe: Depois</i>

			<i>até já pode sair à noite e tudo...</i>
		E7	<i>De noite não, eu não, dizem que não é bom...já vem de antigamente, dizem que não é bom deixar a roupa do bebé na rua...enquanto não estar baptizado...</i>
		E7	<i>(...) a minha mãe quando dá banho ao menino faz assim (exemplifica um sinal da cruz na testa) já é vício dela, nos outros, também fazia assim...e diz "Águinha de cú lavado para o menino correr fado" ...</i>