

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

TÂMARA SILVA DE LUCENA

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE PUÉRPERAS QUILOMBOLAS À LUZ DA TEORIA
TRANSCULTURAL**

Maceió

2019

TÂMARA SILVA DE LUCENA

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE PUÉRPERAS QUILOMBOLAS À LUZ DA TEORIA
TRANSCULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção de vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Promoção da vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientadora: Prof. Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Maceió

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

L935p Lucena, Tâmara Silva de.
Práticas de cuidado de puerpéras quilombolas à luz da teoria transcultural / Tâmara Silva de Lucena. - 2019.
96 f. : il. color.

Orientadora: Jovânia Marques de Oliveira e Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 65-75.

Apêndices: f. 76-93.

Anexos: f. 94-96.

1. Enfermagem. 2. Período pós-parto. 3. Quilombolas – Cuidado pós-natal. 4. Enfermagem transcultural. 5. Grupo com ancestrais do continente Africano. I. Título.

CDU: 616-083: 618.6(=414)

Folha de Aprovação

TÂMARA SILVA DE LUCENA

Práticas de cuidado de puérperas quilombolas à luz da Teoria Transcultural

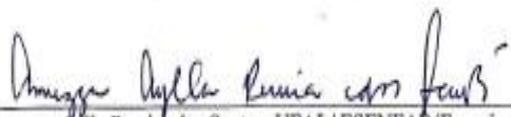
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas- Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção de vida. Linha de Pesquisa: Enfermagem, Promoção da vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Aprovada em 12 de março de 2019.


Dr.ª Jovânia Marques de Oliveira e Silva, UFAL/ESENFAR(Orientadora)

Banca Examinadora:


Dr.º Walter Matias Lima, UFAL/ CEDU (Examinador Externo)


Dr.ª Amuzza Aylla Pereira dos Santos, UFAL/ ESENFAR(Examinador Interno)

A todas as mulheres quilombolas do Muquém que me consentiram conhecer suas práticas de cuidado no pós-parto, contribuindo para a concretização deste estudo. A vocês, minha GRATIDÃO!!

AGRADECIMENTO

A Deus, pois sem Ele nada disso seria possível. Sou grata por teu amor, misericórdia, força e sabedoria em todos os momentos.

A Nossa Senhora, que sempre cuidou de mim e me embalou em seus braços quando meu coração precisava ser acalentado.

Aos meus amados pais, Manuel e Claudete, meu muito obrigada! Obrigada por acreditarem tanto em mim e em meus sonhos. Essa conquista só foi possível por que vocês me proporcionaram condições de chegar até aqui, envolta de muito amor, carinho, paciência e confiança. Amo vocês incondicionalmente.

Aos meus irmãos, Thatiane, Júnior e Tallisson, por todo amor, força e companhia nos momentos dessa jornada.

Ao Murilo, meu noivo, por seu amor e sua cumplicidade. Obrigada por me compreender, me ouvir e por sempre me lembrar que eu conseguirei, que sou capaz. Grata por sempre estender sua mão e ser tão prestativo.

A toda minha família e amigos por todo apoio, torcida.

A minha orientadora, Profa. Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva, obrigada pela confiança, apoio e todo conhecimento compartilhado nessa jornada. Grata pela oportunidade de me conduzir na realização desse sonho.

Aos professores, Prof. Dr^o. Walter Matias e Prof. Dr^a. Amuzza Aylla, obrigada por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa desta pesquisa e por compartilharem seus conhecimentos, favorecendo para o enriquecimento deste estudo.

À Prof. Dr^a. Isabel Comassetto, agradeço por dividir comigo seus saberes e contribuir com esta pesquisa.

A todos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas, pelo apoio durante todo o período do mestrado, em especial à Prof. Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio e à secretária, Monique Silva Godoi, pelo compromisso e competência.

Às Professoras do PPGEnf, por compartilharem seus ensinamentos e contribuírem com meu crescimento profissional.

A todos que compõem a turma 7 do PPGEnf, em especial, Luana Jeniffer, Willams, Isadora e Jéssica por tornarem este percurso mais leve.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas- FAPAL, pela concessão de bolsa do mestrado.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, da Comunidade Quilombola Muquém, em especial, Albertina, Alcina, Laurenize e Karina por todo acolhimento e apoio.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram na minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo as práticas de cuidado de mulheres quilombolas no período pós-parto. O puerpério se caracteriza por ser uma etapa marcante na vida da mulher, permeada por modificações locais e sistêmicas, provenientes da gravidez e do parto, onde o organismo da mulher vai retornando ao seu estado pré-gravídico; bem como modificações psicossociais, demonstrando que esse período necessita de uma assistência integral. Logo, é nessa integralidade do cuidado que estão inseridas as crenças, valores e culturas que cada mulher possui e que vão influenciar diretamente nas suas práticas de cuidado. Estas influências são aprendidas e transmitidas entre gerações, visando a saúde e o bem-estar das puérperas. Objetivou-se compreender as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas à luz da Teoria Transcultural de Leininger. Pesquisa de natureza qualitativa, aportada na etnoenfermagem e no referencial teórico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger. Participaram do estudo quatorze mulheres quilombolas que vivenciaram o período puerperal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.725.381. A coleta das informações ocorreu de junho a setembro de 2018 com a imersão da pesquisadora no campo, seguindo as etapas do percurso metodológico da etnoenfermagem, sendo utilizado o guia habilitador de Observação-Participação-Reflexão, um formulário de dados sócio demográficos, a entrevista semiestruturada e o diário de campo. A análise das informações foi realizada por meio do guia de análise sugerido por Leininger, através da etnoenfermagem. Da análise das informações emergiram três unidades de significância: Práticas de cuidado baseadas na cultura local, Práticas de cuidado na perspectiva de cura e Práticas de cuidado aprendidas versus cuidado profissional. Portanto, as práticas executadas pelas mulheres quilombolas visam o não adoecimento das mesmas nesse período, pois, caso viesse a ter alguma complicação, provavelmente deixaria sequelas para o resto da vida, demonstrando que os cuidados no pós-parto não envolvem apenas a dimensão fisiológica, mas também as socioculturais, que estarão envoltas por diversos fatores, quais sejam: religiosos, tecnológicos, políticos, econômicos, educacionais e de parentesco.

Descritores: Período pós-parto. Enfermagem. Enfermagem Transcultural. Grupo com ancestrais do continente africano.

ABSTRACT

This study had as object of study the care practices of quilombola women in the postpartum period. The puerperium is characterized by being a remarkable stage in the life of the woman, permeated by local and systemic changes, from pregnancy and childbirth, where the woman's organism returns to its pre-gravid state; as well as psychosocial changes, demonstrating that this period needs comprehensive assistance. Therefore, it is in this integrality of care that the beliefs, values and cultures that each woman possesses are inserted and that they will directly influence their care practices. These influences are learned and transmitted between generations, aiming at the health and well-being of puerperal women. The aim of this study was to identify care practices in the puerperium of quilombola women in light of the Leininger Transcultural Theory. Research of a qualitative nature, based on the ethno-inference and theoretical framework of the Theory of Diversity and Universality of Care of Madeleine Leininger, held in the Quilombola Muquém Remnant Community, in the municipality of. Fourteen quilombola women who had experienced the puerperal period participated in the study. The research was approved by the Research Ethics Committee, under the no. 2,725,381 opinion. The information was collected from June to September of 2018 with the immersion of the researcher in the field, following the steps of the methodological path of the ethno-inference, using the enabling guide of Observation-Participation-Reflection, a socio-demographic data form, semi-structured interview and the field diary. The analysis of the information was carried out by means of the guide of analysis suggested by Leininger, through the ethnographic. From the analysis of the information emerged four thematic units: Knowing the participants of the research; Care practices based on local culture, Care practices from the perspective of healing, and Practices of care versus professional care. Therefore, the knowledge and practices carried out by the quilombola women were aimed at the non-sickness of these women in this period, because if they had any complications during this period, it would probably leave sequels for the rest of their lives, demonstrating that postpartum care does not only involve physiological dimension, but also sociocultural, which will be surrounded by various factors, such as religious, technological, political, economic, educational and kinship.

Keywords: Postpartum Period. Nursing. Transcultural Nursing. African Continental Ancestry Group

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Entrada da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.....	22
Figura 2- Arte conhecida como cabeça de Muquém e panelas de barro.....	22
Figura 3- Entrada de acesso a Serra da Barriga, União dos Palmares.....	23
Figura 4- Casas da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.....	26
Figura 5- Unidade Básica de Saúde, Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.....	27
Figura 6 - Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fases da Observação- Participação-Reflexão de Leininger.....	25
Quadro 2: Caracterização das mulheres quilombolas entrevistadas na Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento materno exclusivo
CRQM	Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FCP	Fundação Cultural Palmares
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
O-P-R	Observação-Participação-Reflexão
PHPN	Programa de Humanização do Parto e do Nascimento
PBQ	Programa Brasil Quilombola
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1. Comunidades Quilombolas	15
2.2. Cuidado no puerpério	20
3. PERCURSO METODOLÓGICO	24
3.1. Tipo de estudo	24
3.2. Cenário do estudo	24
3.3. Participantes	26
3.3.1. Aproximação com as puérperas quilombolas	27
3.4. Aspectos éticos	27
3.5. Coleta das informações	28
3.6. Análise das informações	32
4. REFERENCIAL TEÓRICO	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1. Adentrando o contexto estudado	38
5.1.1. Conhecendo as participantes da pesquisa	38
5.2. Práticas de cuidados baseadas na cultural local	40
5.2.1. Práticas de cuidado relacionadas ao repouso	41
5.2.2. Práticas de cuidado relacionadas à higiene	48
5.2.3. Práticas de cuidado relacionadas à alimentação.....	50
5.3. Práticas de cuidado na perspectiva de cura	54
5.3.1. Práticas de cuidado com a utilização de plantas medicinais	54
5.3.2. Práticas de cuidado religiosas	57
5.4. Práticas de cuidado cultural versus cuidado profissional	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	76
ANEXOS	94

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as **práticas de cuidado de mulheres quilombolas no período pós-parto**. O puerpério caracteriza-se por ser uma etapa marcante na vida da mulher, permeada por modificações locais e sistêmicas, provenientes da gravidez e do parto, onde o organismo feminino vai retornando ao seu estado pré-gravídico. Além dessas modificações físicas, há, ainda, as psicossociais, refletindo que cada mulher se constitui, integralmente, como mulher e mãe. Nesse momento, é importante compartilhar os significados do período, do nascimento de seu filho e como são os cuidados desenvolvidos durante o período puerperal (QUIRINO, et. al., 2016).

No pós-parto, em virtude das mudanças ocasionadas pela gravidez, algumas adaptações são necessárias para desempenhar o papel materno. Surgem, portanto, dificuldades caracterizadas pelo cansaço com a nova rotina e o conhecimento insuficiente no cuidado de si e do recém-nascido. Ademais, existem as preocupações relacionadas aos problemas clínicos, uma vez que este é um período de maior vulnerabilidade a intercorrências como, por exemplo, hemorragias pós-parto, infecções, problemas na lactação ou, até mesmo, depressão puerperal.

Todavia, é importante ressaltar que esse período, por vezes, é negligenciado pelos profissionais de saúde ou pelas pessoas que se dispõem a ajudar nos cuidados dessa fase. Sob essa perspectiva, o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), reforça o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, indicando que essa mulher tenha um acompanhamento integral desde a gestação até o puerpério (CARVALHO; CASSIANI, 2012; BRASIL, 2014; CORRÊA, et. al., 2017; SARREIRA-DE-OLIVEIRA; NÉNÉ, 2017).

Nessa integralidade do cuidado, estão inseridas as crenças, valores e práticas culturais que cada mulher possui e que foram repassadas de geração em geração, influenciando diretamente o cuidado. Tais influências são subjetivas, mas objetivamente aprendidas e transmitidas, almejando a manutenção da saúde e do bem-estar. Apesar de compartilhar situações semelhantes, cada mulher possui uma vivência relacionada ao contexto social e cultural no qual está inserida (ACOSTA, et.al., 2012).

Por sua vez, a inquietação pela temática surgiu após iniciar o mestrado e começar a frequentar o grupo de estudo “Saúde e sociedade”, cujos integrantes estavam realizando a coleta de dados de uma pesquisa que caracterizou o perfil da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém. Frequentar o ambiente despertou-me o interesse de compreender as

práticas de cuidado executadas no puerpério pelas mulheres daquela comunidade, visto que possuem práticas culturais natas daquele lugar.

Assim, denota-se que a cultura faz parte dos seres humanos, os quais, vivendo em comunidade/sociedade, atribuem significados e valores aos acontecimentos de acordo com a representatividade do fato para eles. Noutra ponta, a enfermagem, como ciência, ao prestar assistência aos indivíduos, precisa da interação entre enfermeiro e pessoa/comunidade, para que juntos possam elaborar um plano de cuidados que vise a integralidade do ser. Desse modo, propõe-se compreender as práticas de cuidado de mulheres quilombolas no período pós-parto, à luz da teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, observando como tais práticas são executadas (LEININGER; MCFARLAND, 2014).

As práticas de cuidado emergem da necessidade de tomada de decisão em situações encontradas no dia a dia e são orientadas por influência da família, dos grupos sociais e das instituições. Essas influências advêm das histórias de sucesso e insucesso ocorridas no período do pós-parto com mulheres do seu núcleo familiar, sendo, então, eleitas como as melhores e mais importantes práticas, as quais a puérpera confia e segue (GOMES; MELO, 2015).

Nota-se, portanto, que várias são as fontes que podem influenciar as práticas de cuidado das puérperas. Dentre elas, estão a equipe de saúde, os meios de comunicação e os relatos das mães, tias, avós, amigas ou de alguém em quem a mulher confie. Não obstante, muitos profissionais desconhecem as práticas que são utilizadas no ambiente familiar da mulher, negligenciando na orientação sobre os cuidados no puerpério e a importância da consulta puerperal, desde aqueles do ambiente hospitalar até os que estão inseridos na atenção básica, visto que deveriam conhecer os cuidados populares (MELO, et.al., 2015).

Os profissionais de saúde precisam do saber científico, mas precisam também conhecer e valorizar o conhecimento popular daquela comunidade que ele assiste, respeitando suas crenças e valores e exercendo o cuidado culturalmente congruente com a realidade de indivíduos de diferentes culturas, já que no Brasil há heterogeneidade cultural dos diversos grupos étnicos, tais como os quilombolas. Assim, determina-se que o enfermeiro conheça e valorize as diferenças culturais dos cuidados de saúde, adquirindo conhecimento e habilidades necessárias para garantir a satisfação do indivíduo (SILVEIRA, et.al., 2009; KANANCHA; SANGAMESH, 2016).

A importância do objeto de estudo se dá porque, de acordo com as avaliações do Ministério da Saúde, em especial do PNP, há escassez de consultas realizadas no puerpério, demonstrando a existência de uma falha no acompanhamento assistencial nesse período. De

forma mais específica, as práticas de cuidados desenvolvidas por puérperas são desconhecidas para muitos profissionais, acentuando-se tal desconhecimento quando trazidas para o contexto das comunidades quilombolas, cuja dificuldade de acesso à assistência se eleva por conta da localização, ratificando a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessa população (BRASIL, 2008).

Desse modo, parte-se do pressuposto de que as práticas de cuidado das mulheres quilombolas no período puerperal sofrem influência da cultura em que estão inseridas, visto que se relacionam diretamente com os valores e costumes mantidos pelo grupo.

Após o levantamento bibliográfico sobre a temática, especificamente sobre a que rege nosso estudo, o qual retrata as práticas de cuidado no período pós-parto de mulheres da comunidade Quilombola Muquém, percebeu-se a necessidade de estudos que privilegiem o significado das práticas de cuidado no pós-parto, por meio da visão de mundo das participantes envolvidas e do reconhecimento da dimensão sociocultural que estão inseridas.

Diante do exposto, o presente estudo possui como questão de pesquisa: **Como são as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas da comunidade Muquém?** A fim de responder aos questionamentos, a pesquisa possui como objetivo geral: compreender as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas à luz da Teoria Transcultural de Leininger; e como específicos: identificar os fatores que influenciam o cuidado praticado durante o puerpério e descrever os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciaram o puerpério.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Comunidades Quilombolas

A palavra quilombo, cuja etimologia significa um acampamento guerreiro na floresta, foi difundida no Brasil ainda no período colonial, quando a administração passou a utilizá-la em seus atos normativos, referindo-se à união dos rebeldes que lutavam contra a escravidão, organizando-se em unidades de apoio mútuo. Na visão dos libertos, quilombo tem um significado mais amplo que simboliza a sua trajetória pela conquista da liberdade, traduzindo-se numa palavra que retrata um momento especial da história quilombola (LEITE, 2008).

O termo quilombo passou por várias reformulações ao longo da história. A abolição da escravatura, ocorrida com a promulgação da Lei nº 3.353 de 1888, foi o ponto de partida para a liberdade, mas, apesar do marco legal, os negros ainda continuavam sem condições dignas de trabalho, moradia e saúde, perdendo espaço, muitas vezes, para a contratação de mão de obra europeia. Assim, mesmo após a instituição da Lei Áurea, muitos quilombos se formaram como forma de refúgio para se viver em liberdade (OLIVEIRA, 2013).

Nos primeiros contextos históricos, o quilombo surge como uma forma de resistência e luta contra o período escravista, caracterizando-se como um sistema de organização de comunidades negras que conservam aspectos culturais e o fortalecimento da sua identidade histórica. Inicialmente, em 1740, o Conselho Ultramarino português define quilombo como “toda habitação de negros fugidos, que passe de cinco em partes despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele” (ALMEIDA, 2002, p.38). Já no período imperial, bastavam três escravos fugidos, mesmo que não formassem ranchos permanentes, para assinalar a existência de um quilombo (CARVALHO, LIMA, 2013).

Com a proclamação da República, o termo quilombo recebe um novo significado, ou seja, é ressemantizado. A partir de então, a comunidade quilombola se individualiza por ter, em sua formação, características de seguimento histórico-temporal atreladas ao símbolo de resistência (ARRUTI, 2008). O fim do Império e o advento do período republicano libertaram os negros da ilegalidade, sem, contudo, assegurar o reconhecimento de direitos legais. Foram as lutas de movimentos sociais, militares negros, estudiosos e políticos que, na década de 1980, fizeram as comunidades quilombolas começarem a ter destaque no cenário social e político, ressignificando o conceito de quilombo e culminando com o reconhecimento do direito às terras do quilombo pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que está contido na Constituição Federal de 1988, diz que “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos

que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988).

As comunidades quilombolas se destacam pelo uso comum de suas terras, sendo este um espaço coletivo ocupado e explorado por meio de regras consensuais aos diversos grupos familiares que compõem as comunidades, por meio de vínculos de solidariedade e ajuda mútua (BRASIL, 2012).

Retomando a ordem cronológica, ainda no ano de 1988, o Governo Federal criou a Fundação Cultural Palmares, que foi considerada a primeira instituição voltada para promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira, vinculada ao Ministério da Cultura, cuja finalidade é:

promover a preservação dos valores culturais, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira e exercer, no que couber, as responsabilidades contidas no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, regulamentado pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 (BRASIL, 2009, p.1).

Em novembro de 2003, o Decreto nº 4.887 entrou em vigor e apontou como competência do Ministério do Desenvolvimento Agrário, por meio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o processo para demarcação, reconhecimento, delimitação e titulação das terras ocupadas por remanescentes quilombolas. Esse decreto favoreceu a ressemantização do conceito de quilombo, uma vez que “consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003).

Por sua vez, a relação de territorialidade está ligada à experiência de vida dos quilombolas como uma condição de sobrevivência do grupo e, também, como direito previsto em lei, encontrando seu fundamento no Decreto nº 6.040, de 07 de novembro de 2007, cujo texto legal, no artigo 3º, afirma que “os territórios tradicionais são espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária [...]”.

Os territórios das comunidades quilombolas emergiram de várias situações, tais como: terras ocupadas por negros que fugiam da escravidão; doações de terra a partir da separação da lavoura de monocultura, como algodão e cana-de-açúcar; terras que foram compradas por meio da prestação de serviços, inclusive de guerra; e as terras conhecidas como terras de preto, terras de santo ou terras de santíssima, que são aquelas terras conquistadas por meio de

lutas próprias ou aquelas doadas pela igreja em troca da prestação de serviços religiosos, como por exemplo, a construção de um templo (BRASIL, 2013).

Em 2004, foi criado o Programa Brasil Quilombola (PBQ), com o objetivo de consolidar os marcos da política do Estado para as comunidades quilombolas, o qual é coordenado pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). A partir dele, foi estabelecida a Agenda Social Quilombola, por meio do Decreto nº 6.261/2007, que reúne as ações voltadas às comunidades em várias áreas, dispostas em quatro eixos: 1. Acesso à terra, certificação e regularização fundiária; 2. Infraestrutura e qualidade de vida, por meio do programa de saneamento básico, habitação rural e do programa luz para todos; 3. Desenvolvimento local e inclusão produtiva, suporte do desenvolvimento produtivo local e autônoma, baseado na identidade cultural; 4. Direitos e cidadania, garantia de direitos, estímulo à participação de representantes quilombolas nos espaços coletivos (BRASIL, 2013).

Seguindo esse contexto, no ano de 2007, a Fundação Cultural Palmares (FCP), por meio da Portaria nº 98, instituiu o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos, tornando-o o único cadastro contendo esse tipo de informação em todo o país, bem como a emissão de certificados tornou-se de sua competência exclusiva. Observa-se que a importância da FCP se concretiza no desenvolvimento de ações que estimulam e valorizam a cultura do patrimônio afro-brasileiro, promovem a inclusão e a sustentabilidade das comunidades remanescentes quilombolas e incentivam a realização de pesquisas que produzam conhecimento sobre esse grupo populacional (BRASIL, 2013).

Segundo dados da Fundação Cultural Palmares, já foram emitidas, entre os anos de 2004 e 2015, 2.685 certidões, que são fundamentais para os remanescentes das comunidades quilombolas, pois reconhecem o seu direito e viabilizam o acesso aos programas do Governo Federal. Note-se que, entre os anos de 2005 e 2006, houve um aumento significativo nesse número, cuja justificativa pode estar ligada à criação do Programa Brasil Quilombola no ano de 2004 (BRASIL, 2014).

Atualmente, no Brasil, existem aproximadamente 5.000 comunidades quilombolas, das quais apenas 2.685 possuem certificação pela FCP, espalhadas por todo o território nacional, excetuando-se os estados de Roraima e do Acre. A análise desses dados por região denota a predominância de comunidades quilombolas na região Nordeste, a qual conta com 61,5% do total, seguida da região Sudeste com 15,5%, da região Norte com 9,6%, da região Centro-Oeste com 6,8% e da região Sul com 6,6% (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

No âmbito estadual, a presença das comunidades no território brasileiro se dá da seguinte forma: Alagoas - 68, Amazonas - 8, Amapá - 40, Bahia - 658, Ceará - 49, Espírito

Santo - 37, Goiás - 50, Maranhão - 550, Minas Gerais - 286, Mato Grosso do Sul - 22, Mato Grosso - 72, Pará - 202, Paraíba - 37, Pernambuco - 148, Piauí - 82, Paraná - 36, Rio de Janeiro - 40, Rio Grande do Norte - 27, Rio Grande do Sul - 127, Rondônia - 8, Santa Catarina - 13, Sergipe - 32, São Paulo - 55 e Tocantins - 38 (BRASIL, 2018).

Em Alagoas, um dos menores estados da federação brasileira, encontra-se o símbolo da resistência negra no Brasil: o quilombo dos Palmares. Fundado no século XIX por escravos fugitivos, está situado na Serra da Barriga, município de União dos Palmares, e resistiu por quase um século, sendo considerado o maior quilombo do período colonial. Por essa razão, em 1986, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional- IPHAN decidiu por seu tombamento, apontando Zumbi dos Palmares como um de seus líderes e um símbolo de resistência e luta contra o sistema escravocrata (PINHO; SANSONE, 2008; ALAGOAS, 2015).

Com relação aos dados socioeconômicos dessas comunidades, observa-se que o CadÚnico é um dos principais meios de acesso aos dados dos quilombolas, sendo utilizado para sua caracterização. De acordo com dados do Governo Federal, cerca de 80 mil famílias quilombolas estão cadastradas, das quais 64 mil são beneficiárias do Programa Bolsa Família, ou seja, 79,78%. Depreende-se, ainda, que 74,73% vivem em situação de extrema pobreza, 55,21% não possuem água encanada e 54,07% não possuem saneamento básico, elencando-se a falta de água tratada, de saneamento básico, de energia e de transporte, como os principais problemas, implicando num maior risco de adquirir patologias provenientes da agressão ao meio ambiente (COSTA, 2012; BRASIL, 2013).

A maioria dos quilombolas alagoanos, 86,9%, está na faixa da pobreza ou da extrema pobreza. Segundo o CadÚnico, 75% deles possuem renda familiar de R\$ 77,00 e 11,9% vivem com renda entre R\$ 77,00 e R\$ 154,00, demonstrando que essa população se encontra em situação de grande vulnerabilidade. Além disso, 86% recebem os benefícios do Programa Bolsa Família e vivem por meio da agricultura familiar de subsistência.

Quanto à infraestrutura dos domicílios, tem-se que grande parte das comunidades possuem casas construídas de alvenaria. No entanto, 13,1% ainda vivem em casas de taipa, sem as condições mínimas de infraestrutura (ALAGOAS, 2015). A falta desta última revela que apenas 42,3% dos domicílios quilombolas possuem água encanada, ou seja, mais da metade deles não tem acesso à rede de abastecimento de água. Muito preocupante, também, é a falta de banheiro no domicílio de 26% dessa população, com coleta de lixo inadequada e com baixo percentual de saneamento sanitário. Noutro ponto, na contramão dos dados negativos está o fornecimento de energia elétrica, pois, com o incentivo do Programa Luz para Todos do

Governo Federal, 91,4% das comunidades foram beneficiadas e possuem o serviço a sua disposição (ALAGOAS, 2015).

Essas situações deficitárias ocorrem por conta do histórico de segregação presente nessas comunidades, cujo acesso é dificultado por causa de seu posicionamento geográfico, visto que estão, quase sempre, localizadas em áreas rurais de difícil acesso. Assim, por óbvio, as condições insalubres geram diversos problemas de saúde, uma vez que a qualidade de vida e o meio ambiente irão interferir diretamente nas questões de saúde dessa população (SANTOS, 2013; OLIVEIRA et. al., 2014; ALAGOAS 2015).

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como propósito:

garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2007, p.14).

Essa política reconhece que a história direcionou a população negra a injustos processos sociais, retratados claramente no binômio saúde-doença. Segundo o Ministério da Saúde, 46% da população negra vive em condições desfavoráveis de saúde, sendo por isso objeto de políticas públicas. Ao citar as condições de saúde da população quilombola, é necessário retomar as especificidades de saúde da população negra, uma vez que os indicadores da área, quando são relacionados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde e seus determinantes sociais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017).

É sabido que os negros morrem mais que os brancos em nosso país. Assim, as doenças e agravos mais prevalentes na população negra podem ser agrupadas em: geneticamente adquiridas: anemia falciforme e foliculite; adquiridas em meio desfavorável: desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, IST, abortos sépticos e mortes violentas; e de evolução agravada: diabetes mellitus, coronariopatias e hipertensão arterial (BRASIL, 2007).

Num estudo realizado por Bezerra et.al., (2013) em comunidades quilombolas, foi evidenciado a alta prevalência de hipertensão arterial, associada à predisposição genética, bem como às condições do meio em que vivem. Já no estudo de Oliveira et. al., (2014), sobre as condições de saúde materno-infantil de comunidades quilombolas de Minas Gerais, foi observado que 60% das mulheres nunca tiveram suas mamas examinadas por profissionais de saúde, mais de 15% delas não realizaram o exame citopatológico e mais de 50% das mulheres entrevistadas não realizaram nenhuma consulta no período puerperal, mostrando, assim, a

falta de acesso aos cuidados no pós-parto. Esses números, resta evidente, podem encontrar fundamento nas desigualdades sociais e raciais que as mulheres negras enfrentam.

2.2. Cuidado no puerpério

Na perspectiva da filologia, a palavra cuidado é derivada do latim “*coera*”, que significa cura, e era utilizada para contextos de relação de amor e amizade, uma vez que, por meio dela, se expressavam atitudes de dedicação, solicitude, zelo, atenção, bom trato e preocupação por algo ou alguém (BORDINI, 2014).

Heidegger (2012) já dizia que o “cuidado é algo que existe antes de qualquer comportamento humano, ou seja, está presente em toda atitude e situação.” Assim, o cuidado assume o sentido ontológico, emergindo com ações de preservação e manutenção da vida. É uma essência da ética, uma relação estabelecida com o outro, onde você irá fazê-lo sentir-se bem, sentir-se protegido.

Dessa maneira, o cuidado é próprio da história de todos os seres vivos, desde os primórdios da humanidade, como uma necessidade de garantir a continuidade da espécie e é assegurado pela alimentação, energia, abrigo e proteção (COLLIÈRE, 2001).

No contexto histórico das práticas de cuidado, tais necessidades surgem no ambiente doméstico fornecido pelas mulheres, mostrando a proteção materna instintiva como a primeira prática de cuidado humano (COLLIÈRE, 1999). Leininger (2014), posteriormente, afirma que “as diversas expressões, significados, padrões e modalidades de cuidado são culturalmente adquiridos”.

Relacionando o cuidado com o período puerperal, torna-se fundamental conhecer as experiências das mulheres durante esse lapso temporal, para que o cuidado prestado seja coerente com as suas demandas (RIBEIRO et.al., 2014). O puerpério é caracterizado como um dos momentos mais importantes da vida da mulher e é influenciado por várias formas de cuidado, guiado pelo conhecimento empírico e repassado de geração em geração (SILVA; ROLDAN, 2009).

Biologicamente, o puerpério inicia-se com a dequitação placentária e seu fim, apesar de ainda ser pouco definido, está estabelecido entre seis e oito semanas pós-parto, quando o corpo começa a retornar ao seu estado pré-gravídico. É popularmente conhecido como quarentena, dieta ou resguardo, de acordo com os aspectos socioculturais (RIBEIRO et.al., 2014) e corresponde aos 42 dias após o parto, como demonstrado pelo Ministério da Saúde (2006). Para Liu et. al. (2009), o puerpério é caracterizado pelos 30 ou 40 dias após o parto e pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato, tardio e remoto.

O puerpério imediato tem início após a saída da placenta e vai até o 10º dia após o parto, quando as alterações gravídicas locais e sistêmicas vão regredindo; o tardio vai do 11º até o 45º pós-parto, pois nesse período há recuperação do sistema genital nas mulheres não lactantes; o remoto se inicia no 46º dia pós-parto e se estende até a completa recuperação das modificações gravídicas e a volta dos ciclos menstruais, caracterizando-se como um período de término imprevisível (REZENDE, 2012).

Para além do biológico/fisiológico, o período puerperal também é permeado por modificações psicológicas e emocionais. Corresponde a um momento de delicadeza, não apenas pela mudança de papéis da mulher-mãe, mas, também, pela oscilação de sentimentos, marcada pela euforia, medo, alívio e ansiedade, os quais são desencadeados e influenciados pelas alterações hormonais e pelas novas exigências geradas no tornar-se mãe (PEREIRA; GRADIM, 2014).

Devido a essas mudanças, a mulher, no período pós-parto, necessita de apoio emocional e auxílio nas suas atividades diárias, proveniente tanto da sua rede pessoal como dos profissionais de saúde. Todavia, a forma como esse auxílio será ofertado irá depender da cultura e do momento que está sendo vivenciado. Ou seja, os cuidados demandados no puerpério não dependem apenas dos profissionais, mas também dos provenientes da rede sociocultural da mulher (BARALDI, 2012).

Por conta desses cuidados provenientes da prática familiar, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde podem se contrapor ao conhecimento popular e não serem realizadas pela puérpera. As relações familiares influenciam na maneira com que o indivíduo percebe e vivencia o processo saúde-doença, bem como nas necessidades de cuidado com seus membros, pois nesse momento a família tende a ser o suporte e o apoio (ANDRADE et al., 2015, MELO et. al, 2015). Logo, é preciso conhecer o contexto das mulheres no puerpério, suas crenças, práticas e valores para que dessa forma o profissional de saúde possa prestar um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Durante o puerpério muitas práticas culturais estão enraizadas na sociedade atual, estas estão relacionadas a higiene corporal, alimentação, atividade sexual, atividade física, aleitamento materno e cuidados com a ferida operatória, sendo a família uma importante propagadora dessas práticas (MADALZO, XAVIER RAVELLI, 2013).

Em relação à higiene corporal, o banho, para os profissionais de saúde, se caracteriza como uma forma de manter a higiene, com um significado de limpeza e de prevenção de infecções, devendo ser realizado normalmente, inclusive com a lavagem dos cabelos no mesmo dia do parto. No entanto, para algumas mulheres, o “banho de cabeça” significa a

“quebra do resguardo”, podendo ocasionar, no futuro, problemas desencadeadores da morte, e, portanto, a higiene deve ser realizada de acordo com o costume de cada mulher (MIRANDA, MAROSTICA, MATÃO, 2015).

Quanto à alimentação, cientificamente não há nenhuma restrição alimentar para as mulheres que estão no período do pós-parto. Entretanto, a dieta deve ser balanceada com a presença de carboidratos, proteínas, vitaminas e líquidos para que assim possa satisfazer as demandas nutricionais da puérpera e do RN. É necessário evitar refrigerantes, frituras e alimentos ricos em açúcar, pois além de interferir na qualidade do leite materno, compromete a saúde da mulher, elevando também seu ganho de peso. O uso de drogas, sejam elas ilícitas ou lícitas, e medicamentos sem prescrição médica não devem fazer parte dos cuidados no período do pós-parto (ACOSTA et al., 2012; SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

A atividade sexual nesse período, por vezes, respeita o termino do resguardo, sendo realizada somente após 42-45 dias após o parto. Muitas mulheres relatam que a atenção e os cuidados com o RN, bem como as atividades e preocupações referentes ao período em que estão vivenciando, fazem com que o desejo diminua, além do medo de sentir dor durante a relação. Logo, o apoio do companheiro nesse processo é fundamental, pois a mulher deve retornar à atividade sexual a partir do momento que estiver se sentindo preparada, devendo compreender que as alterações hormonais podem influenciar nesse processo (COSTA et. al., 2013).

Para algumas mulheres, o repouso é necessário nesse período e pode ser realizado por meio de alguns cuidados como, por exemplo, não lavar roupa, mas lavar louça e varrer a casa, ou seja, não realizar atividades que exijam esforço, devendo a mulher se eximir dessas atividades durante quarenta dias. Segundo Barros (2006), a mulher deve retomar as atividades que exijam esforços mais vigorosos após 4-6 semanas do pós-parto.

O aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser orientado para ser realizado até os seis meses de vida do bebê, cabendo ao profissional nortear a puérpera sobre os benefícios maternos e neonatais do aleitamento. Alguns estudos têm demonstrado que muitas mulheres desistem do AME devido a dificuldades que encontram para amamentar, especialmente as múltiparas, por conta das vivências não exitosas das gestações anteriores (MIRANDA, MAROSTICA, MATÃO, 2015).

É preciso conduzir a puérpera quanto aos cuidados da ferida operatória nos casos de parto cesáreo e nos casos de laceração nos partos normais. Para evitar infecções, a mulher deve lavar a ferida com água e sabão e depois secar, não há necessidade da realização de curativo se a ferida se apresenta limpa, sem presença de exsudatos. No caso dos partos

normais, ela precisa fazer a higiene, após as eliminações vesicais e intestinais, com água e sabão, se enxugar e estar ciente que os pontos da rafia se desfazem espontaneamente (COSTA et. al., 2013)

Dessa forma, é importante salientar que os cuidados do puerpério são envolvidos por influências, sejam elas de mãe para filha, de avó para neta ou de vizinha para vizinha, crenças e práticas que são transgeracionais, de modo que as puérperas os seguem como verdades inquestionáveis, pois são provenientes de alguém em quem ela confia. Portanto, o profissional de saúde precisa compreender esse contexto para poder cuidar e realizar suas intervenções de maneira eficaz.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudo

A abordagem contemplou um estudo de natureza qualitativa, aportada na etnoenfermagem e no referencial teórico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger. A pesquisa qualitativa se caracteriza por ser aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das opiniões, cuja finalidade é interpretar os fenômenos em termos de sentido que as pessoas lhe atribuem (MINAYO, 2014).

Por sua vez, a etnoenfermagem é definida como método qualitativo de investigação de pesquisa em enfermagem, no qual estuda, documenta, descreve, compreende, explica e interpreta o ponto de vista das pessoas, suas crenças e suas práticas. No mesmo sentido, Leininger (2006) define este método como “uma forma poderosa de obter fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que revelam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas, permitindo a compreensão de crenças e valores”.

A etnoenfermagem é empregada para focar em uma cultura específica, desde o contexto cultural aos cuidados de saúde, com suas peculiaridades, padrões, comportamentos, expressões e considerações frente ao processo de saúde e doença, podendo proporcionar diversos benefícios para os trabalhadores da saúde, e, especialmente, para os clientes por eles assistidos. Os profissionais de saúde, ao conhecerem o contexto em que estão inseridos, poderão determinar as decisões e ações do cuidado de enfermagem de acordo com o modo de vida e a cultura das pessoas (SILVEIRA et.al., 2009; MOITA; SILVA, 2013).

Neste método, o pesquisador busca compreender duas perspectivas, a visão *emic* e a visão *etic*. A visão *emic* se caracteriza pela forma que as pessoas expressam suas visões de mundo, significados, posturas e atitudes de uma cultura. Já a visão *etic*, de fora, se caracteriza pelo entendimento dos seres humanos, numa perspectiva mais universal a respeito da enfermagem, cuidado e saúde (LEININGER; MACFARLAND, 2018).

3.2. Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém (CRQM), que está situada na zona rural e fica a, aproximadamente, quatro quilômetros do Município de União dos Palmares, distando, este último, 78,5 km da capital Alagoana, Maceió. A referida Comunidade obteve sua certificação no ano de 2005, emitida pela Fundação Cultural dos Palmares.



Figura 1– Entrada da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém
Fonte: Pesquisadora, 2018.

No Brasil, as comunidades quilombolas estão presentes em quase todos os estados, com exceção do Acre e de Roraima. Por região, há uma predominância de remanescentes quilombolas no Nordeste (63,5%) e, em Alagoas, há 68 comunidades distribuídas em 35 municípios. Na região Serrana dos Quilombos, encontra-se a comunidade de União dos Palmares, Muquém, que, de acordo com o CadÚnico, possui 128 famílias com cadastro ativo. No entanto, os órgãos públicos e entidades relatam que há uma grande dificuldade em planejar ações mencionadas nas políticas públicas para essas comunidades, pois o número de famílias difere a depender da fonte que apresenta (ALAGOAS, 2015).

Como fonte de renda, a comunidade tem os benefícios do programa social Bolsa Família, além de desenvolver atividades como o corte da cana-de-açúcar, agricultura e artesanato. Os artesãos utilizam o barro como matéria-prima, fabricando panelas, jarros e artigos de decoração, inclusive com reconhecimento nacional de alguns deles, e possuem seus trabalhos publicados no catálogo de cultura popular do Ministério da Cultura, constituindo o Registro de Patrimônio Vivo de Alagoas (ALAGOAS, 2015).



Figura 2- Arte conhecida como cabeça de Muquém e panelas de barro.
Fonte: Registro da Pesquisadora, 2018.

A CRQM possui práticas culturais peculiares que as caracterizam como símbolo de resistência da população, dentre os quais merecem destaque os grupos do coco de roda, de capoeira e de dança afro. Em 20 de novembro, nacionalmente reconhecido como Dia da Consciência Negra, é celebrado o Dia Nacional de Zumbi, pois é a data de sua morte. Nesse dia, a comunidade participa de todas as celebrações realizadas na Serra da Barriga, onde está localizado o Parque Memorial Quilombo dos Palmares.



Figura 3- Entrada de acesso a Serra da Barriga, União dos Palmares.
Fonte: Pesquisadora, 2018.

3.3. Participantes

Nesta pesquisa, participaram quatorze mulheres da Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não há um número de amostra necessário, sendo determinada de acordo com a finalidade do trabalho de campo desenvolvido e até ocorrer a redundância dos dados coletados. Foram utilizados pseudônimos (nomes de origem Africana) para identificar as informantes e manter a privacidade das mesmas (LEININGER, MCFARLAND, 2018; BARALDI, PRAÇA; 2013).

Para Leininger (2018), os estudantes de graduação e mestrado devem realizar os miniestudos que são caracterizados por utilizarem seis informantes-chave e a média de oito a dez informantes-gerais. Já os doutorandos devem realizar os maxi estudos, que dispõem de doze a quinze informantes-chave e vinte a vinte cinco informantes-gerais. Refere que esses números que caracterizam os mini e maxi estudos são utilizados para aferir a saturação dos dados e para atender a outros critérios qualitativos com base nos seus estudos.

Por informantes-chave, entende-se que são aqueles participantes do estudo que detêm o maior conhecimento sobre o foco principal do assunto. Enquanto que os informantes-gerais são estudados para reflexão e representação na comunidade em geral. Assim, os informantes

são selecionados após identificar os potenciais para o estudo (LEININGER, MCFARLAND, 2018).

As mulheres incluídas na pesquisa foram aquelas que já tinham vivenciado o período puerperal e que nasceram na Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém. Como critério de exclusão, ser menor de 18 anos e/ou existir incapacidade cognitiva que impossibilite a comunicação.

3.3.1. Aproximação com as puérperas quilombolas

A aproximação com as participantes da pesquisa se deu por meio das atividades educativas que foram desenvolvidas pela pesquisadora na comunidade, a qual começou a frequentar a comunidade com periodicidade variável a partir de junho de 2017, juntamente com o Grupo de estudo: Enfermagem, Saúde e Sociedade que desenvolveu a pesquisa sobre “*Estudo Epidemiológico da Saúde da População de Remanescentes Quilombolas do Primeiro Quilombo do Brasil*”.

Após a aproximação, foi possível identificar as participantes do estudo, bem como os informantes-chave dentro da comunidade. Identificadas, tendo como base os critérios de inclusão da pesquisa, essas mulheres foram visitadas pela pesquisadora no local que ela desejasse, seja no domicílio ou em outro local. Foi-lhes apresentado o porquê da visita e foram convidadas para participar do estudo. Havendo aceitado, foi agendado um horário e um local, de acordo com a disponibilidade de cada mulher para realizar a entrevista.

3.4. Aspectos éticos

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo. Assim, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares para autorização da realização do estudo através do consentimento do diretor responsável, bem como à líder da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém. Por conseguinte, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), por meio da Plataforma Brasil, e foi aprovado sob Parecer nº 2.725.381, em 20 de junho de 2018, obedecendo às normas que regem a Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde e a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Após aprovado, os participantes foram convidados para participar da pesquisa de forma voluntária e sem receber nenhum valor em espécie monetária. Houve a apresentação do projeto de pesquisa às mulheres quilombolas que já vivenciaram o período pós-parto, sendo solicitada às mesmas a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), onde uma via permaneceu com ela, a fim de informá-la sobre o objetivo do estudo, método e procedimentos, garantindo seu anonimato e assegurando-a quanto ao seu direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, e a outra via ficou com a pesquisadora.

Em suma, ratifica-se o respeito à confidencialidade dos sujeitos do estudo e o compromisso com a pesquisa, garantindo que, independentemente dos resultados, essa pesquisa deverá ser divulgada por meio de produções científicas e eventos afins.

3.5. Coleta das informações

A coleta das informações ocorreu no período de junho a setembro de 2018 com a imersão da pesquisadora no campo, seguindo as etapas do percurso metodológico da etnoenfermagem e utilizando o guia habilitador de Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), bem como o formulário de dados sócio demográficos, a entrevista semiestruturada e o diário de campo. Para a entrevista, utilizou um gravador de voz e de imagem e, posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas. As transcrições foram realizadas de forma fidedigna à narrativa e a identidade das mulheres foi preservada, utilizando-se um pseudônimo para substituir o nome.

Desse modo, foi utilizado o modelo Observação-Participação-Reflexão para que a coleta de informações fosse realizada, seguindo as suas quatro fases que auxiliam o pesquisador a adentrar no meio em que os participantes estão inseridos, de forma progressiva, e permanecer no contexto de seus informantes. Assim, o guia habilitador, segundo Leininger (2018), auxilia o pesquisador na sua entrada e permanência no campo de pesquisa, além de nortear as reflexões acerca do fenômeno estudado e do estilo de vida. A seguir, o Quadro 1 mostra as quatro fases do modelo O-P-R.

Quadro 1: Fases da Observação- Participação-Reflexão de Leininger

Fases	1	2	3	4
Foco	Principalmente observação e ação ativa de ouvir (sem participação ativa)	Principalmente observação com participação limitada	Principalmente participação com observação continuada	Reflexão com confirmação dos achados com informantes

Fonte: Leininger e Mcfarland, 2018.

As fases do modelo O-P-R possuem características importantes do método de pesquisa que é a etnoenfermagem, de forma a assegurar observações precisas e sistemáticas, auxiliando o pesquisador a se aproximar do contexto em que irá estudar.

A **primeira fase**, marcada pela observação e pela ação ativa de ouvir, inicia-se quando o pesquisador entra no contexto em que vai estudar. Nesse momento, ele apenas observa e fica atento a tudo que acontece no contexto em que está inserido. É possível ter uma visão ampla do ambiente, das atividades desenvolvidas, posturas e gestos, permitindo um levantamento detalhado das observações. Logo, observação e escuta são aspectos cruciais nessa fase (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Neste estudo, o momento de observação iniciou-se a partir do meu primeiro contato com a comunidade Muquém, que aconteceu em junho de 2017, quando fui visitar a comunidade junto com o grupo de pesquisa, o qual estava realizando a pesquisa “Estudo epidemiológico da saúde da população de remanescentes quilombolas do primeiro quilombo do Brasil.” Ao chegar, fui recebida pela líder da comunidade e também diretora da Unidade Básica de Saúde, a qual me apresentou a unidade, seu funcionamento e o quadro profissional.

Numa segunda visita, ao caminharmos pela comunidade e no momento da espera da van para retornar a União dos Palmares, a mesma me relatou que a comunidade era bem diferente do que eu estava conhecendo, pois, em junho de 2010, houve uma enchente, onde o rio Mundaú transbordou e as pessoas ficaram desabrigadas, perdendo todos os seus pertences e suas casas. Ela afirma que, na época, nem todas as casas eram de alvenaria, ainda existiam casas de lona e taipa. No entanto, após a enchente, o Governo Federal, por meio do Programa Minha Casa, Minha Vida, fez casas no mesmo padrão para todos os moradores da comunidade e, desta vez, mais distantes do rio.



Figura 4- Casas da Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.
Fonte: Pesquisadora, 2018.

Assim, a líder ainda me relatou que algumas modificações existiram nas famílias após a enchente, uma vez que a maioria dos moradores possuía, no quintal de suas casas, um local para cultivo de agricultura de subsistência, bem como para a criação de animais. Com a reestruturação da comunidade, parte dos moradores deixou essa cultura.

Foi também após a enchente, no ano de 2011, que a comunidade recebeu a Unidade Básica de Saúde, composta por um profissional médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, pois a unidade abrange áreas além da comunidade quilombola, e a equipe do setor administrativo. Recebeu, ainda, uma escola e um centro ecumênico.



Figura 5- Unidade Básica de Saúde, Comunidade Remanescente Quilombola Muquém.
Fonte: Pesquisadora, 2018.

Ela (líder da comunidade) ainda referiu que a comunidade é conhecida pelo artesanato de barro que desenvolve, tanto na criação das panelas como nas peças de esculturas. Dentre os artesãos, se destaca Irinéia Rosa Nunes da Silva, que desenvolve esculturas e ganhou fama e reconhecimento. Em 2004, Irinéia ficou entre as dez finalistas do Prêmio Unesco de Artesanato da América Latina e, em 2005, foi reconhecida pelo Governo do Estado de Alagoas como Patrimônio Vivo de Alagoas.

A **segunda fase**, marcada pela observação com participação limitada, tem a observação ainda como essencial, porém o pesquisador já tem alguma participação, começando a interagir com as pessoas e observando suas respostas (LEININGER; MCFARLAND, 2018). Nesse momento, aumentei minhas participações junto às pessoas da comunidade, onde pude observar a enfermeira da Unidade Básica de Saúde em suas atividades diárias e, a partir daí, agendei atividades educativas como forma de me aproximar e conhecer ainda mais a comunidade.

Dessa forma, a agente comunitária de saúde e a líder da comunidade convidaram as mulheres que já tinham experienciado o período do pós-parto para participar de uma das atividades educativas. As atividades foram realizadas na própria unidade de saúde, uma na sala de espera da unidade e outra na sala do administrativo, e contaram com os temas: cuidados no pós-parto e dúvidas frequentes que ocorrem na gestação.

A **terceira fase**, marcada pela participação com observação continuada, torna a participação mais ativa e a observação ainda aparece, favorecendo a aproximação com os informantes, com os seus sentimentos, suas visões de mundo e experiências (LEININGER; MCFARLAND, 2018). Nesta fase, torna-se possível desenvolver a entrevista focalizada ao objeto de pesquisa. Foi nesse momento que participei e me envolvi ainda mais com cada informante, o que me permitiu apreender as vivências, os sentimentos e as experiências vividas por cada uma.

A **quarta fase**, marcada pela reflexão com confirmação dos achados com informantes, é o momento de reflexão de tudo que aconteceu. Fase de recapitulação das situações e acontecimentos, de modo a avaliar todas as situações e as informações encontradas. Foi nesta fase que, de forma progressiva, fui me afastando do campo de pesquisa e, ao mesmo tempo, já fui avisando aos informantes sobre a possível finalização do estudo (LEININGER; MCFARLAND, 2018). É importante ressaltar que algumas vezes precisei retornar ao campo para reconfirmar e aprofundar os dados e, assim, seguir com a validação dos resultados. Apesar de as fases terem sido descritas separadamente, na prática ocorreram de forma dinâmica e concomitante. Por mais que a reflexão seja a última etapa, ela, de certo modo, começa quando iniciamos a pesquisa, uma vez que já iniciamos nossas reflexões sobre o que estamos vivenciando.

Todas as observações foram registradas no diário de campo, onde estão anotados os momentos de aproximação com a comunidade, as ideias e as experiências vivenciadas, além de gestos, palavras e sentimentos expressados pelos informantes nos momentos das observações.

Ademais, utilizou-se a entrevista semiestruturada, pois, segundo Minayo (1996), “a entrevista semiestruturada dá a possibilidade de ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.” Foi utilizado um roteiro de entrevista para nortear o estudo, contudo, o mesmo precisou sofrer algumas modificações a partir das observações realizadas no campo. De acordo com Minayo (2008), a entrevista tem seu roteiro previamente elaborado, no entanto, o pesquisador tem a flexibilidade ao utilizá-lo.

3.6. Análise das informações

Os dados foram analisados por meio do guia de análise sugerido por Leininger, por meio da etnoenfermagem, caracterizando-se como uma análise sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa e inclui quatro fases que são descritas a seguir.

Fase 1 – coleta e documentação dos dados brutos – nesta fase, o pesquisador coleta, descreve os registros e começa a recolher dados referentes aos objetivos e à questão de investigação do estudo. Utiliza-se das gravações dos dados, do diário de campo, das observações e das interpretações preliminares (LEININGER; MCFARLAND, 2014).

Fase 2 – identificação e categorização dos descritores e componentes – a partir da leitura exaustiva dos dados, as informações foram agrupadas em temas. É o momento de identificar e caracterizar as observações e falas dos informantes, procurando agrupar informações a partir das semelhanças e diferenças, ou seja, o *emic* e o *etic*.

Fase 3 – padrão e análise contextual – nesta fase, os dados são analisados para descobrir saturação de ideias e padrões recorrentes de significados, expressões, sejam elas semelhantes ou diferentes. Os dados encontrados nas transcrições das entrevistas foram analisados minuciosamente e organizados de acordo com as categorias para desvelar os padrões de cuidado e os significados do contexto.

Fase 4 – temas principais, resultados de pesquisa, formulações teóricas e recomendações – nesta última fase, o pesquisador precisa atingir seu mais alto nível de abstração e pensamento crítico para que se consiga analisar e interpretar os dados a partir da síntese do pensamento. Foi a partir do entendimento e da síntese dos resultados que se formulou as unidades temáticas, respeitando a coerência de cada fala.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Madeleine Leininger criou a Enfermagem Transcultural. Nasceu em Nebraska, EUA, em 1925, e faleceu em 2012, aos 87 anos. Fez graduação em Enfermagem na *St. Anthony's School of Nursing* e também em Ciências Biológicas no *Benedictine College*, com estudos na área da filosofia e de humanas. Em 1954, obteve o título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica na *Catholic University of America* (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Enquanto trabalhava num lar de orientação para crianças psiquiátricas em *Cincinnati*, por volta dos anos 50, Leininger percebeu que existia uma lacuna na compreensão de que os fatores culturais estavam influenciando o comportamento daquelas crianças e, a partir daí, começou a refletir sobre a relação entre a enfermagem e a antropologia, buscando centrar seus estudos nesta última. Deu, pois, início ao seu doutorado em antropologia cultural, social e psicológica na Universidade de Washington, em Seattle (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Durante esse período, Leininger desenvolveu o primeiro método de pesquisa verdadeiramente da enfermagem: a etnoenfermagem. Observou que havia diferenças entre as culturas ocidentais e orientais no que se refere às práticas de cuidado, de saúde e de bem-estar após viver por volta de dois anos em uma tribo indígena, cuja experiência foi essencial para o crescimento de sua teoria cultural do cuidado. (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Ao finalizar seu doutorado, em 1965, tornou-se a primeira enfermeira com título de doutora em antropologia. Com o objetivo de difundir seu conhecimento, em 1966, ofereceu o primeiro curso de enfermagem cultural na *University of Colorado*.

Para Leininger (2018), a enfermagem transcultural é definida como:

Área formal de estudo e prática focada em diferenças comparativas entre o cuidado humano e as semelhanças das crenças, dos valores e dos padrões de vida das culturas para fornecer cuidados de saúde culturalmente congruentes, significativos e benéficos para as pessoas (LEININGER, 2018, p.5).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger tem como objetivo ofertar um cuidado que seja adequado com a cultura, valores, crenças e realidade do modo de vida do indivíduo, família ou comunidade, para que, assim, tenha um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2014).

Desse modo, quatro conceitos são utilizados no desenvolvimento das teorias, os quais influenciam e determinam a prática de enfermagem e irão compor o metaparadigma de enfermagem. São eles: **Pessoa**- é entendido como indivíduo, família e grupo cultural. É capaz de viver em uma diversidade de cultura e proporcionar a universalidade do cuidado de acordo

com as diferentes culturas, as situações e as necessidades. **Ambiente/Sociedade**- é a totalidade de um evento, situação de experiência e aspectos culturais nos quais o indivíduo e o grupo vivem; possui características físicas, ecológicas, social, visão de mundo e fatores que influenciam o estilo de vida. **Saúde**- “Estado de bem-estar culturalmente definido, avaliado, praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupo possuem para realizarem suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados”, sendo tanto universal quanto diversificada. **Enfermagem**- é definida como uma arte e ciência que enfoca nos comportamentos das pessoas, funções e processos orientados na promoção e manutenção nas situações de saúde ou recuperação da doença (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Além de seus metaparadigmas, Leininger e Mcfarland (2014), ainda trazem outros conceitos que guiaram a construção de sua teoria, dentre eles está:

- **Cuidado:** diz respeito aos fenômenos abstratos e concretos referentes a assistir, apoiar ou habilitar pessoas para adotarem condutas ou experiências que visem melhorar a saúde, o estilo de vida ou a sua postura frente à morte;
- **Cultura:** refere-se aos valores, crenças, normas, estilo de vida do indivíduo, família ou grupo que são aprendidos, transmitidos e compartilhados entre as gerações;
- **Cuidado Cultural:** relata sobre os valores, crenças e costumes que foram aprendidos e transmitidos, que assistem, facilitam ou habilitam pessoas ou grupos para manterem seu bem-estar e sua saúde;
- **Cuidado de Enfermagem congruente com a cultura:** abrange as ações e decisões de cuidados de enfermagem que são desenvolvidos de acordo com os valores, crenças, cultura e estilo de vida do indivíduo, família ou grupo, objetivando cuidados benéficos e que correspondam às suas necessidades.

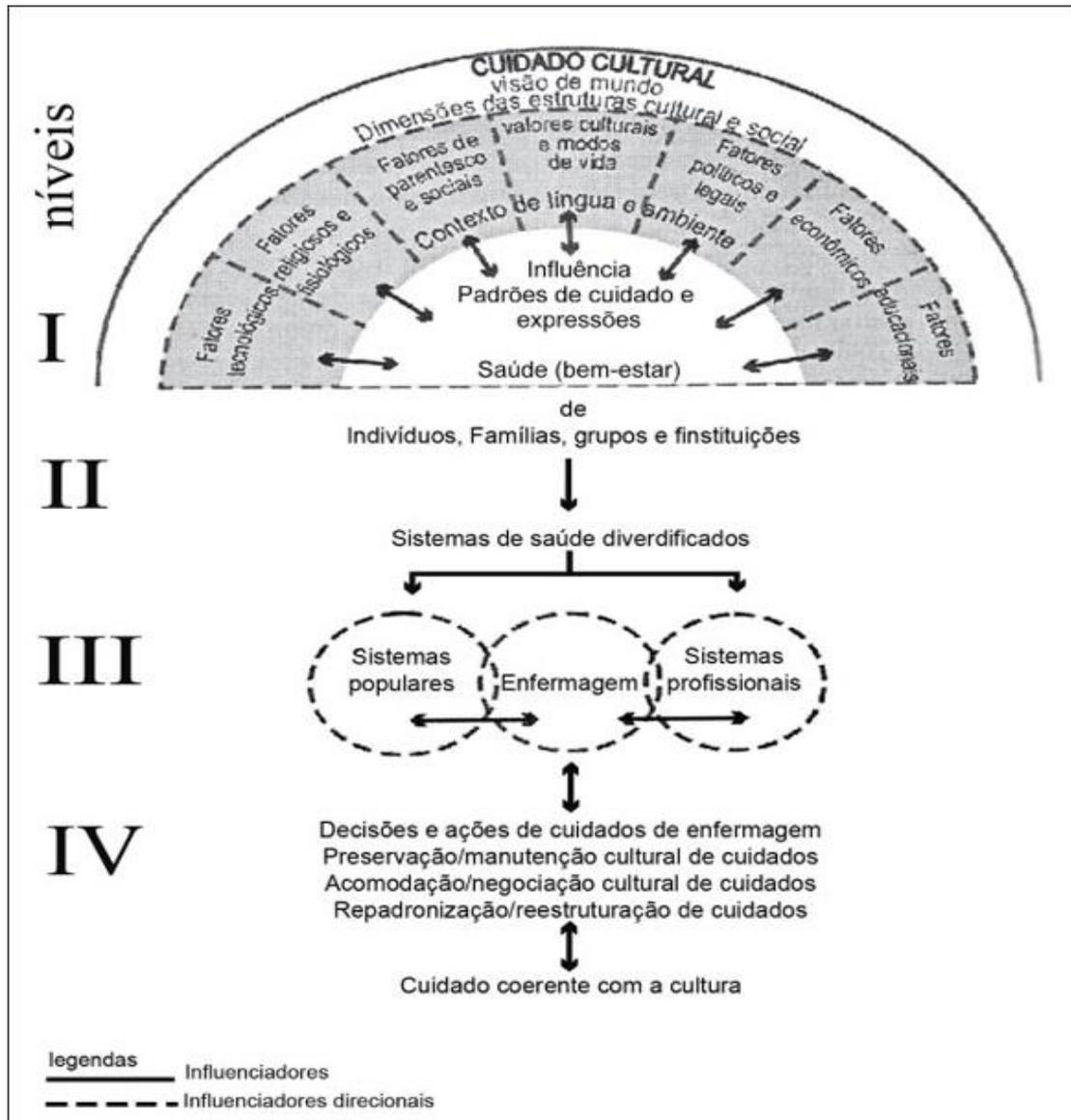
Na Teoria de Leininger, muitas contribuições são dadas para nortear a prática dos profissionais de enfermagem, pois a mesma dá subsidio para desvelar a situação de saúde e bem estar a partir das dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado cultural. Logo, seus postulados são baseados em conhecimentos adquiridos a partir de suas próprias pesquisas e trabalhos de investigação, tanto da enfermagem como da antropologia (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Nesta pesquisa, três de seus oito postulados foram selecionados, pois estes foram os que mais se aproximaram do objeto de estudo. Assim, esses postulados corroboram com a

escolha desta teoria para subsidiar a análise dos resultados desse estudo. Segundo Leininger (2018), tem-se:

- **1º Postulado:** As diferenças identificáveis nos valores e padrões do cuidar cultural entre culturas conduzirão a grandes diferenças nas expectativas e práticas dos cuidados de enfermagem;
- **3º Postulado:** À medida que os profissionais de enfermagem trabalham em culturas estranhas, com diferentes valores sobre os cuidados de enfermagem ou as expectativas do cuidar, existirão sinais evidentes de conflitos, choque e tensões culturais entre a enfermeira e o cliente.
- **6º Postulado:** A partir do estudo e uso das culturas, dos cuidados, das crenças, valores e práticas, descobrir-se-ão sinais de saúde ou bem-estar dos clientes.

Leininger propõe, ainda, o modelo teórico conceitual de sua teoria, denominado SUNRISE (FIGURA 6) com o objetivo de mostrar como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde do indivíduo, família ou grupo. Este modelo terá como conceito central a cultura, componente extraído da Antropologia, e o cuidado, extraído da Enfermagem. Assim, o modelo SUNRISE, ou Nascer do Sol, pode representar o cuidado de enfermagem de forma sistemática, uma vez que ele orienta as ações e decisões de cuidados desenvolvidos pela enfermagem, considerando o modo de vida e a cultura de cada pessoa e grupo (LEININGER; MCFARLAND, 2018).



Fonte: Leopardi, 1999.

Figura 6 - Modelo Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

O Modelo Sunrise é dividido em quatro níveis. No primeiro nível, estão os componentes da visão de mundo e da estrutura social, direcionando o estudo dos significados, dos atributos do cuidado, incluindo, nesta fase, os fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, econômicos, educacionais, valores, crenças e modos de vida (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

No nível II, há a aplicabilidade do conhecimento fundamentado no primeiro nível sobre o indivíduo, a família, grupos, bem como informações sobre os significados e expressões específicas em relação ao cuidado e à saúde.

No nível III, retrata-se o sistema popular, o sistema profissional e o cuidado de enfermagem, que vai atuar em uma cultura, visualizando as características que são universais e diversificadas daquela cultura em estudo (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

No nível IV, há a determinação das decisões e ações do cuidado de enfermagem, considerando o modo de vida e a cultura. Envolve:

- Preservação/manutenção cultural do cuidado: refere-se às ações e decisões de cuidados que visam apoiar a conservação dos cuidados que são empregados em benefício da saúde, do bem-estar, ou para enfrentar deficiência ou morte (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

- Acomodação/negociação cultural do cuidado: refere-se às ações e decisões de cuidados que visam apoiar a adequação ou a negociação daqueles que são empregados em benefícios da saúde, do bem-estar ou para recuperar doenças e enfrentar a morte (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

- Repadronização/reestruturação cultural do cuidado: refere-se às ações e decisões de cuidados que visam apoiar um grupo cultural a reverem, mudarem ou reestruturarem os cuidados que são empregados em benefícios da saúde, do bem-estar ou para recuperar doenças e enfrentar a morte, objetivando favorecer seus estilos de vida (LEININGER; MCFARLAND, 2018).

Assim, a escolha da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger como referencial teórico desta pesquisa está embasada em que os valores culturais, as crenças e os costumes influenciam nas práticas de cuidados das pessoas de um grupo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Adentrando o contexto estudado

Neste primeiro momento, buscou-se conhecer um pouco das mulheres que contribuíram com o estudo, bem como descrever a realidade social na qual estão inseridas, procurando adentrar no contexto que vivem, realizando uma descrição das características e da realidade dessas mulheres.

Num segundo momento, a partir das entrevistas e análise das falas constituídas, após reflexão e associação com o referencial teórico de Leininger, foram construídas as referidas unidades de significância: Práticas de cuidado baseadas na cultura local, Práticas de cuidado na perspectiva de cura e Práticas de cuidado aprendidas versus cuidado profissional.

5.1.1. Conhecendo as participantes da pesquisa

Participaram do estudo quatorze mulheres quilombolas que já tinham vivenciado o período pós-parto. Para caracterizar essas mulheres, foram utilizadas, de acordo com o formulário sociodemográfico (APÊNDICE A), as seguintes variáveis: idade, cor, ocupação, escolaridade e estado civil (QUADRO 2).

De acordo com a idade, as mulheres apresentaram diferentes faixas etárias, estando entre 30-82 anos; seis tinham acima de 60 anos e oito se encontravam entre os 30-59 anos, com prevalência na faixa etária maior que 50 anos. Isso possibilitou compreender diferentes valores atribuídos à experiência do período pós-parto.

Em relação à cor, apenas três mulheres se autodeclararam pretas, seis declararam ser morenas, duas cor de canela, duas pardas e uma branca. Mesmo quando questionadas sobre as classificações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) nas categorias cor/raça, as mulheres que relataram serem morenas, canela e parda diziam que achavam que não eram negras, pois a cor da pele não era tão escura. Por isso, optou-se por deixar o que as mulheres se autoatribuíram, observando-se a dificuldade de aceitação da cor negra pelas mesmas. Assumir a identidade de pertencer a um grupo étnico-racial se relaciona com a história de vida estabelecida de cada ser humano e dos valores sociais alcançados em uma dada cultura (SILVA, 2012).

A dificuldade das mulheres do estudo de se autodeclarar negras pode estar relacionada com a influência das suas vivências através da cultura do meio em que estão inseridas, ao associar o “negro” ao período da escravidão, remetendo ao sofrimento. O mesmo foi visto no estudo realizado por Silva (2012), onde as adolescentes de uma comunidade quilombola

também tiveram dificuldade de aceitação da cor negra, pois admitir a raça é, por vezes, difícil e doloroso, uma vez que a identidade negra no Brasil passou por diversos processos de luta e resistência, e o respeito a esta raça muitas vezes inexistente (GOLDINHO, 2000).

No que se refere às ocupações/profissões, a maioria das mulheres relatou desenvolver atividades “do lar”, seis são aposentadas e, destas, duas são artesãs, o que corrobora com um estudo realizado com um grupo de mulheres quilombolas, onde das treze participantes, onze tinham como ocupação “do lar” e duas eram artesãs e trabalhavam na padaria da comunidade (PRATES et. al., 2016).

Quanto à escolaridade, oito são analfabetas, cinco possuem o ensino fundamental incompleto e uma não lembra até que série estudou, mas relata ter aprendido apenas a escrever seu nome. De acordo com o estudo realizado nas comunidades quilombolas de Alagoas, o índice de analfabetismo é superior ao encontrado no estado. Ao trazer para o índice de analfabetismo das comunidades quilombolas no Brasil, este chega a 24,81% (BRASIL, 2013; ALAGOAS, 2015).

Considerando o grupo de mulheres entrevistadas, em relação ao estado civil, seis são casadas, três possuem união estável, duas são viúvas e três são solteiras. Assim, nota-se que a maioria das mulheres possui relacionamentos estáveis, o que é evidenciado também em outros estudos de mulheres quilombolas, que em sua maioria se declararam casadas ou em união estável (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014; OLIVEIRA, et.al., 2014; PRATES et. al., 2016).

As desigualdades encontradas nas comunidades quilombolas se apresentam de forma regional, pois as situações se assemelham em diferentes comunidades nas diversas regiões do Brasil. Alguns estudos evidenciam que as condições socioeconômicas desfavoráveis e a localização geográfica das comunidades quilombolas são entraves para a melhoria das condições de vida dos indivíduos dessa população, como também reforçam que a situação de vulnerabilidade ainda persiste nesse grupo devido ao seu processo histórico e cultural, o que ocasiona desigualdades sociais, bem como menor acesso a bens e serviços. No presente estudo, a principal fonte de renda é o benefício social Bolsa Família e, de forma complementar, a população realiza a agricultura de subsistência e atividades artesanais, o que reforça sua condição de desigualdade social (GOMES, et. al., 2013; BEZERRA et. al., 2014).

Quadro 2: Caracterização das mulheres quilombolas entrevistadas na Comunidade Remanescente Quilombola Muquém, 2018.

Nome	Idade (Anos)	Cor	Ocupação	Escolaridade	Estado Civil
1. Aisha	35 a	Negra	Do lar	3º serie	Solteira
2. Amara	40 a	Morena	Do lar	1º serie	União Estável
3. Chinaka	37 a	Morena	Do lar	4º serie	Solteira
4. Gina	77 a	Morena	Aposentada	Analfabeta	Casada
5. Tanisha	56 a	Morena	Do lar	Analfabeta	União estável
6. Tisha	67 a	Canela	Aposentada	Analfabeta	Casada
7. Tangela	59 a	Negra	Do lar	Analfabeta	Casada
8. Shani	71 a	Canela	Aposentada/ artesã	Analfabeta	Casada
9. Malayka	82 a	Morena	Aposentada/ artesã	Analfabeta	Casada
10. Etana	46 a	Negra	Do lar	Não lembra *sabe assinar o nome	União estável
11. Núbia	30 a	Branca	Do lar	4º serie	Solteira
12. Mariama	61 a	Parda	Aposentada	Analfabeta	Viúva
13. Maisha	54 a	Parda	Do lar	5º série	Casada
14. Latasha	71 a	Morena	Aposentada	Analfabeta	Viúva

5.2. Práticas de cuidados baseadas na cultural local

Durante o período do pós-parto, muitas práticas de cuidado estão ligadas a cada mulher e estas recebem influência das pessoas que estão a sua volta. Assim, Leininger e Mcfarland (2014) caracterizam cultura como valores, crenças e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos entre gerações.

A identidade cultural só sobrevive se ela for perpetuada, uma vez que a transmissão de valores, crenças, normas e estilo de vida garantem o fortalecimento e a resistência de uma determinada cultura. Dentre as transmissões de valores, crenças e práticas é possível observar que a mulher, desde a antiguidade, é a principal cuidadora com funções patriarcais, exercendo

a habilidade prática de cuidar, demonstrando sua manifestação de cuidado com o outro, seja exercendo o cuidado com o filho, com os doentes ou com os idosos (COLLIÈRE, 2001).

Esse fato de perpetuação de práticas culturais foi visto nesta pesquisa, onde, das quatorze mulheres quilombolas entrevistadas, todas relataram praticar algum cuidado transmitido por sua mãe, avó, tia ou vizinha. Desse modo, essa transmissão e práticas de cuidado e valores, exercidos pelas mulheres quilombolas do Muquém no pós-parto confirmam que a cultura local é mantida nesta comunidade por meio das gerações.

Para melhor compreensão, essa unidade de significância foi estruturada em três subunidades: Práticas de cuidado relacionadas ao repouso, Práticas de cuidado relacionadas à higiene e Práticas de cuidado relacionadas à alimentação.

5.2.1. Práticas de cuidado relacionadas ao repouso

O cuidado recebido durante o puerpério é envolvido por crenças, valores e práticas que são transmitidas de geração em geração. Essa fase é conhecida popularmente como resguardo, quarentena ou dieta, sendo compreendido pelas mulheres como o período que elas devem ter de repouso (ACOSTA et.al., 2013).

O repouso no período puerperal é realizado a fim de evitar complicações para preservar a saúde no pós-parto. Assim, a mulher se priva das atividades habituais, dentre elas a atividade doméstica, a fim de evitar problemas de saúde no futuro (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013), como mostram as falas a seguir:

A gente só pegava a vassoura com 30 dias. (Tangela)

Ah minha filha, ninguém pegava numa vassoura, só quando inteirasse um mês era que pegava numa vassoura pra varrer uma casa. (Tisha)

E depois de um mês e quinze dias eu tomava conta do serviço, só não fazia lavar pano pesado, mas roupinha de menino, roupinha fina eu lavava. (Gina)

Nada de se abaixar, varrer a casa era só pelo meio! Ela me dizia que não podia pegar peso. Ela me dizia que essas partes da gente fica aberta (aponta para a região pélvica) e só voltava normal depois de 45 dias. (Latasha)

É possível observar, na fala de Latasha, que o cuidado exercido por ela no puerpério é proveniente da cultura que lhe foi transmitida. Essa prática de cuidado exercida advém de gerações anteriores, mantendo a cultura na comunidade. A universalidade do cuidado se apresenta para as mulheres quilombolas do Muquém, uma vez que todas elas exercem o repouso dos serviços domésticos, evitam pegar peso, pois para elas o corpo está “aberto”, ou seja, está exposto a doenças, caso elas realizem atividades que não sejam propícias para esse

momento, como pode ser visto, também, na fala de Etana: “Depois de um mês o corpo fechava.”.

As diferenças, em relação à duração do tempo para o “corpo fechar”, variam entre as mulheres da mesma comunidade, pois sofrem influência dos fatores de parentesco, o que faz com que a diversidade do cuidado cultural se apresente a partir da visão de mundo de cada mulher cuidada. É importante enfatizar que, para este grupo de mulheres, a compreensão da expressão “corpo fechar” se refere ao término do resguardo, ou seja, ao fim do período pós-parto e ao momento em que elas podem voltar às atividades habituais de seu dia a dia, pois, enquanto isso, o puerpério é visto como um período intacto em que as crenças culturais precisam ser preservadas e não podem ser transgredidas. De acordo com Stefanello (2005), o corpo da mulher fica aberto com o parto e se fecha no término do puerpério, 45 dias após o parto.

O resguardo acabava com sete semanas, a mãe que dizia! (Maisha)

Eu guardava 30 dias do meu resguardo e mais outros trocados que fazia os 40 de resguardo, mas graças a Deus eu me senti boa, eu não senti nada até aqui! (Amara)

Conforme Leininger (2014), há a diversidade do cuidado, o que se reflete nestas falas, tendo em vista que as mulheres quilombolas relatam, em relação à duração do pós-parto, que esse período de repouso varia entre trinta e quarenta dias, ou sete semanas. Na teoria Transcultural, a diversidade e a universalidade são fenômenos que podem se apresentar em congruência com o cuidado cultural, ou seja, em correspondência ao cuidado cultural local. A universalidade do cuidado se mostra na fala de Maisha, pois ela o trouxe de uma geração anterior, preservando o que lhe foi transmitido.

Autores como Andrade et. al. (2015) trazem que o período do pós-parto pode ter duração de seis a oito semanas, ou pode ser dividido em puerpério imediato, do primeiro ao décimo dia de pós-parto; puerpério tardio, do décimo primeiro dia ao quadragésimo quinto dia de pós-parto; e puerpério remoto, a partir do quadragésimo quinto dia. Ainda nesse período de repouso, há a abstinência da relação sexual, o que pode ser visto também nos estudos de Côrrea et. al. (2017) e Spindola et. al. (2017), onde o retorno à atividade sexual não obteve um período determinado, mas, sim, o período em que a mulher estava adaptada para retornar.

Para as mulheres quilombolas, o retorno à atividade sexual tem um período previsto, antes do qual não deve ser realizado, guardando pelo menos trinta dias de repouso no pós-parto, como pode ser visto nas falas:

Eu passei um mês pra me recuperar e ainda tem mais 15 dias que é pra procurar o marido novamente. O resguardo terminou com 30 dias, mas espere mais 15 dias pra você se entregar pro seu marido, a minha tia dizia. (Malayka)

Relação com o marido só depois de 45 dias... A minha sogra me dizia, que se a pessoa quer ter saúde só era pra procurar o marido depois dos 45 dias. (Latasha)

No resguardo, o cuidado eu dizia para o meu marido: vamos separar um pouquinho, aí ficava longe dele uns três meses e depois se juntava de novo! (Maisha)

O marido, eu não sei desse tempo que começou, mas a gente pra dormir com o marido era dois mês. (Aisha)

A diversidade cultural do cuidado, no retorno à atividade sexual, se apresenta entre as mulheres quilombolas. No entanto, ao refletirmos sobre esta prática de cuidado, ela se assemelha ao que recomenda o Ministério da Saúde, em que o retorno à atividade sexual é realizado após o 42º dia de pós-parto, ou seja, no término do puerpério, demonstrando, assim, que o ambiente e as pessoas são diferentes, mas os valores e costumes são semelhantes em culturas distintas. Por sua vez, na Comunidade Muquém, há uma diversidade cultural relativa ao tempo do retorno à atividade sexual, tendo em vista que entre as mulheres do estudo esse tempo variou.

Assim, percebe-se nas falas das mulheres que com menos de trinta dias não há retorno à atividade sexual. Esse período não foi unânime, variando para todas as mulheres, que realizam o retorno no momento em que estão se sentindo confortáveis e seguras, evitando, assim, doenças e complicações futuras. Isso denota que as orientações culturais repassadas pelas pessoas que cuidam das mulheres são diferenciadas, mesmo convivendo dentro de uma mesma comunidade, prevalecendo a influência dos fatores de parentesco.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o retorno à atividade sexual deve ser orientado na consulta puerperal pelo profissional de saúde, devendo ser realizado até o quadragésimo segundo dia de pós-parto. No entanto, o retorno à atividade sexual vai ser influenciado por diversos fatores, sendo necessário, muitas vezes, um período de adaptação para reinício.

Outro tema abordado pelas entrevistadas, retratado como complicação proveniente do não repouso, é a hemorragia pós-parto, conforme referenciado pelas mulheres nas seguintes falas:

A minha mãe dizia pra não fazer esforço. Pra não pegar peso né? Não sangrar, não ter hemorragia, o cuidado da gente era esse. (Tangela)

As parteiras me ensinavam, as vizinhas... me ensinavam a não pegar peso, não subir ladeira, não sentar de mal jeito...elas diziam essas coisas pra não se dismantelar, por causa da mãe do corpo... Pra quando chegar a idade não ficar sentindo alguma coisa, devido ao resguardo mal feito... eu hoje tenho saúde por que tive um resguardo bem feito, não fazia essas coisas... A mãe do corpo não é uma bola assim, grande aqui? (aponta para a região do baixo ventre). Toda mulher tem, se ela fizer alguma coisa de mal jeito ela sai pra fora, por que o corpo tá aberto. (Etana)

Para as mulheres do Muquém a “mãe do corpo” é o útero da mulher, então para Etana, a “mãe do corpo” é considerada uma parte sagrada do corpo da mulher, sendo responsável por todo componente do corpo feminino. Etana entende que no puerpério é preciso se resguardar como uma forma de proteção ao eixo feminino, pois, se a “mãe do corpo” não estiver bem, todo o restante do corpo da mulher sofrerá problemas de saúde para toda a vida. Dessa forma, para essas mulheres, é fundamental que haja uma manutenção do seu bem-estar e de sua saúde, preservando assim o cuidado cultural proposto por Leininger, no qual os valores e crenças que foram transmitidos e aprendidos são mantidos.

O conhecimento cultural das mulheres quilombolas são práticas aprendidas como forma de se cuidar para evitar complicações graves no pós-parto, pois estas são as formas que essas mulheres entendem como uma das causas de hemorragia pós-parto. A fala de Etana, quando remete à “mãe do corpo”, está se referindo ao útero e, ao se abster dos afazeres domésticos e das atividades pesadas, ela está auxiliando na recuperação do mesmo e prevenindo doenças; assim ela precisa manter esse cuidado, não podendo transgredi-lo. É possível entender que as mulheres recebem influências das crenças e dos valores das pessoas que as ajudam nesse período e que, se não realizarem os cuidados conforme são transmitidos, elas podem adoecer e não ficarão mais saudáveis, remetendo-se ao período pré-gravídico, ou seja, haverá a “quebra do resguardo”, inexistindo uma congruência da universalidade do cuidado cultural a que este resguardo está associado- mãe do corpo.

Para as mulheres do Muquém, essa prática do repouso é universal, uma vez que o cuidado é repassado por mulheres que já confirmaram sua experiência anterior, visando, especialmente, evitar as complicações provenientes do pós-parto. Elas acreditam ser este um período em que estão mais vulneráveis a intercorrências, demonstrando que as práticas de cuidado realizadas para evitar as complicações, dentre elas a hemorragia, são semelhantes, pois entendem que as atividades que exigem maior esforço físico poderão aumentar o sangramento.

Sabe-se que a hemorragia pós-parto é uma complicação frequente e uma das principais causas da mortalidade materna. Logo, esse tipo de mortalidade continua sendo um problema em vários países, dentre eles o Brasil, caracterizando um problema de saúde pública. A mortalidade materna é caracterizada pela morte da mulher durante a gestação ou no período do puerpério, ou seja, até 42º dia de pós-parto e que tenha causa relacionada ou agravada pela gravidez; causas acidentais ou incidentais, neste período, não a caracterizam (BRASIL, 2007).

Dentre as principais causas de mortalidade materna tem-se: hemorragia pós-parto, infecções, síndromes hipertensivas e práticas de aborto inseguro. No Brasil, 41% das mortes

maternas são decorrentes das hemorragias pós-parto, que se caracteriza pela perda sanguínea ≥ 500 ml no parto vaginal e 1000 ml em parto cesáreo. O Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) relata que a queda de 10% no hematócrito da puérpera, quando comparado com seu exame admissional, pode caracterizar um quadro de hemorragia pós-parto (BRASIL, 2007; WHO, 2012; WHO, 2013; ACOG, 2013; SOUZA et.al., 2013).

É perceptível a preocupação das mulheres quilombolas durante o puerpério com os cuidados com a “mãe do corpo”, preservando-a para que não haja a quebra do resguardo, como pode ser visualizado nas falas:

Eu tinha muito cuidado pra não quebrar o resguardo, a gente não levava chuva não... A gente tinha medo de adoecer... meu marido tinha muito cuidado em mim, não deixava eu fazer as coisas pesadas, ele chegava a noite do serviço e ele mesmo fazia as coisas pesadas... (Maisha)

Hoje não, mas pra trás tinha que ter muito cuidado porque as mulheres quebravam resguardo. Hoje o povo pensa que não existe resguardo quebrado, e existe sim. Resguardo quebrado é quando a gente... Se tiver uma preocupação, uma dor de cabeça forte, frio, febre, já quebrou o resguardo. E você não fica boa daquela dor de cabeça mais nunca, só quando Deus quiser levar. De tempos em tempos a cabeça lhe dói quando você quebra o resguardo. (Tisha)

Os relatos demonstram que o puerpério é um período de resguardo e de cuidado e que, se não guardado conforme as orientações transmitidas, o corpo pode não retornar ao seu ciclo natural, resultando em complicações posteriores. A cultura das mulheres quilombolas as leva a crer que se no período puerperal não houver os devidos cuidados com o corpo, também não haverá uma qualidade de vida, pois aparecerão doenças correlacionadas ao puerpério não cuidado, ou seja, ao resguardo mal feito, levando, conseqüentemente, à “quebra” do mesmo.

As falas das mulheres quilombolas reforçam, ainda, que durante esse período elas evitam esforços físicos e fortes emoções, como retrata a fala de Maisha ao afirmar que o esposo realiza as atividades que exigem maior esforço, ajudando-a a se recuperar. Logo, os saberes e práticas culturais são bastante utilizados nesse período e as pessoas que auxiliam as mulheres desempenham um importante papel, colaborando para que o corpo dessa mulher volte ao seu estado normal. Ademais, traduzem-se em pessoas de sua confiança, influenciando as puérperas a seguir suas orientações.

Os cuidados executados no puerpério pelas mulheres do Muquém almejam a continuidade da vida de forma a garantir saúde para o resto dela, ou seja, elas realizam os cuidados que foram transmitidos a fim de evitar conseqüências negativas e assegurar que depois do resguardo elas estejam bem, sem nenhuma intercorrência que as deixe com sequelas até sua morte.

Ademais, ressalte-se, ainda, que existe o repouso restrito ao leito nos primeiros dias do pós-parto, como expressado pelas mulheres:

De primeiro era um resguardo que ave maria. Passava três dias em cima da cama, no quarto dia era que se levantava e tinha arrodar a casa três vezes e depois entrava pra dentro. As parteiras que mandava arrodar a casa, não sei por quê. (Etana)

Agora ninguém faz resguardo. Três dias em cima da cama minha filha, só se levantava com três dias. Aí depois dos três dias era que eu saía pra fora, mas saía pra fora assim ó, dentro de casa. Daqui pra li. Aí com três dias ela mandava a gente arrodar a casa. (Tisha)

Quando eu cheguei do hospital a minha tia mandou eu ficar só dentro de casa não saia pra fora. Daí a minha tia me ensinou arrodar a casa três vezes, que é esse resguardo fino, do tempo da mãe dela e ela ensinou para as sobrinhas. Daí a minha cabeça já estava bêba, mas ela mandou eu arrodar a casa com um pano na cabeça pra cabeça não ficar no tempo. Aí depois eu entrei e fiquei deitada na cama. Isso era com oito dias de resguardo (Malayka)

As entrevistadas expressam, por meio de suas falas, a fidelidade à manutenção cultural do cuidado, ou seja, são fiéis aos cuidados que lhes foram repassados, pois o repouso restrito ao leito é unanimidade entre elas, até mesmo quando as primeiras horas do pós-parto são num ambiente diferente do seu domicílio, o que caracteriza que elas mantêm esse ritual de cuidado outrora transmitido pelas demais mulheres da comunidade. Assim, o ambiente da mulher quilombola atua diretamente sobre a forma de manutenção dessas práticas de cuidado no pós-parto, pois o fato delas utilizarem o ambiente ao redor da casa demonstra que este é o espaço que elas possuem para significar o cuidado, caracterizando a congruência do cuidado cultural local. Para Leininger, os padrões subjetivamente aprendidos apoiam o indivíduo a manter sua saúde, bem-estar e modo de vida.

A partir do contexto da oralidade, dentro da universalidade do cuidado cultural, pode-se depreender que há a diversidade do cuidado, pois o período de repouso no leito varia entre as mulheres quilombolas, tendo em vista que elas seguem as práticas que são transmitidas por meio das pessoas mais próximas.

Ressalte-se, mais uma vez, que essa prática de repouso no leito por um período de três dias é comum entre as mulheres quilombolas do Muquém, inclusive entre aquelas que parem fora do ambiente domiciliar, pois, ao retornar para casa, realizam os cuidados conforme as práticas de cuidado local. As mulheres relatam realizar o repouso no leito e, após três dias, realizam a deambulação com as voltas ao redor da casa, porém nenhuma delas sabe explicar o motivo destas atividades, reconhecendo que o saber local que é transmitido entre as gerações é preservado, conforme a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Malayka, no seu relato, afirma que utilizou um pano na cabeça para a mesma não ficar no tempo. Ela acredita que, nesse período, o corpo está vulnerável e está se reorganizando

para se recuperar após o parto, retornando ao seu estado pré-gravídico. Assim, tanto o sol quanto o vento frio podem levá-la a ter consequências prejudiciais no futuro, já que o eixo feminino, a “mãe do corpo”, ainda está fragilizado.

No estudo de Muniz e Silva (2015), realizado com mulheres quilombolas num município do Paraná, foi observado que era orientação das parteiras as mulheres realizarem repouso no leito no quarto de três dias com a justificativa de que a mulher não poderia “receber vento frio”, pois poderia levá-la a complicações e à morte.

O repouso restrito ao leito é orientado pelos profissionais de saúde, especialmente nas duas primeiras horas de pós-parto normal, uma vez que a mulher teve uma perda sanguínea considerável, em torno de 500 ml. Dessa forma, ele é orientado visando a hemostasia fisiológica e a prevenção de hipotensão postural (ZUGAIB, 2013). No caso dos partos cesáreos, o repouso é orientado nas primeiras 6/8h após o parto, no entanto, após esses períodos a mulher é estimulada a deambulação para prevenir eventos tromboembólicos devido à imobilidade. E para aquelas mulheres que ficam restritas ao leito por mais de oito horas o ideal é que sejam realizados exercícios nos membros inferiores para ajudar na circulação e prevenir a formação de trombos (GONÇALVES, 2013).

Um estudo evidenciou que o repouso no puerpério é uma forma de prevenir doenças e danos não reversíveis, como a morte, o que revela o sentimento de medo das mulheres nesse período e justifica a importância do repouso para elas. Como já citado anteriormente, este é um período delicado, pois podem ocorrer complicações que podem levar à morte da mulher, como as hemorragias puerperais (ACOSTA, et.al., 2012).

Foi possível observar nesta subunidade que os cuidados desenvolvidos no puerpério sofreram influência do ambiente, bem como dos valores culturais e modos de vida em que as mulheres estão inseridas. Leininger defende que a cultura são valores, crenças e modos de vida que são aprendidos, partilhados e transmitidos e que pertencem a um grupo, conforme foi visto nas falas das mulheres quando relatavam que esses cuidados já vinham das avós, mães e tias. Assim, o postulado seis, de sua teoria, relata que a partir do estudo e uso das culturas, dos cuidados, das crenças, valores e práticas, descobrir-se-ão sinais de saúde ou bem-estar dos indivíduos, visualizado quando as mulheres realizam as orientações recebidas como forma de promover saúde e prevenir danos.

5.2.2. Práticas de cuidado relacionadas à higiene

Nesta subunidade emergiram os cuidados voltados para a higiene corporal das mulheres no período do pós-parto, especialmente sobre a grande importância da não lavagem dos cabelos, conforme as falas a seguir:

A gente só tomava banho com 15 dias... era dito pelos mais velhos e era banho morno... antes a gente só se lavava, aí com mais 15 dias a gente tomava banho no rio! (Maisha)

Com 15 dias a gente tomou morno, a gente vai tomar o banho com 30 dias esses dois banhos. Agora a gente se lava né? De certas partes a gente se lava. Morna a água e se lava, e por derradeiro a gente vai pro rio. Chega lá toma um banho é tão bom banho derradeiro pra acabar o resguardo. Dá cada margulho (Tanisha)

Já o banho eu tomava de água morna, mas só no primeiro filho, nos outros eu tomava frio. Só que do último me deu uma dor de cabeça muito forte, por que o povo do hospital mandou eu tomar banho umas 3h depois que tive menino, e eu era acostumada tomar no outro dia, aí quando cheguei em casa me deu uma dor de cabeça e eu tenho até hoje. (Mariama)

A prática da não lavagem dos cabelos relatada pelas mulheres do Muquém ainda permanece, o que nos mostra que esta prática durante o pós-parto é um hábito que elas acreditam ser benéfico e que se perpetua, até hoje, na comunidade, manifestando que a transmissão de crenças e valores caracteriza a função de pertença cultural daquele local.

No estudo de Miranda, Marostica e Matão (2015), a lavagem dos cabelos para as mulheres pesquisadas ainda é preservada, uma vez que para elas lavar a cabeça nos primeiros dias pós-parto pode levar a problemas mentais, cefaleias e hemorragias. Uma das mulheres do estudo que lavou a cabeça antes dos 40 dias, término do resguardo para elas, referiu cefaleia e relacionou à lavagem do cabelo, pois nos resguardos anteriores ela preservou esse cuidado e não apresentou nenhuma comorbidade.

Já no estudo realizado por Costa et. al., (2013), mais da metade das mulheres entrevistadas tinham o hábito de tomar pelo menos dois banhos ao dia, não sendo citada a restrição para a lavagem ou não da cabeça. Para elas, a higiene era uma forma de hábitos saudáveis e melhora da qualidade de vida.

Para as mulheres quilombolas, o banho com água morna é uma prática comum, caracterizando a universalidade do cuidado, como trata Leininger. Por oportuno, frise-se que, o fato delas realizarem apenas a higiene da região íntima não demonstra que elas não reconhecem o banho como um hábito saudável, mas, sim, representa a fidelidade dessas mulheres a sua cultura local, havendo uma congruência do cuidado.

Em outros estudos, a higiene está sempre presente nas falas das mulheres e estas relatam principalmente sobre os cuidados com o banho, onde há a proibição da lavagem do

couro cabeludo como forma de prevenção de doenças. Há algumas culturas que consideram que a lavagem da cabeça leva a inversão do fluxo sanguíneo e o “sangue pode subir para a cabeça”, desencadeando a loucura (CASTIGLIONI et. al., 2016; VARGAS et.al., 2017; SAND et. al., 2018).

Sabe-se que, como orientação no pós-parto, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, ao elaborar um plano de cuidado, sempre prescrevem os cuidados de higiene, dentre os quais está o banho assim que a mulher sinta condições de realizá-lo ou realize com a ajuda de outra pessoa. No entanto, é preciso respeitar o contexto em que esta mulher está inserida, uma vez que essa regra do banho pode romper com as crenças e os costumes que possui. Leniniger (2018) defende que o cuidado precisa ser congruente, ou seja, o profissional de saúde precisa entender os valores, a cultura e os modos de vida da mulher que ele está cuidando para que possa prestar um cuidado culturalmente congruente.

Assim, as mulheres carregam consigo que, se não realizarem os cuidados conforme foram aprendidos, haverá a “quebra do resguardo”, levando a problemas de saúde no futuro. Logo, as mulheres mais antigas da comunidade realizavam somente a higiene da parte íntima nos primeiros quinze dias pós-parto, e somente no décimo quinto dia era que tomavam banho. Algumas não lavavam a cabeça e outras a lavavam, no entanto, todas elas passavam os próximos quinze dias sem lavar o cabelo. Com trinta dias, no término do resguardo, o banho era realizado no rio, local este que era referência para todas as pessoas da comunidade.

Pesquisa realizada com adolescentes no puerpério, durante o período que elas estavam internadas no Alojamento Conjunto, relatou que as mesmas receberam orientações profissionais quanto os cuidados com a higiene íntima em decorrência das rafias presentes no canal de parto e na vagina, bem como orientações sobre cuidados com a ferida operatória (LIMA et. al., 2017). Isto também foi observado nesse estudo quando elas falam:

Aí nois não tomava banho. Agora nois tinha, sabe, que se lavar. Isso... ainda mais à noite, quando não tinha ninguém. Tudo de água morna.... nois fazia aquele cozinhado, aquele monte de ervas que elas faziam (Aisha)

Fazia banho de assento, era só mornar a água e pronto mesmo, se lavava. (Etana)

Pra se lavar a gente colocava um remédio na água, pedra ume, uma pedrinha que nem pedra de sal e barbatimão colocava pra cozinhar e lavava a noite, na hora de dormir. (Malayka)

Passava sabão neutro quando ia lavar a cirurgia. Aí enxugava direitinho, secava e depois passava álcool assim na cirurgia. (Chinaka)

Como foi relatado, as práticas de cuidado relacionadas à higiene da região íntima são comuns entre as mulheres quilombolas, pois este é um cuidado que elas realizam durante todo

o resguardo. É como se neste momento que estão vivenciando, o puerpério, esta região precise de mais cuidado do que outra região do corpo, demonstrando que elas estabelecem práticas culturais preventivas durante o período do pós-parto.

Nota-se que o cuidado com a região íntima anseia a prevenção de infecção puerperal, pois se sabe que há o risco aumentado para infecção, especialmente nas cirurgias cesarianas e, em menor proporção, nas raias de laceração do parto. Ressalte-se que a infecção puerperal é uma das causas de mortalidade materna (SOUZA et. al., 2013; LIMA et. al., 2017).

Ao utilizar o cozinhado com barbatimão, *Stryphnondendron adstringens*, que é uma planta com fins medicinais com atividade antibacteriana, as mulheres quilombolas mesmo sem saber as propriedades científicas das cascas caulinares secas a utilizavam com fins preventivos de infecção. Assim, segundo o Ministério da Saúde, o barbatimão tem sido frequentemente empregado nas infecções uterinas, infecções urinárias e lesões cutâneas. No uso interno, é utilizado no tratamento de hemorragias, doenças respiratórias e pulmonares (SOARES, PEREIRA, 2016).

Quanto ao uso da pedra ume, *Myrcia sylvatica*, esta também é utilizada na medicina caseira para controle de inflamação intestinal e hemorragias, bem como inflamações uterinas, sendo justificado o uso dela pelas mulheres como forma de prevenção de infecções (SILVA et. al., 2015).

É perceptível, por meio dos relatos, que os cuidados com a higiene íntima na comunidade foram executados de maneiras diferentes entre as mulheres quilombolas, demonstrando que existe a diversidade do cuidado cultural, que, segundo Leininger (2018), é entendida como as variações do cuidado, nos padrões, valores e estilos de vida, sendo expressos para apoiar e assistir pessoas e comunidades.

A teórica ainda nos mostra que há forte influência, nos dias atuais, dos familiares e das pessoas que estão acompanhando a puérpera, uma vez que estas exercem o cuidado através do que lhes foi transmitido, permeado de fatores socioculturais, crenças, valores e modos de vida aprendidos e repassados entre gerações, havendo a preservação cultural do cuidado. Assim, a teoria Transcultural auxilia o profissional a conhecer diferentes práticas culturais de cuidado, permitindo que o enfermeiro aperfeiçoe seu cuidado de enfermagem, tendo como base as questões culturais e as características peculiares de cada indivíduo/ grupo.

5.2.3. Práticas de cuidado relacionadas à alimentação

Durante o período do pós-parto, outro cuidado bastante citado pelas mulheres quilombolas foi relacionado à alimentação. Assim, a depender do grupo, a alimentação

envolve diferentes crenças, práticas e significados, os quais são padronizados pela cultura local. Para as mulheres da comunidade quilombola, a alimentação não é apenas uma forma de nutrição, mas concebe valores que estão ligados aos cuidados com a saúde.

De acordo com um estudo realizado nas comunidades ribeirinhas, os costumes alimentares apresentam uma série de restrições (tabus), provenientes, em parte, da miscigenação cultural, ou seja, vindos da cultura indígena, negra e de colonizadores portugueses. Dessa forma, as mulheres ficam sujeitas a influências em relação às restrições alimentares nesse período (ACOSTA et. al., 2012; BRITO JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013).

Ao relatarem sobre a alimentação no pós-parto, as mulheres do Muquém demonstraram que existem alimentos que podem ser consumidos no puerpério e que serão benéficos para a saúde, como mostram as falas a seguir:

Filha, a comida da gente era pirão de galinha. Quando nós vinha comer feijão era depois do banho frio. Quer dizer, feijão de corda, viu? A gente passava os quarenta dias de resguardo comendo galinha. (Amara)

Acho que é por isso que hoje eu tenho saúde, por que eu fazia a dieta. Era um regime medonho. (Etana)

Comia apenas aquelas comidas mais leves. Pedaco de carne de boi, frango. Eram os cuidados que a gente dizia. Nada carregado pra não se prejudicar depois. (Gina)

Nois não come toda comida, tem a comida escolhida. É a carne de gado, é galinha de capueira, ninguém come galinha de granja. Que hoje em dia é de monte, não come. É a galinha da capueira, a carne de gado, coisas assim... Bacalhau, charque. Mais outras coisas não! Não! (Tanisha)

Para as entrevistadas, a alimentação é uma prática de cuidado universal, onde todas elas seguem com rigor o ritual alimentar, que é repassado entre as gerações, demonstrando que essa prática recebe forte influência dos valores culturais e do modo de vida das pessoas da comunidade, pois acreditam que a alimentação está relacionada à manutenção do seu bem-estar e de sua saúde.

No estudo de Miranda, Marostica e Matão (2015), o pirão e a galinha também foram a alimentação mais citada entre as puérperas, sendo considerada benéfica para a saúde no período do pós-parto. No entanto, o feijão era considerado prejudicial, não para elas, mas, sim, para o recém-nascido, onde as mesmas associavam-no à cólica. Já no estudo de Acosta et. al. (2012), as mulheres relataram que o consumo de frutas ácidas, feijão e verduras é prejudicial no puerpério, pois, além de causar problemas para o bebê, pode levar à inflamação dos pontos, sejam eles da cesárea ou da rafia de laceração, de acordo com sua crença cultural. Observa-se que o uso do feijão na alimentação no pós-parto ainda é controverso nas culturas, uma vez que há grupos que defendem que o feijão ajuda na produção láctea e há aqueles que

acreditam que ele pode levar ao acúmulo de flatulência, tanto no recém-nascido quanto na puérpera.

Pesquisa feita com puérperas de Ribeirão Preto evidenciou que a alimentação é muito importante no puerpério, porém, algumas restrições alimentares são necessárias, como por exemplo, carne de porco e feijão, que são tidas como comidas pesadas e carregadas. As puérperas relataram ingerir, basicamente, canja de galinha, que é considerada uma alimentação leve (STEFANELLO, 2005).

As mulheres quilombolas entrevistadas ainda relataram que não consomem no pós-parto os alimentos considerados “carregados”, e estes devem ser excluídos da dieta durante esse período.

Não comer nada carregado pra não se prejudicar depois. Peixe, fava, negócio de batata, fato de boi, carne de porco. Cada um tinha um tempo pra se comer enquanto a mulher estava de dieta (Gina).

Não comia camarão, acari de jeito nenhum, nem bague, nem sardinha. (Etana)

No hospital nois come feijão. É cá em casa nois não come, né não?! Nois não come. Agora lá é tudo misturado. Comi banana, queijo que eu não comia... Foi!! Eu dizia: eu não quero não! Eu não sou acostumada a comer não, mas a senhora vai comer, porque a senhora não tá em casa. Comi feijão misturado. Quando eu cheguei em casa, eu mudei! Eu não comia o que eles me deram. (Shani)

É perceptível nas falas das mulheres que alguns alimentos são considerados carregados, como, por exemplo: peixes, especialmente aqueles que tivessem couro escuro, sardinha e acari; crustáceos, como camarão e sururu; e frango com couro. Todos esses alimentos são considerados prejudiciais no pós-parto para as mulheres quilombolas, pois podem levar a um processo inflamatório e ao aumento do fluxo sanguíneo, ou seja, aumento dos lóquios. A universalidade, que envolve as concepções das mulheres quilombolas sobre os alimentos “carregados”, se mostra como uma singularidade na forma de cuidar, que é envolta por crenças, valores e práticas que são verdadeiras e corretas formas de cuidado. Assim, o modo de vida e a visão de mundo dessas mulheres apresenta relação direta com o seu contexto cultural local.

Os alimentos “carregados” também são popularmente conhecidos como alimentos pesados e alimentos “remosos”, a depender da cultura. Segundo Brito Júnior e Estácio (2013), os alimentos “remosos” são aqueles capazes de causar reima, ou seja, são aqueles que lesam o sangue e causam prurido. Sendo assim, eles consideram que as comidas remosas são comidas derivadas da carne de porco; mariscos, como camarão e caranguejo; peixes de pele; aves, como patos; não devendo ser consumidas por pessoas que tenham algum quadro de vulnerabilidade, como durante a menstruação, puerpério, problemas intestinais, ferimentos ou

expectoração, pois esses alimentos podem aumentar o quadro patológico por meio da elevação dos danos teciduais, formação de fibrina e aumento do processo inflamatório.

Não há nenhum estudo cientificamente comprovado sobre o mecanismo de ação fisiopatológico dos alimentos “remosos”. O que há são hipóteses que referem que esses alimentos possuem substâncias tóxicas quando ingeridos, o que pode ser compreendido por meio do sistema imunológico, mais especificamente por meio da resposta da imunidade inata (BRITO JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013).

Por imunidade inata, entende-se que é aquela que o ser humano já nasce com ela, é própria dele. Dessa forma, quando ocorre algum dano tecidual, há a ativação da imunidade inata por meio de mecanismos de Padrões Moleculares Associados a Patógenos (PAMPs), através de estruturas moleculares específicas da superfície de micro-organismos, que não são destruídos mesmo após os alimentos serem cozidos. E que, em resposta ao dano tecidual, o consumo de alimentos “remosos”, nestas condições, teria um efeito de elevação do processo inflamatório com persistência dos sinais clínicos, rubor, calor, edema, dor e prejuízo funcional (BRITO JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013).

Ademais, há estudos que mostram que a alimentação da mulher no puerpério deve ser igual à de outra mulher que não esteja vivenciando esse período, uma vez que esta alimentação deve contemplar uma dieta saudável, com frutas, legumes, cereais e carnes, visando sempre uma alimentação balanceada, diminuindo o excesso de açúcar, sódio e produtos industrializados. Essa alimentação também deve ajudar a mulher a retornar para o seu peso pré-gravídico, ajudar na motilidade intestinal e na produção de leite. Logo, o aumento da ingesta hídrica também é de fundamental importância nesse período (MARQUES et. al., 2011; COSTA et. al., 2013; CASTIGLIONI et. al., 2016; TEXEIRA et. al., 2016).

Nesse sentido, é possível observar, pelas falas das entrevistadas, que a alimentação está cercada de crenças, valores e práticas que são aprendidos e repassados entre as gerações de mulheres da comunidade. Sob o olhar da teórica Leininger, observa-se que a alimentação possui valores culturais que estão ligados ao cuidado e à saúde, uma vez que, para as mulheres quilombolas, os alimentos podem ser considerados saudáveis ou prejudiciais, sendo a prática alimentar uma semelhança entre as mulheres do Muquém, as quais buscam reproduzir as particularidades dos seus valores culturais e modo de vida, conservando a identidade e sustentando o cuidado cultural local.

5.3. Práticas de cuidado na perspectiva de cura

As práticas de cuidado realizadas pelas mulheres na comunidade quilombola no pós-parto visavam o não adoecimento das mesmas. Para isso elas se utilizavam de práticas aprendidas no seio familiar e na comunidade e baseava-se em: Práticas de cuidado com a utilização de plantas medicinais e Práticas de cuidado religiosas, que serão as duas subunidades abordadas a seguir.

5.3.1. Práticas de cuidado com a utilização de plantas medicinais

O uso de plantas para prevenção, tratamento ou cura de enfermidades muitas vezes é a única possibilidade terapêutica de algumas comunidades. Esta prática é proveniente do conhecimento popular que é repassado ao longo do tempo numa construção histórico-social, representando a cultura de um grupo (PONTES et.al., 2013; LIMA et.al., 2016).

Assim, desde os primórdios da humanidade, há o uso de plantas medicinais. No Brasil, o seu uso se deu por influência da colonização portuguesa, da participação indígena e da cultura africana. A grande diversidade de espécies do bioma brasileiro é considerada uma das mais importantes fontes de princípio ativo do planeta, o que facilitou o conhecimento das plantas medicinais pelas populações tradicionais. Muitas comunidades tradicionais não possuem acesso aos serviços primários de saúde, então buscam na medicina costumeira, principalmente no uso das plantas, a cura para muitas doenças (ARCANJO et.al., 2013; OLIVEIRA et.al., 2016).

Dentre as comunidades tradicionais, encontra-se a dos quilombolas, os quais possuem hábitos, práticas e modo de vida de seus ancestrais e também fazem uso das plantas medicinais como alternativa para tratamento e cura de suas doenças (FERREIRA, BATISTA, PASA, 2015). Assim, as mulheres quilombolas, ao utilizarem as plantas, sabem perfeitamente para que estão utilizando, pois especificam que tipo de planta é, bem como a sua indicação.

Note-se:

Vou dizer a senhora, era de sene, cebola branca, era piranha. Era essas três coisas, somente três goles, era um purgante pra gente. Mas a gente ficava na moda, tudo limpinha, não ficava nada, saia tudo o que tinha lá dentro. Aí pronto, a gente era saudável nessa época. (Amara)

Agora, eu tomava tanto chá de mato que a minha tia fazia. Por que quando a pessoa ganha menino no hospital a pessoa tem que tomar chá para limpar tudo por dentro, barbatimão que é bom... Cerveja preta, que é pra limpar o sangue por dentro, por que lá no hospital eles só tiram o menino, não dão nada pra limpar por dentro. Bebi uma garrafa de água inglesa também 3x por dia pra sair aquele sangue pisado. O meu saia tanto, saia cada taiada... se não beber nada pra limpar aquilo fica por dentro matando. Eu tinha até medo quando ia fazer xixi...!! (Malayka)

Tomava chá de barbatimão, sambacaitá... tomava e se lavava por baixo. (Mariama)

Nesse diapasão, percebe-se que o conhecimento empírico é repassado entre as gerações, como mostra a fala de Malayka, ou seja, de mãe para filha, de tia para sobrinha; e isso contribui para que a utilização de plantas medicinais com fins curativos se propague até os dias atuais na comunidade. As mulheres, ao relatarem que os chás “limpavam tudo por dentro”, estão enfatizando que, se ficarem restos placentários ou se houver a formação de coágulos, estes chás são capazes de fazer toda essa limpeza, prevenindo que elas tenham qualquer infecção. Quando afirmam que se “lavam por baixo”, estão se referindo ao uso do banho de assento, tanto para ajudar na cicatrização de lacerações, quanto para a prevenção de infecção, como um agente anti-inflamatório.

Na comunidade quilombola do Muquém, as plantas medicinais são muito utilizadas, uma vez que a maioria das entrevistadas relatou ter feito uso das mesmas, configurando que esta é uma prática ainda comum na localidade, sendo empregada no tratamento, prevenção e cura de doenças. Dentre as plantas utilizadas no período do pós-parto, com ação de anti-inflamatório e prevenção de infecção, de acordo com o conhecimento popular destas mulheres, se destacam: sene, barbatimão, piranha, sambacaitá e cebola branca.

A partir dos relatos, observa-se que a prática do uso das plantas medicinais é universal entre as mulheres do Muquém, restando clara a congruência com o cuidado cultural. Assim, essa prática apresenta uma variabilidade no padrão de cuidado, uma vez que todas elas fazem uso das plantas medicinais, mas a forma de utilização é diversa. Enquanto algumas utilizam como chás, outras utilizam como garrafadas ou banhos de assento, demonstrando que, dentro desta comunidade quilombola, as práticas podem ser diversificadas.

Planta medicinal é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), como “uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos”. Ainda em relação a definições, de acordo com a ANVISA (2016), as plantas medicinais são aquelas com capacidade de aliviar ou curar enfermidades e têm tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade. Trata-se, pois, de conceito diferente da fitoterapia, que é “uma terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006).

No Brasil, a fitoterapia e o uso de plantas medicinais fazem parte do Sistema Único de Saúde por meio da prática integrativa e complementar à saúde. Essa prática foi aprovada por meio das portarias Ministeriais nº 971, 03 de maio de 2006, e nº 1600, de 17 de julho de 2006,

onde se institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares que tem como um dos objetivos, ampliar e aumentar o acesso às práticas complementares, garantindo segurança, eficácia e eficiência, na perspectiva da integralidade de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

No entanto, é importante ressaltar que para utilizar as plantas medicinais é preciso conhecê-las. Todavia, na maioria das vezes, ocorre o uso indiscriminado, sem conhecimento da toxicidade e da ação terapêutica por parte de quem está se medicando. Isto pode ocasionar danos e colocar a vida do usuário em risco, uma vez que cada planta medicinal possui suas particularidades, mostrando que elas devem ser utilizadas com cautela, pois algumas são potencialmente perigosas, ou seja, tóxicas (ARAÚJO et.al, 2015).

De acordo com o estudo de Muniz e Silva (2016), as parteiras da Comunidade de Barra do Araripira utilizavam chá de pé-de-galinha, de sene e de abuto ou vinho quente para a menstruação descer. Nota-se, portanto, que tinham o mesmo pensamento das mulheres quilombolas do Muquém, que tomavam os chás, a cerveja preta ou a água inglesa com o mesmo intuito: evitar que o sangramento ficasse retido e formasse coágulos, pois para elas isso levaria ao adoecimento. Entretanto, na literatura, o uso da cerveja preta está sempre associado ao efeito galactogênico, sendo um dos métodos não farmacológicos mais difundido, até mesmo entre profissionais de saúde. Saliente-se, todavia, que o uso regular de álcool não deve ser orientado durante o período de lactação (BROTTO et.al., 2015).

No estudo de Bonfim et. al. (2018) com mulheres quilombolas, as parteiras eram as responsáveis por preparar o banho com as plantas medicinais para a mulher no pós-parto. Dentre as plantas mais utilizadas no banho de assento estavam: aroeira, quixabeira, umbuzeiro e umburana, que funcionavam como anti-inflamatório na higiene da genitália externa.

Assim, é notório que o uso das plantas medicinais é uma prática cultural presente nas comunidades, sendo utilizadas nas formas de chás, banhos de assento ou garrafada, como mostra a fala de Aisha. Percebe-se, ainda, que esta prática está inserida no contexto sociocultural dessas mulheres, o que faz com que elas propaguem esse conhecimento dentro do ambiente familiar.

Quando a gente ia tomar banho ela ia buscar aquela temperada. Ai ela ia, buscava, chegava e mexia... Aí era com aquelas ervas tudo dentro da cachaça. Acabá mexia... Só não sei que erva era. Ai quando a gente saia dava mais um dedo de cachaça e dava a gente. Pra gente coisar por dentro né?! Pra limpar por dentro, né? (Aisha)

As garrafadas utilizadas pelas mulheres da comunidade também têm o mesmo objetivo dos chás: evitar infecções, ou seja, retirar tudo que era considerado prejudicial que estava retido no corpo da mulher. Barroso (2009) afirma que “as garrafadas também fazem parte da

experiência dessas mulheres, são os meios por elas utilizados para curar diversos males como ‘inflamação de mulher de resguardo’”.

A cultura do uso das plantas medicinais pelos grupos negros se deu por meio de propriedades farmacológicas que eles iam descobrindo com a utilização da planta, bem como as utilizavam em rituais religiosos, ambos almejando a cura de doenças. Desse modo, é possível observar que a partir do uso das culturas, crenças, valores e práticas serão encontrados sinais de saúde ou bem-estar dos indivíduos, como afirma Leininger em seu postulado (2006). Assim, o uso de plantas medicinais valoriza a cultura popular e o conhecimento tradicional, fazendo com que seja uma alternativa terapêutica para os indivíduos, desde que utilizados corretamente e com a confirmação dos seus riscos e benefícios para a saúde.

5.3.2. Práticas de cuidado religiosas

A população indígena e negra possui um rico legado das práticas ritualísticas, fazendo com que isto marque a cultura brasileira até os dias atuais. Dentre as práticas, encontram-se os rituais de cura, caracterizando esses grupos como os primeiros curandeiros do período colonial. Essa forma de cuidado se sustenta na fé e na operação do divino, onde curandeiros, benzedeiros ou rezadeiras agem visando a cura do corpo e da alma (LIMA et. al., 2016).

Várias técnicas de cura são empregadas diante do complexo processo saúde-doença, dentre as quais está a reza. Dessa forma, os cuidados populares realizados pelas comunidades objetivam, ainda que por desconhecimento deles, o cuidado integral.

Na comunidade quilombola, as mulheres relatam procurar as curandeiras para realizarem cura, dados que se confirmam com outros estudos que se utilizam desta prática para curar e amenizar o sofrimento (ARIAS, RIEIRA, 2013; MCINTYRE et. al., 2016).

As práticas de cura por meio das rezas estão imersas no sincretismo religioso, uma vez que são oriundas do catolicismo, mas dialogam com outras práticas religiosas, como a dos indígenas e dos afrodescendentes. Todas as culturas populares desses grupos sempre buscavam curar as pessoas por meio das palavras sagradas que proferiam durante as rezas (CUNHA; GONÇALVES, 2018).

Esta crença de que a reza pode proporcionar a cura para enfermidades físicas, espirituais e emocionais, segundo Rodrigues (2012) “são advindas de um processo sociocultural e de herança [...], imbricadas numa trama de relações e valores que adentra o universo da medicina popular, das religiões populares, aos fazeres rituais desse povo”.

Assim, muitas vezes, o único recurso terapêutico utilizado pelas mulheres quilombolas para tratar as doenças adquiridas no puerpério é a reza realizada pelas curandeiras da comunidade, mostrando a confiança e a fé que estas mulheres têm na reza como uma forma de se curar do “mal” adquirido no pós-parto.

Eu mandei a menina curar, a cura de sol e sereno, melhorei um pouco, mas ainda sinto dor de vez em quando. A cura é quando ela reza na sua cabeça... Aí essa é feita com uma garrafa com água quando termina ela coloca três pingos de água na sua cabeça e tomei um chá de pimenta que ela me ensinou, diz ela que era bom pra dor de cabeça de resguardo quebrado. (Mariama)

A cura de sol e sereno, como é relatada por Mariama, é caracterizada como a cura feita para dores de cabeça decorrentes da insolação e friagem da noite. Na comunidade quilombola, a cura é feita a partir da reza com a utilização da água e, para completar este processo de cura, é utilizado concomitantemente outras terapias, como o chá de pimenta, observando-se que este cuidado é determinado em etapas e próprio da comunidade.

Uma curandeira da comunidade foi entrevistada e percebe-se, por sua fala, que este é um dos motivos frequentes para a realização da reza no pós-parto. No entanto, ela observa que o correto é não levar sol, nem sereno, durante o pós-parto, pois isto pode levar a doenças que sejam difíceis de ser curadas ao longo da vida, como demonstra:

Só se ver pedindo pra curar a cabeça, eu rezo... Mas ali foi juntando na cabeça o sol e sereno. Hoje em dia as mulheres é tudo com dor de cabeça, aquilo ali é o resguardo que não cuidou, levava sol, sereno, aí depois fica com essa dor de cabeça, prejudicada... (Etana)

Em outros estudos, a cura para dor de cabeça foi relatada por meio do uso de ramos de plantas, demonstrando que as plantas possuem diversos significados e usos, desde a utilização para chás, xaropes, banhos, preparo de alimentos e no ritual de benzer. O que vai caracterizar seu uso e sua indicação são os hábitos de cada comunidade (LIMA, et. al., 2016; PEREIRA; COELHO-FERREIRA, 2017; SILVA; OLIVEIRA; ABREU, 2018; CUNHA; GONÇALVES, 2018).

Do ponto de vista de Leininger (2014), as práticas culturais possuem grande significado na vida das pessoas que as utilizam, sendo impregnadas de valor, ou seja, tratam-se de conjuntos de saberes que as comunidades adotam como referência. Esta prática é realizada apenas por mulheres na comunidade quilombola, o que se confirma com os estudos de Cunha, Gonçalves (2018) e Silva et. al., (2017), nos quais as mulheres são benzendeiras por vocação e dom divino, onde envolvem os saberes populares que são repassados de geração a geração ou, então, este saber é aprendido intuitivamente.

Desse modo, benzer por meio da reza é uma prática que faz parte do cuidado cultural da comunidade quilombola, permeada de significados, o divino e a fé, buscando auxiliar os indivíduos no seu processo de cura e alívio do sofrimento. Assim, é possível compreender que essa forma de cuidado é uma prática significativa para as pessoas da comunidade e compõe até hoje um recurso de saúde utilizado pelas mulheres.

5.4. Práticas de cuidado cultural versus cuidado profissional

Reportando-se à Teoria de Leininger, em especial ao seu primeiro postulado, em que as diferenças nos valores e padrões de cuidar cultural levam a grandes diferenças nas expectativas de práticas de cuidados de enfermagem, foi possível identificar que para que o cuidado de enfermagem promovido no puerpério seja condizente com cultura da mulher, é preciso que o profissional tenha uma visão holística do cuidado, para que assim ele possa promover um cuidado congruente com a cultura.

As práticas de cuidado realizadas pelas mulheres quilombolas demonstram que as mesmas fazem com o intuito de não adoecer, ou seja, como método preventivo. Os problemas relatados pelas mulheres da comunidade são a dificuldade de acesso à maternidade, pois a maioria não dispõe de transporte para fazer este traslado, bem como a localização geográfica do quilombo que contribui para dificultar esse acesso.

Rapaz, não é assim não, resguardo quem faz é a gente. Porque a gente no hospital tá ali na mão do doutor, qualquer coisa que houver o doutor já diz: eita, tá passando mal. E no Muqué? Vai fazer o que no sítio? Quando vier dizer assim: chama o carro pra ir pro doutor! Já tá dura. (Amara)

Porque agora minha fia, tá uma coisa... chego no hospital e ali tem uns médicos pra fazer aqueles negócios e antigamente não tinha nada pra gente. Elas tinha isso na cabeça que não tinha doutor, por isso a gente se cuidava assim. (Aisha)

É perceptível, por meio das falas, que as formas de cuidado são repassadas entre as gerações, configurando o cuidado cultural, segundo Leininger (2014), e que a parteira tem grande influência nos modos de cuidado dessas mulheres quilombolas, uma vez que a assistência ao parto domiciliar sempre é prestada por estas mulheres da comunidade e estas, além da assistência ao parto, sempre realizam orientações sobre os cuidados pós-parto, sendo elogiadas e valorizadas pelas mulheres quilombolas, como se pode depreender das falas seguintes:

Os enfermeiros da gente era bem dizer as parteiras. (Aisha)

Eu tenho orgulho de dizer, nunca doutor nenhum mexeu em mim, pra filho não. Eu só ganhava menino com parteira (Tisha)

As parteiras são mulheres que possuem conhecimentos tradicionais que foram transmitidos por outras mulheres, geralmente suas mães, que repassavam esse conhecimento oralmente e as ensinavam a exercer este cuidado às parturientes, ou seja, aquelas mulheres que estavam em trabalho de parto ativo. São pessoas da comunidade que estão sempre disponíveis ao chamado das mulheres e em quem têm total confiança.

De acordo com o estudo de Araujo (2017), o parto das mulheres quilombolas mais velhas da comunidade Muquém eram sempre assistidos em ambiente domiciliar, demonstrando que este era um evento natural que não necessitava de intervenção e o hospital era apenas nos casos de complicações, onde as parteiras não podiam intervir.

A junção do conhecimento das parteiras tradicionais com conhecimento biomédico foi uma estratégia, visando reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil, de modo que atinja uma melhor qualificação da assistência no país. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), as parteiras tradicionais são aquelas que prestam assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais e são reconhecidas pela comunidade. É, portanto, uma prática recomendada e incentivada pela Rede Cegonha (GUSMAN, et. al., 2015).

Atualmente, a maioria das assistências ao parto é realizada em âmbito hospitalar. Porém, entre as mulheres ribeirinhas, quilombolas e indígenas essa assistência, muitas vezes, ainda é realizada pelas parteiras da comunidade, o que faz com que essas mulheres sejam reconhecidas no seu ambiente e adotem saberes e práticas próprios da cultura local (BRASIL, 2012).

Na comunidade quilombola Muquém, hoje, a assistência ao parto é realizada em ambiente hospitalar, uma vez que, com o passar dos anos, a propagação do saber das parteiras locais não foi transmitida a outras mulheres da comunidade, demonstrando que essa prática cultural deixou de existir, uma vez que o que vai caracterizá-la é a transmissão dos saberes (ARAÚJO, 2017).

Com a transposição do cenário do parto, algumas práticas de cuidado preservadas pelas mulheres no seu ambiente não são conservadas quando há a mudança do local do nascimento, uma vez que, as diferentes formas de cuidado vão ser expressas a depender do local que ocorreu esta experiência. É nesse cenário de mudança de contexto cultural que os profissionais de saúde realizam imposições diversas, desconhecendo os hábitos e modos de vida da mulher à qual está prestando assistência.

Lá nois comia, tomava banho frio, porque lá tem reforço e aqui nois num tem. Se nois adoecer nois tamo em casa. Eu penso isso! (Shani)

E lá a mia fia já sabe como é... Já teve, já se levanta, já toma banho... (Maisha)

Do primeiro sarou com óleo de piqui e a minha tia vinha toda noite fumar o cachimbo e cuspiam no umbigo que era pra sarar... Agora é o álcool a 70, é proibido colocar fumo. Oxe, eu levava “gato” da médica quando eu dizia isso... Ela dizia não faça os costumes da sua família não, você tem que usar álcool a 70.... Isso é tempos antigos. Mas pra mim o melhor é o negócio do cachimbo, o umbigo caiu com 5 dias. Dos outros a médica não queria nem ver cuspe de cachimbo, mas demorava mais... 10 dias pra cair. (Malayka)

É possível observar, por meio dos relatos, que os modos de cuidado das mulheres quilombolas foram mudados, mesmo que temporariamente, em decorrência da inserção do profissional de saúde na assistência ao parto e pós-parto, uma vez que essas mulheres acreditam que, ao estarem no hospital, elas podem realizar os cuidados prescritos pelos profissionais, pois caso venham a adoecer ou ter alguma complicação, ela já estarão num ambiente que lhe prestará assistência.

Nessa perspectiva, percebe-se que as mulheres quilombolas do Muquém reconhecem e valorizam as práticas de cuidados exercidas e transmitidas por outras mulheres da comunidade, pois mesmo que o ambiente de assistência ao parto seja a maternidade, ao retornar para a comunidade, ela se cuida de acordo com as crenças e hábitos de vida próprios do seu ambiente cultural.

Na fala de Malayka, é perceptível que houve uma reestruturação cultural do cuidado, de acordo com as ações e decisões de enfermagem propostas por Leininger, uma vez que ela deixou seu hábito de utilizar o óleo de piqui e o fumo do cachimbo na cicatrização do coto umbilical e segue as recomendações sugeridas pelo profissional de saúde, favorecendo uma repadronização na sua prática de cuidado cultural.

A partir do século XX, o médico é tido como a figura principal na assistência ao parto, fazendo com que a mulher deixe de ser a protagonista ativa desse processo. É por meio do uso das tecnologias, intervenções e cesáreas desnecessárias que, hoje, o modelo obstétrico é configurado como um problema de saúde pública. Assim, a internação da mulher durante o trabalho de parto e do parto, levou a uma medicalização do seu corpo, com desígnio de interferir, acelerar e monitorar o processo fisiológico do parto, demonstrando uma apropriação do saber médico sobre o corpo da mulher (AIRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018; LUCENA; SANTOS; MORAIS, 2019).

Assim, em contraposição a essa assistência medicalizada, como um desrespeito da humanização e da autonomia da mulher, há movimentos que defendem o parto natural e seu retorno ao ambiente domiciliar, sendo perceptível o aumento no número de partos domiciliares assistidos por uma equipe multiprofissional, onde o enfermeiro obstetra é uma

figura ativa do processo. A este último, cabe o respeito à autonomia e às escolhas conscientes da mulher, ou seja, escolhas embasadas em evidências científicas, assistindo-a de forma segura e enfatizando que ela é a protagonista deste processo e que o profissional está ali apenas nos casos em que seja necessária alguma intervenção que coloque em risco a vida da mulher e do recém-nascido. Estudos demonstram que a inserção do enfermeiro obstetra nesses momentos melhora a qualidade da assistência ao parto, diminuindo as intervenções e proporcionando que as mulheres sejam sujeitos ativos de destaque nesse momento (SOUSA et. al., 2016; AIRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

A transposição dessa assistência para o hospital e, posteriormente, seu retorno gradativo ao ambiente domiciliar, faz com que o enfermeiro obstetra adentre no contexto social e cultural que a mulher está inserida, por meio de visitas periódicas ao seu ambiente, bem como pela coleta de informações imprescindíveis para que a assistência ao puerpério seja de acordo com o que aquela mulher e sua família planejam, dentro dos seus hábitos e modo de vida, proporcionando um cuidado culturalmente congruente. Assim, os fatores religiosos, de parentesco, educacionais e fisiológicos, por exemplo, irão influenciar nos padrões de cuidado.

Conforme o terceiro postulado Leininger, à medida que o enfermeiro trabalha em culturas estranhas com diferentes valores sobre os cuidados de enfermagem ou sobre as expectativas do cuidar, existirá sinais evidentes de conflitos, choque e tensões culturais entre a enfermeira e o indivíduo. Para Leininger, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, precisa realizar um cuidado que seja coerente com a cultura, ou seja, um cuidado coerente com os valores, as crenças, os modos de vida e as práticas culturais dos indivíduos, a fim de que este cuidado tenha como objetivo decisões e ações de enfermagem que visem a preservação/manutenção, negociação/acomodação ou repadronização/reestruturação do cuidado cultural, a fim de que se alcance o cuidado congruente com a cultura.

Para que isso seja possível, é necessária uma aproximação do cuidado da comunidade (emic) com o cuidado do enfermeiro (etic). Desse modo, conhecer a visão de mundo e as dimensões estruturais e sociais que envolvem um grupo é primordial para promover saúde e bem-estar para os indivíduos que estão sendo cuidados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos compreender as práticas de cuidado realizadas por mulheres quilombolas no puerpério sob a Teoria Transcultural de Leininger, foi possível observar que os fatores culturais, crenças, valores e modos de vida influenciam como essas mulheres exercem o cuidado no pós-parto, uma vez que o conhecimento que elas possuem sobre essas práticas foram repassados, entre as gerações, de modo que, ao ressignificar a universalidade, também está presente a diversidade do cuidado cultural.

Ao utilizar o referencial teórico de Leininger, observou-se nos relatos das mulheres quilombolas do Muquém que estas acreditam que, ao executarem as práticas de cuidado no puerpério, garantirão a saúde para toda a vida. Assim, em quase todas as práticas houve a preservação cultural do cuidado, vista nos relatos onde elas dizem executar o cuidado de acordo com o que foi transmitido; em outras falas houve a acomodação cultural do cuidado, evidenciada quando se mudou o cenário de assistência ao puerpério. Em relação à reestruturação do cuidado, foi pouco visualizado nas mulheres entrevistadas, aparecendo mais nas falas das mais jovens, devido à presença dos profissionais na comunidade. Isso tudo nos demonstra que as práticas de cuidado cultural no puerpério são mantidas pelas mulheres do Muquém, que são leais aos ensinamentos transmitidos por outras gerações.

Além disso, a Teoria Transcultural proporciona a aproximação do profissional para conhecer as diferentes práticas culturais de cuidado, permitindo que o mesmo aprimore seu cuidado, levando em consideração as questões culturais e a singularidade de cada indivíduo/comunidade. Dessa forma, é fundamental que o profissional compreenda que para favorecer um cuidado culturalmente congruente no puerpério é preciso que ele entenda quais são os significados que as mulheres atribuem a esse período, sendo necessário estar atento às crenças e valores que cada mulher possui, pois dessa maneira ele poderá prestar sua assistência, vislumbrando a saúde e o bem-estar para cada puérpera, realçando a preservação cultural do cuidado.

Logo, para as mulheres quilombolas, os cuidados no pós-parto não envolvem apenas a dimensão fisiológica, mas as socioculturais, que vão estar envoltas de diversos fatores religiosos e de parentesco. Desse modo, ressalta-se que as práticas executadas visavam o não adoecimento das mesmas, pois caso viessem a ter alguma complicação nesse período, provavelmente sofreriam com sequelas pela falta do resguardo.

Nesse contexto, compreendendo por meio da teórica Leininger, até hoje há, na comunidade, forte influência das gerações anteriores nas práticas de cuidado no pós-parto,

oportunizando ao profissional de saúde a possibilidade de transformar sua prática, incorporando ao seu conhecimento científico o conhecimento tradicional da comunidade. No entanto, acredita-se que é necessário realizar outros estudos que desvelem a assistência de enfermagem no puerpério de mulheres quilombolas por meio das ações e decisões de enfermagem, propostas no modelo Sunrise, para que elas sejam colocadas em prática através do processo de enfermagem, de modo a atender as reais necessidades de cada mulher.

O profissional de enfermagem, ao se apropriar de uma teoria para fundamentar sua prática, está estimando sua profissão como ciência e contribuindo com uma assistência sistematizada e individual. Desse modo, ao conhecer o cuidado Transcultural exercido pela comunidade, o profissional deve considerar o contexto desse cuidado, sendo coerente e atentando para a congruência do cuidado Transcultural de forma que trabalhe na reestruturação desse cuidado, e não na sua cisão.

Assim, espera-se regressar à comunidade quilombola Muquém para compartilhar os resultados encontrados neste estudo e debater com os profissionais as possibilidades de considerar os cuidados culturais no puerpério.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; KERBER, N.P.C.; COSTA, C.F.S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev Esc Enferm USP**, 2012; v. 46, n.6:1327-33
- ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas**/Alagoas. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. – Maceió: SEPLAG, 2015.
- ALMEIDA, A.W.B. Os Quilombos e as novas etnias. In: O'DWYER, E.C. (Org.). **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2002.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (US). **ACOG simulations consortium learning objectives postpartum hemorrhage caused by uterine atony**. [Washington]; 2013.
- ANDRADE, R.D.; SANTOS, J.S.; MAIA, M.A.C.; MELO, D.F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery** 2015;v.19, n.1:181-186
- ARAÚJO, S.T. **O parto de mulheres quilombolas: Contribuição para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Madeleine Leininger**. 2017. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem e farmácia, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.
- ARRUTI, J.M. Quilombos. In: SANSONE, L.; PINHO, O.A. (Org.). **Raça: Novas perspectivas antropológicas**. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia, EDUFBA, 2008.
- ARAÚJO, M.S.C.; COSTA, J.F.; COSTA, A.A.; TOCCHIO, P.S.P.L.; ARAÚJO, L.S.A.; NUNES, V.M.A. A utilização de plantas medicinais e da fitoterapia em comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 17, n.4: 6-16, out-dez, 2015
- ARIAS JM, RIERA JRM. El ser humano y la génesis del trabajo enfermero comunitario. **Cult Cuid**. 2013 [citado 2016 jun 16]; v.36, n.2;59-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.07>.
- ARCANJO, G.M.G.; MEDEIROS, M.L.F.S.; AZEVEDO, R.R.S.; GRIZ, S.A.S.; ROCHA, T.J.M.; MOUSINHO, K.C. Estudo da utilização de plantas medicinais com finalidade abortiva. **REB** Volume 6, n.3: 234-250, 2013

AYRES, L.F.A.; HENRIQUES, B.D.; AMORIM, W.M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, V. 11:3525-3534, 2018

BARALDI, N.G.; PRAÇA, N.S. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. **Cienc Cuid Saude** 2013 Abr/Jun; v.12, n.2:282-289

BARALDI, N.G. **Período pós-parto: práticas de cuidado adotadas pela puérpera**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

BARROSO, I. C. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. In: PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Nº 2. Dez. 2009. Disponível em <<http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/download/34/59>>. Acesso em: 08 de jan de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

BRASIL. Decreto-Lei nº 4887 de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

BRASIL. Portaria nº 68, de 18 de Setembro de 2009: Aprova o Regimento Interno da Fundação Cultural Palmares – FCP. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2009.

BRASIL. Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.2, pp.383-387. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200029>.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas. Programa Brasil Quilombola**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate. **Quilombos do Brasil: Segurança Alimentar e Nutricional em Territórios Titulados**. n. 20. Brasília, 2014

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Lista de Comunidades Quilombolas Certificadas até novembro de 2018**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/COMUNIDADES-CERTIFICADAS-23-11-2018-site.pdf> Acesso em 30 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Plano Operativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRITO JÚNIOR, L. C.; ESTÁCIO, A. G. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 5, n.3, p. 213–216, 2013.

BROTTO, L.D.A.; MARINHO, N.D.B.; MIRANDA, I.P.; LIMA, E.F.A.; LEITE, F.M.C.; PRIMO, C.C. Use of galactogogues in breastfeeding management: integrative literature review. **J. res.: fundam. care.** 2015. jan./mar. v.7, n.1:2169-2180

BEZERRA, V.M.; MEDEIROS, D.S.; GOMES, K.O.; SOUZAS, R. Health survey in Quilombola communities (descendants of Afro-Brazilian slaves who escaped from slave plantations that existed in Brazil until abolition in 1888) in Vitória da Conquista in the state of Bahia (COMQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1835-1847, 2014.

BORDINI, C.A. Capelania hospitalar: ajuda humanitária e espiritual? **Revista Cadernos Teológicos**, v.1, n.1, (2014). Disponível em: <http://www.faculdademessianica.edu.br/publicacoes/cadernos/article/view/83> Acesso em 12 de novembro de 2018.

BONFIM, J.O.; PRADO, I.F.; SORTE, E.T..B.; COUTO, P.L.S.; FRANÇA, N.M.; GOMES, A.M.T. Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.31, n.3: 1-11, jul./set., 2018

CARVALHO, R.M.A.; LIMA, G.F.C. Comunidades quilombolas, territorialidade e a legislação no brasil: uma análise histórica. **Revista de Ciências Sociais**, n. 39, Outubro de 2013, pp. 329-346

CARVALHO, R.E.F.Lde; CASSIANI, S.H.B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, June 2012

CASTIGLIONI, C.M. et al. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. **Revista de enfermagem UFPE on line**-ISSN: 1981-8963, v. 10, n. 10, p. 3751-3759, 2016.

COLLAÇO, V.S.; SANTOS, E.K.A.; SOUZA, K.V.; ALVES, H.V.; ZAMPIERI, M.F.; GREGÓRIO, V.R.P. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela equipe Hanami. **Rev Min Enferm.** 2016; 20:e949

COORÊA, M.S.M.; FELICIANO, K.V.O.; PEDROSA, E.N.; SOUZA, A.I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, 2017; v. 33, n.3:e00136215

COLLIÈRE, M.F. **Promover a Vida**. Lisboa: Porto, Coimbra; 1999.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar...a primeira arte da vida**. Lusociência: Paris; 2001.

COSTA, E.S. **Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, 2012.

COSTA, N.S.; SOARES, M.B.O.; MELO, M.M.; PARREIRA, B.D.M.; SILVA, S.R. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de Enfermagem pelas puérperas. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde. REAS**. 2013; v.2, n.1:75-88

CUNHA, C.G.; GONÇALVES, C.R. A tradição oral das práticas de benzeção. **Revista da ABPN** • v. 10, Ed. Especial -Caderno Temático: Letramentos de Reexistência• janeiro de 2018, p.30-42

EUGÊNIO, B.G.; LIMA, K.D. A construção da identidade na comunidade remanescente quilombola do Tucum-BA. *Poiésis*, **Tubarão**. V.8, n.13, p. 203 - 222, Jan/Jun, 2014. <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Poiesis/index>

FERREIRA, A.L.S.; BATISTA, C.A.S.; PASA, M.G. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola mata cavalo em nossa senhora do livramento – MT, Brasil. **Biodiversidade** - V.14, N1, 2015

GOMES, L.M.A.; MELO, M.C.P. Práticas populares de cuidado: Percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina-PE. **Revista Espaço para a Saúde** | Londrina | v. 16 | n. 3 | p. 53-63 | jul/set. 2015

GOMES, K.O.; REIS, E.A.; GUIMARÃES, M.D.C.; CHERCHIGLIA, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29, V.9, 1829-1842, 2013

GOLDINHO, R.A.; SHELPI, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L; BERTOCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev. Latino-Americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, n. 2, v. 8, p. 25-32, abr. 2000.

GONÇALVES, M.R. **O processo de aquisição de competências e os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica na prevenção da incontinência urinária de esforço no pós-parto**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013

GUSMAN, C.R.; VIANA, A.P.A.L.; MIRANDA, M.R.B.; PEDROSA, M.V.; VILELA, W.P. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n.4/5, 2015

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE 2015. 43 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024052411102015241013178959.pdf> Acesso em 24 dez 2018.

LEITE, Ilka Boaventura. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Dec. 2008.

LEININGER, M.M; MCFARLAND, M.R. **Transcultural nursing: concepts, theories, reseach and practice**. Columbus: McGraw-Hill Education / Medical; Edição: 4, 2018

LEININGER, M.M; MCFARLAND, M.R. **Cultural care diversity and universatily: a worldwide nursing theory**. New York; Jones & Bartlett Learning: 3rd ed., 2014.

LIMA, G.K.S.; SANTOS, A.A.P.; SILVA, J.M.O.; COMASSETTO, I.; CORREIA, S.R.; FERREIRA, D.C.S. Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da Teoria de orem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11(Supl. 10):4217-25, out., 2017

LIMA, A.A.; HECK, R.M.; BARBIERI, R.L.; PORTELINHA, M.K.; LOPES, A.C.P. Alternativas para a saúde: fitoterápicos populares produzidos por um grupo de agricultoras. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n.9:3320-8, set., 2016

LIMA CAB, LIMA ARA, MENDONÇA CV, LOPES CV, HECK RM. O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016; v.37(esp):e68285

LUCENA, T.S.; SANTOS, A.A.P.; MORAIS, J.R.L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev Fun Care Online**. 2019 jan/mar; v.11, nº1:222-227

KANANSHA, M.N.; SANGAMESH, N. Transcultural Nursing: Importance in Nursing Practice. **International Journal of Nursing Education**. Year: 2016, Volume: 8, Issue: 1

MELO, M.C.P.; GOES, L.M.A.; MISTURA, C.; CRUZ, D.D.; FERREIRA, A.C.; FERNANDES, C.X. Saberes populares e produção de saúde: repensando práticas no cuidado materno-infantil. **Rev. APS**. 2015 out/dez; v.18, n.4: 492 – 499

MADALOZO, F.; XAVIER RAVELLI, A.P. Projeto consulta puerperal de enfermagem: avaliando o aprendizado adquirido de puérperas sobre o pós-parto. **Revista Conexão UEPG**, vol. 9, núm. 1, 2013, pp. 154-161 Universidade Estadual de Ponta Grossa Ponta Grossa, Brasil. Acesso em 20 de nov de 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=514151729014>

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; BOTELHO, M.I.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; ARAÚJO, R.M.M. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011; 16(10):4267-74

MELO, R.M.; ANGELO, B.H.B.; PONTES, C.M.; BRITO, R.S. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. **Esc Anna Nery** 2015; v.19, n.3:454-459

MCINTYRE, E.; SALIBA, A.J.; WIENER, K.K.; SARRIS, J. Herbal medicine use behaviour in Australian adults who experience anxiety: a descriptive study. **BMC Complement Altern Med.** 2016; 16:60.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed., São Paulo, Ed Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 6Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MIRANDA, D.B.; MAROSTICA, F.C.; MATAÃO, M.E.L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.06, N°. 03, Ano 2015 p. 2444-59. Acesso em 20 de nov de 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555805>

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed., São Paulo, Ed Hucitec, 2008.

MUNIZ J.C.; SILVA, L.E. “Mais que isso eu não posso falar”: notas sobre benzeduras e parteiragens Caiçara em Guaraqueçaba/PR. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** Hygeia v.12, n.23: 31 - 43, Dez/2016

OLIVEIRA, W.J.F de. De gente de cor a quilombolas: desigualdades, religião e identidade. **Cad. CRH,** Salvador, v. 26, n. 67, Apr. 2013.

OLIVEIRA, S.K.M.; PERERIA, M.M.; FREITAS, D.A.; CALDEIRA, A.P. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.,** 2014, Rio de Janeiro, v. 22, n.3: 307-13

OLIVEIRA, A.F.P.; COSTA, I.C.P.; ANDRADE, C.G.; SANTOS, K.F.O.; ANÍZIO, B.K.F.; BRITO, F.M. Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. **Rev Fund Care Online.** 2017 abr/jun; v. 9, n.2:480-487. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v9i2.480-487>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra, 2013.

OLIVEIRA, M.V.; GUIMARÃES, M.D.C.; FRANÇA, E.B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciênc saúde coletiva**. 2014, v.19, n.11:4535-44

PONTES, S.M.; SOUZA, A.P.M.; BARRETO, B.F.; OLIVEIRA, H.S.B.; OLIVEIRA, L.B.P.; SARAIVA, A.M. et al. Utilização de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação na cidade de Cuité-PB. **Com. Ciências Saúde**. 2013; v.23, n.4:305-311

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.1, p. 35-42, Jan/Mar2014.

PEREIRA, M.G.S.; COLEHO-FERREIRA, M. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. **Biota Amazônia-Open Journal System**. Macapá, v. 7, n. 3, p. 57-68, 2017

PINHO, O; SANSONE, L (org). Raça: novas perspectivas antropológicas. 2ed. **Rev. Salvador**: Associação brasileira de antropologia: EDUFBA, 2008.

PRATES, L.A.; POSSATI, A.B.; TIMMET, M.S.; BORTOLI, C.F.C.; BISOGNIN, P.; RESSEL, L.B. Socioeconomic and health characteristics group of women in a quilombola Community. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n.1:103-11, jan., 2016

QUIRINO, A.F.A.; FERRARI, R.A.P.; MACIEL, S.M.; SANTOS, I.D.L.; MEDEIROS, F.F.; CARDELLI, A.A.M. Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto. **Cienc Cuid Saude** 2016 Jul/Set; v.15, n.3:436-444

RODRIGUES, B. B. Poetas da benzeção – ramos, santos, velas e benzimentos na criação cênica. In: **Contemporâneos Revista de artes e humanidades**. Nº. 10. Maio out. 2012.

SAND, I.C.V.Der; RESSEL, L.B.; MONTICELLI, M.; SOUZA, I.E.O.; SCHIRMER, J. “The ‘diet’ is a time to care”: self-care practices during the puerperium in the rural environment. **Rev Enferm UFSM** 2018 Out./Dez.; v. 8, n.4:794-811

SANTOS, J.E.; SANTOS, G.C.S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em debate** [Internet]. 2013 Oct/Dec; v. 37, n.99:563- 70. Acesso em 20 de set de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a03v37n99.pdf>

- SANTOS, A. K.O.; CAVEIÃO, C. A importância da assistência de enfermagem no puerpério para redução da morbi-mortalidade materna. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v.6 n.3, jul/dez 2014.
- SANTOS, F.A.P.S.; MAZZO, M.H.S.N.; BRITO, R.S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 2, p.858-863, fev. 2015
- SOUZA, M.L.; LAURENTI, R.; KNOBEL, R.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O.M.; DRAKE, E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2013; v.21, n.3):711-8.
- SARREIRA-DE-OLIVEIRA, P.; NÉNÉ, M. Translation and adaptation of a questionnaire on the needs of postpartum adolescents. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71, v. 3:992-7. Acesso em 10 de fev de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0992.pdf
- SILVEIRA, R.S.; MARTINS, C.R.; LUNARDI, V.L.; FILHO, W.D.L. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 442-6.
- SILVA, S.L.C.; ROLDAN, M.C.B. Adolescentes en puerpério y sus prácticas de cuidado. **Avances en enfermería** vol. XXVII No. 2 JULIO-DICIEMBRE 2009
- SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para adolescente quilombola um olhar etnográfico da enfermagem**. 2012. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/11060> Acesso 24 de dez de 2016.
- SILVA, F.K.S.; ROSÁRIO, A.S.; SECCO, R.S.; ZOGHBI, M.G.B. Levantamento das espécies conhecidas como pedra-ume-caá (Myrtaceae), com ênfase nas comercializadas na cidade de Belém, Pará, Brasil. **Biota Amazônia**. Macapá, v. 5, n. 1, p. 7-15, 2015
- SILVA, P.H.; OLIVEIRA, Y.R.; ABREU, M.C. Entre símbolos, mistérios e a cura: plantas místicas dos quintais de uma comunidade rural piauiense. **Gaia Scientia** (2018). v 12, n.1: 1-16
- SILVA, A.A.; LEMOS, I.C.S.; PETRÔNIO, E.S.; FERNANDES, J.P. Os agentes da cura na medicina rústica brasileira. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. v.6,nº 1,p.72-84,2017.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães.** 2005. 133f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOARES, L.A.V.; PEREIRA, S.B. Inibição bacteriana do extrato fluido de *Stryphnodendron adstringens* (mart.) coville (barbatimão) sobre cepas selecionadas de *Staphylococcus aureus*. **Rev. Cient. Sena Aires.** 2016; v.5, n.1: 39-44.

SPINDOLA, T.; PENHA, L.H.; LAPA, A.T.; CAVALCANTE, A.L.S.; SILVA, J.M.R.; SANTANA, R.S.C. Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. **Enferm. Foco** 2017; v.8, n.1: 42-46

TEXEIRA, E.; MARTINS, T.B.R.; MIRANDA, P.O.; CABRAL, B.G.; SILVA, A.C.; RODRIGUES, L.S.S. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016

VARGAS, N.S.C.; CEOLIN, T.; CASARIN, S.T.; MENDIETA, M.C.; LOPES, C.V.; PIRIZ, M.A. Práticas de cuidado à saúde realizadas no período puerperal por agricultoras. **Rev Enferm UFSM** 2017 Abr./Jun.; v.7, n.2: 304-313.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). **Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.** Geneva; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013; estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The Bank and the United Nations Population Division.** Geneva; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA

TÍTULO DO PROJETO:

Práticas de cuidado a puérperas quilombolas à luz da teoria transcultural de Madeleine
Leininger

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Prof^a. Dr^a. Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Mestranda: Tâmara Silva de Luucena

Nome: _____

Como deseja ser chamada: _____

Idade: _____

Raça/ cor: _____

Estado civil: _____

Tipo de parto: () normal () cesárea

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Como foi sua experiência no período do pós-parto?

Como eram as práticas de cuidado nesse período?

Como você se cuidava nesse período?

Teve ajuda de alguém? Familiar? Profissional de saúde? Pessoa da comunidade?

Você lembra quais os cuidados que elas prestavam para você?

O que mais marcou na(s) sua(s) experiência(s) do pós-parto?

Sentiu falta de alguém ou de alguma coisa durante o(s) seu(s) período de pós-parto?

O que você sabia sobre o pós-parto antes de ter essa experiência?

Você lembra como foi seu relacionamento com seu companheiro/ família nesse período?

Lembra se enfrentou alguma dificuldade de cuidado nesse período? Se sim, como vocês as enfrentou-as?

Como você gostaria de ter vivenciado esse período?

Alguma coisa a mais gostaria de me falar?

O que você fala sobre a experiência do pós-parto para mulheres que ainda não tiveram essa vivência?

APÊNDICE B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETARIA DE SAÚDE



UNIÃO DOS PALMARES
PREFEITURA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu Geany Lopes Correia Vergeth de Siqueira, Secretária de Saúde do Município de União dos Palmares, Estado de Alagoas, autorizo a realização do estudo: Práticas de Cuidados a Puérperas Quilombolas à luz Teoria Transcultural de Madellaine Leingger, a ser conduzido pelas pesquisadoras, baixo relacionadas, na Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquem.

Declaro que fui informada pelas pesquisadoras responsáveis por esse estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento, bem como ter lido e concordar com a realização deste, após o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, em consonância com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição esta ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a pergunta de tal segurança e bem-estar.

União dos Palmares, 13 de novembro de 2017

Geany Lopes C. Vergeth
Geany Lopes Correia Vergeth de Siqueira
Secretaria Municipal de Saúde

Geany Lopes C. Vergeth
Secretária Mun. de Saúde
Sec. Mun. de Saúde U. dos Palmares - AL

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:
Drª Jovânia Marques Silva
Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas Escola de Enfermagem
Orientadora Programa de Pós-graduação em Enfermagem (mestrado) -ESENFAR
Tâmara Silva de Lucena
Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) - ESENFAR

Av. Hermano Flech, 433 – Centro - CNPJ: 11.126.612/0001-34
União dos Palmares – Alagoas -CEP: 57800-000

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1/3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Práticas de cuidado a puerperas quilombolas à luz da teoria transcultural de Madeleine Leininger”, dos pesquisadores Professora Dra Jovânia Marques de Oliveira e Silva e Tâmara Silva de Lucena. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a: Analisar as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas à luz da Teoria Transcultural de Leininger.
2. A importância deste estudo é a de procurar entender as formas de cuidado da mulher quilombola no período pós-parto, respeitando o desejo e a cultura de todas as mulheres.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: conhecer as crenças, os saberes populares e as práticas de cuidado que as mulheres quilombolas realizam no período pós-parto para poder aplicar o cuidado de enfermagem a essas mulheres.
4. A coleta de dados começará em Abril/ 2018 e terminará em Julho/2018
5. O estudo será feito da seguinte maneira: você será convidado a participar de momentos de conversas sobre saúde e, em outro momento, após aceitar participar do estudo e assinar o TCLE será entrevistada pela pesquisadora que gravará seus depoimentos. As entrevistas poderão acontecer mais de uma vez, mas, que todas as vezes serão agendadas com antecedência, respeitando os horários livres que você tenha, podendo se prolongar por um tempo entre 10 à 60 minutos. Depois as gravações serão ouvidas pela pesquisadora e copiadas. Por fim, das minhas filias serão identificados os pontos importantes para discutir na área da enfermagem.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: nas atividades de educação em saúde, rodas de conversa, nas entrevistas e na confirmação das informações transcritas.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: desconforto ao falar da(s) experiência(s) vividas e constrangimento ou manifestações emocionais relacionadas às perguntas da entrevista. Respeitando este fato, em qualquer momento da entrevista, você poderá pará-la caso se sinta desconfortável, bem como poderá desistir de participar do estudo sem nenhum prejuízo tanto para você, quanto para a pesquisadora.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: A possibilidade de ajudar a conhecer como são as práticas de cuidado no período pós-parto e ajudará ainda contribuindo com a ciência da enfermagem para uma assistência direcionada a mulher quilombola que vivencia o puerpério e que respeita a cultura, crenças, valores, saberes e práticas.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: caso ocorram qualquer problema de saúde você será encaminhada e assistida por profissional competente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável(is) por ela: a pesquisadora Tâmara Silva de Lucena e sua Orientadora En^o Prof.^a Dr.^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva.



10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu _____, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATORIO):
 Instituição: Universidade Federal de Alagoas/ Escola de Enfermagem e Farmácia- ESENFAR
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária
 Cidade/CEP: - Maceió - AL, CEP:57072-900
 Telefone: (82) 99912 4335

Contato de urgência: Sr(a). Tâmara Silva de Lucena
 Endereço: Travessa Getúlio Vargas, nº 155
 Complemento: Conjunto Senador Rui Palmeira, Bl. 08ª, apt. 402
 Cidade/CEP: Maceió-AL, 57046-340
 Telefone: (82) 99917 2645
 Ponto de referência: Próximo a Fundação Bradesco

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
 Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

União dos Palmares, de de .

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntari(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Prof. Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva


Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Tâmara Silva de Lucena Mestranda

Documento em 02 vias.

APÊNDICE D- CAMINHO DE CONGRUÊNCIA PARA A COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Trecho com as falas das mulheres quilombolas	Reflexões para a aproximação e construção das unidades significadas
<p>O meu resguardo era quatro dia na cama...Ai no dia, ela pegava na mão da gente e nois saia. Começava pela porta da frente ela com a gente e arrudiava a casa três vezes pelo lugar que entrou, pelo lugar que saiu entrar pra dentro. Depois se resguardava novamente ia pra cama e ficava lá. (Aisha)</p> <p>Eu acho que assim era porque ela sempre fazia isso, porque a mãe dela fez com ela. Eu até disse: porque mãe tantos dias? Ô minha fia, eu vou fazer o resguardo de vocês como a minha mãe fazia o meu. (Aisha)</p> <p>Ave Maria, levantava com três dias. Se eu tivesse o menino hoje... Hoje não, nem amanhã, mas depois eu já levantava da cama, já saía bem dizer enxutinha. (Amara)</p> <p>A gente só trocava de roupa, veste o camisolo e vai pra cama, passa três dias sem fazer nada. Ai a gente guarda esses três dias. (Tanisha)</p> <p>Agora ninguém faz resguardo. Três dias em cima da cama minha filha, só se levantava com três dias. Acabou três dias se levantava, fazia tipo um chazinho, a gente bebia, quando a gente se levantava dava três viagens ao redor da casa, a minha mãe mandava arrodar a casa três vezes com três dias de resguardo. (Tisha)</p> <p>Aí depois dos três dias era que eu saía pra fora, mas saía pra fora assim ó, dentro de casa. Daqui pra li. Aí com três dias ela mandava a gente arrodar a casa. (Tisha)</p> <p>Já era experiência dos mais velhos da mãe dela. Só pedia pra fazer, porque ela dizia que a gente que ganha menino, a gente tá com aquele corpo aberto, né? Ela dizia que a gente estava com a cova aberta. Os mais velhos tem coisa pra tudo né? E o que os mais velhos falavam era tudo verdade né? E ela mandava a gente fazer isso. (Tisha)</p> <p>Era quando a gente fazia 30 dias de resguardo nós ia pro rio, aí quando era com três dias nós ia tomar outro banho que fechava o corpo, aí pronto. (Tangela)</p> <p>Né aquilo que o povo diz que com três dias fecha o corpo né? Com 30 dias de resguardo, aí pronto, com três dias vai pro rio aí toma banho com tudo que é pra fechar o corpo da pessoa, que o corpo da pessoa fica aberto quando ganha bebê. Minha mãe dizia isso. (Tangela)</p> <p>Nois passava três dias dentro do quarto. Assim três dias dentro de casa e não fazia nada não ! (Shani)</p> <p>quando eu cheguei do hospital a minha tia mandou eu ficar só dentro de</p>	<p>Repouso</p> <p>O ambiente associado a importância do local de parturição que vem trazer um significado relativo a um cuidado no puerpério. Visão de mundo ampliado pelas estruturas social e cultural. A cultura só sobrevive se ela for perpetuada.</p> <p>A essência do apreendido apresenta-se entre gerações, a partir de evidências culturais que se resignificam para cada puérpera. Para Leininger o cuidado é inerente à interação entre fatores socioeconômicos e culturais que cercam o indivíduo em sua realidade ao que a teórica chamou de cuidado congruente, em contra ponto o com o cuidado</p>

<p>casa não saia pra fora. Daí a minha tia me ensinou arrodar a casa três vezes, que é esse resguardo fino, do tempo da mãe dela e ela ensinou para as sobrinhas. Daí a minha cabeça já estava bêba, mas ela mandou eu arrodar a casa com um pano na cabeça pra cabeça não ficar no tempo. Aí depois eu entrei e fiquei deitada na cama. Isso com oito dias de resguardo. (Malayka)</p> <p>De primeiro era um resguardo que ave maria. Passava três dias em cima da cama, no quarto dia era que se levantava e tinha arrodar a casa três vezes e depois entrava pra dentro. As parteiras que mandava arrodar a casa, não sei por quê. (Etana)</p> <p>Eu passei um mês só deitada com dois travesseiros pra eu ficar mais alta, por que a cama era muito baixa e incomodava quando levantava (Núbia)</p> <p>Eu Fiquei mais na cama deitada, de dois filhos eu precisei pegar ponto, aí foi mais um pouquinho complicado por que não pode fazer nada, mas assim mesmo eu fazia, por que eu era teimosa (Mariama)</p> <p>Ô mia fia, a minha fia sabia que meu sangramento só tinha quando eu tava nos três dias em cima da cama, no 4º dia quando eu colocava o pé no chão e não vi mais nada, aquilo ali suspendia... (Maisha)</p> <p>A mãe minha não me dizia nada antes de eu ter menino... mas como eu via ela na cama três dias depois que ganhava menino, eu mocinha nova, eu botava na cabeça e imaginava quando eu tiver filho, vou fazer como mãe. (Maisha)</p> <p>A gente seguia o regime dos mais velho... depois do parto a gente ficava três dias na cama, durante esses três dias a minha irmã ou a minha sogra molhava um pano e a gente passava nas partes. Quando levantava colocava o pé no chão, amarrava um pano na cabeça por conta do sol (Latasha)</p>	<p>que os profissionais impõem.</p>
<p>Ai noisi não tumava banho. Agora nós tinha sabe que se lavar. Mais banho mesmo era de quinze em quinze dia. Durante um mês noisi só tomava dois banho pra lavar a cabeça. (Aisha)</p> <p>Isso..... aindo mais a noite, quando não tinha ninguém. Tudo de água morna.... nois fazia aquele cozinhado aquele monte de ervas que elas faziam. Sim... os quinze dia era assim, se lavando. (Aisha)</p> <p>Quando ia pro rio nois tinha que dar três passos para poder oiar pra trás. Ainda tinha isso! (Aisha)</p> <p>Ai nois entrava pra dentro da agua, tomava aculá aquele maigulho.... chegue pra cá. ai ela molhava o cabelo, ensaboava todinha. A gente ia novamente. A gente ia três vezes na água. Era somente aqueles três maigulho que a gente dava! (Aisha)</p> <p>Com mais quinze dia outro banho no rio. O resguardo só terminava com três dias que a gente voltava pra fechar o corpo. (Aisha)</p> <p>A gente não podia dar banho no bebê porque nós tava aculá tinha dado a luz com dois dias pra três, A gente não podia dar que a gente tava em riba da cama. (Aisha)</p>	<p>Banho/ Higiene</p> <p>O olhar do indivíduo, em relação ao autocuidado é visto enquanto benefício próprio, considerando a valorização do que foi apreendido com a família e a comunidade, de modo a se mostrar a realidade de um cuidado que está associado ao seu ambiente. A diversidade</p>

<p>Depois que levantava, depois que levantava eu já fazia essas coisas de pouquinho (Aisha)</p> <p>Pra tomar banho é quinze dias. (Amara)</p> <p>Aí a gente tomava no rio, mas hoje criatura, as mulheres não tá guardando mais resguardo. Vai pra ter o filho em União, se for cesáreo ainda passa três dias, mas se for normal só é dois. Quando chega a mulher já faz tudo, nisso faz de conta que nem teve filho (Amara)</p> <p>Mas hoje, não toma banho no rio, não toma banho quente nem em casa, é tudo frio embaixo do chuveiro (Amara)</p> <p>Eu tomava banho todos os dias e lavava o cabelo de dois em dois dias, normalmente. (Chinaka)</p> <p>Não tomava banho o corpo todo, só fazia se lavar. Lavava a parte mais precisada e tinha um negócio de tomar um banho com quinze dias morno e com outros quinze tomava frio, pra terminar a dieta (Gina)</p> <p>É porque era a tradição desse tempo, as mulheres que ganhavam menino não tomava banho no início não. Esquentava a água pra se lavar, mas não tomava banho o corpo todo. (Gina)</p> <p>Com 15 dias.... a gente tomou morno, a gente vai tomar o banho com 30 dias esses dois banhos. Agora a gente se lava né? De Certas partes a gente se lava. Morna a água e se lava, e por derradeiro a gente vai pro rio. Chega lá toma um banho é tão bom banho derradeiro pra acabar o resguardo. Dá cada margulho (Tanisha)</p> <p>Colocava aquela água pra mornar, quando ela mornava era só colocar ali ela meia morna, agora só era se lavar da cintura pra baixo, Lavava, quando acabava se enxugava todinha com a toalha, se vestia e ia se deitar. (Tanisha)</p> <p>Se lavar com aquela água morna, acabar se deitar e fechar a porta e não abrir. A minha neta morreu no abrimto de porta. Que quando ela foi abrir a porta que virou pa dentro, aquele vento mal cumpanhou ela. Quando ela chegou na cama, já foi doente. Não passou dois dias morreu. (Tanisha)</p> <p>Deu- le frio, febre e dor de cabeça. Quando ela abriu a porta que tomou aquele vento. Ai pronto não teve mais milhora de jeito nenhum. Nem doutor, nem ninguém fez ela ficar boa. (Tanisha)</p> <p>Mornava a água e a gente se lavava nas partes de baixo. Mas banho mesmo eram quinze dias, morno. Enchia a bacia de água e era dentro do quarto mesmo que tomava banho. Ali tomava banho, esfregava o grude que tinha, se enrolava, vestia a roupa e na cama ficava. Só ia se levantar da cama no outro dia. (Tisha)</p> <p>Quinze dias era que ia tomar banho no rio, frio. Aí depois que tomasse banho frio no rio, aí tinha mais cinco dias pra depois tomar banho no rio de novo. (Tisha)</p> <p>É porque era o jeito da criação deles que já vinha de antigamente da mãe</p>	<p>com que se apresenta o cuidado com o corpo neste estudo, revela-se a partir da experiência expressa nas falas das mulheres. Banho de assento utilizando chás de ervas (cozinhado). O cuidado congruente apresenta-se com a característica inerente ao que Leininger defende?</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>dela que vai dando essas explicações né? Tudo isso ela foi passando a gente. (Tisha)</p> <p>Essa época de hoje, a mulher quando sai da sala de parto, como pouco tempo depois já vai pra de baixo do chuveiro, não é verdade? (Tisha)</p> <p>Se ganha no hospital e quando sai já vai tomar aquele banho frio, aí não adianta chegar em casa e fazer resguardo (Tisha)</p> <p>E o banho como ela já tomou frio do primeiro filho, já acostumou. Aí pronto, ela pode tomar banho a hora que ela quiser, pois já acostumou do primeiro filho a fazer. (Tisha)</p> <p>No hospital a pessoa tomava banho frio e aqui nós não tomava banho frio de primeira Mas o cabelo eu só lavava com 15 dias e um mês. (Tangela)</p> <p>Tomava banho morno minha fia.... mais agora, quando sair já toma banho frio. Eu mermo me sentia bem quando eu ganhava meus mininos. (Shani)</p> <p>Mornava agua que era um banho morno pra mim. Eu achava era bom. (Shani)</p> <p>Com 30 dias Ia tomar banho no rio. Nois levava uma dosinha temperada com cebola branca nera? Daí nois ia pro rio e se ensaboava e dava três margulho e não espiava pra traz . dai pegava a toalha se enrolava, se vestia e não olhava pra traz até olhar. Daí acabava o resguardo. (Shani)</p> <p>Ah, no hospital a médica mandava eu tomar banho os dias que eu tivesse lá.... Mas quando chegava aqui já era outro costume de outra família... Lá já é outro costume... Aqui eu fiquei com medo de lavar a cabeça. Por conta do costume que vai passando de mãe, filha, neta... (Malayka)</p> <p>Tomava banho morno com 15 dias e nos ouros 15 dias toma frio. Hoje em dia as mulheres já tomam banho no hospital mesmo. Fazia banho de assento, era só mornar a água e pronto mesmo, se lavava. (Etana)</p> <p>Quando eu ia tomar banho ela colocava uma bacia de água em cima do banco para eu não ter que me abaixar. Depois da cesárea eu me levantei no outro dia, segurando nas enfermeiras, assim mesmo elas que me deram banho... eu fiquei assim, meio esquecida do tempo, ai elas me deram banho. (Núbia)</p> <p>Aí quando eu chegava em casa tomava banho de cabeça e tudo como no hospital, por que eu já tinha feito lá, aí continuava em casa. (Núbia)</p> <p>Já o banho eu tomava de água morna, mas só no primeiro filho, nos outros eu tomava frio. Só que do último me deu uma dor de cabeça muito forte, por que o povo de hospital mandou eu tomar banho umas 3h depois que tive menino, e eu era acostumada tomar no outro dia, aí quando cheguei em casa me deu uma dor de cabeça e eu tenho até hoje, por que quebrei o resguardo. (Mariama)</p> <p>A gente só tomava banho com 15 dias... era dito pelos mais velhos e era banho morno... antes a gnt só se lavava, aí com mais 15 dias a gnt tomava banho no rio! (Maisha)</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>só se lavava com água morna... a gnt só lavava as partes e depois de 15 dias tomava banho morno e tirava a metade dos grude, como a gnt diz (risos)... Com mais 15 dias tomava banho frio e só lavava o cabelo no banho frio! Tomava banho no rio que era o único lugar que a gnt tinha pra tomar banho... aí ela dizia que o resguardo só ficava completo depois de três dias do banho frio. Mas depois desse banho frio a gnt já podia tomar banho todo dia. (Latasha)</p>	
<p>Que nossa senhora tinha um negócio com ela, que na época nossa senhora jogava três punhadinho de arreia, por causo que pra quele corpo ficar fechado mesmo. (Aisha)</p> <p>Só se ver pedindo pra curar a cabeça, eu rezo... Mas ali foi juntando na cabeça o sol e sereno. (Etana)</p> <p>Mas eu mandei a menina curar, a cura de sol e sereno, melhorei um pouco, mas ainda sinto dor de vez em quando. A cura é quando ela reza na sua cabeça... Aí essa é feita com uma garrafa com água quando termina ela coloca três pingos de água na sua cabeça e tomei um chá de pimenta que ela me ensinou, diz ela que era bom pra dor de cabeça de resguardo quebrado. (Mariama)</p>	<p>Práticas relacionadas a religião/ curandeiras</p>
<p>No causo da comida... era uma comida só. Só era galinha de casa, como é que se chama? Galinha caipira né? ainda era mais frango capado. (Aisha)</p> <p>Ai ela pegava aquela carne e pegava aquela comida e ela temperava com os tempeiros dela: alho e tempero e só podia o tempero e umas pimentinhas que elas butavam... não colocava cominho elas diziam que se comer cominho sai muito da gente pra fora, já achava pouco o que a gente perdia e aí não usava. Mas só quem iria comer era a gente dessa carne. Também tinha o arroz e o macarrão não podia porque era muita massa. A gente comia mais farinha... agora farinha a gente comia mesmo (Aisha)</p> <p>Filha, a comida da gente era pirão de galinha. Quando nós vinha comer feijão era depois do banho frio. Quer dizer, feijão de corda, viu? A gente passava os quarenta dias de resguardo comendo galinha. (Amara)</p> <p>Era pirão de galinha, era assada e era torrada. Agora muito tempero não. Era só pra dizer que colocou tempero, um pouquinho de cominho, um tiquinho de coloral a cebola branca e vinagre não, era somente essas três coisas e o sal. (Amara)</p> <p>Lá no hospital não tem essas comidas pesadas não, sabe? Mas a senhora sabe como é a comida tudo na hora. E no sítio não, foi ou não foi é uma laranja, é uma coisa é outra. Lá em Maceió não, é tudo na hora. (Amara)</p> <p>Quem andava em casa me explicava que quando a pessoa tá de resguardo não come nada carregado. Não faz extravagância. E três dias por diante eu já cuidava do menino. Eu não era cortada, só quem me cortava era Deus lá por baixo e ninguém via, né? Aí eu cuidava do menino, dava banho, dava papa, que o menino não foi criado com luxo, foi criado com papa de cabra ou de vaca. (Amara)</p> <p>Parto dentro de casa. Agora fora, levando ponto, seja aonde for, eu não</p>	<p>Práticas relacionadas a alimentação/ Cuidado cultural</p>

deixo comer galinha, porque galinha de casa é forte. Peixe branco, somente o branco, outro não. Carne de boi. (Amara)

Não comer nada carregado pra não se prejudicar depois. É um peixe, fava, negócio de batata, fato de boi, carne de porco. Cada um tinha um tempo pra se comer enquanto a mulher estava de dieta. Comia apenas aquelas comidas mais leves. Pedaco de carne de boi. Eram os cuidados que a gente dizia. (Gina)

Nois não come toda a comida, tem a comida escolhida. É a carne de gado, é galinha de capoeira, ninguém come galinha de granja. Que hoje em dia é de monte, não come. É a galinha da capoeira, a carne de gado, coisas assim... bacalhau, charque. Mais outras coisas não! Não! (Tanisha)

E a comida só era galinha, galinha de capoeira viu? Só era galinha de capoeira, era charque, carne de gado, aí pronto. Carne de porco ela me acostumou a comer, carne de bode. Porque aí numa precisão já tinha qualquer mistura que podia comer, né. Feijão de corda eu comia com cinco dias, feijão mulatinho era com quinze dias. E normal café, o arroz, a farofinha (Tisha)

comida era comer escaldado de galinha, comia carne, feijão, arroz. Eu não comia comida carregada, comida carregada eu não comia não. Era peixe, aquele peixe bagre nera? Piaba... Esses peixes que era carregado não comia não. Só comia esse cará, traíra, traíra verdadeira aí nós comia. (Tangela)

Nois só comia carne, frango Mãe fazia um pirãozinho mole eu comia e ia deitar de novo. capão! tudo capado em casa comia feijão de corda com 15 dias eu! Só era o arroz e o pirão só. Arroz branco só. (Shani)

No hospital nois come feijão. É cá em casa nois não come né não?! Nois não come. Agora lá é tudo misturado. É banana, é tudo. Agora quando chega em casa é diferente. (Shani)

Comi banana, queijo que eu não comia... foi... eu dizia: eu não quero não! Que eu não sou acostumada a comer não, mas a senhora vai comer porque a senhora não tá em casa. Comi feijão misturado, frango. Quando eu cheguei em casa, eu mudei! eu não comia o que eles me deram. (Shani)

Não comia nada carregado. Só comia escaldado (verdura, carne e farinha tudo misturadinho). Só comia peito de frango cozinhado e assado, mas sem o couro e só o peito, charque, peixe pescada, carne de boi, pirão, arroz branco... Só depois de dois meses que poda comer coisa carregada. Mas eu comia tudo que era carregado... sardinha, peixe “baigue”, camarão depois de trinta dias... A minha tia dizia, terminou o resguardo, mas não pode comer tudo não... Mas eu comia e não mudou nada do primeiro pros outros. (Malayka)

Eu comia carne de porco, bode, boi, verdura, coloral... Se o menino fosse menina mulher era um resguardo, se fosse menino homem era outro as comidas, no menino homem era bem pouquinha verdura e tempero. Carne de boi, frango, tempero e coloral, bem poquinho... Acho que é por isso que hoje eu tenho saúde, por que eu fazia a dieta.

Peixe era cará daqueles branquinhos, era um regime medonho. Não comia camarão, acari de jeito nenhum, nem bague, nem sardinha. (Etana)

<p>Não comia comida carregada, só comia arroz branco, peito de frango assado, cozinhado, carne de boi, peixe branco. Não podia comer comida carregada... Frango com couro não podia... peixe de couro escuro não podia também (Mariama)</p> <p>Na comida, nos primeiros 15/20 dias a comida era frango... frango assadinho, carne de boi, de bode... feiã de corda, arroz branco, o meu marido gostava de deixar minha carne assadinha! Aí depois que acabava o resguardo a gnt voltava a comer tudo! (Maisha)</p> <p>Na alimentação a gente não podia comer comida requentada, a panela só saia do fogo na hora que ia comer, agora a minha sogra não dizia o porquê... se sobrasse outra pessoa comia, mas a gnt não podia mais comer... negócio de tempero só era: colorau tempero, cebola e alho que colocava na comida e ficava gostosa diziam que era carregado (Latasha)</p>	
<p>Nem sei como tô falando.... que saudade desse tempo... (Aisha)</p> <p>Eu guardava 30 dias do meu resguardo e mais outros trocados que fazia os 40 de resguardo, mas graças a Deus eu me senti boa, eu não senti nada até aqui (Amara)</p> <p>30 dias para terminar o resguardo todinho. (Tanisha)</p> <p>Terminou com um mês, eu passei um mês pra me recuperar e ainda tem mais 15 dias que é pra procurar o marido novamente. (Malayka)</p> <p>Depois de um mês o corpo fechava (Etana)</p> <p>Eu passei quase três meses sem fazer as coisas, já se fosse normal com trinta dias a pessoa podia fazer as coisas. (Núbia)</p> <p>O resguardo acabava com sete semanas, a mãe que dizia! (Maisha)</p>	<p>Repouso/ relativo a temporalidade</p>
<p>O marido, eu não sei desse tempo que começou, mas a gente pra dormir com o marido era dois mês. (Aisha)</p> <p>Eu achava bem ruim... eu achava era bom... Ele só me procurava quando não tinha esse resguardo.... Ele não! ele era um homem cuidadoso, era um homem que sabia o que era uma mulher. Não era desses que era duas, três vez por semana e ele não! Era um a cada quinze dias. E a vida da gente era assim. (Aisha)</p> <p>Oxe ele saia óia. Eu perguntava: o “Pedro” como tu tá aguentando, como é vocês assim como homem que tem essa paciência. Ele dizia: e tu num tá tendo! Eu tô tendo porque eu tô desse jeito e porque eu me sinto agora de resguardo. Mas “Aisha” a gente tem as nossas pareinhas da gente por aí... aí eu tinha ciúme (Aisha)</p> <p>não se chega perto do marido que tem. Porque quando a pessoa é novo é muito enxerido. Aprendi essas coisas de resguardo de marido, eu sou mulher e limpa. Eu era e ainda sou. Porque tem homem que quando a mulher tá assim é tudo passando a mão em cima da pessoa e eu estou com necessidade disso... Então corra pra rua! Eu só sei que eu tirei esses quarenta dias de resguardo e ele não chegou perto de mim. (Amara)</p>	<p>Retorno a atividade sexual/ repouso/ resguardo/ temporalidade</p>

<p>Porque tinha vez que assim, em relação né? Ai eu dizia:eu quero nada ter coisa com tu mais nada... ah tá bom. Só dele foi nove (Amara)</p> <p>eu passei um mês pra me recuperar e ainda tem mais 15 dias que é pra procurar o marido novamente. O resguardo terminou com 30 dias, mas espere mais 15 dias pra você se entregar pro seu marido, a minha tia dizia. (Malayka)</p> <p>A gente só procurava o marido depois de um mês, mas como ele gostava de mulher fora, ele se distraia lá fora. (Etana)</p> <p>eu acho que não mudou nada no meu relacionamento com a minha família e com meu marido, também ele sabia que esse tempo não era tempo de ter nada. (Núbia)</p> <p>No resguardo o cuidado eu dizia para o meu marido: vamos separar um poquinho, aí ficava longe dele uns três meses e depois se juntava de novo! (Maisha)</p> <p>relação com o marido só depois de 45 dias... A minha sogra me dizia, que se a pessoa quer ter saúde só era pra procurar o marido depois dos 45 dias. (Latasha)</p>	
<p>Trazia um chá. Era cebola branca e acena e um mato que chamava de piranha... e trazia esse chá e nós ia e tomava... (Aisha)</p> <p>Quando a gente ia tomar banho ela ia buscar aquela temperada. Ai ela ia, buscava, chegava e mexia.. aí era com aquelas ervas tudo dentro da cachaça , acabá mexia.... só não sei que erva era. Ai quando a gente saia dava mais um dedo de cachaça e dava a gente. Pra gente coisar por dentro né?! Pra limpar por dentro, né? (Aisha)</p> <p>Vou dizer a senhora, era de sene, cebola branca, era piranha. Era essas três coisas, somente três goles, era um purgante pra gente. Mas a gente ficava na moda, tudo limpinha, não ficava nada, saía tudo o que tinha lá dentro. Aí pronto, a gente era saudável nessa época. (Amara)</p> <p>Era pedra hume criatura, que usava pra se lavar. A pedra hume sara nós. Sara qualquer pessoa. Se tivesse alguma coisa ali dentro guardada... Mas deixa quieto que hoje tem doutor e tudo o que acontece corre pro doutor né? (Amara)</p> <p>Aí bom, só sei que a gente se lava com isso aí, toma o chá e se lava com uns quinze dias por aí, é bom com uns quinze dias. E com trinta dias você já tá toda na moda (Amara)</p> <p>Passava sabão neutro quando ia lavar a cirurgia. Aí enxugava direitinho, secava e depois passava álcool assim na cirurgia. (Chinaka)</p> <p>Era chá do mato Pra limpar a gente por dentro. De um pau, que ela fazia pra dar pra nós. É piranha. Tem um pau ali até perto da minha casa. Quando a gente se levantava dos três dias, ela cozinhava de noite e já estava tudo pronto, bebia um gole e pronto. (Tisha)</p> <p>a minha mãe pegava um dente de alho, cozinhava, quando não fazia a papinha de alho bem molinha era o chá do alho. Não tem criança que quando tá na maternidade fica botando aquelas coisas pra fora? Aquela</p>	<p>Uso de chás/ Plantas medicinais/ plantas do ambiente em que vivem</p>

<p>gosminha? meu neto. Ele foi pro hospital, mas quando chegou em casa a papa que eu fiz pra ele foi de alho. A minha mãe dizia que era porque limpava o organismo, o intestino por dentro. E banho era com manjerição, alho e álcool. Minha mãe colocava numa bacia com água. Era três pingos de álcool, dente de alho, e um galho de manjerição pra dar banho na criancinha. Que era pra criança não gripar. E era difícil viu? (Tisha)</p> <p>Nós se lavava com barbatimão (Tangela)</p> <p>Pra se lavar nois usava peda hume. Tinha uma coisa também, aquele coisa que a gente comprava pra tomar? água inglesa. Pra mim eu tinha ficado com resto de parto dentro deu e eu tomei pra limpar. (Shani)</p> <p>Agora, eu tomava tanto chá de mato que a minha tia fazia. Por que quando a pessoa ganha menino no hospital a pessoa tem que tomar chá para limpar tudo por dentro, barbatimão que é bom... cerveja preta, que é pra limpar o sangue por dentro, por que lá no hospital eles só tiram o menino, não dão nada pra limpar por dentro. Bebi uma garrafa de água inglesa também 3x por dia pra sair aquele sangue pisado. O meu saia tanto, saia cada taiada... se não beber nada pra limpar aquilo fica por dentro matando. Eu tinha até medo quando ia fazer xixi...!! (Malyka)</p> <p>Pra se lavar a gente colocava um remédio na água, pedra hume, uma pedrinha que nem pedra de sal e barbatimão colocava pra cozinhar e lavava a noite, na hora de dormir. (Malayka)</p> <p>Só tomava água inglesa, era o remédio da mulher de resguardo e tomava até terminar o vidro, tomava todo dia a noite! Hoje em dia a pessoa não escuta ngm falar que tomou água inglesa. (Etana)</p> <p>Tomava chá de barbatimão, sambacaitá... tomava e se lavava por baixo. Usava sabão bruto pros pontos também que disseram que era bom no hospital. (Mariama)</p>	
<p>Porque agora minha fia, tá uma coisa... chego no hospital e ali tem uns médicos pra fazer aqueles negócios e antigamente não tinha nada pra gente. Elas tinha isso na cabeça que não tinha doutor, por isso a gente se cuidava assim. (Aisha)</p> <p>Rapaz, não é assim não, resguardo quem faz é a gente. Porque a gente no hospital tá ali na mão do doutor, qualquer coisa que houver o doutor já diz: eita, tá passando mal. E no Muquém? Vai fazer o que no sítio? Quando vinher dizer assim: chama o carro pra ir pro doutor! Já tá dura. (Amara)</p> <p>Os enfermeiros da gente era bem dizer as parteiras. (Amara)</p> <p>Eu tenho orgulho de dizer, nunca doutor nenhum mexeu em mim, pra filho não. Eu só ganhava menino com parteira (Tisha)</p> <p>Tomava remédio quando as médicas passavam. Sulfato ferroso pra não perder muito sangue. (Tangela)</p> <p>Quando eu chegava do hospital já era diferente, preferia ter em casa. Porque no hospital a pessoa tomava banho frio e aqui nós não tomava banho frio de primeira, de primeira nós tomava banho de água morna, se lavava com água morna. (Tangela)</p>	<p>Cuidado culturalmente aprendido/ Falta de acesso aos cuidados profissionais</p>

<p>Lá nois comia, tomava banho frio porque lá tem reforço e aqui nois num tem. Se nois adoecer nois tamo em casa. Eu penso isso! (Shani)</p> <p>Do primeiro sarou com óleo de piqui e a minha tia vinha toda noite fumar o cachimbo e cuspiu no umbigo que era pra sarar... Agora é o álcool a 70, é proibido colocar fumo. Oxe, eu levava “gato” da médica quando eu dizia isso.. Ela dizia não faça os costumes da sua família não, você tem que usar álcool a 70.... Isso é tempos antigos. Mas pra mim o melhor é o negócio do cachimbo, o umbigo caiu com 5 dias. Dos outros a médica não queria nem ver cuspe de cachimbo, mas demorava mais... 10 dias pra cair. (Malayka)</p> <p>Na cirurgia, eu passava soro com algodão. Eu já sabia disso. No hospital me disseram pra não colocar a mão suja em cima, não colocar a calcinha em cima do corte e passar sabão bruto que era muito bom! (Núbia)</p> <p>E lá a mia fia já sabe como é.. já teve, já se levanta, já toma banho... (Maisha)</p>	
<p>E ai como tá a sua saúde e ali pelo aquele canto que o menino saiu? (Aisha)</p> <p>Quem me capou foi Deus, Deus que me capou. (Amara)</p> <p>Aí bom, só sei que o resguardo é assim, que tem mulher que tá de resguardo e é cheia de dor de cólica né? Eu nunca tive essas coisas. Tive meus filhos tudinho e nunca senti uma dor de jeito nenhum, na barriga não. (Amara)</p> <p>Porque Deus me operou! eu fui me operar, foi da juliana. E quando médico disse uma coisa eu peguei e corri (Shani)</p> <p>Porque nossa senhora e Deus mesmo me operou.... viu que eu não ia ter mesmo. Eu vi nossa senhora assim quando eu fui ganhar a menina... dai eu vi quando botou a mão de branco e manta azul. Eu vi quando pegou na minha cabeça e disse: minha fia não se opere, eu vou operar. Quando eu digo o povo, o povo fica bestinha, foi. E eu não tô operada não! (Shani)</p>	Religião
<p>Meu resguardo era fino... minha fia, era fino demais.... (Aisha)</p> <p>Hoje não, mas pra trás tinha que ter muito cuidado porque as mulheres quebravam resguardo. Hoje o povo pensa que não existe resguardo quebrado, e existe sim. Resguardo quebrado é quando a gente... Se tiver uma preocupação, uma dor de cabeça forte, frio, febre, já quebrou o resguardo. E você não fica boa daquela dor de cabeça mais nunca, só quando Deus quiser levar. De tempos em tempos a cabeça lhe dói quando você quebra o resguardo. (Tisha)</p> <p>A minha mãe dizia pra não fazer esforço pra não pegar peso né? Não sangrar, não ter hemorragia, o cuidado da gente era esse. (Tangela)</p> <p>Do primeiro menino foi um resguardo diferente dos outros três. Muito diferente desses pra cá Eu só tive resguardo fino do primeiro. (Malyka)</p> <p>Só o sol que eu levei do segundo, aí até hoje a minha cabeça pega a doer... Por que eu quebrei o resguardo levando sol. (Malayka)</p> <p>As parteiras me ensinavam, as vizinhas... me ensinavam a não pegar peso,</p>	Quebra do resguardo/ doença que não cura/ cuidados preventivos

<p>não subir ladeira, não sentar de mal jeito...elas diziam essas coisas pra não se dismantelar, por causa da mãe do corpo... Pra quando chegar a idade não ficar sentindo alguma coisa, devido ao resguardo mal feito... eu hoje tenho saúde por que tive um resguardo bem feito, não fazia essas coisas... Hoje em dia as mulheres é tudo com dor de cabeça, aquilo ali é o resguardo que não cuidou, levava sol, sereno, aí depois fica com essa dor de cabeça, prejudicada... (Etana)</p> <p>A mãe do corpo não é uma bola assim, grande aqui (aponta para a região do baixo ventre), toda mulher tem, se ela fizer alguma coisa de mal jeito ela sai pra fora, por que o corpo tá aberto. (Etana)</p> <p>Me deu uma dor de cabeça e eu tenho até hoje, por que quebrei o resguardo. Era uma dor tão forte que eu chorava... Aí fui no posto e mandaram eu tomar dipirona. (Mariama)</p> <p>Eu tinha muito cuidado pra não quebrar o resguardo, a gente não levava chuva não... A gente tinha medo de adoecer... meu marido tinha muito cuidado em mim, não deixava eu fazer as coisas pesadas, ele chegava a noite do serviço e ele mesmo fazia as coisas pesadas... Pq naquele tempo a gnt não sabia pra onde ir... Hoje em dia não, o camarada já sabe pra onde vai quando adocece... (risos) (Maisha)</p> <p>Nada de se abaixar, varrer a casa era só pelo meio! Ela me dizia que não podia pegar peso Ela me dizia que essas partes da gente fica aberta (aponta para a região pélvica) e só voltava normal depois de 45 dias. (Latasha)</p>	
<p>Ajudava em tudo, como diz a história. Ajudava em feira, ajudava em casa, ajudava em tudo. Pano era ela que lavava, fazia comida, tudo... (Amara)</p> <p>Tive ajuda das minhas irmãs pra cuidar de mim. a menina do posto ia lá em casa. Foram fazer visita e falaram pra eu ter cuidado com a cirurgia, na hora de dar o peito ao bebê pra eu ter cuidado. (Chinaka)</p> <p>Tudo era elas, durante os três meses. Aí depois dos três meses elas iam pra casa delas e eu ficava fazendo as minhas coisas assim mesmo (Chinaka)</p> <p>Como eu não tinha mãe, minha mãe não conversava comigo. Quando minha mãe faleceu eu tinha sete anos de idade Eu vi a experiência do povo já cuidando dos filhos, aí eu dizia é assim que eu tenho que cuidar dos meus. (Chinaka)</p> <p>E depois de quinze dias e um mês eu tomava conta do serviço, só não fazia lavar pano pesado, mas roupinha de menino, roupinha fina eu lavava. (Gina)</p> <p>Chegava a minha mãe, irmãs, avó e sogra, uma lavava um prato, a outra chegava barria a casa, butava a comida do meu marido no fogo. pronto. Dentro de três dia ou quatro eu já começava a fazer aquilo (Tanisha).</p> <p>Quem cuidou de mim foi minha mãe e minha sogra. Ah minha filha, ninguém pegava numa vassoura, só quando inteirasse um mês era que pegava numa vassoura pra varrer uma casa. Ela não deixava fazer nada por causa da quentura na barriga. Ela dizia que prejudicava alguma coisa. Porque quando a gente ganha neném o corpo tá aberto, a gente tá inflamada</p>	<p>Figura feminina no auxílio das atividades diárias/ Transmitida por gerações</p>

<p>por dentro, não é isso? É tão provado que quando a gente vai ganhar menino na maternidade os médicos passam remédio, não é isso? Tem médico que passa remédio. A gente não. A gente quando se levantava da cama ela dava um chazinho a gente e pronto. (Tisha)</p> <p>As minhas tias me ajudavam a lavar os pratos, a lavar os panos. A minha mãe, a minha cunhada, a minha sogra. (Tnagela)</p> <p>A gente só pegava a vassoura com 30 dias. (Tnagela)</p> <p>Eu fazia com 15 dias as comidas quando era no fogão. As meninas cozinhavam o feijão no fogo de lenha e eu cozinhava o restante no fogão. (Tangela)</p> <p>Me ajudava a minha mãe, minha sogra faziam a comida, barria a casa que as minhas mininas eram pequenininhas , botavam feijão no fogo e iam pro rio lavar roupa. (Shani)</p> <p>Mas depois do primeiro, dos outros eu fazia tudo... chegava do hospital, dava peito ao menino, deixava ele na cama dormindo e ia fazer as coisas, fazia tudo... lavava roupa, fazia comida, arrumava a casa, eu sozinha (Malayka)</p> <p>A minha tia cuidou de mim, por que a minha mãe morreu. As minhas irmãs que me ajudava nas coisas de casa e as irmãs do meu marido... Tive muita ajuda nos meus meninos. (Malyka)</p> <p>Quando eu ganhava bebe só as vizinhas ajudava a matar o frango, fazia comida, arrumar a casa, lavar roupa, essas coisas assim até quando... só umas duas semanas o resto eu me virava, ia fazendo as coisas aos pouquinhos. Ninguém da minha família ajudava, só meu marido. Eu sentia falta das vizinhas quando elas iam embora, mas depois já aparecia outra... (Etana)</p> <p>Eu tinha muito cuidado nos meninos porque ele se engasgavam com leite, quando eu dava de mamar era aquela zuada, porque ela se engasgava. (Núbia)</p> <p>Tive ajuda nesse período da minha mãe, da minha irmã, do povo do posto pra tirar os pontos, mas eu tive que esperar mais um tempo por que os pontos inflamaram, aí eles passaram remédio, mas eu não lembro o nome. (Núbia)</p> <p>Agora quando eu chegava em casa eu fazia as minhas coisas, só não fazia lavar prato, nem lavar roupa, nem fazer comida, por que é serviço pesado... Mas eu varria a casa, por que eu não tinha paciência de ver minhas coisas pra fazer e deixar lá... O resto as minhas duas irmãs me ajudavam. (Mariama)</p> <p>O meu marido já deixava a lenha certinha, um pote com água... e uma irmã que eu tinha me ajudava.... Lavava pano, varria casa e com duas três semanas eu já varria a casa! (Maisha)</p>	
<p>Com o bebê era mama e cuidava logo em dar papa. Eu dava muito leite, mas não me conformava, o menino mamava e depois de meia hora já estava</p>	<p>Cuidado com RN/ cuidado</p>

<p>chorando, eu digo: quer comer! Fazia um quilo de papa largava na barriga dele e ia dormir (Gina)</p> <p>Daí quando for com sete dias você não sai pra fora, se você sair o menino são sai. Aí eu preferi o menino ficar o dia todo no quarto fechado. A pessoa tem que escolher ou a mãe ou o menino pra ficar no quarto até o outro dia, esse é o costume daqui... um costume muito velho. E ainda não acabou não esse negócio aqui. Tem até hoje. Fecha até as janelas, ninguém vê (Malayka)</p>	cultural
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

ANEXOS

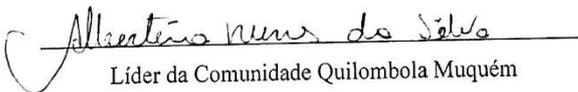
ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Albertina Nunes da Silva, abaixo assinado, Líder da Comunidade de Remanescentes Quilombola Muquém, autorizo a realização do estudo: **“Práticas de cuidado a puérperas quilombolas à luz da teoria transcultural de Madeleine Leininger”**, a ser conduzido pelas pesquisadoras, abaixo relacionadas, na Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém.

Declaro que fui informado pelas pesquisadoras responsáveis por esse estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento, bem como ter lido e concordar com a realização desse, após o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, em consonância com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

União dos Palmares, ...15... de ...~~Fevereiro~~.....de 2018


 Líder da Comunidade Quilombola Muquém

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Dr^a Jovânia Marques Silva
 Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas Escola de Enfermagem
 Orientadora Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) - ESENFAR
 Tâmara Silva de Lucena
 Discente do Programa de Pós- graduação em Enfermagem (Mestrado)- ESENFAR

ANEXO B- DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS

27

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO CNS Nº510/2016, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS

Prof. Dra Jovânia Marques de Oliveira e Silva da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), orientadora da pesquisa, e a Mestranda de enfermagem Tâmara Silva de Lucena responsável pela execução da pesquisa intitulada: "Práticas de cuidado a puérperas quilombolas à luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger", ao tempo em que se comprometem em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, asseguram que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que as informações coletadas para o desenvolvimento do projeto, os roteiros, serão utilizados para analisar as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas e, após conclusão da pesquisa, serão considerados propriedade conjunta das partes envolvidas, não devendo ser comunicados a terceiros por uma das partes sem prévia autorização da outra parte interessada. Que as informações correspondentes a cada participante incluído na pesquisa serão guardadas durante o período de cinco anos após o término do estudo, respeitando a confidencialidade e o sigilo, após esse período serão destruídos.

Maceió, 02 de dezembro 2017

Jovânia Marques de O. e Silva

Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Pesquisador responsável

Tâmara Silva de Lucena

Tâmara Silva de Lucena
Mestranda- Pesquisadora

ANEXO C- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, S/N Cep: 57072-970, Cidade Universitária - Maceió-AL comitedeticafufal@gmail.com - Tel: 3214-1041</p>	
CARTA DE APROVAÇÃO		
Senhor(a) Pesquisador(a),	Maceió-AL, 18/07/2018	
	Tâmara Silva de Lucena Jovânia Marques de Oliveira e Silva	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 19/06/2018 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo CAAE nº 83291617.0.0000.5013, sob o título PRÁTICAS DE CUIDADO A PUÉRPERAS QUILOMBOLAS À LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER, comunica a APROVAÇÃO do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.</p>		
<p>O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).</p>		
<p>É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.</p>		
<p>Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e)</p>		
<p>Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.</p>		
<p>Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas. Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.</p>		
<p>(*) Áreas temáticas especiais</p>		
<p>Válido até: DEZEMBRO de 2020.</p>		