UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PUERPÉRIO:
a ambivalência das estratégias para o cuidado

MARIA CRISTINA GUIMARÃES DA COSTA

Ribeirão Preto

2001

MARIA CRISTINA GUIMARÃES DA COSTA

PUERPÉRIO:
a ambivalência das estratégias para o cuidado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, na linha de investigação de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Profª Drª Yuriko Kanashiro Matuo

Ribeirão Preto

2001

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo
de Ribeirão Preto / USP

Costa, Maria Cristina Guimarães

Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado.
Ribeirão Preto, 2001.

126 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de
concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Matuo, Yuriko Kanashiro.

1. Puerpério . 2. Saúde da mulher. 3. Cuidado

"Eu estava sempre olhando para fora, procurando força e confiança, mas elas vieram de dentro de mim, estavam lá o tempo todo".

(Anna Freud)

À **Mariana**, filha amada, que em momentos difíceis me confortou com abraços e sorrisos. Que sofreu calada as minhas ausências, e à sua maneira, quando eu não estava presente para ajudá-la, buscou resolver suas dúvidas e problemas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço a **DEUS** por iluminar os meus caminhos e minha mente;

Aos meus queridos pais, **Augusto** e **Lila**, que em suas virtudes morais, não mediram esforços para me ensinar a humildade, a honestidade e a persistência. Que acreditaram em mim, compreenderam a importância deste trabalho em minha vida e assumiram a tarefa de cuidar da Mariana na minha ausência;

À minha irmã **Glorinha** e meu cunhado **Neriberto**, por terem aberto as portas de sua casa e de seus corações para me acolherem tão carinhosamente, e não medirem esforços para que minha estada em Ribeirão Preto fosse tranquila e confortável;

À **Ana Carolina**, minha sobrinha, por ter cedido espaços em seu quarto, para permitir meu estudo e conforto para descansar; e ainda por ter proporcionado com suas conversas momentos de alegria e relaxamento;

À **Regina**, minha irmã gêmea, e meu cunhado **Fernando**, por sua preocupação comigo durante as viagens e por acolher minha filha durante minha ausência. Agradeço-lhes especialmente a ajuda recebida no final deste trabalho;

Ao **Bruno** e **João Pedro**, meus sobrinhos, que muitas vezes fizeram companhia à Mariana e também não mediram esforços para me proporcionar momentos de descontração, quando meu corpo e meu semblante, durante os estudos, denotavam sinais de cansaço;

À **Maria Cecília Cordeiro Dellatorre**, professora da disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Marília, pelo apreço e por sua inestimável contribuição para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Às **Mulheres** que, com muita disposição, participaram deste estudo e me permitiram partilhar da sua cultura do cuidar-se;

À Professora Doutora **Yuriko Kanashiro Matuo**, minha orientadora, pelo acolhimento e pela confiança em meu trabalho;

À Professora Doutora **Ana Márcia Spanó Nakano**, presente em todo esse processo, pelas sugestões fornecidas quando realizei o exame de qualificação e na finalização deste trabalho, pela sua disponibilidade, capacidade e solidariedade;

À Professora Doutora **Maria Helena Larcher Caliri**, pela valiosa contribuição no processo de elaboração final desta dissertação;

À Professora Doutora **Marli Villela Mamede**, pelo estímulo e solicitude durante a elaboração deste estudo e pelas sugestões quando da realização do exame de qualificação;

Aos membros do **Grupo de Estudos sobre Pesquisa Transcultural na Área da Saúde da Mulher**, pelo agradável convívio, por compartilhar dúvidas e pela contribuição na elaboração deste trabalho;

Às docentes da Disciplina de Enfermagem Gineco-Obstétrica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA: **Ieda da Silva Valderramas, Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto, Márcia Rosely Miyakawa Dadalti**, pelo carinho, companheirismo, incentivo nos momentos de desânimo e por terem viabilizado as minhas saídas, me substituindo em atividades docentes e assistenciais, para que eu pudesse realizar este trabalho;

À equipe de saúde do Alojamento Conjunto da Unidade Materno-Infantil do Hospital das Clínicas de Marília pela atenção dispensada durante a realização desta pesquisa.

Em especial à enfermeira **Kátia** e às auxiliares de enfermagem **Adélia, Bel, Eleuza, Deise, Marinês e Vilma**;

Aos professores do Curso de Enfermagem da FAMEMA, **Cássia Galli Hamamoto, Maria Cristina M. Capel Laluna, Pedro Marco K. Barbosa e Adalberto J. Silva da Rosa**, pela amizade, por compartilhar os momentos difíceis e por tornar as viagens agradáveis;

À coordenadora do Curso de Enfermagem da FAMEMA Professora, **Mara Quaglio Chirelli** e demais **professores** que estiveram juntos, cada qual a sua maneira, me dando apoio;

Às professoras **Marisa Pastori e Maria Elizabeth S. H. Correa**, da disciplina de Saúde Coletiva da FAMEMA, pelo interesse e disposição em localizar material bibliográfico, que possibilitasse a realização desta pesquisa;

Às secretárias **Mary**, do Curso de Enfermagem da FAMEMA, pelo apoio técnico e **Regina**, da Associação dos Docentes da FAMEMA, pela disponibilidade e editoração desse trabalho;

À minha tia e professora de português **Marilene Mussi Guimarães** pelo carinho e pela revisão do texto final;

À professora **Mídiam da Silva Conrado**, da American School SE Ltda. - Fisk, pela versão do resumo para a língua inglesa e espanhola;

À **Eleusa** pela editoração final deste trabalho

À **equipe** da biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília, pela ajuda prestada durante o processo de pesquisa e solicitude em atender as minhas necessidades;

Aos **professores** da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pela contribuição para a minha formação;

Aos colegas da pós-graduação, em especial à **Ana Rita Marinho Machado e Flávia Gomes**, pelos bons momentos partilhados e pelo apoio;

Às **secretarias** de Pós-graduação e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pelo apoio técnico e pelos favores prestados no decorrer do curso;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica (CAPES-PICDT)**, pelo apoio financeiro necessário à realização deste trabalho;

À **Faculdade de Medicina de Marília**, por possibilitar a realização da pós-graduação, permitindo a liberação parcial de minhas atividades docentes e assistenciais;

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP**, sua diretoria, corpo docente e funcionários, pelo acolhimento e apoio.

Fazer essa lista de agradecimentos às pessoas que merecem, não foi uma tarefa fácil. A lista ficou interminável, mas tenho a impressão que deixei de lado pessoas importantes que foram significativas nesse meu caminhar. Por isso agradeço a **todos** aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e que por um lapso de minha memória não foram citadas;

Muito obrigada.

SUMÁRIO

Lista de quadros

Resumo

Apresentação

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. O cuidado à saúde da mulher	19
1.2. O cuidado no período pós-parto	37
 2. REFERENCIAL TEÓRICO	 51
 3. OBJETIVOS DO ESTUDO	 60
 4. CAMINHO METODOLÓGICO	 62
4.1. A metodologia	62
4.2. O cenário do estudo	63
4.2.1. O campo do estudo	70
4.3. A população do estudo	74
4.4. O trabalho de campo	80
4.5. A análise dos dados	85

5. ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	85
5.1. Perfil das informantes	88
5.2. O puerpério como período especial	96
Quarentena	97
Resguardo/dieta para não ficar doente para toda vida.....	100
5.3. As estratégias para o cuidado de si no pós-parto	105
O cuidado como forma de se proteger dos abalos à saúde	106
O cuidado fundame tado na experiência e sabedoria dos mais velhos	113
5.4. decidindo-se por estratégia de cuidado no puerpério; uma relação de poder?.....	117
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 129
 ABSTRACT	 137
 ANEXOS	 140
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.

Perfil sócio- demográfico das puérperas entrevistadas93

Quadro 2.

Perfil das puérperas entrevistadas segundo dados da
gravidez, parto e puerpério94

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo que buscou identificar as condutas sobre o cuidado de si utilizadas no cotidiano de puérperas, compreender as manifestações das mesmas frente as orientações da equipe de enfermagem sobre os cuidados e identificar a relação de significados, crenças e valores da mulher sobre o cuidado pós-parto, com a cultura e o saber científico. O referencial teórico adotado foi a antropologia cultural. Os dados foram obtidos através das observações realizadas e de entrevistas semi-estruturadas com puérperas internadas no alojamento conjunto da Unidade Materno-Infantil do Hospital das Clínicas de Marília, que durante a internação realizavam cuidados que divergiam das orientações ou prescrições realizadas e que gerou algum conflito, preocupação ou comentário por parte da mulher ou equipe que ali trabalha. A análise dos dados foi feita mediante o conteúdo das falas das puérperas mais as observações realizadas em campo, das quais emergiram três unidades temáticas: o puerpério com período especial, as estratégias para o cuidado de si no período pós-parto, decidindo-se por estratégia de cuidado no puerpério: uma relação de poder?. As puérperas consideram o período pós-parto como um período especial, por isso, utilizam-se de práticas para se cuidarem e buscam formas de não adoecer. Muitas vezes não conhecem o seu significado, mas as realizam porque são conceitos e regras compartilhadas, que se modelaram em seu cotidiano, através de informações e experiências de suas mães, sogras, avós, vizinhas. Essa cultura do cuidado de si difere da cultura do saber científico e gera conflitos.

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira, desenvolvendo atividades docentes e assistenciais desde 1985, em unidades obstétricas e em alojamento conjunto, pude observar e prestar cuidados às puérperas, bem como participar das ações educativas planejadas para as mesmas.

Durante todo esse período, em observações não sistematizadas, constatei embates entre as práticas de saúde utilizadas pela equipe de enfermagem e as realizadas pelas puérperas durante seu período de internação e que essas práticas tinham embasamentos diferentes. As práticas da enfermagem, independente de possuírem um manual de normas e rotinas ou um protocolo de orientações, busca nortear-se pelo conhecimento científica para o cuidado, enquanto as puérperas utilizam dos conhecimentos adquiridos no dia a dia, com seus familiares, em sua comunidade.

Muitas mulheres se deparam com orientações e prescrições de enfermagem sobre o cuidado de si, que muitas vezes não fazem parte de seu cotidiano. Sentem-se ameaçadas, preocupadas com o que essas ações possam lhes trazer de prejuízo à saúde. Por outro lado, a equipe

de enfermagem assume uma postura que obriga as puérperas a cumprirem as prescrições, e, quando isso não acontece, as rotulam de ignorantes, atrasadas e descuidadas de sua saúde.

Hoje ainda me deparo com mulheres que se recusam a lavar a cabeça ou mesmo a tomar banho no período pós-parto e seus motivos relacionam-se ao medo de ficarem loucas ou morrerem. Restringem a ingestão de determinados alimentos como o ovo, a carne suína ou de peixe como forma de prevenir infecção.

Certa manhã cheguei em um dos quartos do alojamento conjunto e a puérpera S., tinha acabado de tomar banho e lavar os cabelos. Estava deitada, em decúbito dorsal horizontal, com os braços sobre o peito, chorando muito. Seu bebê estava no berço ao lado de sua cama. Questionei-a sobre o motivo do choro e me ofereci para ajudá-la. S. me respondeu que estava chorando preocupada, pois com sua morte não sabia quem poderia cuidar de seu filho. Perguntei então porque ela pensava na morte, em um momento que ela apresentava estar bem de saúde. Ela me respondeu que tinha aprendido com sua mãe que no “resguardo não se deve lavar a cabeça porque o sangue sobe e a mulher morre” e no hospital ela teve que lavar. S. se viu obrigada a higienizar os cabelos e estava deitada aguardando a morte chegar.

A permanência de tais atitudes, por parte das puérperas, levaram-me a questionar se os programas educativos, da forma como têm sido instituídos e aplicados, têm promovido mudanças significativas no cuidado realizado pela puérpera. Questionar ainda, se a metodologia de ensino e a elaboração de um roteiro linear de orientações e cuidados, igual para todas as puérperas, não levando em consideração suas diferenças, sua cultura, poderão alcançar algum resultado.

Iniciei então a revisão da literatura, em busca de respostas aos meus questionamentos para melhor atuar e participar efetivamente do cuidado à puérpera, de seu filho e redução de riscos de doenças. Foi então que constatei, no estudo bibliográfico, a escassez de uma literatura específica sobre medicina popular referente ao ciclo gravídico-puerperal, sendo a abordagem biológica a principal fonte a respeito dos cuidados nesse período. No entanto, acredito, que esse discurso, que exalta os aspectos biológicos do cuidado, está relacionado com a busca constante, pelos profissionais de métodos tecnológicos para o cuidado e pode estar influenciando na maneira de assistir essa clientela, a quem o contexto sócio-cultural é negado, levando, quase sempre, a não adesão das mulheres às orientações e prescrições em relação ao cuidado de si, no período pós-parto.

A reflexão sobre esses questionamentos nos leva a buscar um melhor entendimento sobre o papel da cultura no processo de perpetuação do modo de cuidar-se no pós-parto e saber ainda, o que a mulher pensa a respeito das práticas de enfermagem, ou seja, o que ela pensa e faz quando é orientada sobre o cuidar de si no período puerperal, e esse cuidado não é aquele que faz parte de seu cotidiano.

Tais inquietações se tornaram objeto desta investigação, esperando, através de seus resultados, oferecer subsídios para a transformação da prática assistencial e docente da Enfermagem, em especial no período pós-parto, com a compreensão da importância do reconhecimento dos fatores culturais na assistência às mulheres, e ainda oferecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas e programas educativos referentes ao tema.

INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

1.1. O cuidado à saúde da mulher

O cuidado à mulher sempre esteve atrelado às determinações eclesiásticas e do Estado; a princípio, pelo desconhecimento do funcionamento de seu organismo e em seguida, utilizando-se desse conhecimento para determinar regras de comportamento e higiene.

No período da colonização brasileira, supunha-se que a população indígena não possuía ordem, fé nem língua. Na verdade essa população fugia do ideal de colonização trazido pelas autoridades portuguesas, o Clero e o Rei. Buscou-se então a regulamentação da ordem, da fé e da língua, introduzindo-se normas importadas da Metrópole portuguesa (VILLATA,1997).

A Igreja dava causação às doenças ou outras manifestações do organismo à advertência divina aos pecados cometidos, na expectativa de que as pessoas se redimissem e pudessem salvar suas almas, seguindo suas normas.

O corpo feminino, da mesma forma, era visto tanto pela Igreja, como por médicos, como local de disputas entre Deus e o Diabo e

qualquer doença, então, que o atacasse, era considerado obra de uma das duas entidades.

Nesse cenário, e apesar de todos os esforços da medicina portuguesa para conhecer o corpo feminino, a crença de que este e a procriação eram assuntos divinos e, portanto, irretocáveis, perduraram por tempo (DEL PRIORE, 1995).

Essa crença foi reforçada, durante os séculos XVI e XVII, pelo Clero, que impedia qualquer iniciativa científica por considerar uma heresia. Enquanto outros países europeus progrediam no plano intelectual e no plano científico, Portugal mostrava-se fiel ao discurso da Igreja e levava a colônia para o mesmo caminho, o que trouxe grande prejuízo aos seus doentes.

Esta influência, além de prejudicar o desenvolvimento da cultura e dos conhecimentos, veio para reforçar a inferioridade com que o corpo feminino era considerado. A medicina traduzia as suas poucas descobertas sobre a natureza feminina em fortes direcionamentos misóginos e desconfiados em relação às funções do corpo da mulher (DEL PRIORE, 1997).

Além de reduzidos no saber, pois tinham insuficiente formação e atualização, os médicos eram reduzidos em número, em decorrência da extensão territorial da colônia. A profissão era de pouca lucratividade com

pouca fiscalização de seu exercício, fatores que, segundo DEL PRIORE (1997), levaram algumas mulheres a iniciarem tratamentos, pois assim retirariam das mãos desses profissionais a cura das mulheres e de suas famílias. Para combater as doenças cotidianas recorrem a curas informais perpetrando assim uma subversão:

...“em vez dos médicos, eram elas que, por meio de fórmulas gestuais e orais ancestrais, resgatavam a saúde. A concepção da doença como fruto de uma ação sobrenatural e a visão mágica do corpo as introduzia numa imensa constelação de saberes sobre a utilização de plantas, minerais e animais, com os quais fabricavam remédios que serviam aos cuidados terapêuticos que administravam. Além desses conhecimentos, havia os saberes vindos da África, baseados no emprego de talismãs, amuletos e fetiches, e as cerimônias de cura indígenas, apoiadas na intimidade com a flora medicinal brasileira”.

Desde essa época, a preocupação quanto à saúde da mulher estava relacionada à função reprodutora. O discurso médico, que reforçava o religioso de adestrar a mulher para a responsabilidade pela casa, a família, o casamento e a procriação, assegurava cientificamente que a função natural da mesma era a de ter filhos. Segundo DEL PRIORE (1995), o bom funcionamento do útero significava o bom funcionamento do corpo, a possibilidade de gestação. Porém o inverso era considerado o resultado do castigo por pecados cometidos. “Fora do manso território da maternidade, alastrava-se a melancolia, vicejava

a luxúria, e por tudo isso a mulher estava condenada à exclusão”. Havia na medicina o desejo de curar as mulheres, mas com o interesse de que servissem a um projeto demográfico e de maternidade, conforme o idealizado pelos homens, para as populações femininas.

Para a autora, apesar do interesse em curar, era observada a desconfiança que tinham em relação ao corpo da mulher. O funcionamento do útero e o sangue menstrual eram desconhecidos pelos médicos, que deixavam refletir o senso comum no saber científico. O pensamento de que seria possível a mulher ter o corpo enfeitiçado era incorporado pela medicina, que muitas vezes indicava o mesmo tratamento realizado por feiticeiras ou curandeiras, que muito foram perseguidas pela Inquisição. Isso explicitava a importância que tinha a mulher como detentora dos conhecimentos sobre a cura, bem como a solidariedade exercida dentro da cultura feminina, que se traduzia em momentos como os nascimentos, as doenças, o abandono e a morte.

A partir da segunda metade do século XVIII, ocorreram algumas mudanças e os médicos substituíram o medo, por cuidados, principalmente no que diz respeito ao período menstrual. Passaram a recomendar vapores, drogas e alimentos que pudessem facilitar a

eliminação do fluxo catamenial e livrassem a mulher de alguns males. Mas ainda eram raros esses profissionais no Brasil.

Sendo as mulheres curandeiras perseguidas, por serem suas práticas de cura consideradas maléficas, acabam aplicando-as de forma marginal e clandestina, cabendo então a prática oficial a esses poucos médicos que estabelecem junto com a Igreja “o único discurso legítimo no campo da saúde, implicando na destruição de outros saberes que com ele competiam pelo monopólio da cura” (PITANGUY, 1989).

REZENDE (1998) relata que a Obstetrícia progrediu lentamente em relação às outras especialidades médicas porque trilhou seus caminhos:

...“guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras a transmitirem de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e proporcionando sua morte no claustro materno ou da própria gestante”.

No discurso da Igreja e do Estado para adestrar as mulheres no papel de boas mães e atender às exigências demográficas, estava incluído o momento do parto, quando as mulheres deveriam parir com dor para redimir-se de seus pecados. “As mães afirmavam-se assim

numa espécie de fisiologia conceptiva, promovendo conseqüentemente a sua fisiologia moral”.

O momento do parto não era somente aquele processo aprendido e descrito pela ciência médica.

“A dor e a angustia que envolviam a parturiente eram, sim, interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que de certa forma caminhava paralela ao olhar da medicina. Através dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero. Adestrada a madre, cuidada e sanada no sentido de tornar-se permanentemente procriativa, cabia às mulheres conceber e aos médicos historicizar esse momento que foi, até a obstetrícia firmar-se como ciência, um momento de exclusiva vivência feminina (DEL PRIORE, 1995).

No Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo século XIX. No início da colonização eram as caboclas, portuguesas e negras velhas que monopolizaram o exercício e com raras exceções, físicos ou barbeiros realizavam partos nesses tempos. Não existia um discurso masculino sobre o processo. A propósito, DEL PRIORE (1995) diz que “esta ‘coisa de mulher’ em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interferiam em casos de emergência e, sobretudo nos centros urbanos”. A presença de um homem nesse momento era constrangedora, posto a reserva da mulher de deixá-los ver-lhe o corpo.

Além do que os “médicos mostraram-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes o que as fazia preferir, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras”.

Para KITZINGER (1978) os homens nunca teriam se tornado especialistas em partos se não tivesse existido o desenvolvimento de associações de barbeiros-cirurgiões. As suas regras permitiam que só eles utilizassem instrumentos de cirurgia o que os fez impedir que em alguns partos houvesse a ação da parteira. Eles eram chamados quando as coisas se complicavam ou então por ostentação. Como os homens cobravam mais caro que as mulheres para realizar o parto, algumas senhoras de classes sociais elevadas os contratavam, para exibirem suas condições de pagar por, supostamente, melhor trabalho.

EHRENREICH & ENGLISH (1978) analisaram 150 anos de conselhos de especialistas médicos às mulheres. Apresentaram que, para o triunfo da medicina científica masculina, foi necessário que o trabalho da parteira fosse substituído pelo do médico. Relatam que em 1900 na América do Norte 50% dos partos eram realizados pelas parteiras, no entanto destacam que somente a classe pobre rural e trabalhadora emigrante da cidade é que se utilizavam desses serviços, já que as classes média e alta tinham aceitado a idéia do parto como evento patológico que requeria intervenção e supervisão de um médico.

O trabalho da parteira, segundo as mesmas autoras, do início do século XX, estava inserido dentro da cultura da comunidade. Ela falava a mesma língua da parturiente e estava familiarizada não somente com as técnicas obstétricas, mas também com as preces e ervas que podiam ajudar. Ela conhecia os rituais referentes ao parto, estava preparada e ficava com a família, do início do trabalho de parto até que a mulher estivesse recuperada. Para muitas parteiras esse trabalho era um “chamado” religioso. Tudo era altamente não científico, segundo a visão médica, mas o principal problema, é que a parteira estava impedindo o desenvolvimento da medicina moderna institucionalizada.

A implantação da medicina científica exigiu que os estudantes, para que aprendessem a profissão, fossem expostos não só a aulas teóricas e laboratórios com também tivessem pacientes como objeto de sua prática. As mulheres de classe mais alta não se submeteriam a isso, porém as mulheres pobres se não tivessem as parteiras, teriam que procurar os hospitais de caridade para serem assistidas.

Até o final do século XIX, entretanto, a organização dos serviços de saúde era extremamente precária. A sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e mortalidade. A prioridade era o combate às doenças pestilentas, quando se preocupou em aterrar águas estagnadas, limpar ruas e

casas e purificar o ar. A população não foi objeto de intervenção. A assistência médica a essa população ficava sob responsabilidade da iniciativa filantrópica (no caso dos pobres e indigentes), de poucos médicos existentes no caso da população que pudesse pagar por esse serviço, ou ainda de cirurgiões barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosas (COSTA,1985).

RIBEIRO (1993) relata informação colhida por um agente diplomático junto aos colonos imigrantes que uma visita ao médico custava 50 mil réis, em 1893, o equivalente ao ganho pelo trato de mil pés de café por ano. Adoeecer “era a maior desgraça”.

Durante o Império, pouca coisa se fez em relação à saúde pública. A organização do Serviço Sanitário inicia-se na República. A Província de São Paulo, presidida por Américo Brasiliense, em 1891, inicia a formulação de uma política de saúde e recebe recursos do Congresso para a aquisição de material e contratação de pessoal. Ligada à Secretaria do Interior implantou-se uma Diretoria de Higiene, já em 1892, com competência para “o estudo das questões de saúde pública, saneamento das localidades e das habitações e a adoção de meios para prevenir, combater e atenuar as moléstias transmissíveis endêmicas e epidêmicas” (RIBEIRO, 1993).

A República separa o Clero católico do Estado. Ianni, como cita IYDA (1994), coloca de forma clara as novas motivações ideológicas que marcaram as três primeiras décadas do século XX:

“ da mesma forma que o catolicismo havia sido a doutrina básica dos governantes durante o período monárquico, (1822-89), o positivismo passa a categoria de doutrina principal no período republicano. Ao mudar a composição de forças do bloco do poder, modifica-se também a ideologia dominante. É inegável que o positivismo influencia bastante o pensamento orgânico das classes dominantes...favoreceu o militarismo e o forte predomínio do aparelho estatal em amplas esferas da vida social... a repressão conta com os movimentos rurais e urbanos - protestos contra a vacinação obrigatória e outros – foi a contrapartida antipopular e antidemocrática da ordem e progresso”.

Neste período, o médico João Teixeira Álvares publica o livro “Mortalidade das crianças de São Paulo – Conselho às mães de família”. Esse livro na verdade, segundo seu próprio autor, era destinado às “mães ignorantes”, posição que, segundo RIBEIRO (1993), não era isolada, inclusive fundamentada na reforma sanitária de 1925. Dr. Teixeira sentencia sobre as mães: “elas eram assassinas dos próprios filhos”, porque deixavam de amamentar – para procurar o emprego escasso –e introduzir “horrores em termos de alimentação, ... Levadas pela ganância de ganhar a vida”...

Na reforma de 1911, da saúde pública paulista, regulamentam-se as atividades das amas de leite, com exame do leite, das mulheres e até expedição de “carteirinhas” assinadas pelas autoridades sanitárias. As escravas e ex-escravas negras, que até então cumpriam esse papel são rejeitadas; a opção são as mulheres européias imigrantes (RIBEIRO, 1993).

A Reforma Sanitária, de 1925, tem como eixos centrais a criação de centros de saúde e a educação sanitária. O caráter educativo, dentro dos princípios vigentes, impunha-se pela persuasão. Os centros de saúde, excetuando-se o Modelo, junto ao Instituto de Higiene na capital, seriam implantados no Estado Novo (IYDA, 1994).

Institucionalizou-se a proteção de saúde materno-infantil que a partir daí foi se desenvolvendo por força de dispositivos legais e de programas, com várias mudanças em seu planejamento e na organização da assistência.

Segundo OSAVA (1997), as parteiras se mantiveram na assistência ao parto como agentes principais, até meados do século XX. Aqui, como em outras partes do mundo, os médicos tentavam estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e “disputavam sua clientela no domínio das parteiras”. A entrada do médico e seus instrumentos nesse cenário “colocou as parteiras em segundo plano e

marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento”.

O parto hospitalar passou a predominar, o que possibilitou a criação de condições para rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. “O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para o treinamento de médicos”.

Entrar no hospital para ter o seu bebê, significou para a mulher aceitar as regras e regulamentos em nome de sua segurança, de seu bebê e do atendimento. O cerimonial da internação despiu a mulher de suas roupas, de seus costumes, a separou de sua família, determinou sua alimentação e seus cuidados. A propósito OSAVA (1997) diz que essa situação de despersonalização se agrava no Brasil, a medida que

“os médicos reproduzem a clássica postura de ser o seu poder inquestionável e do atendimento medicalizado no parto. Os baixos salários tendem a estimular e a dissimular o descompromisso e o comércio com a saúde. Não se oferecem serviços obstétricos de boa qualidade, e as mulheres começam a se dar conta que precisam mais do que uma simples vaga na maternidade para se considerarem satisfeitas com a assistência recebida durante o parto”.

Normatizados pela prática médica, diversas propostas de intervenção foram dirigidas à população feminina sendo que estas,

“ até a década de 60 tinham como objetivo último a adequação das mulheres ao seu papel de ‘ mães saudáveis, de filhos igualmente saudáveis. A sexualidade, a educação e o comportamento das mulheres foram normatizados tendo como fim esse objetivo, e o pré-natal, o parto, a amamentação e o cuidado com os filhos eram os principais objetos dos manuais de higiene dos serviços públicos de saúde”(D’ OLIVEIRA & SENNA, 1996).

Já na década de 70, surge no Brasil o Programa de Atenção Materno-Infantil e o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, que tinham como objetivo o cuidado e a promoção da saúde da mãe e da criança, o controle dos riscos associados com o processo de reprodução, crescimento e desenvolvimento do ser humano e a promoção e proteção dos jovens, pais em potencial, que desenvolvessem uma atitude definida para a vida familiar e para o lugar que ocupa a família na sociedade (Organização Panamericana de Saúde OPAS apud MARQUES, 1978). O programa incluía os subprogramas e atividades na assistência materna e assistência à criança e ao adolescente; sendo de interesse para essa pesquisa o primeiro, que determinava que a assistência à gestante, ao parto e à puérpera deveria ser de forma precoce, contínua e periódica, para

prevenir os riscos e cuidar das patologias eventuais. O pré-natal incluía a supervisão médica, obstétrica e dentária, na promoção de hábitos higiênicos, na orientação alimentar e psico-social; a assistência materna era considerada fundamentalmente como um excelente veículo para a difusão de conhecimentos (MARQUES, 1978).

A ação programática em saúde, enquanto modelo, tem centralmente a proposta de utilizar a assistência médica individual como um instrumento de trabalho, cujo objeto, na verdade, se originava na dimensão coletiva. Existe um risco concreto dos programas de forma geral, e em particular o da Saúde da Mulher, de apenas medicalizar a assistência, e principalmente “medicalizar o social” (NEMES, 1990).

A Secretaria de Estado da Saúde operacionaliza sua programação em 1975-1978 com um cronograma de atividades técnicas e alterações administrativas para dar suporte à nova fase.

O Programa de Assistência à Gestante introduz um produto industrializado calórico, o Gestal, destinado às gestantes e nutrizes, que teria entre outras funções, estimular a expansão de cobertura neste atendimento (NEMES, 1990).

Outra estratégia estabelecida foi o atendimento universal nos Centros de Saúde estaduais, independente da condição previdenciária.

Para MARQUES (1978), a educação atua como processo socializador e de controle social e podia ser observado no programa, com intuito de desencadear uma mobilidade vertical através da mesma, cabendo então a transmissão de valores positivos, “buscando alcançar a transformação das atitudes, crenças e hábitos considerados nocivos... O problema estava centrado não no privilegiamento em si ou no eixo do raciocínio risco/classe social, mas muito mais no uso ideológico que se pretendia dar a essas questões”. Seria necessário, na visão da autora, ver essas questões em função da articulação com a esfera ideológica da vida social.

Nessa perspectiva, segue a atenção à saúde da mulher, até que programas de desenvolvimento e política populacionais das Nações Unidas voltaram-se em especial aos países do Terceiro Mundo, onde as questões relativas à reprodução humana estavam fortemente correlacionadas com os níveis e padrões a serem atingidos, de bem estar social (MÉDICI, 1989). Consequentemente, inicia-se o movimento de mulheres, pela importância de seu papel no que tange à sua condição de cidadania, sendo a assistência à saúde reprodutiva uma das garantias dessa mesma cidadania.

Nesse cenário de luta surge, em 1983 elaborado por um grupo que reunia sanitaristas e outros profissionais da saúde, representantes

dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades – o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina (D' OLIVEIRA & SENNA, 1996).

Segundo a proposta do programa, os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, com articulação de esforços das esferas de governo federal, estadual e municipal com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

Na década de 80, a área da saúde como um todo, teve um dinamismo na esfera assistencial: a progressiva integração dos níveis de governo, a universalização, a descentralização. Destaca-se em 1986 a VIII Conferencia Nacional de Saúde, que consagra principalmente a tese da saúde como um direito de todos e dever do Estado. A Constituição de 1988, não apenas incorpora finalmente este direito,

como estabelece, no artigo 198, uma das diretrizes do então criado Sistema Único de Saúde (SUS).

O avanço legislativo constitucional, não significou, a curto prazo, uma alavanca de mudanças e/ou avanços na prática assistencial. Existiram recuos a programas já implantados. A “tradição” previdenciária de pagamento por produção tornou-se dominante na rede SUS, o que levou estados e municípios a priorizarem a produção, o pronto atendimento.

A extensão do pronto atendimento médico na rede de saúde pública, com escassa racionalidade epidemiológica e sucateamento dos recursos públicos, acabou por reduzir o PAISM ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino e ao aumento da oferta de assistência médico-ginecológica (D’ OLIVEIRA & SENNA, 1996).

Existe no Brasil importante movimento de luta de políticos e principalmente de mulheres, pela implantação efetiva dos princípios do PAISM na rede pública, entretanto a operacionalização do mesmo, a oferta e a qualidade dos serviços continuam tendo enfoque biológico e curativo, oferecido de forma limitada.

Para TYRRELL & CARVALHO (1998)

“ em relação aos programas de saúde, na área materno-infantil, embora sua evolução caracterize uma suposta mudança no enfoque de ‘normativo’

para ‘estratégico’, vale dizer que os mesmos não têm traduzido efeitos positivos nos níveis de saúde da população, uma vez que os principais problemas de saúde da mulher e da criança não se encontram nas ‘ metodologias’ que asseguram ações de saúde do tipo ‘quem faz’ e ‘como faz’, permanecendo no nível social e estrutural, as características que encontram seu perfil na dimensão epidemiológico-social”.

A experiência do nascimento, hoje, passa a ser um conjunto de movimentos tecnológicos; soros conectados, monitores, cabos e fios que se ligam à parturiente. Nos últimos trinta e cinco anos, foi sendo incorporada a concepção de risco obstétrico à assistência. As gestações passaram a ser classificadas em alto, médio e baixo risco e concebe-se então, a gestação e o parto não como um processo fisiológico e natural, mas sim como um processo em que está implícito o risco e portanto, a patologia e conseqüentemente uma série de intervenções (RATTINER, 1998).

Quanto à atenção ao período puerperal, apesar da Secretaria do Estado de São Paulo apresentar nas diretrizes do Sub-Programa da saúde da mulher, a consulta de enfermagem com o objetivo de favorecer a rapidez do atendimento e diminuir o tempo de espera entre a alta da maternidade e a primeira consulta, são poucos os serviços que as tem implantado.

O Ministério da Saúde espera que na medida em que os municípios brasileiros habilitam-se a gestores plenos da atenção básica e recebam para isso, a assistência básica à mulher, no pós-parto, deverá ser alvo de significativo impacto. Isto ainda associado à extensão de Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, permitirão o acompanhamento das puérperas na sua comunidade ou no seu domicílio.

1.2. O cuidado no período pós-parto

Puerpério ou pós-parto é o período do ciclo grávido-puerperal, que vai da dequitação da placenta à volta do organismo materno às condições pré gravídicas. “Corresponde à reepitelização do endométrio e ainda uma série de processos involutivos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos, gerais e locais”. (DELASCIO & GUARIENTO, 1981).

PINELLI (1988), em pesquisa realizada em uma população de 300 puérperas assistidas na Unidade de Puerpério do Amparo Maternal, São Paulo, na parte que buscava evidenciar os conhecimentos das mulheres sobre os termos puerpério, resguardo e dieta, constatou que a maioria das entrevistadas conhece o período como resguardo e dieta sem fazer distinção entre os mesmos. Ainda considerou que, como 64,7% das

respondentes de sua pesquisa eram migrantes de diferentes regiões do país, “não há diferenças subculturais quanto ao conhecimento da terminologia popular do pós-parto”.

Para NOVY (1980) o puerpério é “o período de ajustamento que se segue à gravidez e ao parto, quando as alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez reverterem e o corpo volta ao estado não gravídico”. O autor não delimita tempo de duração para o período, referindo que é variável de acordo com cada organismo.

ZIEGEL & CRANLEY (1980) definem o puerpério como o “período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja, aproximadamente seis semanas depois”.

CARVALHO (1990) refere-se ao puerpério como “período onde ocorrem manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna”. Delimita o tempo de aproximadamente 6 semanas para que isso ocorra.

MELLO & NEME (1994) trazem conceito semelhante aos demais autores citados, entretanto ampliam no que diz respeito à duração, como segue:

“Puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico. No que tange a duração, dois marcos devem ser considerados: o

início e o seu término. Quanto ao início, o acordo é geral... Entretanto no que tange ao seu final, não tem sido uniforme o conceito dos autores clássicos. Para alguns, o retorno ao estado pré-gravídico levaria oito meses a um ano e só então a mulher estaria apta para engravidar, mesmo quando lactando, para outros, o término natural da lactação ou o retorno das menstruações marcaria o final do puerpério”.

O conceito de puerpério e sua duração, na população de mulheres, conforme DELASCIO & GUARIENTO (1981) corresponde “à dieta, em que a recém parturida fica de resguardo e que vai até o 40 ° dia”.

Para MALDONADO (1980), o puerpério é considerado “um período bastante vulnerável à ocorrência de crises, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto”. Os primeiros dias são carregados de emoções variadas e há labilidade emocional. Podem ocorrer depressão e apreensão em graus variados, diante da nova responsabilidade.

Segundo BURROUGHS (1995b), nesse período a mulher necessita enfrentar muitos ajustamentos, tanto fisiológicos quanto psicológicos. A reparação do canal de parto, a involução uterina, o retorno dos sistemas orgânicos ao estado pré gravídico, a transição para a maternidade muito repentina, bem como a responsabilidade pelos cuidados da criança, para os quais muitas vezes não existe preparação

suficiente. Além disso, a mulher necessita de orientações tanto para seus cuidados como para os cuidados com seu bebê e geralmente permanece pouco tempo no hospital.

O período puerperal exige alguns cuidados que segundo DELASCIO & GUARIENTO (1981), NOVY (1980), ZIEGEL & CRANLEY (1980), CARVALHO (1990), MELLO & NEME (1994) e BURROUGHS (1995a) dividem-se em cuidados gerais e locais, que dizem respeito à avaliação do estado físico e mental da mulher; cuidados com repouso e deambulação; alimentação; eliminações intestinal, vesical e de lóquios; cuidados com as mamas e com o períneo e ainda o preparo para a alta hospitalar, quando serão orientadas a retirada de pontos, o período de abstinência sexual, o retorno às atividades, o retorno para a revisão pós-parto e planejamento familiar.

PEDROSO (1982) apresenta um estudo que identifica as crenças e tabus relacionados com a gestação e puerpério, em um grupo de mães. Neste estudo, a autora, identifica os cuidados que se contrapõem com os prescritos na prática médica. Constatou que os cuidados realizados pelas mães baseiam-se em crenças consideradas maléficas ou benéficas à sua saúde.

PINELLI (1988) estudou os conhecimentos e as opiniões das mães sobre alguns aspectos do puerpério não refletindo, necessariamente,

diretrizes de caráter científico, sendo observado vasto conteúdo baseado em crenças e procedimentos populares nesse período.

Para os cuidados de higiene têm-se observado, na literatura médica, orientações e prescrições de que o banho deve ser diário, inclusive com lavagem da cabeça, assim que a puérpera se sinta em condições de fazê-lo, sendo recomendado que o primeiro banho seja feito com ajuda, para segurança da mulher (CARVALHO, 1990). Higiene da episiotomia, mantendo-a sempre seca e os pensos (forros, absorventes) trocados com frequência são indicados por autores como DELASCIO & GUARIENTO, (1981); MELLO & NEME, (1994). Já CARVALHO (1990) e ZIEGHEL & CRANLEY (1980) contra-indicam o banho de imersão.

PINELLI (1988) constatou em sua pesquisa que a objeção quanto ao início do banho completo após o parto é em média de 13,2 dias.

Na visão de mulheres, segundo PEDROSO (1982), o banho é proibitivo durante os primeiros 15 dias, pois evita que a mulher tenha “suspensão” e morra. Quanto à higiene dos cabelos, identifica que “lavar a cabeça, na dieta, causa suspensão e a mulher morre ou fica louca”. Araújo, apud PEDROSO (1982), relata que: “a higiene da mulher é feita pela parteira, banho de meio corpo, nos primeiros quinze dias... O banho completo, até a cabeça, é dado após 15 dias”. Segundo BOEHS et al.

(1993), em pesquisa realizada em uma comunidade pesqueira, as mulheres referem que não lavam a cabeça sob a alegação de terem “recaída”. O termo recaída refere-se geralmente ao reaparecimento de sintomas de uma doença, durante o período de convalescença.

Segundo COUTINHO (s.d.), recaída é o aparecimento de sintomas depois da doença ter aparentemente, e muitas recaídas devem-se a falta de cuidado, a esforços do doente ou qualquer erro na dieta. Para HOLANDA FERREIRA (1986), recaída é um termo da medicina que significa reaparecimento ou recrudescimento do quadro clínico de uma doença, estando o paciente em convalescença.

No caso, o termo suspensão se refere à subida do sangue do útero à cabeça. Desde o Antigo Regime, a percepção que se tinha do corpo da mulher era toda dirigida para a maternidade. A medicina traduzia suas poucas descobertas sempre desconfiada em relação ao corpo das mulheres. Acreditava-se que o útero tinha comunicação com todas as partes do corpo, que conseqüentemente estavam sujeitas aos “seus insultos”, especialmente se a menstruação não estivesse presente todos os meses. “A regularidade menstrual era considerada responsável pelo equilíbrio físico da mulher” (DEL PRIORE, 1997).

Segundo BORGES (1989), este modo de ver é fruto da medicina hipocrática que considerava a existência de quatro humores no corpo

humano, que deveriam estar em equilíbrio para se manter saudável. O excesso de um deles, por exemplo, na mulher, o sangue que para ou sai em abundância poderia levar a doenças.

...” O corpo da mulher é aquele que foge a este tipo de visão, porque ele é por natureza excessivo: nele há sempre excesso de humores, de sangue que circula em demasia ou que falta, que vem regularmente todos os meses, ou que deixa de vir, de sangue que se acumula em excesso e se eleva, provocando ‘furores uterinos’, esperma que não se retém, leite que falta ou que é em excesso e sobe à cabeça provocando delírios e imaginações demasiados”.

O sono e repouso são recomendados à puérpera e à equipe de enfermagem cabe proporcioná-los , limitando as visitas que serão permitidas a poucos familiares, adaptando-se rotinas hospitalares (CARVALHO,1990; MELLO & NEME, 1994). A deambulação precoce deve ser estimulada, intercalada com períodos de repouso (NOVY, 1980; CARVALHO, 1990; MELLO & NEME, 1994).

Em contrapartida, há crença popular que no período pós-parto a mulher deve permanecer na cama por três semanas, levantando-se somente após esse período, quando poderá tomar seu primeiro banho com vapor d’água e ervas (Grant apud PEDROSO , 1982). Na pesquisa de BOEHS et al. (1993) as mulheres relatam não “pegar peso nem varrer a casa” no período pós-parto.

Na pesquisa de PINELLI (1988) o período em que a mulher deve ficar na cama, em repouso relativo, situa-se entre os quinze primeiros dias do resguardo e retornar ao trabalho somente depois de terminada a dieta.

A dieta alimentar ou regime, segundo alguns autores, (NOVY, 1980; DELASCIO & GUARIENTO, 1981; CARVALHO, 1990; MELLO & NEME, 1994), deve ser leve nas primeiras horas, quando o parto for operatório; entretanto, se o parto for normal a dieta deverá ser geral, sem restrições e a ingestão hídrica sempre estimulada. CARVALHO (1990) recomenda uma dieta rica em fibras, como verduras e frutas para auxiliar o funcionamento intestinal.

PEDROSO (1982) identifica várias crenças populares a respeito da alimentação no período puerperal, tanto crenças consideradas maléficas, quanto benéficas à saúde. São descritas pela autora atitudes que conflitam com as orientações dadas pela equipe de enfermagem no que diz respeito à dieta geral, pois as mulheres, pesquisadas pela autora, abstêm-se de carne suína, de peixe e ovos sob a alegação do risco de terem febre, corrimento, infecção do útero, entre outras, e a mulher pode até morrer ou “ficar estragada”, ou seja, pode não ter mais filhos. Quanto à ingestão de frutas, verduras e legumes, há restrição de frutas “azedas (ácidas) porque cortam o sangue que vira água”, ou porque causam

inflamação. O repolho, a couve e a couve-flor são relacionadas às reações de febre, inflamação e corrimento. Já a abóbora e a mandioca, em menor frequência, aparecem como responsáveis por causar “pelota no peito e edema”.

Quanto às crenças relacionadas aos benefícios dos alimentos, CAMPOS (1982) encontrou em sua pesquisa que, “a carne de galinha é o único alimento bom para a mãe”, e uma outra citação de que “a carne de vaca fortalece a mãe e tem proteínas”. Já o almeirão e a chicória aparecem citados pelas mulheres, na pesquisa de PEDROSO (1982), como auxiliares do aumento da produção de leite materno, e a beterraba como benéfica para o sangue.

Na pesquisa realizada por PINELLI (1988), em relação ao tipo dos alimentos que não podem ser ingeridos no primeiro dia de puerpério, foi constatado, comida com muito óleo, muito sal, pesadas e reimosas, como também frutas ácidas. Também foi observada uma predominância quanto à ingestão de alimentos “quentes” em relação aos alimentos “frios”.

Conforme já citamos, a partir da metade do século XVIII, os médicos começam a ter um melhor controle sobre as mazelas do corpo feminino, temendo menos os processos que ocorriam e começam a fazer

prescrições que impunham normas de vida saudável, inclusive a respeito de sua alimentação.

“Os mantimentos ingeridos nesse período tinham que ser ‘pingues e doces’, sendo especialmente recomendada a ‘manteiga sem sal, misturada a açúcar e mel’. ‘Caldos de galinha’, ‘gemas de ovos frescos’ e carnes assadas eram consideradas mais nutritivas. Deviam evitar ‘coisas azedas como o vinagre e frutas verdes’, que nos deu entender comprimiam o útero e impediam a purgação. Vinho, só como medicamento, nunca como alimento”.

Começaram a associar disposições climáticas, a má escolha de alimentos e outras razões para as intempéries do útero. Inclusive o médico holandês Guilherme Piso concluiu que alguns corrimentos do útero se davam pela ingestão de frutos de fácil estrago e de uma bebida que as mulheres preparavam com limões muito ácidos (DEL PRIORE, 1995). Outro médico, de nome Francisco Mello Franco, citado pela mesma autora, aconselhava que fossem evitados os alimentos quentes, demasiadamente nutritivos e ainda “que fossem evitadas as sopas feitas de carne, do seu arroz, em geral de toda comida animal, porque subministram humores tendentes à inflamação ou à podridão” (DEL PRIORE, 1997).

Há sugestões na literatura para que seja explicado à puerpera os riscos do uso de álcool, fumo e auto medicação no período puerperal

(CARVALHO, 1990). No entanto, há crenças considerando os benefícios do uso de cerveja preta e do vinho do porto para aumentar a produção do leite materno (CAMPOS, 1998). Quanto ao fumo e auto medicação não houve referências sobre crenças relacionadas aos mesmos, no estudo bibliográfico realizado.

A abstinência sexual no período puerperal é orientação dada geralmente na hora da alta hospitalar, juntamente com as orientações de retorno médico e medicamentos prescritos. Para CARVALHO (1990), o retorno à atividade sexual deve ser mais ou menos 20 dias após o término da loquiação. Já NOVY(1980) e MELLO & NEME (1994) recomendam abstinência por trinta dias. Esta última recomendação é a que mais se aproxima dos costumes das mulheres no período puerperal, quando as mesmas permanecem quarenta dias sem atividade sexual. Grant, apud PEDROSO (1982), em suas citações de proibições dietéticas diz que “durante 40 dias pós-parto, a mulher permanecerá dentro de casa e neste período são proibidas as relações sexuais”.

PINELLI (1988), em sua pesquisa, relata que em relação ao que pode acontecer se a mulher tiver relação sexual antes do término da dieta as entrevistadas disseram que “pode engravidar novamente”, “arrebentar os pontos”, “ter hemorragia” e “infecção vaginal”.

A mesma autora, estudou a opinião das puérperas sobre o que aconteceria com elas caso “quebrassem o resguardo” e as opiniões foram: “fica com dor de cabeça”, “fica doente” e “fica nervosa”.

Ainda existem recomendações quanto aos cuidados com as mamas e com o recém-nascido, assuntos estes nos quais não nos deteremos por acreditarmos que merecem estudos à parte.

Acredito que no Brasil muitas das práticas relacionadas aos problemas de saúde foram embasadas na medicina indígena ou mesmo africana e acabaram pelo predomínio da medicina européia e esses saberes e práticas acabaram se diluindo e se modificando como na transmissão de traços culturais de uma sociedade à outra . Linton, apud SILVA (1990) refere que “os elementos culturais, em parte devido às dificuldades de comunicação, nunca se transferem completamente de uma cultura para outra...” acabam tomando as partes mais concretas e as sociedades que recebem a informação desenvolvem para ela nova interpretação. Os significados dos elementos culturais se transformam ao ponto de ser difícil a percepção da origem desses saberes.

O mesmo ocorre com os ensinamentos médicos. A difusão do saber médico e o saber das classes dominantes, segundo SILVA (1990), demandam um tempo e “quase nunca é transferido completamente e sofre uma transfiguração de significados”. Ocorre ainda que o grupo

receptor poderá julgar a utilidade, a compatibilidade com seus traços de valores culturais e dependendo do interesse social poderá adotá-lo ou não.

Segundo BITAR (1995), quando estudamos fenômenos culturais, não devemos nos esquecer das diferenças existentes entre os valores que formam a cultura popular e os formados no universo acadêmico.

NASCIMENTO (1997) traz que a barreira entre o profissional de saúde e a população se dá através de um “código de linguagem fechado e específico” que se detém no biológico e individual da pessoa. O modelo biomédico explica o fenômeno saúde-doença apenas como o funcionamento de órgãos, num processo individual, não considerando a pessoa em seu meio, suas experiências, sua classe e os condicionamentos de sua situação. Transforma o conceito de doença numa especialidade a respeito de determinado órgão, considerando o corpo doente como objeto de saber e espaço da doença. A prática médica

“chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais e tecnologia diagnóstica, assim como dirigida aos processos biológicos quantificáveis”.

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo teve como objeto as estratégias das mulheres sobre o cuidado de si no período pós-parto, regido por significados e valores expressos nas falas e atitudes de puérperas internadas na Unidade Materno-Infantil do Hospital das Clínicas de Marília e a repercussão dos mesmos nos cuidados de enfermagem.

A teoria que se mostrou adequada para este estudo foi a antropologia cultural.

Segundo Dougherty & Tripp-Reinmer apud BONADIO (1996), “a grande contribuição da antropologia para a enfermagem é a oportunidade de compreensão dos padrões culturais que fundamentam os comportamentos relacionados com a saúde e a doença”. A antropologia e a enfermagem têm em comum a preocupação de compreender o comportamento humano como um todo. A teoria da antropologia orienta a pesquisa para os sistemas de valores.

Segundo LAPLANTINE (1994), a antropologia cultural trata do social da forma como pode ser apreendido através dos comportamentos dos membros de um determinado grupo; “suas maneiras específicas de pensar, enquanto homens e mulheres de uma determinada cultura, de encontrar, trabalhar, se distrair, reagir frente aos acontecimentos como

por exemplo, o nascimento, a doença , a morte”.

Para o mesmo autor, a antropologia cultural estuda os caracteres que distinguem as condutas dos seres humanos numa mesma cultura, considerada como uma totalidade irreduzível à outra. Salienta a originalidade de tudo que devemos à sociedade a qual se pertence. Procura entender a natureza dos processos de aquisição e transmissão de uma cultura e finalmente, “estuda o social em sua evolução, e particularmente sob o ângulo dos processos de contato, difusão, interação e aculturação, isto é, de adoção (ou imposição) das normas de uma cultura por outra”.

Segundo BITAR (1995) o homem ao nascer recebe dois tipos de herança: a herança genética e a cultural. A primeira lhe transmite características físicas, enquanto a outra lhe transmite os hábitos, costumes, valores e idéias.

Segundo Williems, apud PELLEGRINI FILHO & SANTOS (1989), cultura é “um sistema de idéias, conhecimentos, técnicas e artefatos, de padrões de comportamento e atitudes que caracterizam uma determinada sociedade”. Citado pelos mesmos autores, Tylor define cultura como “todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costume e todas as demais disposições e hábitos adquiridos pelo homem, como membro de uma sociedade”.

Leininger, apud GUALDA & HOGA (1992), define cultura como:

”valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo”.

GIGER & DAVIDHIZAR (1995) compartilham do conceito de que a cultura é formada por valores, crenças, normas e práticas que são formadas pelos membros do mesmo grupo cultural, e ainda, que guiam nossos pensamentos, fazer e ser e tornam-se padrões que são transmitidos de uma geração a outra.

NOGUEIRA (1975) ao definir cultura, nos coloca que o homem reage ao mundo dando respostas através da cultura, que é produto da interação entre o grupo e o meio exterior. Além de utilizar elementos do ambiente para atender às suas necessidades de sobrevivência, o grupo também desenvolve gradualmente atitudes e crenças em relação ao meio e a si próprio. Portanto “ os elementos materiais de que o grupo se utiliza, bem como suas atitudes, crenças, idéias e costumes, fazem parte integrante de sua cultura que pode, assim, ser dividida em material e imaterial”.

MONTAGU (1972) a define como:

”o complexo de configurações mentais que, em forma de produtos do comportamento e produtos materiais, constitui

o modo principal que tem o homem de adaptar-se ao meio total, controlando-o, mudando-o, e transmitindo e perpetuando os modos acumulados de fazê-lo”.

HELMAN (1994a) ressalta que

“em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relacionadas a problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura. Geralmente estão ligadas a crenças sobre a origem de uma ampla gama de infortúnios (acidentes, conflitos interpessoais, acidentes naturais, colheitas fracassadas, roubos ou perda) dos quais a doença é mais um exemplo”.

O puerpério, período em que a mulher enfrenta uma série de ajustamentos fisiológicos e psicológicos, é uma situação de vida que segundo CAMPOS (1981), é cheio de significados que trazem conhecimentos e atitudes no sentido de proteger a mulher em um momento de restabelecimento. Esses conhecimentos e práticas sociais são transmitidos através de gerações, na busca de proteger a saúde de um ente querido. Resguardar-se para não ficar doente.

Para LAPLANTINE (1994) é difícil dar uma definição que seja absolutamente satisfatória da cultura, mas propõe esta: “conjunto de comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma dada sociedade, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de

seus membros”.

Segundo MARCONI & PRESOTTO(1992), a cultura é constituída de conhecimentos, crenças, valores, normas e símbolos e ainda, apresenta traços, padrões e configurações culturais. Os conhecimentos são transmitidos de geração em geração e geralmente são práticos e englobam aspectos referentes à organização social, aos usos e costumes, às crenças e às técnicas de trabalho. A crença é uma atitude mental do indivíduo que dá base para ação voluntária e possui conotação emocional. É a aceitação de uma proposição como verdadeira, seja ela comprovada cientificamente ou não. O termo valor é utilizado para indicar situações apropriadas consideradas desejáveis; são expressões de sentimentos que incentivam e orientam o comportamento da pessoa. Normas são regras indicativas do modo de agir dos indivíduos em determinadas situações e consistem em um conjunto de idéias, de convenções referentes ao que é próprio do pensar, sentir e agir em dadas situações. Os símbolos – gestos, sinais sensoriais, valores, crenças, palavras, sentimentos, hinos, cerimônias, bandeira e etc. – são realidades físicas ou sensoriais, às quais os indivíduos, que as utilizam, atribuem significados específicos por meio de atos.

Os traços culturais são os menores elementos de uma cultura e permitem a sua descrição, pois são a unidade ou o componente

significativo, que pode ser isolado no comportamento cultural através de objetos, das atitudes e comunicação. O padrão cultural é o comportamento generalizado e regularizado, que estabelece o que é aceitável ou não na conduta social da pessoa e forma-se pela repetição contínua em um longo período de tempo. A integração de traços e padrões fornecem uma configuração cultural (MARCONI & PRESOTTO, 1992).

Segundo LAPLANTINE (1994), cada cultura realiza sua escolha, valoriza um determinado segmento, encoraja alguns comportamentos em detrimento de outros. “Através de um processo de seleção (não biológico, mas cultural) todos os membros de uma mesma sociedade compartilham um certo número de preocupações, sentem as mesmas inclinações e aversões”. O que a caracteriza é uma configuração cultural – lógica, que se encontra simultaneamente na especificidade das instituições e nos comportamentos.

“Toda cultura persegue um objetivo, desconhecido dos indivíduos. Cada um de nós possui em si todas as tendências, mas a cultura à qual pertencemos realiza uma seleção. As instituições (e em especial, as instituições educativas: famílias, escolas, ritos de iniciação) pretendem – inconscientemente – fazer com que os indivíduos se conformem aos valores da cultura”.

Posso assim afirmar que a cultura tem um significado amplo:

engloba um conjunto de conhecimentos e atitudes que são compartilhadas; é cumulativa e contínua, pois os grupos recebem e passam os elementos culturais de geração a geração; todos os indivíduos de uma sociedade têm cultura, independente de seu nível de escolaridade, sua classe sócio-econômica, e que são as reações e os pensamentos frente ao meio ambiente que determinam os traços culturais de determinado grupo. Assim sendo, o conceito de saúde, de doença, de cuidado, em determinadas situações de vida, também vão depender da condição cultural de cada pessoa.

Posso ainda considerar instituições de saúde, puérperas, equipe de saúde como subculturas possíveis de serem estudadas no que se refere ao cuidado. Segundo BONADIO (1996), o uso da antropologia cultural na pesquisa em enfermagem objetiva conhecer as diferenças de padrões de comportamentos de pessoas com bagagem cultural diversificada, que são objeto de seu cuidado.

Acreditando haver um conflito entre as normas e prescrições transmitidas por nós, profissionais da área de saúde, e as regras familiares e sociais utilizadas pelas puérperas. Posso pressupor que talvez por isso, muitas vezes, mesmo sendo orientadas, as mulheres não mudam as suas condutas dos cuidados no período puerperal. Elas

tomam, na maior parte das vezes, o saber culturalmente construído (popular) por estar este mais relacionado com sua vivência cotidiana.

Penso que o entendimento da lógica acerca dos cuidados no período puerperal, de qual espaço o saber científico e o saber popular ocupam nessa fase, e que fatores estão relacionados à permissão ou interdição à adoção das recomendações feitas pelo saber científico, nos permitirá ações mais eficazes no atendimento às puérperas, permitindo que as mesmas percebam a equipe de Enfermagem como aliada nesse processo e não como inimiga.

OBJETIVOS DO ESTUDO

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Compreender as manifestações das puérperas frente às orientações da equipe de enfermagem, sobre os cuidados

- Identificar a concepção das mulheres sobre a fase puerperal;
- Identificar estratégias sobre o cuidado de si, utilizadas no cotidiano de puérperas;
- Identificar a relação de significados, crenças e valores da mulher sobre o cuidado pós-parto, com a cultura e o saber científico.

CAMINHO METODOLÓGICO

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1. A metodologia

Por metodologia entende-se o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, segundo MINAYO (1998b). Desta forma a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que permitem a construção da realidade.

A necessidade de desenvolver um estudo que permitisse compreender os significados das condutas sobre o cuidado da mulher no puerpério, suas crenças e valores, exigiu uma diretriz coerente com o referencial cultural adotado: a pesquisa qualitativa.

Segundo MINAYO (1998a), a pesquisa qualitativa possibilita o trabalho “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Os pesquisadores que seguem esta linha estão preocupados em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos.

A limitação dessa metodologia se encontra na dificuldade de

generalização dos resultados obtidos.

4.2. O cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma das unidades assistenciais do Hospital de Clínicas de Marília (HCM), a Unidade Materno-Infantil que se destina a atender também parte da população feminina do município de Marília e região, que necessitam de atendimento obstétrico.

Marília é um município situado na região oeste do Estado de São Paulo, mais especificamente na Alta Paulista. É sede de uma região administrativa do Estado, com quatro sub-regiões (Marília, Assis, Ourinhos e Tupã). Distante 451 km da capital, é servida por transporte rodoviário (BR153, SP 294 e SP 333), ferroviário (Ferrovias Bandeirantes S/A- FERROBAN) e aeroviário. O terminal intermodal de Pederneiras permite a utilização do transporte hidroviário do rio Tietê (PADILHA,1996).

Segundo o censo demográfico de 1980, o município contava com 121.236 habitantes. Com base nesse dado, mais o censo demográfico de 1991 e ainda as Estatísticas Vitais da Fundação Seade, estimou-se que haverá uma elevação da população para 196.776 habitantes em 2001, na proporção de 52% do sexo feminino e 48% masculino, com aumento da

expectativa de vida e com predomínio da faixa etária produtiva (W4 Consultoria em Informática e Estatística S/C Ltda. apud BRACCIALLI,2000).

A partir de 1985 pode-se observar uma dinâmica populacional que imprimiu mudanças na sua composição. A tendência observada no Município foi a diminuição no coeficiente de mortalidade infantil e na taxa de natalidade.

As principais causas de morte, observadas em 1991, foram doenças do aparelho circulatório (27,5%), seguidas pelas causas mal definidas (13,7%), neoplasias (13,6%), causas externas(11,5%) e doenças do aparelho respiratório (10,9%), segundo os dados da Fundação Seade citados por PADILHA (1996). As mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério aparecem com percentual de 0,1%.

A responsabilidade pelos serviços de saúde em Marília hoje encontra-se sob responsabilidade do Estado, Município, entidades filantrópicas e iniciativa privada.

A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) gerencia 17 Unidades Básicas de Saúde, 10 unidades do Programa de Saúde da Família, 59 consultórios odontológicos. É responsável pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e pelo Banco de Leite Humano.

Já o Estado responsabiliza-se pelo financiamento da administração do Hemocentro, do Hospital de Clínicas, com suas duas unidades assistenciais e Instituto de Olhos de Marília, sendo a operacionalização realizada pela Autarquia Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Ainda o Estado é responsável pela administração do Centro de Atendimento Médico Ambulatorial (CEAMA); do Núcleo de Gestão Ambulatorial, um ambulatório de especialidades; do Laboratório Adolpho Lutz; da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN); dos Ambulatórios de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), do Centro de Orientação Educacional (COE); do Centro Odontológico dos funcionários da UNESP e do Ambulatório da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Segundo o Núcleo de Informações da SMHS, as entidades hospitalares do Município, cadastradas como unidades prestadoras de serviços, são o Hospital São Francisco de Assis, com 75 leitos; a Maternidade Gota de Leite, com 26 leitos; a Santa Casa de Misericórdia, com 180 leitos; o Hospital Espírita de Marília, com 290 leitos psiquiátricos e os Hospitais Universitários, sendo o de Clínicas Unidade I com 172 leitos e a Unidade Materno-Infantil com 94 leitos.

Do total de leitos hospitalares, 41 são destinados à obstetrícia, sendo 15 leitos na Unidade Materno-Infantil do HCM e 26 na Maternidade

Gota de Leite, para atender uma população de 54.162 mulheres em idade reprodutiva. O hospital São Francisco deixou de atender gestantes e parturientes em março de 1999, por razões contratuais.

O Hospital de Clínicas de Marília (HCM) foi inaugurado em abril de 1965, pelo Governo do Estado de São Paulo, para ser um hospital de moléstias infecciosas do interior, à semelhança do Hospital Emílio Ribas de São Paulo. Este projeto porém não chegou a ser implantado, ficando sua área física cedida a outros órgãos de saúde como o Instituto Adolpho Lutz, Superintendência de Endemias, etc.

Em 1972, através de um contrato de comodato entre Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, entidade constituída como mantenedora da FAMEMA, mediante Lei Municipal n.º 1.371 de 22 de dezembro de 1966, e o Governo do Estado, se deu a ocupação do HCM como Hospital Universitário. Até o ano de 1983, o HCM, desenvolveu suas atividades de ensino e assistência dentro de um modelo caracterizado pela “falta de um sistema de saúde hierarquizado; clientela centrada na figura do ‘indigente’, que era excluído do sistema previdenciário e atendimento voltado preferencialmente para os casos de ‘interesse’ na formação médica, em detrimento às necessidades da população ou ao perfil epidemiológico” (PADILHA, 1996).

Segundo relatos do mesmo autor, nessa época o HCM era mantido

com recursos das mensalidades de alunos e convênios com a Secretaria da Saúde e que por exigência do corpo docente e discente, assinou o Convênio MEC/MPAS que levou a mudanças no perfil da clientela e na sua relação com uma nova organização do sistema de saúde. “O Hospital passou a cumprir sua função de referência para a região, tanto na assistência como também na formação e reciclagem de recursos humanos”. Outro fato importante, a partir de 1983, foi a proposta institucional de integração docente-assistencial, onde os docentes da FAMEMA, de seus dois cursos Medicina e Enfermagem, assumiam a responsabilidade pelas atividades assistenciais.

“O HCM buscou consolidar seu papel de referência, através da incorporação crescente de recursos humanos especializados e tecnologia”. Até o final da década de 80 o serviço buscou um perfil de atendimento que se caracterizava por uma concentração de técnicas de apoio diagnóstico terapêutico, incluindo procedimentos complexos. Implementa ainda a assistência, incluindo atendimento a pacientes com AIDS, que não tinham cobertura hospitalar na região, e internações de curta duração para psiquiatria.

Também no final da década de 80, fez um termo comodato com o Município e assume o gerenciamento de um hospital, o Hospital Marília, que havia sido desapropriado pela Prefeitura. O hospital passa a ser

chamado de Hospital Municipal de Marília (HMM) e acresce ao HCM 183 leitos destinados as disciplinas de Cirurgia geral e Especializada, que já existiam anteriormente, porém com restrições de leitos de internação e sala cirúrgica no HCM, Ortopedia/traumatologia e Oftalmologia para o sistema público, convênios e particulares. Em janeiro de 1990 passou a atender o serviço de Urgência/Emergência e Clínica Médica, suprimindo com o pronto socorro a demanda de atendimentos e em setembro de 1991 incorporou o atendimento de Urgências Psiquiátricas (FAMEMA, 2000) O Hospital de Clínicas permanece em seu prédio com o atendimento ambulatorial e internações nas áreas de clínica geral e especializada, ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia além do atendimento em urgência e emergência materno-infantil.

Rapidamente o HMM destacou-se como hospital cirúrgico da região, e, apesar de funcionarem em prédios distintos mantinham uma estrutura organizacional única, gerenciada e financiada com recursos próprio da Fundação, através de convênio e prestação de serviços com o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, o hospital recebeu ajudas financeiras do Governo do Estado e com a estadualização da FAMEMA, passou a esta, a cessão do uso do prédio, instalações e equipamentos, recebendo a faculdade recursos orçamentários da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde – SUS e

Projeto UNI Marília. Desta forma seria possível desenvolver conjuntamente atividades de ensino, pesquisa e assistência junto à Secretaria de Estado da Saúde, sendo o hospital denominado Hospital das Clínicas II (HC II).

No final da década de 90, os Hospitais das Clínicas I e II passaram por reformulações em suas capacidades físicas e de funcionamento, devido a dificuldades de financiamento e dívidas da FAMEMA, sendo reduzida sua capacidade operacional em 54%. Os leitos do HC II foram desativados, sendo mantidos em funcionamento o Centro Cirúrgico, a Central de Materiais, os ambulatórios de Cirurgia, Ortopedia e Oftalmologia e ainda o Posto 8, unidade especial de internação, que atendia aos convênios e pacientes particulares. As disciplinas de cirurgia geral e especializada voltam às suas atividades no HC I, com restrições de leitos e salas cirúrgicas.

Por essa época, no Brasil de forma geral, ocorre uma valorização à atenção à saúde da mulher, com incentivo ao parto normal, prevenção de riscos na gravidez e atenção à mulher não somente voltada à reprodução.

Em outubro de 1998, com recursos obtidos junto à Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Higiene e Saúde foi possível reformar e adequar tecnologicamente o HC II e a partir de março de 1999,

passa a atender como Unidade Materno-Infantil oferecendo internação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, sendo responsável por 40% dos partos que ocorrem no Município, além de ser única unidade hospitalar de referência para gravidez de alto risco; de pediatria, neonatologia e unidade de terapia intensiva neonatal. Sedia ainda os ambulatórios de saúde mental, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria além do atendimento de urgência/emergência materno-infantil. Essa organização passa a compor uma das unidades assistenciais do HCM e à semelhança do que ocorreu anteriormente, apesar de estarem em prédios distintos, mantêm estrutura organizacional única.

No ano de 1999, segundo dados do Núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, foi registrada a ocorrência de 3796 partos. Desses 1478 foram realizados no HCM, sendo 55,25% partos vaginais e 44,75% partos cesáreas. Nesse mesmo período foram registrados 10 partos no domicílio e 7 partos em trânsito. Os demais partos foram realizados em outros serviços.

4.2.1. O campo do estudo

O Alojamento Conjunto, também chamado pelos usuários de Maternidade ou ainda de Obstetrícia é uma das unidades de internação

da Unidade Materno-Infantil do HCM, fica localizado no 2º andar, tem 15 leitos operacionais. Presta-se ao atendimento, pelo SUS, de puérperas em alojamento conjunto ou não, sistema de internação, onde mãe e bebê permanecem juntos desde o nascimento ou algumas horas depois, até o momento da alta. Atende ainda às gestantes de alto risco que necessitam de acompanhamento em regime de internação.

As mulheres, nessa Unidade, são assistidas por uma equipe composta por médicos docente-assistenciais e residentes de obstetrícia e neonatologia, enfermeira docente-assistencial e enfermeiras assistenciais, graduandos do 5º e 6º anos de Medicina, do 3º e 4º anos de Enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de limpeza e copeiras. Uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista passam visita diariamente na unidade e atendem às demandas. O serviço de fisioterapia e as demais especialidades médicas comparecem mediante solicitação de interconsulta.

O tempo de permanência das puérperas na unidade é de 24hs, independente do tipo de parto realizado, salvo os casos em que haja necessidade de tempo maior de permanência, por alguma intercorrência com a puérpera ou com o recém nascido. Já as gestantes de risco permanecem o tempo necessário, para o diagnóstico e tratamento do agravo.

Desde a implantação da Obstetrícia no HCM, na década de 70, ainda na outra unidade assistencial, valorizou-se a modalidade de internação Alojamento Conjunto. Trabalhava-se com um período mais prolongado de internação, onde a puérpera era orientada para o autocuidado e o cuidado com o seu bebê. A mulher permanecia internada por 48 horas após um parto normal e 72 horas após uma cesárea e a visita de familiares era restrita, pensando-se na “proteção” dos bebês.

Em meados da década de 80, quando os docentes assumem as atividades assistenciais no HCM ocorreram algumas mudanças no Alojamento Conjunto; nesta época a demanda do Serviço era pequena, não chegando a setenta partos por mês. As orientações sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido passam a ser em grupos, com demonstrações e troca de experiências entre as mulheres, supervisionadas por uma enfermeira docente-assistencial ou uma auxiliar ou atendente de enfermagem, além das orientações individuais feitas pela equipe médica. As visitas dos parentes passam a ter menos restrições apesar de exigir dos mesmos o uso de aventais e horário preestabelecido. Foi criado um roteiro de orientação às puérperas, que era aplicado a todas elas dividido em orientações do 1º 2º e 3º dia, independente do número de filhos, da experiência prévia, de seus costumes e valores.

No início da década de 90, a demanda de atendimento aumenta em decorrência do fechamento da Maternidade Maria Isabel Sampaio Vidal, anexa à Santa Casa de Misericórdia, que absorvia a maior parte da população de parturientes do Município e região. Como consequência faltam leitos de obstetrícia e o Serviço se vê obrigado a diminuir o tempo de permanência das mulheres no hospital. As mulheres no pós-parto normal passam a permanecer em alojamento conjunto por 24 horas e pós-cesárea 48 horas, levando a mudanças nas rotinas da unidade. As orientações deixam de ser em grupos, passando a individual de acordo com a necessidade da usuária e nem sempre atendendo a toda a demanda.

Na mesma época, o Banco de Leite Humano assume as orientações quanto ao aleitamento materno em suas visitas diárias à Maternidade, como parte de suas atividades, ficando sob responsabilidade da equipe do HCM a supervisão da prática do aleitamento e as demais orientações.

A redução do tempo de permanência das puérperas não resolveu o problema da demanda e muitas vezes a equipe reunia-se para definir uma alta precocemente. Isso acabou tornando-se uma rotina e hoje o tempo de internação no alojamento conjunto é de 24 horas independentemente do tipo de parto. As orientações continuam sendo

individuais, realizadas por equipes médica e de enfermagem. Os cuidados são realizados pela equipe de enfermagem junto às puérperas com incentivo à independência para os mesmos. As mulheres são incentivadas a realizar os cuidados de higiene e alimentação sem restrições e os cuidados com seu bebê. Por hora da alta são orientadas quanto ao retorno na UBS em trinta dias, período no qual deverão manter abstinência sexual, quanto medicação prescrita, o registro civil do recém-nascido e sua matrícula na UBS, para coleta de exame para detecção de fenilcetonúria e início do calendário vacinal.

As orientações e cuidados, apesar de não fazerem parte de um protocolo escrito, são realizados de maneira uniforme. Cada membro que é agregado à equipe é informado das mesmas.

4.3. A população do estudo

Participaram desse estudo puérperas internadas no Alojamento Conjunto da Unidade Materno-Infantil, com quem mantive contato. Realizei o estudo após ter observado que alguns cuidados que realizavam no pós-parto divergiam das orientações ou prescrições realizadas na Unidade o que gerou algum conflito, preocupação ou comentário por parte da mulher ou equipe que lá trabalha.

As informantes deste estudo foram oito puérperas que se encontravam internadas na Maternidade, sendo identificadas como E1 (para a informante da primeira entrevista), E2 (para a segunda entrevista) e assim sucessivamente até a E8 (oitava entrevista).

A determinação do número de informantes se deu pela reincidência das informações e por considerarmos que o mesmo abrangia a totalidade do problema investigado (MINAYO, 1998a).

Puérpera E1

Na passagem de plantão, às 7h, fui informada pela auxiliar de enfermagem que deixava o turno, que a puérpera, ao ser encaminhada ao banho, não quis lavar os cabelos por que não tinha feito isso nas outras dietas. Segundo a auxiliar de enfermagem, a usuária foi orientada que não havia problema, mas mesmo assim, não realizou o cuidado e houve uma certa animosidade entre as duas.

Em virtude deste relato, selecionei-a como sujeito da pesquisa e fui pedir seu consentimento para tal. A puérpera mostrou-se desconfiada, preocupada com a forma como seriam divulgados os dados da entrevista – jornal, televisão, etc. Reorientei-a sobre a preservação de sua identidade e sigilo e de que a mesma poderia se recusar a participar. Como percebi que estava constrangida com a entrevista, deixei-a à

vontade e já ia me retirando do quarto, quando a mesma me perguntou se não ia mesmo aparecer o nome dela. Após receber a afirmativa ela me concedeu a entrevista. Conversou sempre de cabeça baixa, com respostas curtas. Não insisti muito.

Puérpera E2

De manhã, durante a visita que passo em todos os leitos, observei a auxiliar de enfermagem encaminhando a puérpera ao banho, era o primeiro banho pós parto. A mulher não quis lavar os cabelos e comentou que a outra paciente do quarto tinha lavado os cabelos, mas ela não tinha esse costume. A auxiliar de enfermagem orientou que não havia problema, mas mesmo assim, não realizou o cuidado. Por isso, selecionei-a como sujeito da pesquisa. Mais tarde, depois do almoço, fizemos a entrevista, foi quando me relatou, alguns de seus costumes também relacionados à alimentação.

Puérpera E3

No período da manhã uma auxiliar de enfermagem me procurou e informou que a puérpera, ao ser encaminhada ao banho, não quis lavar os cabelos por que não tinha feito isso nas outras dietas. Segundo a auxiliar de enfermagem, a usuária foi orientada que não havia problema,

mas mesmo assim, não realizou o cuidado. A auxiliar de enfermagem me informou que não insistiu muito não “porque é sempre a mesma coisa”.

Em virtude deste relato, selecionei-a como sujeito da pesquisa e fui pedir seu consentimento para tal. Mostrou-se solícita , desenvolta em suas respostas.

Puérpera E4

Puérpera apresentou hemorragia pós-parto no período noturno, com puerpério mediato complicado. Foi indicado repouso no leito. No período da manhã, durante o banho de leito a paciente recusou-se a lavar os cabelos dizendo que fica sem lava-los por 15 dias na dieta (referindo-se ao período de puerpério). A auxiliar de enfermagem orientou a usuária dizendo que não havia problema, mas mesmo assim, a puérpera não autorizou a realização do cuidado. Em virtude desta ocorrência, selecionei-a como sujeito da pesquisa e fui pedir seu consentimento para tal. Mostrou-se solícita a conceder-me a entrevista.

Chamo a atenção para o fato de que em uma de suas respostas, a puérpera relata que a auxiliar de enfermagem que lhe dava o banho de leito, não se ofereceu para lavar seus cabelos tentando justificar o fato de não ter realizado o procedimento. Ainda durante seu período de internação, não higienizou seus cabelos e não comeu as saladas que já vinham temperadas.

Puérpera E5

No primeiro banho, após a cesariana, a puérpera, ajudada pela auxiliar de enfermagem, recusou-se a lavar os cabelos. Relatou que na outra dieta também não lavou os cabelos. Em virtude desta observação, selecionei-a como sujeito da pesquisa e fui pedir seu consentimento para tal. Foi orientada quanto aos objetivos da pesquisa. Mostrou-se solícita a conceder-me a entrevista.

Puérpera E6

Fui procurada pela auxiliar de enfermagem que relatou que durante o banho, a puérpera, ajudada por ela recusou-se a lavar os cabelos. Disse que a puérpera foi mais incisiva recusando-se a lavá-los. Em virtude desse relato, selecionei-a como sujeito da pesquisa. Observamos que no almoço em que foi servido uma salada de folhas (almeirão) a mesma não comeu e quando questionada sobre essa recusa respondeu que não gostava dessa salada. No dia seguinte fui pedir seu consentimento para realização da entrevista. Foi orientada quanto aos objetivos da pesquisa. Mostrou-se solícita em conceder-me a entrevista e na verdade não come saladas ou outros alimentos temperados com vinagre, no período pós-parto.

Puérpera E7

Estava com a aluna do 3º ano de graduação em enfermagem, realizando o exame físico diário da puérpera e utilizando o contato para orientá-la quanto aos cuidados pós-parto, quando a mesma nos relatou sobre o medo que sentiu no dia anterior, quando foi orientada pela auxiliar de enfermagem que deveria lavar a cabeça e essa não costumava ser sua prática. Relatou-nos que ficou ansiosa, aguardando a visita de sua sogra para perguntar a ela o que poderia acontecer. Disse que sentiu tanto medo que teve dor de cabeça, mas que melhorou depois de conseguir dormir um pouco.

Frente a esse relato, a puérpera foi selecionada para este estudo.

Puérpera E8

Pela manhã conversava com as auxiliares sobre a realização dessa pesquisa, quando uma delas me falou sobre a paciente I. que no dia anterior, em seu primeiro banho, após a cesariana, não quis lavar a cabeça, alegando não ter feito isso no parto anterior e que portanto, deveria manter essa conduta. A auxiliar de enfermagem que fez o relato disse que não insistiu muito para não “criar clima”, pois segundo ela a conversa estava “esquentando”. Em virtude desse relato selecionei-a como sujeito da pesquisa.

4.4. O trabalho de campo

Segundo MINAYO (1998a), o campo representa “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. Sob essa ótica, considera que o trabalho de campo inclui referenciais teóricos, bem como os aspectos operacionais que envolvem as questões conceituais. Assim sendo, não se pode pensar em trabalho de campo neutro. O pesquisador ao realizá-lo seleciona tanto os “fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los”.

O trabalho de campo é composto de componentes, sendo duas as categorias fundamentais: a observação participante e a entrevista.

Segundo POLIT & HUNGLER (1995), a chamada observação participante é uma técnica não-estruturada de observação, através da qual o pesquisador participa do funcionamento do grupo ou instituição investigada. Mantém um grau de contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa que permite obter dados que passariam despercebidos por um observador mais passivo.

“Envolvem a coleta de informação descritiva que é, qualitativamente, analisada. O observador é guiado pelas indagações da pesquisa, embora não fique

restrito o observar, tão somente, certas classes de fenômenos, ou a, sistematicamente, inventariar o surgimento de determinados tipos de comportamento”.

Para Pearsall, apud GUALDA (1993), a “observação participante representa um caminho indireto para se obter conhecimento sobre crenças, valores, atitudes e outros aspectos intangíveis”.

O estudo de observação participativa, segundo POLIT & HUNGLER (1995), para ser de qualidade, depende das anotações registradas em campo. Essas anotações representarão o registro, a síntese e a compreensão dos dados.

Segundo MINAYO (1998a), há controvérsias em relação à conceituação da observação participante, principalmente no que diz à prática da mesma – “o que” e “como observar”. Há visões teóricas diferenciadas, porém todas se reúnem frente às premissas de observação do fenômeno social:

“a necessidade de preparação teórica; a relativização das hipóteses frente às evidências do campo; a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade e o uso de instrumentos adequados para a seleção e a apreensão dos dados”.

O local do estudo faz parte de minhas atividades diárias como enfermeira docente-assistencial, onde independentemente de ter alunas

de graduação para supervisionar em estágio, realizo cuidados de enfermagem às usuárias, integrada à equipe de saúde; participo das rotinas da Unidade e suas possíveis alterações e de projetos Institucionais. Essas atividades me permitiram a observação e a apreensão da realidade.

O trabalho de campo realizado de forma sistemática, que permitisse a apreensão dos dados, teve seu início em julho de 1999 indo até outubro de 2000, após ter obtido do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília autorização para o desenvolvimento dessa pesquisa (Anexo A).

Como desenvolvo atividades nessa Unidade há anos, já existia um contato informal com a equipe e mesmo com algumas usuárias que já tinham se internado anteriormente por problemas com a gravidez ou para ter seus bebês. Passei a observar com outro interesse as atividades diárias, as ações, as conversas, os olhares. Interagi com as pessoas como sempre fazia no meu dia a dia, participando dos cuidados com as mães, das conversas entre os membros da equipe, agora com a observação amplamente voltada para o objetivo do estudo.

Outra etapa do processo se caracterizou pela análise e pela reflexão dos dados obtidos na Unidade, durante a observação. Vários sentimentos permearam esta fase do trabalho.

Outro componente fundamental para a pesquisa de campo, além da observação participante, é a entrevista. Segundo MINAYO (1998a), “é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo”. A autora cita a definição de Kahn & Cannell que denominam entrevista de pesquisa como: “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas pertinentes com vistas a este objetivo”.

Em geral, as entrevistas podem ser estruturadas ou não estruturadas ou a articulação entre as duas modalidades, caracterizada como entrevista semi-estruturada.

A entrevista estruturada é realizada pelo entrevistador através de questionário mediante roteiros fechados escritos. Já a pesquisa não-estruturada pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas incluem a interação direta entre o pesquisador e o sujeito e são completadas por uma observação participante (MINAYO, 1998a).

Utilizei a entrevista semi-estruturada com articulação de questões previamente formuladas, que permitiu compor o perfil das informantes, e questões abertas que as puérperas abordavam livremente sobre o assunto (ANEXO C), após ter obtido consentimento das puérperas para realizar a entrevista, através de um termo de consentimento informado individual (ANEXO B).

Algumas questões surgiram em decorrência das colocações das informantes.

O primeiro contato com a informante se deu para que fosse explicitados o tema da pesquisa e o objetivo da mesma para que a puérpera decidisse sobre sua participação no estudo. Das mulheres que contatei, quatro se abstiveram de participar. O fato de assinar o termo de consentimento deixou três delas indecisas, questionando o que seria feito do mesmo. Após terem sido novamente informadas optaram por não participas da pesquisa. A outra puérpera apenas não quis participar e não esclareceu os seus motivos.

As entrevistas foram realizadas no quarto da puérpera no Alojamento Conjunto ou na sala de aula. Os quartos no Alojamento Conjunto possuem dois leitos, então, quando no quarto da informante havia outra puérpera internada, íamos até a salinha de aula, para que a mesma pudesse conversar à vontade.

Antes de iniciar a entrevista, orientava sobre a questão ética que envolve a pesquisa, sobre o consentimento necessário das informantes para a sua participação, sobre a preservação de sua identidade, o anonimato, o sigilo das informações que fossem observadas ou reveladas e ainda a possibilidade da entrevistada interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim desejasse. Em seguida pedia

permissão para usar o gravador, explicando que eu não teria condições de realizar todas as anotações do que fosse dito e ainda conduzir bem a entrevista. Uma das informantes não permitiu o uso do mesmo, sendo então registradas as suas falas com caneta e papel.

O tempo médio de duração das entrevistas situava-se em torno de quarenta minutos.

Após a realização de cada entrevista, as mesmas foram transcritas, tendo sido registradas as emoções, as pausas e reticências que se manifestaram no decorrer das mesmas.

Durante o período de observação, registrei os dados que surgiram de forma sucinta e objetiva, que diziam respeito às situações presenciadas e ao relato de membros da equipe.

4.5. A análise dos dados

GOMES (1998), baseado em Minayo, aponta que as finalidades dessa etapa são “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte”.

Para analisar dos textos obtidos utilizei a análise de conteúdo,

modalidade temática, citada por GOMES (1998), a saber:

- ordenação dos dados onde foram mapeados todos os dados obtidos no trabalho de campo e onde descobri as orientações para a análise e registrei as impressões sobre a mensagem;
- classificação dos dados através da leitura repetida e interrogativa dos mesmos, com recorte em termos de categorias específicas, que foram definidas em temas;
- análise final, onde busquei articular os dados e o referencial teórico da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

A síntese foi obtida e descrita por temas conceituais.

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

5. Análise e descrição dos resultados

5.1. Perfil das informantes

Em relação aos dados sócio demográficos (Quadro 1) encontramos do total de puérperas entrevistadas 7 que são procedentes do município de Marília e uma de cidade da região. A procedência remota de quatro delas é de Marília; duas da região de Marília e duas de outras regiões.

Em relação a faixa etária, as puérperas apresentam idade entre 20 e 32 anos. Essas mulheres encontram-se em idade de plena capacidade reprodutiva e produtiva.

Quanto a cor, três são de cor branca e cinco são pardas. No que diz respeito ao estado civil, três são casadas, quatro amasiadas e uma separada.

A maioria das puérperas entrevistadas, não possui o ensino fundamental completo. Todas elas não têm profissão, sendo que seis delas ocupam-se com atividades domésticas no lar e duas com atividades domésticas remuneradas, são faxineiras. A renda familiar é em média de 3,8 salários mínimo, sendo a menor de um salário mínimo e a maior de seis salários mínimo. Tal achado talvez possa se justificar porque passado priorizava-se no Brasil a educação masculina em

detrimento da feminina, sendo que há apenas cinqüenta anos as mulheres passaram a ingressar maciçamente na escola. Segundo o relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil (IPEA, 1996) apesar do crescimento da taxa de escolarização na última década, ainda há grande desigualdade; apenas 75% das crianças pobres freqüentam o primeiro grau. Quanto à inserção da mulher no mercado de trabalho, segundo o mesmo relatório, nos níveis mais baixos de instrução (até quatro anos) as trabalhadoras apresentavam taxas de atividades inferiores à taxa geral; já as mulheres com nove anos e mais de estudo atingiam taxa de atividade muito mais elevadas. Vale lembrar que as várias crises econômicas que o Brasil enfrentou, empurraram muitas mulheres para atividades assalariadas, grande parte no setor informal. Dentre as atividades informais desempenhadas por mulheres, ressaltase o trabalho doméstico remunerado: as mulheres constituíam 92% do total de trabalhadores domésticos.

Quanto aos dados da gravidez, parto e puerpério (Quadro 2) as oito informantes realizaram pré-natal, variando de uma a dezessete consultas; duas não souberam informar e não traziam consigo o cartão do pré-natal. Duas puérperas relataram que iniciaram as consultas no 4^o. mês de gestação, três delas no 3^o. mês e outras três no primeiro mês de gestação. O início tardio do pré-natal, segundo as mulheres entrevistadas

se deveu à não imaginarem uma gravidez ou seja , não acreditarem que pudessem estar grávidas. O pré-natal, desde o início da gravidez, com a frequência suficiente e de boa qualidade é de primordial importância para a saúde da mulher e do bebê. De acordo com CARRANZA (1994), em países como o Brasil, onde a população sofre cotidianamente agressões à saúde e associado a isso o difícil acesso aos serviços de saúde existentes, a consulta pré-natal representa um momento precioso, não apenas para cuidar da gravidez, mas para realizar todo tipo de cuidado relacionado à saúde reprodutiva.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aumento significativo da cobertura de assistência pré-natal no âmbito do SUS. Os dados demonstram um crescimento de 16% no atendimento à gestante na última década. Em 1996, atingiu 86% de cobertura quando 66% das mulheres realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre da gravidez e 8% compareceram a mais de 7 consultas (Brasil, 2000).

O número de filhos tidos variou entre um e quatro. Todas as puérperas entrevistadas já tinham pelo menos um filho. Segundo os dados do IPEA (1996) entre os anos de 1980 e 1990 houve um declínio na taxa de fecundidade ficando entre 2,4 e 2,9 filhos por mulher em idade fértil. Segundo o mesmo relatório o declínio da fecundidade no Brasil é um processo irreversível que levará a cada ano um menor número de

nascidos vivos levando a taxas de natalidade e populacional cada vez menores.

Quanto ao tipo de parto atual, quatro foram partos normais e quatro realizaram cesariana com indicação.

Sabe-se que no Brasil aproximadamente 32% dos nascimentos ocorrem por cesarianas. A intervenção cesárea é um procedimento capaz de evitar o óbito materno e fetal quando indicada corretamente, mas que representa um risco, para quem poderia ter um parto normal (BRASIL, 2000). A Unidade Materno -Infantil do HCM é uma unidade de referencia para gestação de alto risco, o que talvez justifique o número de cesarianas realizadas.

O tempo de internação no momento da entrevista variou de 18 a 48 horas com uma média de tempo de 34 horas e o número de horas após o parto variou de 13 a 48 horas com uma média de 29 horas.

Das informantes seis relataram ter recebido orientações quanto aos cuidados do período pós-parto; duas pela equipe de enfermagem, duas pela equipe médica, uma por estudante não sabe se da medicina ou enfermagem e uma que não se lembrava. As duas puérperas que informaram não ter recebido orientações, no transcorrer da entrevista nos falaram sobre cuidados que lhes foi solicitado que realizassem sem, porém considerá-los como orientações. O conteúdo programático

proposto pelo PAISM (BRASIL, 1984) a ser desenvolvido através de atividade de assistência clínico ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao **puerpério** preconiza que

“em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos”.

A propósito, a portaria MS/GM nº 1016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), que preconiza normas para implantação do sistema de alojamento conjunto, determina que sejam realizadas pela equipe de saúde esclarecimentos de dúvidas e palestras que abordem os conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição da puérpera; sendo aqui considerados cuidados de higiene aqueles relacionados à limpeza do corpo; como também ações que visem a preservação de saúde ou a prevenção de doenças.

Fica explicitado, nas citações acima, o forte apelo às ações educativas, deixando registrado que a possibilidade de mudanças nas práticas realizadas está no “poder da orientação”. Para PEDROSO (1982), uma orientação correta, com delicadeza, é a possibilidade de aproximação da mulher à medicina científica, a fim de preservar sua saúde, bem como prevenir estados mórbidos e

esclarecê-las o quanto as suas crenças, atitudes e práticas populares podem, muitas vezes, ser nocivas.

QUADRO 1. Perfil sócio demográfico das puérperas entrevistadas

ENTREVISTA	IDADE	COR	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	PROFISSÃO	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR (salários mínimos)	PROCEDENCIA REMOTA	PROCEDENCIA ATUAL
01	22	Branca	Amasiada	4 ^a série	_____	Do lar	2	Tupã	Marília
02	30	Branca	Casada	4 ^a série	_____	Do lar	4	Marília	Marília
03	30	Branca	Casada	4 ^a série	_____	Faxineira	6	Padre Nóbrega (Distrito de Marília)	Marília
04	30	Parda	Separada	5 ^a série	_____	Faxineira	2	Marília	Marília
05	21	Parda	Amasiada	8 ^a série	_____	Do lar	3	Marília	Marília
06	32	Parda	Amasiada	3 ^a série	_____	Do lar	2 ½	Pernambuco	Marília
07	20	Parda	Amasiada	3 ^a série	_____	Do lar	1	São Paulo	Marília
08	24	Parda	Casada	8 ^a série	_____	Do lar	3	Echaporã	Marília

QUADRO 2. Perfil das puérperas entrevistadas segundo dados da gravidez, parto e puerpério

ENTREVISTA	REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL	INÍCIO DO PRÉ -NATAL (MÊS GEST.)	NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL	NÚMERO DE FILHOS	PARTO ATUAL	TEMPO DE INTERNAÇÃO NO MOMENTO DA ENTREVISTA (em horas)	TEMPO DE PÓS PARTO NO MOMENTO DA ENTREVISTA (em horas)	RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE O PUERPÉRIO	QUEM FEZ A ORIENTAÇÃO
01	Sim	3º.	não sabe	2	Cesárea	24	14	não	_____
02	Sim	3º.	7	1	Normal	18:15	13	sim	estudante
03	Sim	4º.	1	2	Normal	32	29	sim	não lembra
04	Sim	1º.	8	1	Cesárea	48	45	sim	enfermagem
05	Sim	4º.	5	1	Cesárea	24	19	sim	médico
06	Sim	3º.	7	4	Normal	35	32	não	_____
07	Sim	1º.	não sabe	2	Normal	43:20	45: 45	sim	enfermagem
08	Sim	1º.	17	1	Cesárea	39	35	sim	médico

A análise do conteúdo das falas das puérperas mais as observações realizadas em campo me permitiram identificar unidades de temas que, mediados pelo referencial teórico e por releituras, sofreram uma categorização resultando em três temáticas:

- O puerpério como período especial;
- As estratégias para o cuidado de si no período pós-parto;
- Decidindo-se por estratégias de cuidado no puerpério: uma relação de poder?

5.2. O puerpério como período especial

Para as mulheres entrevistadas, o período pós-parto, chamado de dieta ou resguardo, dura em torno de quarenta dias e representa um período em que a mulher tem que tomar uma série de cuidados.

“... eu espero os quarenta dias, só comer alguma coisa, que eu como”. E2

“e eu tenho que guarda quarenta, quarenta e cinco dias”. E4

“Quarenta dias”. E7

Quarentena

Segundo HOLANDA FERREIRA (1986) estar de quarentena é estar de lado, de reserva ou também isolamento imposto a portadores ou supostos portadores de doenças contagiosas.

Para COUTINHO (s.d.), quarentena era o processo utilizado para evitar o alastramento de doenças infecciosas, que consistia em isolar nas fronteiras ou nos portos as pessoas, bagagens etc., provenientes de localidade onde existisse a doença. De início era um isolamento de quarenta dias como o próprio nome diz, mas depois começou a ser calculado de acordo com o período de incubação da doença de cuja existência se suspeitava.

Desde do fim da Idade Média, existia nos países da Europa um regulamento de urgência que deveria ser aplicado quando a peste ou uma doença epidêmica aparecesse em uma cidade. Uma parte desse regulamento consistia no confinamento das pessoas em casa para serem facilmente localizadas em um único lugar. “Cada família em sua casa e, se possível cada pessoa em seu próprio compartimento”. Esse esquema foi uma forma de promover a organização sanitária das cidades, de

purificação do espaço urbano (FOUCAULT, 1982). O impedimento de que doenças se alastrassem.

No período colonial do Brasil, como já foi dito, todo o conhecimento médico existente em relação à mulher dizia respeito à reprodução. Um conhecimento limitado que acreditava que disfunções da reprodução levavam às doenças que geralmente estavam associadas aos “humores e vapores do sangue menstrual. Acreditava-se que os humores do organismo (sangue, bile e linfa), responsáveis pelas funções do corpo, quando combinados em proporções inconvenientes provocavam doenças” (DEL PRIORE, 1997).

Para impedir o alastramento de doenças, confinamento. Seria essa a justificativa para o resguardo de quarenta dias no puerpério?

KITZINGER (1978) relata que em muitas sociedades pensa-se que o parto põe em perigo os homens que nele muito se intrometem. Que no século VII, o Arcebispo Teodoro de Cantuária proclamou que “uma mulher que tivesse dado à luz recentemente tinha que ser isolada durante 40 dias, até ficar limpa e que se uma mulher fosse à igreja, durante a menstruação, teria de jejuar por três semanas”. Como pode ser observado isso não era para o bem da mulher, mas porque uma mulher que tivesse tido filho recentemente era perigosa para os homens.

Vivendo socialmente, as pessoas têm desenvolvido, suas próprias concepções de saúde e de doença, de suas causas e efeitos, com a finalidade de, segundo Goulart, apud NASCIMENTO (1997), diminuir o impacto potencial da doença sobre ele. “Estas concepções e imagens sobre a saúde e a doença estão vinculadas às concepções gerais que a sociedade tem sobre si e sobre o lugar de seus membros na natureza e no plano social, e em outros planos de idéias”. Para a mesma autora, a sociedade moderna inspira o conceito de saúde numa “norma”, que não consegue explicar certos aspectos culturais e sócio- políticos da saúde e da doença, “tendendo a um tratamento ‘reducionista’ da morte, do sofrimento e da insatisfação”.

Há que se entender que pessoas têm diferentes atribuições para sua doença. A concepção sobre a doença que ela têm é resultante de suas experiências com a enfermidade, através das quais elas adquirem seus conhecimentos médicos.

Segundo Alves, apud NASCIMENTO (1997), o conhecimento médico que uma pessoa tem, está sendo continuamente reformulado, tem uma dimensão temporal, pois a própria doença pode mudar no decorrer do tempo, mas “também porque sua compreensão é continuamente confrontada por diversos diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde.

Resguardo/dieta para não ficar doente para toda a vida

Nesse período as mulheres têm regras e normas que devem ser guardadas, respeitadas e que se quebradas, podem criar uma predisposição a outras doenças no período puerperal ou ao longo de sua vida.

“Num lembro da dieta da minha mãe não. Eu só lembro assim que ela falava assim: Ah, eu tomei um chuvisqueiro na dieta e por isso eu tenho dor de cabeça”. E 8

“Cê sabe que eu acho que é verdade, porque a minha mãe, ela tem dor de cabeça, que ela tem que ficar com a cama assim ó: em pé. Foi que meu irmão foi cesárea e ela não teve a mãe dela pra ajudá. Então por isso eu falo é que são cuidados que é bom cuidar”. E5

As puérperas entrevistadas relatam que é um período em que não devem fazer esforços, sofrer emoções e que a ajuda da mãe, sogra ou outra pessoa próxima é necessária, para que possam cumprir a dieta. A mulher busca nesse período , que ela considera especial,

cuidar-se, prevenir complicações. É um período carregado de crenças e costumes, quando a mulher busca seu conforto e bem-estar.

“Algumas coisas como não pega peso, não é muito bom pegá peso, fazê serviço pesado”. E2

... “não pegá peso, não passar, não ficá nervosa né”. E3

“A partir da minha dieta ela (mãe) tava sempre do meu lado né, e me orientava, me ajudava, me explicava como tinha que fazer tudo”. E6

“É ela (sogra) que me ajuda sempre. Só tenho ela por mim, porque minha mãe gostaria de estar perto de mim mas ela mora longe”. E7

O puerpério, apesar de ser considerado pelas mulheres como um período especial, tem passado despercebido pela maioria dos profissionais de saúde. Compactuo com SHIMO & NAKANO (1999), dizem que esse período tem sido considerado como “uma fase

passageira, sem grandes riscos e/ou problemas. Requer, segundo esses profissionais, pouca ou quase nenhuma atenção especial”.

Isso se evidencia quando observamos o curto tempo em que a puérpera, em geral, fica no hospital, e o retorno pós-parto que geralmente acontece em torno de 40 dias, quando a mulher já resolveu todos os problemas que possam ter ocorrido no período.

Para McKENZIE et al (1982) a puérpera experimenta muitas modificações fisiológicas e psicológicas normais, porém extremamente importantes e potencialmente perigosas. “Os ajustes fisiológicos podem ameaçar a vida, e as adaptações psicológicas e familiares podem ameaçar a saúde mental ou a estabilidade familiar”. Porém, na maioria dos ambientes tradicionais e entre a maioria dos que dispensam cuidados médicos, consideram a mulher no período pós-parto como estando numa condição satisfatória e, conseqüentemente, merecedora de pouca atenção.

Tal fato pode ser observado na fala de E2 e E6:

“ sempre falam de sexo, o que tem que esperá, mas só também. Que outras coisas que é de necessidade mesmo, eles (equipe de saúde) num explica, num faz, num tá nem aí”. E 2

“ A única pessoa que me orientô o que as dieta, foi a minha mãe.

A única”. E6

Estado de fragilidade e corpo sensível

Segundo McKENZIE et al. (1982), no período puerperal as modificações que ocorrem no organismo da mulher englobam o processo mais patológico que pode ser observado num processo normal. Em virtude da rapidez e da implicação patológica dessas alterações, a crise que é considerada fisiológica pode ser devastadora. Portanto, não pode ser um período tão negligenciado.

Existem muitos fatores emocionais no período pós-parto que afetam a facilidade de adaptação com que a mulher irá assumir suas tarefas. Tais adaptações foram descritas em fases por RUBIN (1961), como a fase do aceitar e do assumir. Na fase do aceitar a mulher demonstra um comportamento dependente onde prescinde de cuidados e proteção; apresenta-se passiva e dependente, aceita o que é oferecido, faz o que lhe indicam. Aguarda mais as ações dos outros de que toma suas iniciativas próprias.

Algumas puérperas relatam sua fragilidade e dependência no período.

“Eu já ouvi que tem mulher que com poucos dia que ganho, já vai fazer tudo..... Eu acho um absurdo porque a gente tá tão sensível, o corpo tá sensível. Eu na minha opinião...”. E8

“Se a gente for obrigada a fazê, tem que fazê. Se for uma obrigação, que caso contrário...”. E2

No segundo, terceiro dia de puerpério, a mulher apresenta-se “pronta” para afirmar sua independência e autonomia, iniciando a segunda fase chamada do assumir. Toma iniciativas, assume responsabilidades. Nessa fase, está presente um grande componente de ansiedade (RUBIN, 1961).

“Estando as atividades e ansiedades aumentadas nessa fase, a puérpera poderá experimentar fadiga e esgotamento, necessitando de ajuda para moderar suas expectativas e fixar seus limites” (SHIMO & NAKANO, 1999).

As mulheres entrevistadas talvez não conheçam os processos fisiológicos que beiram o patológico, durante o período pós parto, entretanto têm estratégias para se cuidarem.

5.3. As estratégias para o cuidado de si no pós-parto

De uma maneira geral, as mulheres entrevistadas realizam cuidados no período pós-parto. Esses cuidados estão relacionados à higiene do corpo, à alimentação, atividade física, atividade sexual, exposição à variações de temperatura, manutenção do aleitamento materno, cuidados com a ferida operatória ou episiorrafia e cuidados para manter-se tranqüila.

“.... não fumá, não fazê extravagança , não lavá a cabeça, não comê comida que tem que tem coisa reimosa, comida de porco. Quando tive frio por meia no pé, não tomá friage, não ficá descalça”. E3

“Eu, geralmente, eu não lavo a cabeça, eu não como, não é qualquer tipo de comida que eu como né, na minha casa. Ovo, carne de porco, coisa reimosa né, tipo de comida reimosa eu não como e eu tenho”. E4

“eu não lavo a cabeça como eu já falei, não como ovo, carne de porco, fruta que tem espinho tipo, abacaxi e laranja. Guardo dieta de cama completinha, quarenta e um dias ou mais ainda às vezes, guardo direitinho”. E8

O cuidado como forma de se proteger dos abalos à saúde

Desde que a vida surge, os seres humanos se apresentam como espécie que precisa de cuidados para garantir a sua sobrevivência. Os cuidados com a doença e a preservação da saúde nasceram há milênios como prática no âmbito doméstico e privado às mulheres. Enquanto o homem primitivo saía à busca de alimentos, às mulheres cabia realizar o que garantia a sobrevivência e perpetuação da espécie. Nesse cenário, e passando por modificações, é que encontramos as primeiras ações de saúde predominantemente centradas em práticas caseiras ou populares; e mesmo as mudanças resultantes da história de vida do homem não foram suficientes para produzir modificações na forma de conduzir as práticas de saúde e doença (ALVES et al. 1996)

Como se observa, as mulheres ao longo da história sempre estiveram ligadas às práticas de cuidados. Primeiro, porque de forma universal ficavam responsáveis pelos cuidados com o parto e a maternidade, criando uma relação entre mulheres e segundo, porque a demonstração de afeto, modo de expressar o cuidado, é mais evidente entre mulheres. Além disso, sempre “desempenharam cuidados aos incapacitados e idosos, dedicando-se à educação de filhos, à

manutenção da casa, ao preparo de alimentos e em muitas culturas ao preparo de medicamentos caseiros” (WALDOW, 1998).

Segundo FIGUEIREDO (1998) o cuidado nasceu no espaço privado da família, sendo a mulher a primeira pessoa a “cuidar do filho, do marido, dos parentes, dos vizinhos e a passar essa experiência para as filhas, que iam disseminando pelas comunidades o conhecimento de cuidar”.

Heidegger, apud WALDOW (1992), descreveu dois tipos de cuidado, um que envolve fazer pelo outro e, o que ele considera como cuidado autêntico, o que ocorre quando “o fornecedor do cuidado o favorece em sua potencialidade para vir a ser. Portanto o outro é ajudado a cuidar de seu próprio ser”.

Para FOUCAULT (1985) a idéia segundo a qual “é preciso ter cuidados consigo, princípio do cuidado de si, que fundamenta a sua necessidade, que comanda o seu desenvolvimento e organiza a sua prática”, é um tema antigo na cultura grega e apareceu bem cedo como uma ordem amplamente difundida. Posteriormente consagrada por Sócrates, que a filosofia ulterior retomou,

“é esse tema que extravasando de seu quadro de origem e se desigualando de suas significações filosóficas primeiras, adquiriu progressivamente as dimensões e as formas de uma verdadeira ‘cultura de si’. Por essa expressão é preciso entender que o

princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar o relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber”.

Na sua tarefa, de pessoa que cuida, apesar de suas limitações, são as mulheres as criadoras, portadoras e repassadores de um conhecimento popular significativo em saúde. Esses cuidados se estendem ao período puerperal como forma de proteger-se de doenças ou recaídas.

Segundo o glossário do artigo de CAVALCANTE & BARRETO (1987), que apresenta termos empregados em linguagem popular relacionados com a gestação, parto e doenças do puerpério, para as mulheres, resguardo é o período que sucede o parto, onde a mulher permanece em repouso por 30 dias. É um período considerado perigoso por elas, quando deve ser observado um regime alimentar rigoroso; economizar esforços evitar emoções. “Diz-se que nesse período as ‘carnes’ da mulher estão abertas e que todo esforço, toda

emoção forte pode abalar sua saúde”. Ainda nesse glossário os autores dizem que o resguardo pode ser “quebrado”. “Um susto, um esforço grande, como varrer a casa, levantar peso... uma emoção forte, um vexame. Uma vez, ‘quebrado’ o resguardo, a mulher sente dores de cabeça, do ventre, febre e até crises de tremores”.

O alimento, segundo HELMAN (1994b), desempenha várias funções nas sociedades humanas e está relacionado com aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana e traz uma série de simbolismos, constituindo parte essencial de como a sociedade se organiza.

Sendo assim, a ato de se alimentar significa um ato biológico, social e cultural. A comida, para LODY (1998), é um dos mais importantes marcos de uma cultura, de uma civilização, de um momento histórico, social, de um momento econômico.

Pelo conteúdo das falas das puérperas entrevistadas, nota-se que os cuidados destinam-se à sua proteção. Revela-se uma preocupação de fazer com que tudo corra bem e uma das atenções especiais é com a alimentação que marca a grande importância do momento que é o nascimento, a vida.

“Ah , eu não como tipo assim, ovo, carne de porco, peixe, cebola também não como, vinagre....essas coisa eu não como nada”. E6

“Eu num como carne gordurosa, não como carne de porco, não como assim repolho, ovo; essas coisas, nem batata doce, eu não como nada disso”. E7

Cada cultura possui um conjunto de regras que determinam a alimentação em várias ocasiões. Em alguns casos é feita a divisão de gêneros alimentícios em grupos. No Brasil, na maioria das regiões, são os grupos de alimentos categorizados em frios e quentes. Geralmente os alimentos quentes são proscritos da alimentação da puérpera.

CAMPOS (1982) assevera que muitas das restrições alimentares do puerpério estão muito próximas às prescritas para diversas outras situações da vida e foram determinadas, antigamente, em função da acessibilidade de alguns alimentos pela população. Por exemplo, o consumo de carne de galinha “que se mostra como alimento que sustenta, é ‘leve’, ‘limpa’ mas, sobretudo acessível”.

“Imagine eu sei que não pode comê coisa reimosa, cebola, mas arroz, feijão, batatinha, coisa forte né..., frango...”.E3

Em relato de HELMAN (1994b), após o parto – e durante a menstruação – os alimentos frios são evitados, para que não haja interrupção do fluxo sangüíneo, que poderá retornar ao corpo e causar nervosismo ou insanidade mental.

Outra crença sobre a inversão do fluxo sangüíneo, que o leva a “subir à cabeça levando a tamanho desequilíbrio que pode levar a loucura”, é a de mulheres lavarem a cabeça após o parto (FERREIRA, 1998).

Já E4 relata que não deve lavar a cabeça para não pegar friagem:

“em termos assim de relação (acanhada, abaixou a cabeça), eu acho que é certo, do banho também, lavá a cabeça logo que ganha porque eu acho que pega muita friage né. Cê perdeu sangue, é a cabeça...”.

Sendo a dieta no puerpério considerada com significados e momentos tão especiais, concordo com CAMPOS (1982) quando diz que a mesma

“não pode ser considerada como ‘ ignorância’ do grupo familiar quanto à melhor maneira de proteger um de seus membros momentaneamente se restabelecendo de um esforço físico. Muito menos pode ser encarada nostalgicamente como originária de uma sabedoria popular ...Trata-se de uma prática social tão ou mais prescritiva que as atuais dietas emanadas de serviços de saúde, determinada socialmente pelas exigências da produção, pelos homens, de sua própria vida, em determinado momento histórico”.

As explicações e as práticas dessas mulheres não podem ser plenamente compreendidas caso se tenha como parâmetro o saber médico-científico; poucas sabem porque as fazem e ainda que, em algumas explicações utilizam-se de termos que provavelmente tenham tomado dos discursos de médicos e enfermeiras em unidades básicas de saúde e hospitais. Este saber é reinterpretado e às vezes até contestado com base em uma lógica simbólica da própria cultura popular, em que estão inseridas essas mulheres.

“Tem que ficar 60 dias sem ter relação depois da cesárea, tomar remédio fraco por causa do leite, não lavar a cabeça, não tomar refrigerantes porque dá gases, não comer ovo por causa que estraga os pontos”.E1

“Ah! Eu sei também que não pode come arroz queimado; não pode come assim..., que seca o leite. Essas coisa” E3

“Então. É duro de explicar, eu não sei te explicá”. E4

“Eu num sei, dá a impressão que se eu lavá, vai me dar uma dor de cabeça; se eu comê vai inflamar os pontos. É isso...que eu vou ficar com dor de cabeça. Sei lá. Só isso. Eu tenho medo de dor de cabeça”. E8

O cuidado fundamentado na experiência e sabedoria dos mais velhos

As puérperas entrevistadas não souberam informar com certeza o significado de sua ação, de seus efeitos sobre seu corpo, mas, o realizam porque já realizaram outras vezes ou porque foram informadas de que tais cuidados são favoráveis à manutenção da sua saúde. Buscam, na sua experiência diária, responsáveis que são pelo seu cuidado e bem estar, bem como o de sua família, formas de não adoecer.

“Eu não fiz nas outras dietas , não faria agora também não. Minha mãe disse que quando guarda a primeira vez, as outras também tem que guardar e eu respeito”. E1

Acreditam que as mulheres mais velhas, seus antepassados, têm experiências e normas para se cuidarem e conseguem, portanto manterem-se saudáveis; por isso seguem suas orientações e conselhos.

“Isso daí é credence. É credence que eu creio. É, a gente põe na cabeça. Porque não sei, sei lá se não é porque eu era novinha também, e os outros falavam essas coisas”. E8

“Bom, geralmente, quem fala isso muito é minha sogra né. Minha sogra que fala né.” E5

"Ah... eu fiquei sabendo através da minha mãe né. Já é uma senhora de idade. Então desde minha primeira gravidez né, quando eu tive, quem me orientô foi a minha mãe". E6

“Ah! Eu sempre ouvia as pessoas mais velhas que contavam né”. E6

HELMAN (1994a) afirma que a conservação da saúde é uma alternativa informal, que geralmente inclui um conjunto de crenças. São normalmente uma série de normas, específicas para cada grupo cultural, que incluem “crenças sobre a maneira ‘saudável’ de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral. São idéias, conceitos, regras e significados que modelam e expressam as suas formas de viver – cultura – conjunto de princípios herdados pelas pessoas, enquanto membros de uma sociedade”.

Com essas práticas, as mulheres buscam o equilíbrio orgânico como forma de reestruturar a própria harmonia doméstica. A mulher toma para si os cuidados e sua forma de compreender a saúde e doença “reflete a sua familiaridade com um comportamento que lhe é passado ainda menina e moldado ao seu ser como expressão única de sua feminilidade”. Portanto, quando expressa sua preocupação com alimentos e higiene, como condição essencial para se ter saúde, ela está valorizando aspectos transmitidos através de gerações, “dando continuidade ao papel que lhe cabe, como imposição social, em forma de comportamento e de interpretação do mundo e das emoções” (ALVES et al., 1996).

“Cuidado que, que geralmente as pessoas assim mais velha tem hum...coisas passada, antigo....povo antigo né. Então são tudo os cuidado que ela passa pra gente, tanto pra mim como pras filha dela tudo” .E5

“Ah ... eu acho que eu to preservando bem meu corpo e a minha saúde”.E6

“ Comentam tudo, no posto de saúde...mas não é só essas pessoas assim acima de trinta, quarenta. Tem bastante gente nova que segue isso também”. E8

“Tá certo, hoje em dia tá completamente diferente do que dos tempos antigos né. Mas eu acho que eu ainda vo mais pelo tempo antigo”. E6

“....eu prefiro escutá ela, ela teve oito (se referindo ao número de filhos da mãe), e eu só com dois”.E2

“Ah ... sei lá. Porque hoje você vê uma mulher com seus 45, 50 anos, só vê se queixando de muitos problemas e essas senhoras de antigamente, já bem mais de idade cê não vê problema nenhum, as vezes taí forte, com saúde tudo eé

o que elas fala, que foi uma dieta que elas sempre guardaram. Então eu vou pelo tempo antigo”. E6

As vivências e percepções sobre atenção em saúde encontradas neste estudo revelam que as mulheres entrevistadas possuem um conjunto de conhecimentos e práticas que aplicam às suas próprias necessidades, no cuidado de si no período pós-parto. Avaliam situações de saúde-doença, identificam os riscos presentes e utilizam diferentes recursos em saúde. Apesar de não conhecerem o que ocorre com seu corpo, definem e aplicam cuidados e tratamentos muitas vezes baseados nos conselho na sabedoria e experiência de mulheres mais velhas.

5.4. Decidindo-se por estratégias de cuidado no puerpério: uma relação de poder?

As puérperas entrevistadas relatam que realizam cuidados orientados pela mãe, sogra, por pessoas mais velhas em respeito ou por obediência.

“Se a gente for obrigada a fazer tem que fazer. Se for uma obrigação... mas eu ia me senti desobedecendo a mãe”. E2

“Então eu acho que, sei lá né, depende do lugar que você tá, cê tem que obedece quem tá mandando. Que nem se eu moro junto com a minha sogra, eu sei que minha sogra num gosta que faz certas coisa, por que que eu vou fazer essas coisas?”.E5

“Eu não via a hora dela (sogra) chegar na visita pra perguntar pra ela se ia acontecer alguma coisa comigo, por eu ter lavado a cabeça. Ah ela ficou assim... e não falou nada”. E7

DIAS (1987) diz que isso ocorre por haver uma relação de respeito e reconhecimento de que a sabedoria dos mais velhos é mais adequada às suas condições, econômicas inclusive; e que foi se acumulando com o passar do tempo por sua experiência cotidiana de cuidado com a casa e com a saúde.

Ao dizer que as mulheres têm um saber que é fruto de suas experiências, DIAS (1987) quer ressaltar que o saber popular não é o bastante e que é construído através de duas origens. Uma origem interna onde o saber se forma através de sua constante experimentação da natureza, e a outra externa resultado do aprendizado através do contato com instituições e através dos meios de comunicação.

Para a mesma autora,

“apesar de ‘vir de fora’ essa aprendizagem não se dá passivamente. Não é uma simples transferencia de saber. As mulheres, ao incorporá-la, criam maneiras novas e, aproveitando os conceitos adquiridos, reelaboram esses conhecimentos ou criam novas formas de atuar, conforme suas condições e interesses específicos de classe.”

Como as mulheres realizam os cuidados orientados por seus familiares conseqüentemente não realizam o cuidado prescrito ou orientado pela equipe de enfermagem/saúde, e se o fazem por respeito às normas ou à equipe, preocupam-se com o mal que possa lhes ocorrer. Pudemos observar que uma das mulheres entrevistadas acatou a orientação de lavar os cabelos, mas por ter se sentido “obrigada” e relata que teve dor de cabeça pela preocupação com as conseqüências de seu ato. Outra puérpera entrevistada comeu um alimento (pepino) que não faz parte de seu cardápio no puerpério, porém, não se preocupou com o que pudesse lhe acontecer e sim com que a mãe iria dizer.

“Era uma norma diferente, que já nos hospital num tem isso né. Pode comer tudo que vem, tanto é que veio pepino hoje e minha mãe não deixaria eu comer pepino. Eu comi. Ela não

deixaria eu comer. Pepino, ovo, e outras coisas que ela falaria que faz mal”. E2

“Eu num lavo a cabeça porque ela falava que se eu lavá a cabeça é perigoso o sangue subir pra cabeça, fiquei com medo, em vez do sangue descer ele sobe. Aí eu fiquei com medo ontem a tarde, mas aí não aconteceu nada disso. Tive até dor de cabeça de tanto medo que eu fiquei”. E7

As demais mulheres que não cumpriram as prescrições, não passaram despercebidas pela equipe de saúde. Houve uma indisposição entre puérperas e auxiliares de enfermagem, até que se chegasse à decisão final; além de comentários feitos por alguns membros da equipe e por estudantes de enfermagem e medicina, inconformados com a atitude das mesmas, rotulando suas práticas inaceitáveis numa época de tanta modernidade tecnológica, como ignorância. Algumas puérperas ocultaram suas práticas para que não sofressem críticas ou fossem questionadas.

“Eu falei: não,...

Ela falou: você fica os quarenta dia sem lavá?

Eu falei: fico meus quarenta dia sem lavá.

Ah mas não tem problema (referindo-se à resposta da aux. de enfermagem).

Falei não.

Ah....sei lá, eu porque.... das outras é..... nunca ninguém me falou nada. O que eu fazia , o que eu deixava de faze; nunca ninguém me falo nada né. Eu fiquei muito surpreendente da enfermera chegá em mim e fala pode lava a cabeça e tal né.

Eu falei não, não vou fazer isso, num vou e pronto (alterou o tom de voz). E num fiz. Porque sei lá eu se elas acham , ou deixam de acha que pode, não pode, mas eu acho que pra mim não pode”. E6

“Aí eu peguei e lavei a cabeça. Fiquei assim com medo de lavá a cabeça né. Ela falou pra mim lavar aí eu peguei e lavei”. E7

Pode-se observar uma desqualificação da mulher frente a uma condição e desconsideração de sua cultura. As maternidades modernas, assim como as mulheres, têm sua cultura própria, práticas com base tecnológica que fazem parte da mística hospitalar. “Estas últimas estão

ligadas a expectativas sociais e a pressupostos médicos sobre o que é uma doente e sobre a forma como ela deve se comportar, e a conceitos de pureza, sujeidade e contaminação” (KITZINGER, 1978).

Segundo FOUCAULT (1982), até o século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres; instituição de separação e exclusão quando, para proteger os outros do perigo que o pobre poderia encarnar, os recolhia não para curá-los, mas para dar assistência moral e espiritual até a sua morte. O pessoal hospitalar não era destinado a realizar a cura do doente, mas para conseguir a sua própria salvação, pois era um pessoal leigo, caritativo que estava ali para lhe assegurar a salvação eterna. Era um tempo em que se imperava a desordem médica e econômica.

É no fim do século XVIII, pela necessidade de se colocar ordem, principalmente nos hospitais marítimos militares, que representavam a desordem econômica (tráfico de mercadorias, matérias raras, etc.) e traziam representantes desordeiros, que se reorganizaram os hospitais. Não a partir de técnicas médicas, mas de uma tecnologia chamada disciplina. Há também um ajuste no processo da intervenção médica para dentro do espaço hospitalar. Esses fenômenos tiveram a função de assegurar “o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as

condições do meio em que os doentes são colocados” (FOUCAULT, 1982).

A partir desse momento, em que o hospital passa a ser concebido como instrumento de cura, com instrumentos terapêuticos, o médico passa a ser o principal responsável pela sua organização. Passa a ser um lugar de formação de médicos, de formação e transmissão de saber.

“Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática dos médicos” (FOUCAULT, 1982).

No Brasil, segundo WEBER (1999), as mudanças nos hospitais ocorreram a partir do século XX e ainda hoje, em alguns segmentos sociais, há resistência em aceitar o internamento hospitalar, pois representa um ambiente no qual a pessoa não é considerada, pois não tem nenhum controle sobre o que lhe acontece. A perspectiva médica implantada nos hospitais ao longo deste século, “reforçou o poder dos médicos e da equipe de enfermagem, desqualificando e desconsiderando os doentes: a própria expressão *paciente* indica sua condição”.

A medicina passa a definir a saúde e os seus problemas, sobretudo em termos de disfunção fisiológica, inclusive a obstetrícia e isto nos parece ter aumentado consideravelmente a distancia entre as culturas.

A maternidade, para as mulheres, está integrada a outros aspectos de sua vida que não só os biológicos. A qualidade do que ela experimenta, seu êxito e a decisão sobre quem controla seu corpo, é visto de um modo diferente pela obstetrícia e pela mulher, por isso concordo com o autor quando diz que desta forma existe um conflito inerente (HELMAN 1994c).

Para Davi-Floyd, citado pelo mesmo autor, tem rituais para transmitir “os valores mais básicos da sociedade para a mulher que dá à luz: a impotência feminina em face do sistema patriarcal, a ‘deficiência’ de seu corpo feminino, a necessidade da Medicina para controlar seus processos naturais, a sua dependência da ciência e da tecnologia, e a superioridade das instituições e das máquinas sobre as crenças e os significados individuais”.

Para Kitzinger, também citada por HELMAN (1994c), a obstetrícia é uma “predisposição especial nas grandes instituições centralizadas e hierárquicas, de modo a reafirmar o sistema vigente e manter as relações de poder”.

Para FOCAULT (1982) uma relação específica de poder sobre indivíduos enclausurados, inclusive em hospitais, que incide sobre os seus corpos e usa a tecnologia específica de controle, ou seja “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade e utilidade”. É um poder que trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento.

São múltiplas as relações sociais que fazem com que o indivíduo exista socialmente. Ele é um ser em relação: filho de, empregado de... São nessas relações que ele passa a existir e nas quais identifica e elabora suas representações. Há uma trama de relações que se estruturam, perpassando umas as outras: relações de dominação, submissão, relações mais ou menos articuladoras de outras relações, enfim, são condicionadoras do ciclo de vida das pessoas e suas trajetórias (FALEIROS, 1997).

Nas respostas das entrevistadas pude perceber a idéia de orientação e também de imposição que está presente tanto em respostas ligadas à equipe de saúde como as da família.

“Eu não ia fazer. Ela (aux. de enf.) falou que era pra eu lavá a cabeça, aí eu falei que não, das primera eu não lavei né, então não vou lava, aí ela falo: então você que sabe”. E3

“... eu to aqui no hospital, preciso dessas pessoas né para me ajudá, então por que que eu num vou fazê o que eles mandam (risos). É, tem que tá junto né. Num tem aquele ditado que fala assim: quando a gente não pode com o inimigo a gente se ajunta com ele. Então vamo junta”. E5

“Ah, aí eu vou fazer o que, eu vou lavá porque se eu tô aqui, se me manda fazer isso, eu tenho que fazê. Agora se eu tô na casa da minha sogra

Se eu lavá a cabeça , vamo supor né. Depois eu chego lá, eu falo pra ela que eu lavei a cabeça ; ela ia falá é que não podia lavá, que não pode nada né. Eu ia falar: é Dona Maria , eu tava lá né , eles mandaro eu lavá, eu tive que lavá.

É complicado né sei lá (silencio)

Eu ia lavá só que eu ia ficá pensando; iche e depois , e depois será que eu não vou te uma dor de cabeça, não vou te uma febre, num vou te isso?” E5

Elas entendem que existem normas e que em virtude disso, dependendo de sua ação em relação às mesmas haverá uma consequência. A introjeção de determinados valores que orientam os comportamentos das pessoas em suas relações com o mundo e a sociedade faz parte da educação. As regras associadas aos valores

sociais transformam a ação em expressões que funcionam como um código.

“Esse código é um orientador da conduta dos indivíduos, não basicamente porque estes o vejam como agradável, fácil, mas por considerarem adequado e justo e sim em virtude das tipificações do procedimento que gera o impacto desse código de ação sobre os indivíduos é o de produzir obrigações e expectativas, cujas transgressões merecerão ser sancionadas negativamente pelo grupo” (RODRIGUES,1986).

Segundo o mesmo autor, também não é apenas por temer penalidades que os homens observam as regras de conduta. Obedecem-nas porque elas interessam às suas sensibilidades, já que, não existe o indivíduo sem a sociedade, este não pode negá-la sem estar negando a si mesmo. “Nesse sentido, a sociedade é um bem e suas regras apresentam-se como desejáveis. É a transformação do obrigatório em desejável, cuja efetivação é a função de muitos ritos e mitos realizar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender as manifestações das puérperas atendidas na Unidade Materno-Infantil do Hospital das Clínicas de Marília; frente às orientações da equipe de enfermagem sobre os cuidados, identificar a concepção das mulheres sobre a fase puerperal, identificar as estratégias sobre o cuidado de si utilizadas no cotidiano das puérperas e identificar a relação de significados, crenças e valores da mulher sobre o cuidado pós-parto, com a cultura e o saber científico.

A opção pela metodologia qualitativa foi feita por permitir a compreensão de significados, motivos, crenças e valores, nas práticas de cuidados das mulheres. A análise dos dados possibilitou a identificação de três unidades temáticas: o puerpério como período especial; as estratégias para o cuidado de si no período pós-parto: decidindo-se por estratégias de cuidado no puerpério: uma relação de poder?

O período pós-parto é chamado pelas puérperas de dieta ou resguardo e é descrito como um período em que as mulheres têm que tomar muitos cuidados.

Nesse período, segundo as suas concepções, devem seguir algumas regras, alguns cuidados para não ficarem doentes. Para elas o

resguardo não é tão rigoroso como antigamente, mas normas quebradas levam à predisposição para doenças neste período ou mesmo ao longo de suas vidas.

Algumas mulheres referem que é um período em que devem se resguardar de fazer esforços, de ter emoções fortes e que a ajuda de alguém é necessária para cumprir a dieta. Consideram-se frágeis e dependentes.

Na fala de algumas puérperas denota-se o descontentamento pela pouca atenção que recebem dos profissionais da saúde nesse período, que para elas é tão especial.

Apesar de ser o período tão especial como foi apontado nas falas das puérperas, esse período tem sido negligenciado. A permanência na unidade hospitalar no pós-parto é curta, o retorno ao serviço de saúde é por volta do 30º dia após a alta hospitalar. Mesmo sendo considerado adequado um retorno ao serviço entre o 7º e 10º dia (SHIMO & FERREIRA,1990; PINELLI,1997), são poucos os serviços que adotam essa prática e quando a mulher retorna , se retorna, já resolveu, através de suas maneiras, qualquer problema que possa ter surgido.

Observa-se atualmente uma valorização da assistência pré-natal, ao parto, porém o puerpério finalmente, é a etapa esquecida por

todos. Para FIGUEIREDO & CANDIOTTI (1993) é a etapa para eles “imaginada como arremate que, com ou sem assistência, acontecerá e por isso tem a natureza como provedora de suas necessidades”.

Nas falas de todas as puérperas, o cuidado pós-parto é realizado. Está relacionado à higiene do corpo, à alimentação, atividade física, atividade sexual, exposição à variações de temperatura, manutenção do aleitamento materno, cuidados com a ferida operatória ou episiorrafia e cuidados para manter-se tranqüila.

Tais cuidados destinam-se à sua proteção. Revela-se pelas falas uma preocupação em fazer que tudo corra bem e uma das atenções especiais é com a alimentação.

Algumas puérperas não souberam informar o significado da prática realizada para cuidar-se nesse período. Outras informaram que o fazem porque já fizeram outras vezes, orientadas de que o cuidado é favorável à manutenção da saúde ou a prevenção da doença. Por exemplo: não comer ovo para evitar a inflamação dos pontos, não lavar os cabelos para não ter dor de cabeça. Buscam formas de não adoecer e acreditam que as mulheres mais velhas, seus antepassados, têm experiência e normas para se cuidar, pois são pessoas saudáveis.

Essas idéias, segundo a fala das puérperas, são conceitos e regras compartilhadas que se modelaram em seu cotidiano e fazem parte de uma cultura. Para HELMAN (1994a)

“é um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou a forças sobrenaturais, e ao meio ambiente natural. Ele também lhe fornece a forma de transmitir estes princípios para a geração seguinte- através de símbolos, linguagem, ritual e artes”.

No século XIX, segundo WEBER (1999), a falta de hospitais, a quase ignorância dos poucos médicos e a falta de recursos levaram as pessoas aproximarem-se de um universo conhecido, confiável e amparado na tradição, que era mais próximo de suas práticas, as práticas familiares, a religião ligada à magia, ritos.

Atualmente, talvez recorram a essas práticas por não encontrar nos serviços de saúde a assistência adequada e até uma assistência que se ajuste às suas crenças, valores e cultura, preservando-a, acomodando-a ou reestruturando-a.

As puérperas, segundo suas falas, realizam cuidados que foram orientados pela mãe, pela sogra por respeito ou por obediência. Comentam que não realizam o cuidado prescrito ou orientado pela equipe

de enfermagem ou outro membro da equipe de saúde, e quando o realizam, por respeito à equipe ou às normas, preocupam-se com o que possa lhes ocorrer.

Observa-se também a atitude da equipe e dos estudantes em relação à puérpera, que mantém sua tradição em relação aos cuidados. São rotuladas de ignorantes e consideradas culpadas por qualquer mal que lhe possa ocorrer, sem que se tenha a compreensão de que o papel da cultura reside no fato de que esta sempre deve ser vista em seu contexto particular. Para HELMAN (1994a), o contexto da cultura “compõe-se de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos” e que as pessoas podem agir de determinada maneira, sem que isso seja uma norma de sua cultura e sim porque não tem condições de proceder de maneira diferente. Desta forma, “para compreender a saúde e a doença é importante evitar ‘culpar a vítima’ ou seja, ver seu mau estado de saúde exclusivamente decorrente de fatores culturais”.

Temos que considerar que essas mulheres são ricas em conhecimento sobre como cuidar da saúde e da doença, que adquiriram durante sua vida, que têm muitas normas para se cuidarem, que muitas vezes trazem pouco ou nenhum embasamento científico. Que o “discurso médico e o popular não são coincidentes em sua maior parte, conflitando mesmo em muitos aspectos; compreende-se que a simples informação

dada ao cliente nem sempre encontra a receptividade esperada” (PINELLI, 1988).

Isto constitui um ponto de grande importância, pois o fato delas não realizarem os cuidados orientados, não pode ser considerado ao meu ver, tão somente como ignorância, mas também, como diz Piovesan citado por PINELLI (1988), ao fato dos clientes dos serviços médicos “trazerem seus próprios conceitos, valores e hábitos adquiridos do meio em que vivem e, portanto, não há dúvida que a simples recomendação não possa ter o condão de provocar as mudanças desejadas”. E muitas vezes é à enfermagem que cabe a posição de despir as mulheres de suas crenças e valores para que ocorra a intervenção dos saberes e poderes.

As estratégias para o cuidado no período puerperal apresentam-se fundamentadas no saber científico e popular que em sua maior parte não são coincidentes, o que resulta para a mulher vivências conflituosas.

Neste jogo de ambivalências a mulher é conduzida pelo poder disciplinar e obrigada a seguir regras e normas impostas ao saber do contexto que se encontra. Garante assim a aprovação de suas ações.

Envolvida em relações de poder, submete-se a essas regras e determinações, porém não garante sua fidelidade quando essas não

coincidem com suas crenças e valores, confirmando o pressuposto desse estudo.

Estas observações demandam um repensar as ações de saúde destinadas à mulher nesse período, de uma forma geral e as da enfermagem em particular. Repensar o processo ensino aprendido das escolas formadoras de profissionais da área de saúde, considerando o cotidiano, as crenças e valores da mulher nesse período especial que é o puerpério, com compromisso ético, político e legal que permita o exercício de sua autonomia. Permitir a capacidade de reproduzir-se na cotidianidade das mediações de poder, de utilizar recursos próprios e de representar-se criticamente, “recusando a alienação da tutela e do controle”.

O desenvolvimento da autonomia do sujeito implica na apropriação, pela consciência e pelo descobrimento e uso da própria força no contexto em que as necessidade e possibilidade se inserem. Possibilidade de afeto, auto estima, de garantia de seus direitos, de resistência ao controle, à discriminação...(FALEIROS, 1999).

ABSTRACT

ABSTRACT

The present research it's about a qualitative study which was searching to identify the conducts in the care itself used day by day in purperium, understand the manifestations of it, before orientations of the nursing goup about the care and identify the sign relationship, belief and woman's value about the puerperium care, with the culture and the scientist knowledge. The teory concerning used was the culture antropology. The datas were obtained during the observatios realized and the interviews, with the woman in the puerperal period interned in the Maternity Unit of the Clinic Hospital in Marília, which during the internation realized cares that disagree of the orientations and prescription realized producing some problems, preoccupation or coments by the women or the work group there. The data analysed was done because the explanation that the women in the pueperal period and the obsevatios realized there that produced three theme units: the puerperium like a special period, the estrategies for the puerperium care, she decide on strategies of the care: area relation of power? They consider the puerperium as a special period, then they used some ways to care and don't be sick. Many times they don't know the meaning but realize because they are ideas and rules shared which was done day by day' cause the informations and

experiences from their mothers, mothers-in-law, grandmothers and neighbors. This culture for the is difeferent from the scientst knowledge culture adn bring up conflicts.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INDIVIDUAL

Título da pesquisa: A cultura do cuidado da mulher no período pós-parto.

A presente pesquisa, realizada no transcorrer do Programa de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública tem por objetivo identificar condutas sobre o cuidado de si no cotidiano das puérperas e verificar como as mesmas agem e reagem, quando são orientadas sobre os cuidados pós parto e como essas orientações conflitam com suas crenças e valores.

Para a coleta de dados serão utilizados a observação e um formulário de entrevista, contendo dados de identificação, dados da gestação parto e puerpério e mais três questões referentes aos cuidados no período pós-parto.

As informações obtidas serão registradas pela pesquisadora e serão mantidos a privacidade e o anonimato das participantes.

Informo que a pesquisa tem a finalidade de obtenção de dados para revisão dos protocolos de cuidados e orientações sobre o cuidado da puérpera no pós-parto.

.....

Declaro ter sido informada das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a participar da pesquisa ou responder a qualquer pergunta.

Marília, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante da pesquisa

Maria Cristina Guimarães da Costa
(Pesquisadora)

ANEXO C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
LOCAL: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE MARÍLIA- FAMEMA
UNIDADE MATERNO-INFANTIL
ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

No. da entrevista: ____ data: ____/____/____ início/h: ____ término/h: ____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (sigilo) _____

Procedência _____ Idade _____ Cor _____ Estado civil _____

Instrução _____ Profissão _____ Ocupação _____

Renda familiar (em no. de salários mínimos) _____

II. DADOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Classificação obstétrica :

G __ P __ A __

Assistência pré-natal:

☐ sim ☐ não

Se sim, quantas consultas _____, início aos _____ meses

Partos anteriores (indicar o número de partos):

☐ normal ☐ fórceps ☐ cesárea

indicação: _____ observações: _____

Parto atual:

☐ normal ☐ fórceps ☐ cesárea

Diagnósticos clínicos durante a internação: _____

Tempo de internação _____ tempo de puerpério _____

Recebeu alguma orientação sobre o período pós-parto?

Como foi e quem fez a orientação?

ANEXO C (continuação)

III. ROTEIRO SOBRE O TEMA

Você já ouviu falar se a mulher tem que ter algum cuidado depois de ganhar o bebê ?

Fale o que você já ouviu sobre esse assunto?

De tudo o que você já ouviu falar ou foi orientada , o que você acha que está certo? Fale um pouco sobre isso.

Aqui no hospital você teve que fazer alguma coisa que você não está acostumada a fazer depois que ganha o bebê? Como foi isso?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A.R.; SOUZA, A.M.A. e; OLIVEIRA, V.L.M. de; SILVA, Y.F.e
Saúde e doença: uma abordagem sócio- cultural. In: SILVA, Y.F. ;
FRANCO, M.C.(org.) **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da
enfermagem. Florianópolis, Papa- Livro, 1996. cap.3, p. 56-74.
- BITAR, M.A.F. **Aleitamento materno**: um estudo etnográfico sobre os
costumes, crenças e tabus ligados a essa prática. Belém , 1995.
200p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Pará.
- BOEHS, A.E. *et al.* Crenças, condutas e cuidados no período grávido-
puerperal das mulheres de uma comunidade pesqueira. **Revista de
ciências da saúde**. v. XII, n.1, p.54-66, 1993.
- BONADIO, I.C. **Ser tratada como gente**: a vivência de mulheres
atendidas no serviço de pré- natal de uma instituição filantrópica.
São Paulo, 1996. 200p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo.
- BORGES, S.M.N. Maternidade e mães. In: LABRA, M.E.(org.) **Mulher,
saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989. cap.4, p.
57- 68.

BRACCIALLI, L.A.D. **Mulheres e aborto**: as ambigüidades do discurso autorizado. São Paulo, 2000. 154 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BRASIL Portaria/ MS/ GM n.º 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema de “Alojamento Conjunto”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º de setembro de 1993. Seção , p.13066.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Assistência integral à saúde da mulher**: Bases de ação programáticas. Brasília, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal SUS**. (On-line, 21 de dezembro de 2000, [.](http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/assis.)

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Trad. de Ana Thorell, 6ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995a. cap. 13 p. 208- 220: Adaptação fisiológica e psicológica no período puerperal.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Trad. de Ana Thorell, 6ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995b. cap. 14 p. 221- 234: Assistência de enfermagem durante o período puerperal.

CAMPOS, M.S. **Poder, saúde e gosto**: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. São Paulo, Cortez, 1982. cap. 2, p.33-48: A reprodução da vida.

CARRANZA, M. Saúde Reprodutiva da mulher brasileira. In: SAFFIOTI, H.I.B.; MUNOZ- VARGAS M.(org.) **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos/NIPAS, Brasília, UNICEF, 1994. p.95-149.

CARVALHO, G.M.de **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo, E.P.U., 1990. cap. 5, p. 99-118: Assistência de enfermagem no puerpério.

CAVALCANTE, A.M.; BARRETO, A.de P. Por que medicina popular? **O Povo**, p.2-7, 1987. Suplemento.

COSTA, N.do R. **Lutas Urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1985. cap.2, p.33-51: Capitalismo e Saúde Pública no Brasil.

COUTINHO, A.C. **Dicionário Enciclopédico de Medicina**. 2ª ed. Lisboa Argo/Luso- Espanhola e Brasileira, s.d.. p. 1769.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal Briquet**. 3ª ed. São Paulo, Sarvier, 1981. cap. 23, p. 377-88: Puerpério.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 29ª ed. Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.

DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. 2ª ed. São Paulo, Contexto, 1997. cap. 3, p.79- 114: Magia e Medicina na colônia: o corpo feminino.

DIAS, N.M. de O. A mulher e o saber popular em saúde. **Educ. Rev. Belo Horizonte**, n.6, p.11-19.1987.

D'OLIVEIRA, A .F.P.L; SENNA, D.M. Saúde da Mulher. In: SCHARAIBER L.B., NEMES, M.I.B; MENDES- GONÇALVES, R. B.(org.) **Saúde do Adulto**: Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo, HUCITEC, 1996. cap. 4, p. 86- 108.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **For her own good**: 150 years of the expert's advice to woman. New York, Anchor Book Editions, 1978. cap.3, p.69- 98: Science and the ascent of the experts.

FALEIROS, V.de P. **Estratégias em serviço social**. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1999. cap.3, p. 43- 65: O paradigma da correlação de forças: uma proposta de formulação teórico- prática.

FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília) **HC II – Unidade Materno-Infantil**: histórico e estrutura. (On-line, 21 de dezembro de 2000, <http://www.famema.br>).

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L.F.; LEAL, O.F.(org.) **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.cap.2, p.49-56.

FIGUEIREDO, N.M.A. de Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.51, n.3, p.447-456, 1998.

FIGUEIREDO, M.C.; CANDIOTTI, Z.M.C. O papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puérpera. **Rev. Bras. Enf.** v.45, n.1, 1992

FOUCAULT, M. História da sexualidade, 3: o cuidado de si. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1985. cap.2, p. 43-73: A cultura de si.

_____. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. 3^a ed. Rio de Janeiro, Graal, 1982

GIGER, J.N.; DAVIDHIZAR, R.E. **Trancultural nursing**: assessment and intervention. 2^a ed. St Louis, Missouri, Mosby - Year Book, 1995. part 1, p. 3-61: Framework for cultural assessment and intervention techniques.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.deS.(org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 8^a ed. Petrópolis, Vozes, 1998. cap. 4, p. 67- 80.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. 238 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem USP** v. 26, n. 1, p. 75-86, 1992.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2^a ed. Trad. de Eliane Mussnich Porto Alegre, Artes Médicas, 1994a. cap.1, p. 21-9: Introdução: a abrangência da antropologia médica.

_____. **Cultura, saúde e doença**. 2^a ed. Trad. de Eliane Mussnich Porto Alegre, Artes Médicas, 1994b. cap.3, p.49-69: dieta alimentar e nutrição.

_____. **Cultura, saúde e doença**. 2^a ed. Trad. de Eliane Mussnich Porto Alegre, Artes Médicas, 1994c. cap.6, p.137-177: Gênero e reprodução.

HOLANDA FERREIRA, A. B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2^a ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. p. 1459.

IPEA (Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil**. Rio de Janeiro, IPEA/ Brasília, PNUD 1996. cap. 2, p. 17-50: Disparidades sócio-econômicas.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, UNESP, 1994.

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa, Presença, 1978.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 8ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1994.

LODY, R. **Santo também come**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Pallas, 1998. p.25-30: tudo come e tudo se come: em torno do conceito de comer nas religiões afro-brasileiras.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Petrópolis, Vozes, 1980. cap. 1, p.11- 65: Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério.

MARCONI, M.A.; PRESOTO, Z.M.N. **Antropologia**: uma introdução. 3ª ed. São Paulo, Atlas, 1992.

MARQUES. M.B. A atenção materno- infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R.(org.) **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro; Graal, 1978, p.121-146. Coleção Saúde e Sociedade, v. 2, n. 2.

McKENZIE, C.A.; CANADAY, M.E.; CARROLL, E. Assistência global durante o período pós-parto. **Clín. Enf. Am. Norte**, março, p. 25-54, 1982.

- MÉDICI, A.C. Mulher Brasileira: muito prazer. In: LABRA, M.E.(org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989. cap. 5, p. 71- 117.
- MELLO, A.R.de; NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo, Sarvier, 1994. cap. 22, p. 158-163.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5^a ed. São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1998a.
- _____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO,M. C. de S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 8^a ed. Petrópolis, Vozes, 1998b.
- MONTAGU, A. **Introdução à antropologia**. São Paulo, Cultrix Ltda. 1972. cap. 8, p.130-37: Necessidades e cultura.
- NASCIMENTO, M.A.A. **As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos- BA**: Eliminar, reduzir ou convalidar? Ribeirão Preto, 1997. 351p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- NEMES,M.I. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER,L.B. (org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 65-116.

NOGUEIRA, O. **Pesquisa social – introdução à suas técnicas.** 3^a ed.

São Paulo, Nacional, 1975. p. 40.

NOVY, M.J. O puerpério. In: BENSON, R.C. **Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia.** 2^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara

Koogan, 1980. cap. 37, p. 746-770.

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico.

São Paulo, 1997. 129 p. Tese (doutorado)- Faculdade de Saúde

Pública, Universidade de São Paulo.

PADILHA, R.Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social:** estudo

de um caso. São Paulo, 1996. 153p. Dissertação (Mestrado).

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PEDROSO, M.E.M. **Crenças relacionadas com a gestação e o**

puerpério. São Paulo, 1982. 115p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PELLEGRINI FILHO, A.; SANTOS, Y.L.dos **Antropologia cultural &**

folclore. São Paulo, Olímpika, 1989.

PINELLI, F.G.S. **Conhecimentos e opiniões de mães sobre alguns**

aspectos do puerpério. São Paulo, 1988. 140p. Dissertação

(Mestrado). Escola Paulista de Medicina.

PINELLI, F.G.S. **Enfermagem e puerpério**: aplicação de um modelo de aprendizagem. São Paulo, 1997. 106p. Tese (Doutorado).
Universidade Federal de São Paulo.

PITANGUY, J. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M. E.(org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989. cap. 2, p.39- 43.

POLIT, D.F. ; HUNGLER B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3^a ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. cap. 8, p. 163-98: Métodos de coleta de dados.

RATTINER, D. Humanização da assistência ao parto. SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM,1.,Curitiba, 1998. **Síntese**.
Curitiba, Associação Brasileira de Enfermagem- Seção Paraná.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1998.cap 1, p.3-26: Obstetrícia : conceito, propósito, súmula histórica.

RIBEIRO, M.A.R. **História sem fim...** inventário da saúde pública. São Paulo, Unesp,1993.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. 4^a ed. Rio de Janeiro, Dois Pontos, 1986. cap.1, p. 9-41: A sociedade como sistema de significação.

RUBIN, R. Puerperal changes. **Nursing Out Look**, v. 9, n.12, p.753- 755, 1961.

SHIMO, A.K.K.; NAKANO, A.M.S. Adaptação psico-física e social no puerpério: uma reflexão. **Acta Paul. Enf.**, v.12. n.2, p.58-65, 1999.

SHIMO, A.K.K.; FERREIRA, D.L.B. Programa de asistencia integrada del binomio madre-hijo. **Rev. Asociacion Latinoamericana de escuelas y facultades de enfermeria**, v.1, n.1, p.30-35, 1990.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. p. (302 p.). Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TYRRELL, M. A .R; CARVALHO V. de. Programas Nacionais de saúde materno- infantil: papel do Estado, da mulher e da enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. ; GUALDA, D.M.R. ; MELLEIRO, M. M.(org.) **C & Q. Indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo, Ícone, 1998. cap. 3, p. 43- 53.

VILLATA, L.C. O que se fala e o que se lê: língua, instrução e leitura. In: MELLO e SOUZA, L.(org.) **História da vida privada no Brasil**: cotidiano e vida privada na América Portuguesa. São Paulo, Companhia das Letras, 1997. cap. 7, p. 331- 385.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1998. cap.1, p.17-49: Visão histórica; evolução humana e o cuidado.

WALDOW, V.R. Cuidado : uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.13,n.2, p.29-35,1992.

WEBER, B. **As artes de curar**: medicina, religiões, magia, positivismo na República Rio-Grandense-1889/1928. Santa Maria, UFSM/Bauru, EDUSC, 1999. cap.3, p133-177: A fé e a ciência: os significados da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 7^a ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. cap. 20, p. 440-78: Assistência clínica à família no pós-parto.