

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA STEFANELLO

**A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres
construindo-se como mães**

Ribeirão Preto

2005

JULIANA STEFANELLO

**A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres
construindo-se como mães**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^{fa} Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Stefanello, Juliana

A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres
construindo-se como mães. Ribeirão Preto, 2005.

133 f. : il. ; 30cm

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

Orientadora: Nakano, Ana Márcia Spanó.

1. Puerpério. 2. Cuidado. 3. Maternidade. 4. Saúde da
mulher.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Stefanello
A vivência do cuidado no puerpério:
as mulheres construindo-se como mães

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública, inserida na linha de pesquisa
Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo
Vital.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Minha Dedicatória

Aos meus queridos pais, Hilário e Elcita, que com muito carinho e dedicação me ensinaram sobre a grandeza da vida; sempre acreditando em mim, não mediram esforços para que eu pudesse estar aqui. Obrigada pela força de seu amor que me dá coragem para vencer novos desafios.

Às minhas queridas irmãs, Michele e Lariana, minhas amigas e companheiras, que apesar da distância, sempre estiveram presentes trazendo alegrias e incentivo ao meu caminhar.

Às mulheres deste estudo e seus familiares, pelos ensinamentos de vida, de ser mulher e de ser mãe que trouxeram mais luz ao meu olhar.

Meus Agradecimentos

A Deus, luz na minha vida e razão do meu caminhar.

À minha família, pelo apoio e incentivo, determinantes na realização de meus estudos.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, por trilhar comigo este percurso, construindo além de um estudo, novas possibilidades frente ao ato de cuidar. Obrigada pelo seu conhecimento, competência, disponibilidade, companheirismo e amizade.

Às Prof^{as} Dras. Marli Villela Mamede e Zélia M. M. Biasoli Alves pelas contribuições e sugestões durante o exame de qualificação.

Aos professores do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, em especial à Flávia Azevedo Gomes, Maria José Clapis, Ana Maria de Almeida, Pedro Fredemir Palha, Fabiana Villela Mamede e Marislei Sanches Panobianco. A vocês a minha admiração e amizade.

À Simone Protti, Joseila Sonogo, Juliana Sichieri, Juliana Monteiro, Liliane de Santi, Juliana Bueno, Ana Carolina Beleza, Daniela Rodrigues, Luciane Amorin, Aline Cavicchioli, Nádia Borges, Guilherme Barbosa, Flávia Fonseca, Luzia Santos, Ana Carolina Markmann, Mônica Gonini e Mara de Lima. Agradeço a amizade, o companheirismo, o carinho, a força, que de perto ou de longe, sempre estiveram presentes.

À MATER, em especial à equipe de enfermagem, pelo compartilhar de experiências e esperanças.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela atenção dispensada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq pela concessão da bolsa de estudos.

A todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, durante a realização deste estudo.

RESUMO

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

Na fase pós-parto, o cuidado destaca-se no contexto familiar como uma prática permeada de particularidades. Assim, este estudo buscou compreender como se estabelece o cuidado na fase puerperal, no contexto familiar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com 12 mulheres puérperas e 11 familiares destas, que as auxiliam no cuidado pós-parto. Utilizaram-se, como procedimento metodológico para a coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas gravadas e transcritas na íntegra, após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. As entrevistas foram realizadas no domicílio do informante. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados revelaram quatro temas: 1) *O ideário de maternidade como base na construção de cuidado do bebê e do cuidado puerperal*; 2) *Cuidando com cuidado do bebê*; 3) *Cuidando da mãe para que ela cuide do bebê* e 4) *Os agentes tomados como referência nas práticas de cuidado*. As práticas de cuidado pós-parto estão muito ligadas ao ideário de maternidade, algo intrinsecamente feminino, permeado de idealizações e fundamentado nas concepções de gênero. O bebê, foco primeiro de todas as ações de cuidado, traz inúmeras mudanças na rotina da família e principalmente da mãe. A mulher-mãe também necessita de cuidados, entretanto grande parte deles visam indiretamente à criança. O cuidado na fase puerperal, permeado de crenças e tabus ligados ao feminino, outorga às mulheres um poder de agentes nesse processo, já que trazem consigo conhecimentos de muitas gerações. Assim, entende-se o cuidado pós-parto como uma prática feminina, na qual as mulheres buscam abastecer-se em sistemas de representações já incorporados socialmente, ao mesmo tempo em que atuam como sujeitos e reinventam sistemas estabelecidos, construindo-se como mães.

PALAVRAS-CHAVE: Puerpério. Cuidado. Maternidade. Saúde da mulher.

ABSTRACT

STEFANELLO, J. **The experience of care at puerperium:** women constructing themselves as mothers. 2005. 133f. Dissertation (Master's) –Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The care given during the phase after delivery is pointed out, within the family context, as being replete with particularities. Hence, this study sought to comprehend how the care in the puerperal phase is established, within the family context. It is a qualitative research, developed with 12 puerperal women and 11 of their relatives, who help them with the care after delivery. Data collection was performed by the methodological procedure of semi-structured interviews, which were taped and integrally transcribed, after receiving free and clarified consent from the subjects. Interviews were performed at the informant's home. The data were analyzed based on the technique of thematic content analysis. The results revealed four themes: 1) The idea of maternity as being the basis for the construction of the baby's care and puerperal care; 2) Taking care of the baby carefully; 3) Taking care of the mother so she can take care of the baby; and 4) The agents taken as reference in the practices of care giving. The practices of care after delivery are much linked to the idea of maternity, something intrinsically feminine, full of idealizations and founded on gender conceptions. The baby, primary focus of all care actions, brings numerous changes to the family's routines, mainly the mother's. The mother-woman also needs to be cared for; however, a great deal of this care involves, indirectly, the child. The care in the puerperal phase, permeated of beliefs and taboos linked to the feminine, grants the women with a power of agents in this process, since she bears the knowledge of many generations. Thus, the care after delivery is understood as a feminine practice, in which women base themselves on representation systems that have already been socially incorporated, at the same time that they act as subjects and reinvent the previously established systems, constructing themselves as mothers.

KEYWORDS: Puerperium. Care. Maternity. Women's health.

RESUMEN

STEFANELLO, J. **La vivencia de la atención en el puerperio:** las mujeres construyéndose como madres. 2005. 133f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

En la fase del postparto, la atención se destaca en el contexto familiar como una práctica caracterizada por particularidades. De este modo, este estudio buscó comprender como se establece la atención en la fase puerperal en el contexto familiar. Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada con 12 mujeres puérperas y 11 familiares, que ayudan en el cuidado postparto. Como procedimiento metodológico fueron utilizadas entrevistas semiestructuradas gravadas y transcritas en la íntegra, para la colecta de datos, las cuales fueron realizadas a través de visitas domiciliarias. Los datos fueron analizados teniendo como base la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Los resultados revelaron cuatro temas: 1) El ideário de maternidad como base en la construcción del cuidado del bebé y del cuidado puerperal; 2) Cuidando con cuidado del bebé; 3) Cuidando de la madre para que cuide del bebé y 4) Los agentes considerados como referencia en las prácticas de cuidado. Las prácticas de atención postparto están muy relacionadas al ideário de maternidad, algo intrínsecamente femenino, permeabilizado por idealizaciones y fundamentado en las concepciones de género. El bebé, foco principal de todas las acciones de la atención, genera inúmeros cambios en la rutina de la familia y principalmente de la madre. La mujer madre también necesita de cuidados, sin embargo, gran parte de ellos tienen como objetivo indirecto el recién nacido. La atención en la fase del puerperio, influenciada por las creencias y tabús relacionados al femenino, otorga a las mujeres un poder de agentes en este proceso, ya que traen consigo conocimientos de muchas generaciones. Así, se entiende el cuidado postparto como una práctica femenina, en la cual las mujeres buscan sustentarse en sistemas de representaciones ya incorporados socialmente, al mismo tiempo en que actúan como sujetos y reinventan sistemas establecidos, construyéndose como madres.

PALABRAS CLAVES: Puerperio. Cuidado. Maternidad. Salud de la mujer.

SUMÁRIO

1. DELINEANDO O OBJETO DO ESTUDO.....	09
2. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	
3.1. O cuidado e a fase puerperal: notas teóricas.....	21
3.2. A família como unidade prestadora de cuidado.....	30
4. TRAÇANDO O CAMINHO METODOLÓGICO	
4.1. Optando pela pesquisa qualitativa.....	39
4.2. O cenário do estudo.....	40
4.3. Os sujeitos do estudo.....	41
4.4. A coleta dos dados.....	42
4.5. A análise dos dados.....	44
5. RESULTADOS	
5.1. Caracterização da amostra.....	46
5.2. O ideário de maternidade como base na construção do cuidado do bebê e do cuidado puerperal.....	65
5.3. Cuidando com cuidado do bebê.....	73
5.4. Cuidando da mãe para que ela cuide do bebê.....	83
5.5. Os agentes tomados como referência nas práticas de cuidado.....	95
6. A VIVÊNCIA DO CUIDADO NO PUERPÉRIO: AS MULHERES CONSTRUINDO-SE COMO MÃES.....	109
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	128
ANEXOS.....	132

1. DELINEANDO O OBJETO DO ESTUDO

Até o século XVIII, o parto foi vivido como um risco de morte bastante real, requerendo o desenvolvimento de conhecimentos e técnicas que reduzissem a mortalidade materna, bastante elevada na época, na Europa Ocidental. Particularmente o grande desafio era o controle da infecção puerperal (VIEIRA, 2000). Nesse sentido, a fase puerperal passou a se caracterizar como um “período de risco”, devendo ser medicalizada no controle e adoção de medidas de combate à infecção puerperal. Tal fato está em consonância com uma abordagem que passa a operar sobre todos os processos vitais fruto da medicalização, apropriando-se do corpo feminino/materno exclusivamente como entidade biológica, reduzindo-o a seu aspecto orgânico, produziu-se a “doencificação” do corpo, conforme refere a mesma autora, passando a tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.

Apesar de ser o puerpério considerado como período de maior vulnerabilidade a intercorrências, tais como: hemorragias, infecções, intercorrências mamárias da lactação e, ainda, a depressão puerperal, em nossa prática temos observado que, se comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério é uma fase em que a mulher fica mais desassistida pela equipe de saúde. Considerando as ações desenvolvidas junto à mulher durante a internação, é ínfimo o tempo dedicado a essa fase específica, pois estando no processo de internação as ações são mais voltadas à resolução do parto, sem considerar o tempo de internação cada vez mais abreviado, para parto normal 24 horas e para parto cesáreo 48 horas.

No pós-alta hospitalar, o Ministério da Saúde tem considerado entre as ações programáticas o retorno para consulta pós-parto com 42 dias, período de tempo que entendemos ser muito prolongado, o que demonstra a desvalorização por essa fase. Tal retorno faz parte do conjunto de consultas previstas para a grávida durante a assistência pré-natal que totaliza no mínimo seis, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, além de uma consulta pós-parto no período já mencionado (BRASIL, 2000). Vale destacar que esse período nem sempre é efetuado em nossa rede de serviços de saúde local, isso porque não há priorização do atendimento à puérpera frente à demanda reprimida de consultas ginecológicas. As ações previstas para essa consulta médica são essencialmente o controle da involução das modificações gravídicas e o início da contracepção. Tais estratégias têm por meta o controle da fecundidade e do processo reprodutivo. Ainda nesse momento, reafirma-se o sentido da maternidade através de orientações sobre aleitamento materno e os cuidados com o bebê.

Também durante a internação, as atenções são essencialmente voltadas ao recém-nascido, sendo destinada uma pequena parcela de atenção à mulher. Nesse período, espera-se que a mulher esteja minimamente restabelecida fisicamente para dar os cuidados ao filho, fazendo presente suas capacidades maternas, o que se constitui em critério para obter a alta hospitalar. No contexto do Alojamento Conjunto (AC), busca-se a participação materna no cuidado, o favorecimento do vínculo mãe e filho, o estabelecimento do aleitamento materno, ou seja, desenvolver-se no papel materno. Num jogo de relações autoritárias, o profissional de saúde

utiliza de seus atributos técnicos e científicos para prestar o cuidado sem considerar aspectos do contexto social e cultural das mulheres.

Entendemos que tais atitudes se constituem em um momento de violência institucional, pelo desrespeito às necessidades prementes e básicas das mulheres. Segundo Rubin (1961)¹ citada por Ziegel e Cranley (1986), a mulher tem nos primeiros dias pós-parto necessidade de restabelecimento e apoio. O puerpério é uma fase adaptativa ao papel materno, na qual a mulher começa a participar mais ativamente dos cuidados com o filho apenas em um segundo momento. A autora faz uma divisão em dois períodos distintos: num primeiro momento, que corresponde aos três dias pós-parto, a puérpera está vivenciando uma fase de recolhimento e reabastecimento dos desgastes do parto, apresenta comportamento passivo, pouca iniciativa e necessidade de repouso. Já num segundo momento, que vai do terceiro ao décimo dia, ela entra em uma fase de participação, na qual adquire maior independência, começa a aceitar a responsabilidade pelos cuidados com o RN e consigo, e necessita de orientações.

Fato notório dessa atenção polarizada na criança é quando a mulher, na fase puerperal, recebe atenção para as questões da amamentação, pelo que essa representa em termos de benefícios à criança. Considerando as medidas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que foram criadas para delinear um papel para os hospitais-maternidades tornando as mulheres aptas à amamentação, os hospitais que adotam esses princípios devem mudar normas e rotinas que são obstáculos ao aleitamento materno. Para Almeida (1999), a IHAC trouxe um novo fôlego às

¹ RUBIN, R. Puerperal changes. *Nursing Out Look*, v. 9, n.12, p. 753-755, 1961.

políticas de aleitamento materno, por incluir ações de apoio e proteção à amamentação, diferindo dos programas anteriores, nos quais as ações eram restritivas à promoção. Entretanto, a noção de apoio está muito distante de sua concretude, em razão de posturas impositivas, normas rígidas a serem cumpridas pelas mulheres e profissionais de saúde, sem direito a questionamentos e desvios, o que segundo Moreira (2003) torna a proposta fundamentalmente amiga da criança e “inimiga da mulher”.

As ações voltadas ao aleitamento materno têm caráter disciplinatório e técnico, o aleitamento materno é visto como uma prática natural e instintiva, e remonta de concepções higienistas. Segundo Silva (1999), o profissional de saúde, embora reconheça a existência de elementos de ordem social e emocional nas decisões das mulheres frente à amamentação, não domina o campo da amamentação, na prática. Nesse sentido, a amamentação em nosso meio opera-se como um dever da mulher, principalmente da mulher pobre, e um direito da criança.

Não menos relevante é o fato de que o período de internação é insuficiente de orientação e ajuda para que as mulheres sintam-se seguras para o exercício do cuidado de si e para com o filho. A literatura científica evidencia ser nas duas primeiras semanas o período em que podem aparecer dificuldades e intercorrências, e que nem sempre a mulher dispõe de capacidades e de suporte social para minimizá-las ou resolvê-las. Isso porque, através do processo de medicalização do corpo feminino, as mulheres foram expropriadas de seu saber, passando a ficar à mercê do discurso médico-científico para exercer o cuidado à saúde. Tal situação contribui para que as mulheres sintam-se menos confiantes em suas necessidades e

potencialidades para o cuidado com o filho e para o autocuidado, manifestando nas mesmas sentimentos de insegurança e baixa estima, conforme relata Giugliani (2002) referindo-se ao ato de amamentar.

Dentre as fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério é o período em que o cuidado com a saúde da mulher é predominantemente realizado no âmbito do privado, no interior da família. Nesse espaço é que se operam saberes, decisões e práticas que por vezes são conflitivos em relação às práticas e saberes instituídos para o cuidado à saúde materna.

Em termos de suporte social, é a família que aparece como fonte de extrema importância às mulheres no estabelecimento de práticas para o cuidado à saúde, bem como na socialização das atribuições. A este respeito Santos (1996) refere que através da família ocorre a transmissão de conhecimentos, experiências, crenças, tabus, hábitos e práticas culturais.

As mudanças ocorridas, nos últimos anos, na esfera familiar, como por exemplo, a substituição das famílias extensivas pelas nucleares, as relações centradas na individualidade e o abandono das tradições, romperam com as relações de solidariedade entre os membros da família (GIUGLIANI, 2002; SARTI, 2002). Na atualidade, a falta de apoio e proteção frente às grandes exigências do contexto social tem reflexos no desenvolvimento e consolidação do papel materno.

Sobre a rede de suporte social na maternidade, vários autores como Dessen e Braz (2000); Logndon (2000) e Bhopal (1998), têm apresentado estudos que reafirmam o papel da família como base de referência no cuidado à mulher e de ajuda na adaptação e estabelecimento do papel materno, particularmente no cuidado com o

filho. A prática do cuidado tende a ser estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional.

A participação da família no cuidado deve, portanto, merecer destaque e, para Bruggmann (2002), deve ser incentivada e garantida já na maternidade, não como meros acompanhantes ou expectantes, mas como agentes ativos e conscientes nas escolhas e nos cuidados que requerem o nascer.

Boehs (1994) alerta que é preciso não esquecer que a família tem suas próprias concepções de cuidado, cabendo ao profissional a capacitação da mesma a melhorar ou manter uma condição de vida saudável.

Como enfermeiras obstetras temos planejado e executado cuidados específicos à mulher na fase puerperal, durante o período de internação. Por ocasião da alta, são realizadas orientações sistemáticas no sentido de que as mulheres possam desempenhar o autocuidado à saúde, tendo em vista as peculiaridades da fase puerperal. Fato que tem nos chamado atenção é a descontinuidade dada a este cuidado, após alta hospitalar. Interessadas em compreender como se constrói e opera o cuidado no período pós-parto extramuros da instituição de saúde é que nos propusemos a desenvolver este estudo. Acreditamos que a falta de um processo interativo dinâmico entre a equipe de profissionais com a mulher e seus familiares tenha uma repercussão na forma como o cuidado à saúde terá continuidade.

Entendemos serem prementes mudanças na forma de assistir, de modo a atender às reais necessidades da mulher/puérpera/mãe em sua integralidade; para tanto é preciso lidar com questões mais amplas de saúde, de forma a incorporar o

contexto social, político, familiar e cultural e não somente a dimensão individual daqueles que necessitam de assistência.

Na amplitude desse campo de investigação, tomamos como objeto deste estudo o cuidado pós-parto no contexto familiar. A família tem sido considerada, conforme Elsen (1994), como unidade de cuidado, o que tem se constituído em um grande desafio para a prática profissional de como atuar em um contexto onde se operam outros domínios. Um aspecto de dificuldade nessa atuação é a falta de comunicação efetiva e o conflito de valores. Apesar do esforço dos profissionais de saúde, as orientações e prescrições dos cuidados por eles instituídos perdem a efetividade, passando a vigorar a prática estabelecida no meio familiar e relacional.

A esse respeito, nas consultas de enfermagem de retorno pós-parto, com frequência nos deparamos com situações de descontinuidade no cuidado estabelecido para a mulher na fase puerperal e em relação aos cuidados ao filho (STEFANELLO, 2003). Como exemplo dessas situações, é comum observarmos agravos à saúde da mulher por uso inadequado de bomba tira-leite para resolver o problema de ingurgitamento mamário, ou mesmo de introduzir complementação láctea, por acreditar estar com insuficiência de produção de leite. Frente a essa realidade é que firmamos o nosso propósito de compreender como se estabelece o cuidado na fase puerperal, no contexto familiar.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam trazer subsídios à elaboração de estratégias sob um novo enfoque de saúde, orientado para o crescimento e desenvolvimento humano e a responsabilidade social, o que inclui o respeito do profissional às crenças, aos valores, às práticas e à autodeterminação dos

indivíduos, família e comunidade — co-participação no processo de cuidado à saúde (FAMILY CARE INTERNATIONAL, 1995).

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Diante disso, nosso estudo tem como objetivos:

Geral

- Compreender como se estabelece o cuidado na fase puerperal no contexto familiar.

Específicos

- Identificar os significados do cuidado na fase puerperal;
- Identificar, na instituição familiar, os agentes tomados por referência pelas puérperas na prática do cuidado pós-parto.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O cuidado e a fase puerperal: notas teóricas

O cuidado surgiu juntamente com a humanidade. É o cuidar que dá continuidade à vida, permite e garante que continuemos vivos. Ajudando outras pessoas a garantir algo necessário à vida ou mesmo nas tarefas diárias, estamos lutando contra a morte, não só do corpo, mas de toda uma espécie (COLLIÈRE, 1989a). Diante disso, é preciso que cuidemos em primeiro lugar de nós mesmos, para que as demais atividades de cuidado se estabeleçam e se perpetuem.

Para Tronto (1997), o ato de cuidar envolve responsabilidade e compromisso, já que, sempre que cuidamos, estamos dispostos a despendar trabalho, sacrifício, dinheiro, tempo e envolvimento emocional com algo ou alguém, o que torna o cuidado algo relacional. Cuidar significa satisfazer as necessidades físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais. Acrescenta, ainda, que as necessidades de cuidado têm determinação social e se dão fundamentalmente no âmbito familiar, privado.

O cuidado para Patrício (1994) está ligado a todas as atividades, processos e decisões que são dirigidas a uma pessoa, grupo ou comunidade em situações de saúde ou doença. Ações estas que fornecem ajuda, proteção e desenvolvimento nos níveis biológico, psicoespiritual, sociocultural e ecológico. Além disso, a autora reforça que o cuidar sofre influência da cultura, do conhecimento, do nível de envolvimento, do nível de estresse e preocupação, entre outros.

Collière (1989a, p.29) nos fala que a função do cuidado foi e continuará sendo a perpetuação da vida em sociedade. “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida em grupo”.

Através do cuidado desenvolve-se uma necessidade cotidiana de realização de tarefas indispensáveis à manutenção da vida, como a alimentação, o vestuário e a habitação. Esse conjunto de atividades diárias exercidas pelos diferentes grupos, cada qual a sua maneira, fez surgir os hábitos de vida, os quais serão cada vez mais elaborados, difundindo-se através das gerações e embutidos de rituais e crenças.

Todas estas práticas (alimentares, de vestuário, do habitat, sexuais) e modos de vida se constroem a partir da maneira como os homens e as mulheres apreendem e utilizam o ambiente que os cerca, daí a infinita diversidade das práticas que, elas próprias, ao perpetuarem-se de maneira durável, geram rituais e crenças (COLLIÈRE, 1989a, p.29).

A partir da necessidade diária de execução de tarefas, agora organizadas, surge também a divisão do trabalho entre homens e mulheres, a qual irá variar com as culturas e a evolução da história.

Tronto (1997) faz uma distinção do cuidado de acordo com o gênero, entendendo ser assim que pensamos o cuidar em nossa sociedade. Diz que as atividades femininas estão diretamente ligadas ao cuidado, tanto no âmbito doméstico como no público, cuidado este ligado a responder às necessidades particulares dos outros. Já aos homens, é reservado o cuidado em seu aspecto moral, uma forma mais geral de compromisso. Assim, a autora distingue que enquanto as mulheres “cuidam de”, os homens “têm cuidados com”.

As ações de cuidado, por serem tidas como algo tipicamente inato ao feminino, são entendidas como de menor valia, já que “a abordagem feminina do cuidar carrega o fardo da aceitação das divisões tradicionais de gênero numa sociedade que desvaloriza o que as mulheres fazem” (TRONTO, 1997, p.200). E nesse contexto dicotômico do cuidar, acabam por desenhar-se, também, as atividades masculinas e femininas, cabendo aos homens as preocupações públicas e sociais e às mulheres as particulares e privadas. Essa diferenciação entre homens e mulheres, entre o masculino e o feminino, se dá de longa data, não só na divisão de tarefas, como na sociedade em geral, na família e perante a Igreja e o Estado, onde o feminino, já no passado, era tido como inferior e objeto de normas e regras ditadas pela esfera masculina.

Assim, às mulheres era destinado o cuidado com o doméstico, com os filhos e com o corpo, o que acabou por fazê-las desenvolver práticas de cuidado principalmente relacionadas à saúde, passando a dominar e conhecer de forma exemplar a utilização de plantas, ervas, raízes, rezas e orações.

Tais práticas de cuidado eram transmitidas entre as gerações de mulheres, de mãe para filha, de vizinha a vizinha, o que contribuía para manter vivos os costumes e as tradições femininas. Segundo Collière (1989b), durante séculos as mulheres foram médicas autodidatas e sem diplomas; sem acesso aos livros e aos cursos fizeram elas mesmas o seu próprio ensino.

Devido à naturalidade com que dominavam os mistérios da natureza e da maternidade e curavam os doentes, as mulheres começaram a se tornar uma ameaça ao controle da Igreja e da Medicina. Inicia-se uma dura perseguição a todas as práticas femininas de tratamento informal de doenças. Cabe destacar que elas eram duplamente atacadas, primeiro por serem mulheres e depois por terem adquirido um conhecimento do corpo (COLLIÈRE, 1989c).

Del Priore (2001) nos atenta ao fato de que, apesar da repressão sofrida pelas mulheres, a afinidade que tinham com o sobrenatural e com a sua subjetividade contribuiu muito para que elas se solidarizassem através da troca de saberes. “Permitiu que as mulheres preservassem sua intimidade e a cultura feminina do saber-fazer diante dos avanços da medicina”.

Nesse espaço de represália às mulheres é que a medicina emerge como ciência, inspirada nas doutrinas da Igreja. Começa um movimento de profissionalização dos

cuidados, já que com o aumento da população e a formação de cidades, as doenças se diversificavam e a mortalidade — principalmente a infantil — aumentava.

Em resposta a essa realidade, organiza-se uma medicina voltada para o controle do meio social e da população. Criam-se teorias de que a desorganização das cidades era responsável pela transmissão das doenças. Intervém-se até mesmo na organização das famílias, alterando costumes e hábitos a fim de promover um controle de moralidade (NUNES, 1991).

Em consequência dessa nova perspectiva do movimento higienista, mudam-se também os papéis masculino e feminino, de maternidade e de paternidade. A mulher ganha certa importância, já que é valorizado seu papel de mãe, de cuidado para com os filhos e de nutriz dos mesmos, determinantes na prevenção da mortalidade infantil.

A medicina passa a entender o organismo feminino como exclusivamente voltado para a procriação, mantendo-se ainda a concepção de inferioridade ao homem. E é isso, segundo Nunes (1991, p.53), “que faz com que, dentro da sociedade, a mulher não tenha responsabilidades, se dedicando a passatempos e a ocupações mais delicadas e mais frívolas, condizentes com as características de seu sexo”.

Durante todo o caminho da evolução científica, as práticas e os cuidados dirigidos à população feminina foram normatizados pelas leis médicas e embutidos de vários tabus e preconceitos, o que podemos ver desde a criação dos primeiros “programas” materno-infantis, nos quais a educação em saúde impunha-se pela persuasão (COSTA, 2001).

Inúmeros foram os avanços na área materno-infantil, e mais especificamente na área da saúde da mulher. Entretanto, na assistência às mesmas, percebemos, claramente, que as práticas utilizadas por elas, quer no cuidado com o seu corpo ou para com os outros, ainda são seculares.

Em torno da mulher, símbolo da fecundidade, e da criança que põe no mundo, elaboram-se todas as práticas rituais da concepção ao nascimento.(...) São estas práticas de cuidados ao corpo e a experiência, muitas vezes secular, das práticas alimentares na origem da descoberta das propriedades das plantas, que são o fundamento de um conjunto de práticas de cuidados, desenvolvidas pelas mulheres no decurso da evolução da história da humanidade, e isto até os nossos dias (COLLIÈRE, 1989a, p.33).

Há uma reprodução cultural de práticas, crenças e tabus herdados de gerações muito distantes e que continuam fazendo parte dos nossos cuidados e tornam-se hábitos de toda uma família ou de uma cultura, configurando-se em uma complexa rede de símbolos e significados que orienta as ações da vida cotidiana.

Segundo Monticelli (2002), essas ações de cuidado que são plenas de símbolos e significados têm a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos, quanto de auxiliar na reorganização simbólica para incorporar o novo (recém-nascido e a nova mãe).

No que tange ao ciclo gravídico-puerperal, a presença da questão cultural na prestação dos cuidados é muito marcante, principalmente em se tratando da fase pós-parto, na qual os cuidados com a saúde tornam-se ainda mais evidentes e acentuados, como veremos a seguir.

O puerpério é entendido como o período que tem início com a dequitação placentária e termina quando há o retorno das funções fisiológicas ao estado pré-

gravídico. Entretanto, há divergência entre os autores quanto ao tempo cronológico do seu término. Neme (2000) acredita que ele pode variar de seis semanas até o final da lactação, para as lactantes. Rezende (1991) também considera a duração normal como sendo de seis a oito semanas, levando em conta que a lactação terá profundas repercussões na evolução dos processos puerperais. Já Ziegel e Cranley (1986) e Bobak, Lowdermilk e Perry (2001) entendem o período como sendo de aproximadamente seis semanas, não se referindo à lactação.

Esse período é, também, popularmente chamado de resguardo, dieta, quarentena. Denominações essas que trazem consigo o seu significado para as mulheres: um período em que devem resguardar-se, cuidar-se e obedecer a certas regras, com o intuito de evitar a possibilidade de adoecer ou recaída, enfermidade mais temida da fase, por remeter a puérpera a uma condição sem cura, sem volta (COSTA, 2001; FERREIRA, 1986).

Maués (1998) observou em seu estudo, com mulheres do estado do Pará, que o resguardo é um período potencialmente perigoso para a mulher, já que entendem que no dia do parto a sua “sepultura” se abre, vindo a fechar-se somente após os quarenta dias pós-parto, permanecendo todo o puerpério com o “pé na sepultura”, o que justificaria todos os cuidados tomados durante esse período.

Por ser essa uma fase em que se encontram mais vulneráveis em termos físicos e simbólicos, as mulheres adotam uma série de práticas relacionadas à alimentação, à higiene, à atividade sexual, à atividade física, à manutenção do aleitamento materno e aos cuidados com a ferida operatória ou a episiorrafia, as quais foram referidas por Costa (2001) e Monticelli (2002), em seus estudos com puérperas.

No que se refere à alimentação, percebe-se que as puérperas que participaram dos estudos evitam certos alimentos como carne de porco, peixe, repolho, alimentos reimosos, fortes, alegando que causam gases, passam para o leite e dão cólicas no bebê ou até mesmo inflamam os pontos.

Além de evitarem certos alimentos, elas também atentam para a relação quente/frio na dieta. Como a mulher fica durante o puerpério num estado “quente” deve evitar alimentos “frios” e utilizar os “quentes”, como as canjas e os chás. Acredita-se que essa prática seja devida às antigas teorias de que algumas doenças originavam-se do contraste entre o calor e o frio (MONTICELLI, 2002).

Assim, fizemos nossas as palavras de Campos (1982)², citado por Costa (2001, p.94), quando fala que a alimentação no puerpério

(...) não pode ser considerada como ignorância do grupo familiar(...). 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.

A relação quente/frio estende-se, também, para além da alimentação, incluindo, conforme Maués (1998), não se expor à friagem, ao vento, ficar de pés descalços ou lavar a cabeça. Tais observações referem-se à teoria dos “humores” ou “teoria das doenças quentes e frias”, que baseada em concepções leigas sobre saúde/doença, postula que pelo simples efeito do calor ou do frio no corpo, pode-se manter ou perder a saúde (HELMAN, 1994, p.37).

² CAMPOS, M. S. **Poder, saúde e gosto**: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. São Paulo: Cortez, 1982.

Outra prática permeada de significados é a higiene corporal. Um cuidado muito observado dentre as regras de higiene é a não-lavação da cabeça durante o resguardo, o que acarretaria uma inversão do fluxo sanguíneo, levando o sangue a subir à cabeça desencadeando a loucura.

Muitas dessas ações de cuidado executadas pelas mulheres não são por elas justificadas ou não sabem informar seu real significado. Entretanto, continuam a realizá-las por entenderem que tais procedimentos são favoráveis à manutenção de seu bem-estar, já que suas mães, sogras e vizinhas assim o fizeram e garantiram sua saúde.

No ambiente familiar, a maioria das mulheres cresceram vendo e ouvindo o que suas mães falavam sobre as vivências estritamente femininas: o parto, a amamentação, o resguardo, vivências estas que advêm tradicionalmente do próprio gênero. Elaboram, assim, suas próprias concepções sobre o tema, buscando apoio e acolhimento, supervalorizando certas crenças ou superstições, o que é muito difícil de ser modificado, pois fazem parte de sua história.

A família ganha, nesse aspecto, muita credibilidade, pois é a prova viva de que tais práticas funcionam. Desse modo, concordamos com Bitar (1995, p.16) quando fala da influência do contexto no pós-parto, referindo-se à amamentação:

O comportamento humano é altamente influenciado pelo contexto onde se situa. Diríamos então que as atitudes conscientes e inconscientes das mães para com a amamentação são em grande parte herdadas culturalmente e seu comportamento em relação a esta prática pode ser determinado por influências passadas ou presentes, oriundas da família e do meio social em que vivem.

As práticas de cuidado no pós-parto ganham no contexto familiar uma conformação real de significados compartilhados entre as mulheres de suas observações e experiências, tanto pessoais como adquiridas no convívio com outras mulheres e com profissionais de saúde, as quais são assimiladas e amadurecidas em habilidades indispensáveis à vida cotidiana (NAKANO, 2003).

Frente às necessidades de cuidado exigidas das mulheres no puerpério, a família é tida como o *locus* de primeira escolha ante as demandas emergentes, escolha esta que se baseia no estreitamento dos vínculos estabelecidos na família através das ligações afetivas e de proximidade (NAKANO, 2003).

Assim, reconhecendo que a família é uma unidade dinâmica e rica na prestação de cuidados, estamos de acordo com Monticelli (2002) quando nos diz que se entendermos esses cuidados como favorecedores da vida, nossas ações de saúde serão mais influenciáveis quando o objetivo for modificar comportamentos arraigados e tidos como negativos.

3.2. A família como unidade prestadora de cuidado

A família, uma das instituições mais antigas e importantes da sociedade, oferece-nos uma amplitude de definições, uma variação de formações e uma diversidade ainda maior de relações e funcionamento, apesar de todos termos em nossa vida diária um conceito de família aparentemente idêntico e que não necessita de questionamentos, pois todos fazemos parte de uma.

Entretanto, quando começamos a estudá-la, percebemos que a sua magnitude demanda entendê-la mais profundamente, a fim de que possamos compreender seu mundo interior e as suas relações com a sociedade em geral.

Para Ângelo e Bousso (2003), a família é considerada como uma unidade permeada de vínculo e compromisso entre os seus membros e funções de cuidado que garantam proteção, alimentação e socialização, sendo que seus membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, ter ou não crianças e estas serem de um único pai ou não.

Delaney³ (1986 apud ELSEN et al., 1992), entende que para definir família é preciso considerar os aspectos biológicos, legais, sociais e psicológicos. Assim, biologicamente considera-se a rede familiar de procriação; legalmente, a família é caracterizada por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento; socialmente, é tida como qualquer grupo de pessoas que vivam juntas; e psicologicamente é composta por qualquer grupo com laços emocionais muito fortes.

A família é também definida, conforme Stuart⁴ (1991 apud WRIGHT; LEAHEY, 2002, p.67), como um grupo de pessoas com um importante envolvimento emocional, com o sentido de posse, na qual uns participam da vida dos outros, podendo existir um compromisso de relacionamentos e uma organização em relações mútuas

³ DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. Saint Louis: C. V. Mosby, 1986. p. 87-99.

⁴ STUART, M. Na analysis of the concept of family. In: WHALL, A.; FAWCETT, J. **Family theory development in nursing: state of the science and art**. Philadelphia: F. A. Davis, 1991. p. 31-42.

Ainda o mesmo autor relaciona cinco atributos para conceituarmos uma família:

1. “A família é um sistema ou unidade;
2. Seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos;
3. A unidade pode ou não conter crianças;
4. Existe um compromisso e vínculo afetivo entre os membros da unidade que abrangem obrigações futuras.
5. As funções de responsabilidade da unidade consistem em proteção, nutrição e socialização de seus membros”.

Apesar das diversas formações e constituições familiares, concordamos com a definição de Wright e Leahey (2002, p.68) pela veracidade que assegura, a qual diz que “a família é quem seus membros dizem que são”. Sabemos que ninguém melhor que os membros para saber como a família afeta suas vidas, em que estilo de família acreditam ou quem é parente ou não. Outros autores também corroboram com essa definição, a saber: Delaney (1986 apud ELSEN et al., 1992); Ângelo e Bousso (2003) e Williams (2001).

Embora com inúmeras variantes, a família possui um ciclo de vida familiar, o que corresponde à trajetória típica que as famílias percorrem em sua evolução, tendo seu início quando os jovens saem de casa, passando pelo casamento, nascimento, crescimento e encaminhamento dos filhos, aposentadoria e envelhecimento. Já quanto ao desenvolvimento da família, não há uma linearidade previsível como na evolução do ciclo vital da família, pois cada uma possui um desenvolvimento

exclusivo e particular, a depender de sua cultura, de seu meio e de suas vivências (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Os estágios de desenvolvimento da família são períodos distintos em sua vida, representados por mudanças na sua dinâmica e identificados principalmente pela necessidade do desenvolvimento de novas tarefas, cujos sentidos e caracterizações são determinados pela cultura da família e por influência do ambiente em que vive (PATRÍCIO, 1994, p.98).

Em cada etapa de seu desenvolvimento, a família intensifica uma de suas funções: afeto, socialização, reprodução, manutenção e cuidados de saúde. Segundo Friedman⁵ (1998 apud WILLIAMS, 2001) o afeto e a compreensão são tidos como funções vitais; a socialização está voltada ao ensinamento dos papéis sociais e da cultura aos filhos; a reprodução serve para a preservação da espécie; a manutenção envolve a provisão da família e a alocação de recursos financeiros; e nos cuidados com a saúde destacamos além das práticas voltadas à saúde/doença, a promoção da saúde.

A fim de garantir que as funções familiares se estabeleçam, a família desenvolve cooperativamente um ritmo próprio de interações e comunicações, criando seus próprios padrões de solução de problemas, de valores familiares, de atitudes, de práticas culturais e de divisão de tarefas (WILLIAMS, 2001).

A maneira como a família se estrutura é afetada tanto pelo meio externo, quanto pela sua organização interna. Durante sua evolução, a família apresenta mudanças esperadas no decorrer de seu desenvolvimento, podendo estas, promover tanto o crescimento e o fortalecimento de seus membros, como limitar e ameaçar a

⁵ FRIEDMAN, M. **Family nursing theory and assessment**. 4. ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1998.

unidade familiar, através da imposição de normas e tarefas e do não-provimento de recursos indispensáveis à sua manutenção (PATRÍCIO, 1994).

Nessa convivência nem sempre linear, as famílias estabelecem estratégias que possibilitam minimizar as diferenças, as desavenças e as dificuldades, das quais fazem parte: a comunicação, através do diálogo aberto e da compreensão do outro; a manutenção do contato, através dos rituais familiares, no qual o encontro dos membros geralmente se dá no momento das refeições; as relações de poder, que incluem a autoridade manifestada nas relações hierárquicas e também o poder relacionado à capacidade de proporcionar condições financeiras, de moradia e de cuidados favoráveis à vida em família (ALTHOFF, 2002).

Nesse contexto, a autora também nos coloca que na construção diária da vida em família, muitas atribuições são estabelecidas como necessárias ao crescimento e desenvolvimento dos membros e da família como um todo. Tais atribuições estão relacionadas com a divisão de tarefas, a elaboração de rotinas, a administração dos recursos, entre outras, que acabam por definir os papéis sob a perspectiva de gênero, na qual as mulheres têm se encarregado das tarefas domésticas e os homens pelo sustento da casa, o que acaba por sobrecarregar muito as mulheres com filhos pequenos, já que passam grande parte do tempo dedicando-se às práticas do cuidado.

Passando por um período de desenvolvimento, como a fase pós-parto, a família está potencialmente designada a mudanças em sua rotina e bem-estar. Ao mesmo tempo em que a chegada de um filho é acompanhada de alegrias e gratificações, é também uma situação de crise, cuja intensidade das vivências irá

depende e varia conforme a cultura, a classe social, as atitudes dos membros da família em relação à situação e ao significado do nascimento e do pós-parto no contexto em que se encontram. “O enfrentamento desta situação e a continuidade do processo de crescimento com saúde dependerão dos recursos que possuem, especialmente, dos cuidados que dispõem” (PATRÍCIO, 1994, p.100).

Apoiando-os em Boehs (1994), entendemos que uma família desenvolve-se com saúde quando consegue em uma situação especial, como o puerpério, mobilizar suas reservas para normalizar a vida do grupo familiar.

Assim, as preocupações da família no período pós-parto perpassam um tempo complicado de organização e execução de atividades para atender às novas situações de cuidado (ALTHOFF, 2002). Tal vivência nem sempre se dá de forma tranqüila, já que as diferenças de objetivos e interesses entre os membros da família fazem deste momento uma experiência de desencontros que implicam importantes alterações na saúde familiar (MARCON, 2002).

Diante desse complexo de relações que influenciam a rotina familiar, Bourdieu (2001) nos mostra que essa também influenciará na prática de cuidados no contexto da família, referindo que os “‘sistemas simbólicos’, como instrumentos de conhecimento e de comunicação só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados”. Tais sistemas simbólicos são entendidos como um conjunto de propriedades de poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (pessoas ou instituições envolvidas nessas relações) que determinam a construção de um espaço social.

Com relação ao que entende de “mundo social”, o autor

define mundo social em forma de um espaço (a várias dimensões) construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social considerado, quer dizer, apropriadas a conferir, ao detentor delas, força ou poder neste universo (BOURDIEU, 2001, p.133-134).

Esclarece ainda o autor que os agentes ou grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas no espaço social, o que determina assumirem, por exemplo, papéis de normatizadores da prática do cuidado diante de uma situação específica, e de facilitadores em outra.

Tendo por base essas concepções, temos como pressuposto que as mulheres, diante das práticas de cuidado da fase pós-parto, buscam abastecer-se em sistemas de representações já incorporados socialmente, ao mesmo em tempo que atuam como agentes, reinventam sistemas estabelecidos, originando vivências muito particulares.

Compreender como se processa o cuidado no pós-parto e seus significados no contexto familiar e integrá-los aos cuidados assistenciais é fundamental para a prática da enfermagem.

Considerar a família como unidade primária de cuidados com a saúde no pós-parto faz parte de uma nova proposta para a enfermagem assistir em saúde, na qual o modelo impositivo e normativo cede lugar a uma troca de saberes e significados que acabam por reconstruir os seus agentes.

Nesse sentido, acreditamos que conhecendo a realidade do cuidado no pós-parto no âmbito do privado, estaremos nos capacitando a interagir de forma mais saudável com essas mulheres e suas famílias.

4. TRAÇANDO O CAMINHO METODOLÓGICO

4.1. Optando pela pesquisa qualitativa

Considerando que este estudo buscou compreender como se dá a vivência do cuidado pós-parto no contexto familiar, utilizamos a abordagem qualitativa, a qual é caracterizada por Polit e Hungler (1995) como a compreensão dos sujeitos na sua realidade, ou seja, a descrição/entendimento destes sobre a sua vivência.

Conforme Biklen e Bogdan (1994), a pesquisa qualitativa apresenta algumas particularidades, como por exemplo, o contato direto do pesquisador com a situação estudada em seu contexto natural; a ênfase na vivência e percepção do entrevistado; o processo de análise dos dados é indutivo; o pesquisador é o instrumento da pesquisa; apresenta estrutura flexível e os dados coletados são basicamente descritivos.

O diferencial do estudo qualitativo, para a compreensão dos fenômenos de forma a preservar sua verossimilhança, consiste na inserção do pesquisador no contexto natural onde se encontra o objeto/sujeito do estudo.

Assim, nos alerta Triviños (1987, p.122), que "(...) as tentativas de compreender a conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta criam situações artificiais que falsificam a realidade".

Dessa forma, a opção pela abordagem qualitativa possibilitou-nos uma melhor compreensão da vivência dos sujeitos estudados, além de assegurar maior fidedignidade dos dados coletados.

4.2. O cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido com puérperas e seus respectivos familiares, residentes no município de Ribeirão Preto-SP, os quais foram atendidos por ocasião do parto na MATER - Maternidade do Complexo Aeroporto. Tal maternidade é uma entidade filantrópica, que atende gestantes de baixo risco e recém-nascidos de baixo e médio risco, vinculados ao Sistema Único de Saúde do município e da região. Foi construída em um terreno cedido pela Prefeitura Municipal e fundada em março de 1998, localiza-se em uma região carente de assistência médico-hospitalar. Desenvolve junto à população diversas atividades, como: pré-natal, assistência ao parto e puerpério, curso de gestantes e puérperas, além de trabalhos voluntários junto à comunidade, como o Programa de reciclagem de lixo (FUNDAÇÃO MATERNIDADE SINHÁ JUNQUEIRA, 2002).

Desde seu funcionamento, a MATER vem sempre estimulando o parto normal e o aleitamento materno, bem como a qualidade assistencial, o que lhe rendeu vários prêmios neste sentido: credenciamento na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (2002), Prêmio de Qualidade Hospitalar pelo SUS no Estado de São Paulo (2002) e Menção Honrosa do Prêmio de Humanização do Parto Prof. Galba de Araújo (2002).

Apesar de tomar esta instituição como ponto de partida, ressaltamos que o local determinante do estudo foi o domicílio das famílias participantes.

4.3. Os sujeitos do estudo

Foram entrevistadas puérperas primíparas e membros de sua família que participavam de alguma forma no cuidado pós-parto, maiores de 18 anos, no período

pós-parto de até 40 dias, pois sabemos ser nesse período que as alterações mais significativas ocorrem. A escolha de mulheres primíparas se deu por entender que a vivência da maternidade difere entre mulheres que estão passando pela primeira vez pela experiência e aquelas que já a vivenciaram. Entretanto, as entrevistadas, bem como seus filhos, deveriam ter condições de saúde dentro dos padrões considerados normais para a fase, não sendo selecionadas mulheres que tiveram qualquer tipo de intercorrência consigo ou com seus filhos que exigissem cuidados especiais na fase pós-parto.

O recorte empírico foi definido pela saturação dos dados, o que consiste na repetitividade das informações colhidas.

O critério da saturação dos dados se apóia no trabalho de Lüdke e André (1986, p.44) referindo-se a Guba (1978)⁶

sugere que, quando a exploração de novas fontes leva à redundância de informação ou a um acréscimo muito pequeno, em vista do esforço dispendido, e quando há um sentido de integração na informação já obtida, é um bom sinal para concluir o estudo.

Assim, foram entrevistadas 12 puérperas primíparas e 11 familiares destas, os quais foram selecionados conforme indicação delas como pessoas que exerciam importante papel de ajuda nos cuidados da fase pós-parto. Salientamos, também, que duas puérperas referiram não receber ajuda de familiares ou pessoas próximas, o que impossibilitou a realização de tais entrevistas, bem como uma entrevistada referiu receber ajuda de dois familiares de forma bastante expressiva e, sendo assim, foram entrevistados esses dois familiares.

⁶ GUBA, E. Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational evaluation. **Monograph Series n° 8**. Los Angeles, Center for the Study of Evaluation, 1978.

A participação se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e Resolução 196/96. Lembramos também, que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP) (ANEXO A).

Ressaltamos, também, que foram utilizados nomes fictícios para descrever as mulheres participantes do estudo a fim de preservar suas identidades.

4.4. A coleta dos dados

Como estratégia de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, sendo que a estrutura das entrevistas deu-se por um roteiro de questões que nortearam para o tema central e que também serviram para fins de caracterização da amostra (APÊNDICES B e C).

Para Triviños (1987, p.146), a entrevista semi-estruturada é

(...) aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada pela liberdade de expressão que permite ao entrevistado e pela possibilidade do entrevistador de elaborar e aprofundar o conteúdo da entrevista, sem perder de vista o foco do estudo.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes com a permissão dos informantes e transcritas após o término das entrevistas, a fim de garantir maior

veracidade e compreensão das mesmas. Cada entrevista teve uma duração média de uma hora.

Para verificar a adequação e a abrangência das questões norteadoras, realizamos um estudo-piloto. Tais entrevistas não foram consideradas no estudo.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das mulheres, sendo pré-agendadas conforme a disponibilidade das puérperas e seus familiares, o que não garantia a presença das pessoas a serem entrevistadas, visto que muitas vezes foram necessárias mais de uma visita para encontrá-las, principalmente no que refere-se aos familiares que exerciam atividades fora do lar.

Quando possível, as entrevistas com as mulheres e os familiares foram feitas no mesmo dia, porém individualmente, sendo que a ordem das entrevistas eram definidas pelos próprios sujeitos em função de suas atividades.

4.5. A análise dos dados

Para analisar os dados, utilizamos a metodologia de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977) consiste em um conjunto de técnicas de análise de dados, que através da sistematização e da descrição do conteúdo, obtém indicadores (quantitativos ou não) que permitem a dedução dos conhecimentos.

Dentro da análise de conteúdo, seguimos a modalidade temática, na qual a presença de determinados temas demonstra sua freqüência e o seu significado no estudo (MINAYO, 1994).

Conforme a autora, os dados foram analisados seguindo três fases:

- a) Ordenação dos dados: faz-se o mapeamento dos dados coletados através da: transcrição das fitas cassetes, releitura do material, pré-organização do material de maneira horizontal;
- b) Classificação dos dados: releitura transversal do material e classificação em categorias e unidades de registro por afinidade de temas/assuntos;
- c) Análise final: relacionam-se os dados empíricos com o material teórico, levando em conta os objetivos da pesquisa, os temas surgidos das entrevistas e os pressupostos teóricos.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da amostra

Perfil das Puérperas

Conforme o quadro 1, a idade das puérperas variou entre 18 e 25 anos, com uma média de 21 anos, dando representatividade à fase de vida reprodutiva da mulher.

Segundo Neme (2000), a idade ideal para a primeira gestação seria entre 18 e 20 anos, respeitadas as individualidades de cada mulher em relação ao desenvolvimento psicológico e somático. Observa-se que grande parte das mulheres estudadas teve seus filhos nessa faixa etária ou próximo a ela.

As entrevistas foram realizadas num período entre o 10º e o 40º dia pós-parto, sendo que a média ficou em 20 dias pós-parto. Entendemos ser esse o período em que as adaptações mais significativas acontecem, bem como é possível evidenciar uma grande mobilização familiar diante de novas situações.

Com relação ao tipo de parto, a grande maioria, 91,7%, foi normal, sendo os restantes 8,3% de partos cesáreos. Vale destacar o contexto onde as entrevistadas tiveram seus bebês, a MATER, que é um Hospital Amigo da Criança e tem como filosofia assistencial incentivar os partos normais e restringir os partos cesáreos às necessidades de indicação obstétrica. Tal fato é uma realidade dada e representa uma tendência atual, incentivada pelas políticas do Ministério da Saúde através dos programas de humanização da assistência (BRASIL, 1996a).

Em relação ao nível de escolaridade, grande parte das puérperas (66,7%) concluiu o Ensino Médio (EM), 8,3% não chegaram a concluí-lo, 16,7% concluíram o Ensino Fundamental (EF), e 8,3% não concluíram as séries primárias. Conforme Bruschini (2000), a expansão da escolaridade, fundamentalmente entre as mulheres, faz parte de várias transformações demográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas que o Brasil vem passando há alguns anos e que refletem novos valores relativos aos papéis femininos em nosso meio.

Quanto à profissão, metade (50%) delas não exerce trabalho remunerado no mercado formal, tendo seus afazeres no domínio doméstico, e as demais exercem atividades remuneradas fora do lar, sendo que suas profissões estão muito ligadas ao reduto doméstico e são basicamente tarefas consideradas femininas, como doméstica, secretária e vendedora, o que denota uma divisão social do trabalho baseada nas

questões de gênero. Muitas vezes o fato de não trabalharem fora do lar se dá pela responsabilidade das mulheres de cuidar da casa e da família e especialmente pela maternidade que dificulta a ocupação feminina pela presença de filhos pequenos (BRUSCHINI, 2000).

Já no que se refere ao estado civil, a maioria (83,3%) vivia com o companheiro, das quais 4 (33,3%) eram casadas e 6 (50%) viviam em regime de união consensual, e as outras duas puérperas (16,7%) eram solteiras.

É importante atentar ao fato de que muitas vezes a gravidez significa uma ascensão da mulher na família e na sociedade, passando de menina para mulher e de filha para mãe. Tal realidade mostra-se mais evidenciada em algumas classes sociais, como observa Anyon (1990), quando se refere à mulher da classe trabalhadora e média baixa, o casamento e a família são as primeiras escolhas em detrimento dos estudos ou de um emprego.

Puérperas	Idade	Escolaridade	Dias de puerpério	Estado civil	Tipo de parto	Profissão
Luísa	22	EM Completo	22	União consensual	Normal	Vendedora
Marina	19	EM Completo	18	União consensual	Normal	Secretária
Aline	23	EM Completo	15	União consensual	Normal	Secretária
Flávia	20	EM Completo	27	União consensual	Normal	Do lar
Rosana	21	EM Completo	22	Solteira	Normal	Secretária
Ana	23	EM Completo	23	Solteira	Normal	Do lar
Isabel	23	EM Completo	10	Casada	Cesáreo	Vendedora
Maria	18	EF Completo	10	Casada	Normal	Do lar

Raquel	25	EM Completo	25	União consensual	Normal	Doméstica
Roberta	20	EF Completo	16	Casada	Normal	Do lar
Fabíola	19	EF Incompleto	11	Casada	Normal	Do lar
Joana	19	EM Incompleto	40	União consensual	Normal	Do lar

Quadro 1 - Perfil das puérperas segundo idade, escolaridade, dias de puerpério, estado civil, tipo de parto e profissão

Conhecendo as mulheres participantes do estudo

Entrevista 1 - Luísa

“...a minha família não mora aqui, a minha parte, mora em outra cidade... a minha sogra sempre teve ajuda dela, ela ajuda porque eu sou a mãe de primeira viagem, aí eu não entendia muito. Aprendi tudo, ela me ensinou... ela é tão assim, vó coruja, que ela vem, pega e vai dando o banhozinho dela, mas eu tô ali olhando, pego a toalha vou enxugar ela”.

Luísa veio na consulta de puerpério acompanhada da sogra. Depois de saber da gravidez, Luísa foi morar com a sogra. Fui visitá-las uma certa manhã, conforme combinado, entretanto, não pudemos conversar, pois Luísa estava dormindo, já que passara a noite anterior em claro com sua filha, que teve um episódio de engasgamento e precisou ser levada ao posto de saúde. A sogra estava ainda muito assustada com o acontecido então marcamos uma nova visita, quando pudemos conversar com mais tranquilidade. Luísa tinha uma relação de amizade e respeito muito grande por sua sogra, já que essa tinha um papel muito atuante diante dos cuidados advindos da fase pós-parto. Tal participação da sogra, se tornava em muitos momentos demasiada, interferindo nos cuidados e nas condutas maternas, porém Luísa não tinha essa percepção dos fatos, achava bom o envolvimento da sogra. A maior preocupação de Luísa durante o pós-parto era com relação à

amamentação, já que suas mamas estavam bastante traumatizadas e sentia muita dor ao amamentar, além do fato de sua sogra achar, insistentemente, que seu leite não estava sendo suficiente, já que o bebê solicitava o peito com frequência. Durante a visita demonstraram-se muito receptivas e felizes diante do momento que estavam vivenciando.

Entrevista 2 - Marina

“...eu nunca imaginei que fosse ser mãe, tão cedo ainda... desde quando ela nasceu, minha mãe me ajuda muito... sou eu que dou o banho nela... o pai dela chega, aí ele vai brincar com ela... eu sinto mais sono... ficava até a noite inteira com ela no peito, de tanto que ela mamava... tô me sentindo mais útil... eu vou voltar a trabalhar, sinto saudade já, eu gosto muito do que eu faço”.

Marina engravidou aos 17 anos sem planejar, mora com o companheiro em uma casa construída nos fundos da residência de seus pais, trabalhava fora e estava de licença maternidade. Contava com a ajuda da mãe nos afazeres domésticos, contudo fazia questão de cuidar sozinha do bebê, o que surpreendera a mãe, que não esperava que ela assumisse com tanta responsabilidade seu novo papel. Marina demonstrava muita maturidade e tranqüilidade em sua condição materna, os cuidados e as atividades próprias da fase transcorriam naturalmente, a amamentação se dava sem intercorrências, entretanto, como o bebê solicitava o peito muitas vezes à noite, entendia que seu sono estava sendo prejudicado e estava ficando muito cansada, o que a levava à oferecer em algumas noites leite artificial à criança para que a mesma dormisse por mais tempo e conseqüentemente ela também pudesse descansar. Uma outra preocupação de Marina era sua aparência física, principalmente a forma de sua barriga que estava bastante flácida, o que a fazia usar cinta modeladora. O retorno ao trabalho era algo que Marina pretendia após o

término de sua licença maternidade, tanto que já tinha conseguido uma pessoa de confiança para cuidar de sua filha. A família de Marina demonstrava ser bastante unida, alegre e participativa, além de serem também muito receptivos e abertos a dialogar novas possibilidades e condutas.

Entrevista 3 - Aline

“...não tem assim dia, noite depois que nasce, é o dia inteiro por conta dele só... ele resmunga e eu já acórdó... agora que eu tô me acostumando, mas é muito difícil, não é que é ruim, tem o lado bom, mas muda tudo... pelo peito estar muito machucado, então me irrita também às vezes eu ter que dar mama, eu fico nervosa, não com ele, mas com a situação em si... o lado bom é ele né, ele é muito gostoso, dar mama dói, tudo, mas é uma delícia dar mama pra ele, é gostoso cuidar dele, parece que a gente tá brincando de casinha assim... eu não achei que eu fosse ficar tão bem como eu tô agora, eu acho que foi a melhor coisa que aconteceu... a minha sogra me ajuda bastante, mas eu gosto de fazer, eu que faço mais, ela me ajuda assim ficar com ele, no colo dela ele fica mais calmo... então ela me ajuda bastante, mas muitas vezes incomoda, é um pouco de ciúmes mesmo... eu procuro não precisar, mas é inevitável.”

Aline morava com a sogra e sua família era de longe. No período da visita encontrava-se de licença maternidade. Quando cheguei em sua casa para conversar, fui comunicada pela sogra que ela estava no quarto amamentando, ao chegar lá, estava ela toda encolhida em cima da cama, com uma feição de dor e transpirando muito, travando uma luta com seu filho para fazê-lo abocanhar o peito. Tentei ajudar, mas ela preferia fazer do seu jeito, então deixei que mãe e filho se entendessem. Aline tinha uma personalidade forte e era um tanto fechada, entretanto durante nossa conversa foi muito franca e confessou-me aspectos valiosos da fase pós-parto. Era da sogra que ela recebia grande parte da ajuda, uma senhora que era referência importante para ela, sem, no entanto, interferir nas condutas maternas. Aline

reconhecia a fundamental ajuda e experiência da sogra, o que algumas vezes acabava por decretar a sua inabilidade como mãe, despertando sentimentos de frustração e ciúmes, os quais ela não deixa transparecer. A amamentação era ainda algo que não tinha se estabelecido de forma tranqüila para Aline, já que devido aos traumas mamilares e voracidade com que seu filho solicitava o peito, a dor era inevitável. Muitas ambivalências faziam parte de seu cotidiano, tanto quanto ao dar conta de seu papel materno, como ao sentir-se bem e realizada em relação às novas vivências.

Entrevista 4 - Flávia

“Mudou bastante coisa né, que antes era eu só, e agora é ele... quer fazer uma coisa a mãe não deixa, ela falou que tem que acabar o resguardo, mas já tá acabando já, porque ela (a mãe) já vai voltar a trabalhar, aí eu vou pra casa né cuidar da rotina sozinha... eu me sinto bem, só que às vezes fica um pouco chato, porque não é legal também ficar só parada... ela falou assim que ela queria dar pra mim o resguardo que ela teve, só que às vezes aí eu não tô respeitando, ela fala, só que eu acho que é besteira, eu acho que também vai pelo psicológico, se você faz uma coisa e fala aquilo vai me fazer mal, acontece entendeu”.

A gravidez de Flávia foi algo inesperado que chocou sua família, já que não fazia muito tempo que namorava o pai de seu filho. Mas com o passar dos dias todos acabaram aceitando sua nova condição. Flávia construiu uma casa para morar com o companheiro, mas no período pós-parto ficou na casa de sua mãe, que tirou férias do serviço para ajudá-la com as demandas da fase. Flávia era a filha mais nova, então além da ajuda da mãe, contava também com o auxílio da irmã mais velha. Entretanto, os cuidados com o bebê eram em sua maioria realizados por ela mesma, algumas vezes a mãe e a irmã também davam banho no bebê e o faziam dormir para curtí-lo um pouco mais. Flávia era um tanto moleca e bastante tranqüila diante de

sua nova condição mãe, não encontrou grandes dificuldades, com exceção de um ingurgitamento mamário, que foi resolvido com ordenha, e posterior doação do leite para o Banco de Leite Humano. Sua mãe era uma pessoa muito alegre, correta e justa. Era ela que oferecia grande parte da ajuda à Flávia, gostava também que o resguardo fosse respeitado como no seu tempo, o que muitas vezes era motivo de discordância breves entre as duas.

Entrevista 5 – Rosana

“...muita responsabilidade agora, agora tem ele pra cuidar, tem ele em primeiro, depois eu... aí descanso um pouquinho, e aí (risos) vou cuidar dele de novo, que agora ele tá só chorando né... nos cuidados com o nenê é mais eu, aí na casa eu faço o mais leve, os mais pesados é minha mãe e minha irmã... porque a minha mãe antigamente falava que não podia isso, não podia aquilo, então ela fica falando aí eu não faço, pra gente não brigar... eu falei que pode, que lá na MATERNIDADE falaram que pode, que não tem nada desse negócio... agora eu não posso mais sair, demorar ou então se eu for demorar tem que levar ele, por causa das mamadas... quando ele (bebê) dorme deita todo mundo, aproveita e dorme também, aí quando ele acorda, acorda todo mundo... eu tô feliz, tô contente com o meu bebê...”

Rosana mora com a mãe e uma de suas irmãs casadas; em nenhum momento revelou algo sobre o pai do bebê, mas entendi que eles não mantêm contato. Rosana era uma mãe muito dedicada e responsável, havia feito todos os cursos de gestante da Maternidade. Em função disso, havia aprendido muitas coisas novas quanto aos cuidados da fase pós-parto, conhecimentos esses, que muitas vezes confrontavam-se com os de sua mãe, pessoa de quem mais obtinha ajuda. Assim, Rosana vivia numa dicotomia entre o que acreditava ser melhor para ela e seu filho e a experiência que

sua mãe trazia de maternidade, então algumas vezes acabava cedendo, mas em outras fazia o que havia aprendido. Principalmente com relação à amamentação, Rosana mantinha-se firme no cumprimento do aleitamento materno exclusivo, apesar de muitas pessoas de seu convívio terem opiniões contrárias. A vontade de aleitar exclusivamente ao peito até os seis meses fazia com que Rosana pensasse em retornar ao trabalho apenas após esse período. Durante a nossa conversa, ela demonstrou grande preocupação quanto à saúde de seu filho, não que ele tivesse algum problema, mas pelo fato de seu pai ter estado enfermo recentemente, vindo a falecer, o que a deixava muito emocionada quando pensava no futuro do filho.

Entrevista 6 – Ana

“...quando a minha mãe tá em casa, eu fico só com ela (a nenê) o dia todo cuidando dela... o pai dela vem todo dia, ele ajuda, só não troca a fralda... é dormindo, acordada é todo mundo com ela no colo, por isso que ela acostumou ficar no colo... tem hora que cansa, tem hora que dói o braço, as costas... agora é primeiro ela, cuidar dela, aí quando tiver um tempo aí cuida de mim... tudo é minha mãe, toda hora corre e chama a mãe... não bebo refrigerante que faz mal pro nenê, então você abre a geladeira e lá tá a coca-cola e às vezes dá vontade... assim tem certas coisas que eu acho que é bobeira, mas eu evito por que eu não sei se é, o médico não me falou nada, mas já que a mãe tá falando que é pra evitar, vamos evitar... meu peito rachou muito, empedrou, aí nossa, dava febre... saí que eu não saio mais, por enquanto eu não senti falta, por enquanto é tudo novidade ainda, então tudo é gostoso... eu só precisava emagrecer, porque você quer colocar uma roupa, nada serve ainda”.

Ana mora na casa dos pais e é a filha mais velha de três irmãos. Sua gravidez também não foi planejada. O companheiro, pai da criança, vem todo dia até sua casa, futuramente pretendem casar, mas não antes dela arrumar um emprego. A mãe de Ana é uma mulher batalhadora que a auxilia bastante nas situações próprias do

puerpério, entretanto dona de uma personalidade forte, acaba por ditar certas regras e menosprezar os cuidados prestados pela filha como inadequados. Como Ana já deve estar acostumada a conviver com a mãe, encara tudo com muita tranquilidade, e de forma muito pacífica consegue fazer valer alguns cuidados que entende ser importantes. Nas primeiras semanas pós-parto, Ana teve febre alta por ingurgitamento mamário e a amamentação demorou um pouco para tornar-se efetiva; diante dessas situações foi sua mãe que teve um papel fundamental de incentivo e ajuda. Ana, como outras mulheres entrevistadas, preocupa-se com sua forma física, já que refere não ter roupas que sirvam no momento. Uma de suas pretensões futuras é conseguir um trabalho, porém percebi que isso se dá mais por um estímulo materno do que por vontade sua.

Entrevista 7 - Isabel

“Ele dorme comigo, dorme mamando, fica grudadinho no peito a noite inteira... ele só pára de chorar comigo... eu não fiquei de repouso não, eu via as coisas e fazia, eu não gosto de depender de ninguém, nem do meu marido eu dependo assim pra fazer nada... o pai dele, nem fralda ele trocou... eu falo pra ele pra ele pegar mais ele (bebê), pra ele saber que é o pai né, senão vai achar que eu sou pai e mãe... agora eu faço as coisas a hora que ele (bebê) deixa e não na hora que eu quero... tô adorando tudo, até ficar acordada de madrugada... tem hora que você acha ruim... eu engordei 30 quilos, isso incomoda porque você tá acostumada a ver o corpo dum jeito e de repente você vê tudo deformado...”

Isabel era casada, morava somente com o marido e o bebê e não mantinha quase nenhum contato com sua família. Era extremamente independente e auto-suficiente, gostava de fazer as coisas a sua maneira, sem que outras pessoas ficassem dando palpites. Estava de licença maternidade, mas não pretendia voltar a trabalhar

nesse emprego, pois sofreu muito lá quando engravidou, chegou a ser demitida por isso, mas por meios legais conseguiu ficar até o término da gestação. O seu marido trabalhava o dia todo fora, e Isabel acabava fazendo todos os afazeres da casa e os cuidados com o bebê sozinha. Era uma mãe dedicada e também superprotetora, não deixava que ninguém pegasse no colo ou interferisse no sono de seu filho. Quando tinha algum problema que fugia ao seu alcance, recorria ao marido, contudo referia não ter ajuda de ninguém. Tentei em várias oportunidades conversar com o esposo de Isabel, porém sem sucesso. Como havia engordado muito, referiu ter comido muito na gravidez, sua aparência era algo que a incomodava um pouco, principalmente pela quantidade de estrias que haviam aparecido. Apesar de Isabel demonstrar ser uma mulher segurança e determinada, sua fisionomia era triste e fechada.

Entrevista 8 - Maria

“...mudou tudo, tudo, tudo, porque eu não tinha costume de ficar acordando de madrugada pra olhar... o peito começa vazar leite aí tem que acordar ela pra dar que tá passando do horário... é uma experiência nova né, mas é uma experiência que tá valendo a pena... aproximou mais as famílias depois do nascimento dela... minha mãe que tá me ajudando, ela vem, ela quer fazer as coisas, ela quer fazer a comida...eu tô tendo todos os cuidados, é pra peito não rachar, usando cinta por causa da barriga, só comendo a comida saudável... tem que tomar cuidado dobrado, que tá voltando a mãe do corpo no lugar... no começo é estranho né que você fala ‘ai eu quero fazer isso, eu quero fazer aquilo, mas não posso’, mas agora eu já acostumei...”

Maria namorava há mais de dois anos e casou-se por causa da gravidez, mora em uma casa construída nos fundos da casa da avó, entretanto estava passando grande parte do tempo na casa de sua mãe. Maria era uma pessoa muito receptiva e

alegre, realizava os cuidados da fase pós-parto com tranquilidade, sendo que na maioria das tarefas domésticas sua mãe a ajudava. Maria não teve nenhuma intercorrência com a amamentação o que a deixava admirada e feliz, já que haviam lhe contado que amamentar era dolorido. Estava também, obedecendo alguns cuidados próprios do resguardo, me contou sobre tabus e crenças além de conversarmos muito sobre “a mãe do corpo”, conhecimentos que aprendera principalmente com a mãe. Num primeiro contato, a mãe de Maria aceitou participar do estudo, porém nunca conseguíamos conversar, pois ela nunca tinha tempo disponível apesar de minha insistência. Mesmo não tendo conseguido conversar com sua mãe, considero que ter encontrado Maria já foi bastante valioso. Maria foi acompanhada pelo marido durante o parto, fato que refere ter mudado a relação do mesmo com ela e a filha depois do parto para melhor. Apesar de ter pretensões de trabalhar, Maria quer fazê-lo após a filha completar um ano de idade.

Entrevista 9 - Raquel

“...eu tenho que acordar pra ela mamar, pra ela mamar à noite, a casa às vezes fica um pouco difícil de limpar por causa dela... tá todo mundo mais feliz, agora tem mais atenção... o meu marido me ajudou bastante... pediram assim pra mim ter cuidado com a mama, agora que eu comecei, aí meu leite empedrou, eu tive que tirar leite, aí eu não tava agüentando tirar que tinha muito leite aí eu tive que ir pra MATEM... desde o começo eu que dei o banho nela, que lá na MATEM eles ensinaram como dá banho... no começo foi difícil, que ela acordava toda hora, pra não ficar tão acordada e cansada, aí eu pegava e quando ela dormia eu já dormia, aí então se eu tinha que assistir novela, essas coisas, eu já nem assistia, eu já dormia junto pra mim descansar também, aí eu fui aprendendo né, agora tá bem melhor.”

Raquel morava com o companheiro na casa de seus sogros e cunhados, e sua família morava longe dali. Era uma mulher reservada e de poucas palavras. Raquel que fazia o serviço da casa e cuidava do bebê, com exceção da primeira semana pós-parto, que recebeu ajuda de outras mulheres da família. Quando precisava de algo era o marido que a ajudava, porém a ajuda era um pouco restrita, tanto nos cuidados com o bebê, quanto nas outras atividades diárias, pois ele trabalhava fora o dia todo. Algumas vezes precisou ligar para sua mãe para tirar dúvidas que não conseguiam solucionar. Refere ter recebido várias orientações na maternidade, algumas essenciais no seu dia-a-dia, outras que não realizou por achar desnecessárias, dentre essas se salienta a inspeção das mamas para procurar acúmulos de leite. Entretanto, como teve um ingurgitamento mamário bastante acentuado, precisou fazer muita ordenha e buscou auxílio para isso na maternidade, o que a deixou com uma certa culpa por não ter realizado os cuidados previamente. Raquel trabalhava como doméstica antes de ter o bebê, porém era autônoma e ainda não havia pensado quando iria voltar a trabalhar.

Entrevista 10 – Roberta

“...antes eu dormia bastante né, agora tem preocupação com ele né, eu durmo muito pouco, toda hora eu levanto olho no berço, pra ver se não tá acontecendo nada... a responsabilidade aumenta... meu esposo né tá gostando, porque ele queria um filho... ele é um esposo muito bom né, ele era bom, melhorou 100%... eu conto com ajuda da minha mãe que tá aqui... eu procuro manter repouso né, pra não quebrar o resguardo pra depois mais tarde não vim problema... tenho um pouco de medo, mas às vezes eu faço algumas (risos) artes que não pode fazer.”

Roberta é casada e mora com o esposo e o bebê, como seu marido trabalha fora o dia todo, sua mãe que reside no interior do estado de Minas Gerais, veio ficar com ela nessa fase de pós-parto. Roberta é uma mulher muito centrada e responsável, além de muito simpática. Encontrava-se muito feliz, pois levou o filho na pediatra e ele havia aumentado de peso satisfatoriamente, a amamentação transcorria sem intercorrências. Como Raquel estava observando o repouso no resguardo, sua mãe acabava fazendo os serviços mais pesados e ela somente cuidava do bebê e fazia coisas mais leves. A comida também era feita por sua mãe, pois tinha algumas restrições. A mãe de Roberta era uma senhora muito falante e um tanto desconfiada, contou-me muitas coisas que já passara ou que aprendera com sua avó sobre os cuidados que devem ser observados no resguardo, sobre os quais acreditava fortemente. Roberta compartilhava das crenças da mãe, porém em muitos momentos adequava tais conselhos a outros conhecimentos que havia aprendido. A convivência com o marido, após o nascimento do filho, também foi algo que Roberta salienta que houve uma mudança para melhor, já que a união da família e a harmonia do lar ganharam destaque.

Entrevista 11 – Fabíola

“...é uma responsabilidade e tanto, eu tento me dedicar cada vez mais nele, é toda hora eu tô olhando, toda hora eu tô vigiando assim e pra mim particularmente tá sendo uma coisa boa... eu deito mas assim não é mais o mesmo sono, acordo de madrugada, aí fico umas duas horas com ele acordada que aí eu dou mamá, troco, ponho arrotar... não fico cansada, porque como ele dorme assim bastante né, cochilo um pouquinho, ele pertinho de mim, então dá pra mim descansar bem, agora o meu esposo ele me ajuda em casa, então não é assim que eu tenho que ficar atrás de serviço, das coisas... agora o meu esposo e a minha sogra que me ajudam...o meu ponto arrebentou um, então eu fiquei mais preocupada, porque

nos primeiros dias a gente acha que tá boa né e vai fazendo devagar e é onde prejudica um pouquinho, então é ele (marido) mesmo que faz esse tipo de coisa, arruma a casa e eu fico nas coisinhas mais leves... estou bem, feliz, porque era tudo que eu queria...”

Fabíola não trabalhava fora antes de ser mãe e morava com o marido e o bebê. Sua sogra morava próximo da sua casa, já sua mãe, mesmo morando na mesma cidade é muito ocupada com o trabalho e não tem contato diário com ela. Fabíola é muito receptiva e tranqüila, uma mãe bastante dedicada. No momento seu marido estava ficando somente em casa, havia feito uma cirurgia meses atrás, o que facilitava sua ajuda nos afazeres domésticos. A sogra de Fabíola também auxilia nos cuidados, principalmente como fonte de orientações. Fabíola dedicava-se quase que integralmente ao filho, demonstrando e se esforçando para ser uma boa mãe, já que seus familiares a viam como tendo pouca idade para tal. Como Fabíola referiu receber ajuda da mesma forma do esposo e da sogra, conversei com esses dois membros de sua família. O marido, pessoa bastante solícita, estava sempre ajudando nas atividades do dia-a-dia, porém entendia ser essa fase algo passageiro para ele, já que pretendia voltar a trabalhar. A sogra de Fabíola era extrovertida e atuante na vida do casal, vinha todos os dias ver como as coisas estavam se passando com os mesmos, ajudando quando necessário e passando sua experiência de maternidade.

Entrevista 12 - Joana

“...quando ela acordá, ela chora, chora, aí vai eu parar tudo que eu tô fazendo pra segurar ela, pra ficar com ela no colo, aí ela fica quietinha, aí se eu quiser terminar de fazer almoço tem que colocar ela no carrinho, escutar ela chorar e

fazer o almoço... é tão gostoso assim, cada dia que a gente acorda e vê o rostinho dela, é uma gracinha, é muito bom... é uma correria, o dia inteiro é correndo, cansaço, só eu, sou só eu sozinha né, o meu marido chega 6 horas da tarde, mas é legal assim, é bom assim ficar cuidando da casa, da nenê... às vezes eu fico com raiva, às vezes não, mas não dela né, às vezes ele chega assim eu não dei conta de fazer o almoço aí ele briga um pouco, aí eu falo pra ele que eu sou sozinha tudo, mas depois daí ele vê né... o meu marido, ele me ajuda muito... tinha que tomar um cuidado, mas eu não tomei não, eu já cheguei em casa e no dia seguinte eu já arrumei a casa, com ponto né e tudo, já tava arrumando a casa, lavando roupa, pegando peso, cuidando dela... aí eu até fiquei com dor de cabeça, muita dor de cabeça, saiu sangue do meu nariz..."

Joana é órfã, foi criada pela tia juntamente com sua irmã, quando completou 18 anos ela saiu de casa para morar com o companheiro. A mãe de Joana faleceu no parto, decorrente de uma cesárea domiciliar feita por uma parteira. Joana era uma mulher corajosa e meiga, dedicada pela filha e pelo companheiro, abdicava de seu repouso pós-parto para cuidar da casa e da criança. Tinha uma relação harmoniosa de cumplicidade com o companheiro, que a ajudava nos cuidados com o bebê. A sogra de Joana morava na mesma cidade, porém um pouco distante da sua casa, o que fazia com que não mantivessem um contato diário. Joana referia sentir-se muito cansada por dar conta das suas atribuições de mãe e dona de casa, o que a fazia pensar na possibilidade de obter ajuda de outra pessoa para cuidar da casa. Quanto à amamentação transcorria tudo normalmente, por ocasião da apojadura, teve ingurgitamento mamário, porém comentou ter lembrado do que as enfermeiras lhe explicaram no curso de gestantes. Apesar da correria do seu dia-a-dia, Joana estava muito contente em ser mãe.

Perfil dos familiares

As puérperas, sujeitos do estudo, fazem referência a membros de sua família que exercem um papel importante de ajuda e suporte nos cuidados referentes ao pós-parto e no cuidado com o bebê. Sobre eles traçamos um breve perfil, conforme o quadro 2.

A idade dos familiares variou entre 23 e 53 anos, com uma média de 38 anos, sendo que a maioria (63,7%) tinha mais de 42 anos e os restantes (36,4%) tinham idade menor que 26 anos, o que demonstra uma maior procura pelas pessoas mais velhas em função de sua experiência de vida. Observamos, também, que a maioria dos familiares que ofereciam ajuda tinha idade superior à da puérpera, o que reforça a idéia de que a ajuda está relacionada com a aquisição de conhecimentos pelas experiências vividas. Nesse sentido, Almeida (1987) demonstra que os familiares mais velhos são considerados como exemplos a seguir por serem fonte segura de informações.

Quanto à relação de parentesco, 36,4% eram mães, 27,3% eram sogras, outros 27,3% eram companheiros e 9,1% eram irmãs das puérperas entrevistadas. Percebe-se que o apoio provém das pessoas que estão numa relação de maior proximidade com a puérpera, seja ela física ou afetiva, demonstrando que o meio relacional familiar é fonte primária de referência para essas mulheres (NAKANO; SHIMO, 1998).

Ainda nesse sentido, 72,8% dos familiares que ajudavam no cuidado eram do sexo feminino, o que denota um compartilhar experiências semelhantes, na qual a maternidade é tida como domínio feminino.

Com relação ao estado civil, 45,5% dos familiares eram casados, 18,2% eram solteiras, 18,2% eram viúvas e 18,2% viviam em união consensual. Já quanto à renda familiar, a grande maioria ganhava até três salários mínimos, com exceção de uma família que recebia entre três e cinco salários mínimos.

O nível de escolaridade dividiu-se entre 45,5% com Ensino Fundamental incompleto, 36,4% com Ensino Médio completo, 9,1% com Ensino Médio incompleto e 9,1% não alfabetizada, o que demonstra que a escolaridade não é um fator de peso na opção pela pessoa que ajuda e sim a sua experiência de vida e a sua proximidade no momento da necessidade da puérpera.

Quanto à atividade econômica, observa-se que 90,9% dos familiares trabalham fora de seus lares, sendo que as mulheres, aqui de forma mais expressiva, exercem atividades relativas ao cuidado da casa e dos filhos de forma majoritária, como domésticas ou babás. Já os homens têm como ocupação: industriário, gari e técnico de eletrônica. Nesse sentido, para ajudar no orçamento doméstico, as mulheres acabam entrando no mercado de trabalho, exercendo atividades tidas como menos favorecidas e menos valorizadas, e em função da baixa escolaridade acabam por reproduzir no espaço público o que fazem no âmbito do privado (BRUSCHINI, 2000).

Familiar	Idade	Escolaridade	Estado civil	Profissão	Relação de parentesco	Renda familiar
F1	46	EM Completo	Viúva	Do lar	Sogra	Até 3 salários mínimos
F2	45	EF Incompleto	Casada	Doméstica	Mãe	Até 3 salários mínimos
F3	53	EF Incompleto	Casada	Babá	Sogra	Até 3 salários mínimos
F4	47	EF Incompleto	Casada	Doméstica	Mãe	Até 3 salários mínimos
F5	24	EM Completo	Solteira	Doméstica	Irmã	Até 3 salários mínimos
F6	42	EF Incompleto	Casada	Doméstica	Mãe	Até 3 salários mínimos
F9	24	EM Completo	União consensual	Industriário	Companheiro	Até 3 salários mínimos
F10	49	Não alfabetizada	Solteira	Doméstica	Mãe	Até 3 salários mínimos
F11.1	26	EF Incompleto	Casado	Gari	Companheiro	Até 3 salários mínimos
F11.2	45	EM Incompleto (está estudando)	Viúva	Doméstica	Sogra	Até 3 salários mínimos
F12	23	EM Completo	União consensual	Técnico em eletrônica	Companheiro	De 3 a 5 salários mínimos

Quadro 2⁷ - Perfil dos familiares segundo idade, escolaridade, estado civil, profissão, relação de parentesco e renda familiar

⁷ As puérperas Isabel e Maria não tiveram nenhum membro da família entrevistado, os quais seriam F7 e F8 respectivamente.

5.2. O ideário de maternidade como base na construção do cuidado do bebê e do cuidado puerperal

A maternidade vem de longa data sendo entendida em nossa sociedade como algo inerente à condição feminina, cabendo às mulheres grande parte das responsabilidades de cuidado para com a criança. São elas que mantêm os primeiros contatos com o bebê, através do cuidado e da amamentação, uma extensão quase anatômica da ligação que foi cortada no momento do parto. Assim, a maternidade como algo natural e instintivo acompanha a mulher como reduto universal e instituído.

Contudo é necessário pensar a maternidade não só como um dado biológico, mas também sociológico, antropológico e culturalmente delimitado, já que ser mãe implica em múltiplos aspectos que mudam no decurso da história a depender de interesses políticos, econômicos e sociais (SCAVONE, 2004).

“Antes eu só, agora só ele (o bebê)”

A construção do papel materno inicia-se na infância, quando as meninas normalmente ficam na presença de suas mães e outras mulheres da família, como tias, avós e irmãs, em situações de convívio diário, o que facilita uma aprendizagem precoce e contínua do papel feminino. Mesmo as meninas indo à escola e adentrando em um mundo social complexo, a aprendizagem de ser feminina, mãe e esposa ainda é muito mais forte, sendo sugerida inconscientemente a elas através da proximidade com suas mães no contexto familiar (CHODOROW, 1979).

Entretanto, após a inserção das mulheres no mercado de trabalho formal, algumas mudanças vêm ocorrendo nos arranjos familiares. A presença masculina passa, mesmo que timidamente, a ocupar um espaço maior nos cuidados domésticos e com os filhos, fato esse, que merece ser considerado (UNBEHAUM, 2000).

Apesar das mudanças contemporâneas no papel masculino, as concepções de gênero ainda ditam as relações sociais. Chodorow (1979) salienta que os papéis de gênero masculino e feminino instauram-se ainda na infância, assim as meninas têm seu aprendizado centrado em noções de responsabilidade, educação e criação, orientando-as para mais tarde cuidar dos filhos, da família e da casa, sendo que aos meninos cabem orientações que envolvam realização e autoconfiança, preparando-os para o mundo do trabalho, do poder e da esfera pública.

Contudo é no momento que passam a ser mães que as mulheres vivenciam de forma bastante palpável o que “aprenderam” sobre sua função. A responsabilidade pelo filho, o cuidado redobrado, o medo de não conseguir desempenhar seu papel, são sentimentos freqüentes diante das atribuições maternas, delas próprias e dos familiares que as cercam. Tais sentimentos desafiam as mulheres a darem o melhor de si em função do filho, do companheiro e das tarefas diárias.

“...às vezes tem assim um pouco de medo, tem mais responsabilidade, né, mais um pra pensar né, que ela depende de você...”(Luísa, 22 dias pp⁸)

“...a responsabilidade aumenta né, mais cuidado né, mais cuidado com ele...”(Roberta, 16 dias pp)

“Depois do parto da Flávia é mais uma responsabilidade...”(mãe Flávia)

⁸ pp: pós-parto.

Como são mulheres e assim, infalivelmente mães, não têm outra escolha a não ser se “acostumar” com as renúncias que a maternidade impõe.

“...agora que eu tô me acostumando, mas é muito difícil”(Aline, 15 dias pp)

“No começo a gente estranha né, nos primeiros dias a gente acha tudo, como diz ‘ai, meu Deus eu não vou agüentar’, agora já acostuma, pra mim tá sendo normal...”(Maria, 10 dias pp)

Acostumar-se à maternidade parece ser um processo natural. A esse respeito, Chodorow (1990) refere que a aparente conexão natural entre o gestar e parir e o cuidado com os filhos e a socialização desses fazem com que a maternação das mulheres seja tida como óbvia e inevitável, repercutindo na reprodução de tal fato através das gerações.

Esse modelo idealizado de maternidade traz também a idéia do amor romântico e instintivo, incorporado ao papel natural da mulher como tendo uma “afeição” maternal pelo filho. Neste sentido, Scavone (2004, p.175) relata que a maternidade se dá por diversas razões, que podem ser biológicas, subjetivas ou sociais: “o desejo atávico pela reprodução da espécie ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de valorização e de reconhecimento social; o amor pelas crianças(...)”.

“...é tão gostoso assim, cada dia que a gente acorda e vê o rostinho dela, é uma gracinha, é muito bom (...) às vezes eu fico olhando pra ela assim, mas não tem como falar, você pega um amor assim...”(Joana, 40 dias pp)

“...não sinto as dores mais que eu sentia, me sinto mais útil do que eu me sentia antes né...e é assim..”(sogra Luísa)

“...a gente dobra o amor da gente, é um amor dobrado que a gente dá, sem querer, mesmo que você não queira, aquilo se dobra, é do ser humano, é do coração da gente, de mãe, de avó, maternal né, essas coisas.”(sogra Fabíola)

Entretanto, algumas mulheres e familiares questionam, de certa forma, a idéia do amor materno instintivo, quando relatam que passam a amar efetivamente seus filhos, depois que passam a conviver mais com eles.

“...porque tá na barriga você não imagina como que é, você vai ver e vai sentir amor a hora que nasce, a hora que você coloca a mão”(mãe Ana)

“...às vezes eu fico olhando pra ela assim... você pega um amor assim, quando tava dentro da minha barriga eu não tinha tanto amor como eu tenho agora, agora assim eu tô vendo ela né, eu sei como que ela é...”(Joana, 40 dias pp)

O ideal materno culturalmente construído sob a relação de unidade (mãe e filho) coloca os desejos da mãe subordinados aos desejos do filho. Entretanto, frente às demandas da criança que tomam praticamente todo o tempo da mulher, sentimentos ambivalentes se fazem presentes.

“Ah, às vezes eu fico com raiva, às vezes não, mas não dela né, às vezes ele chega assim eu não dei conta de fazer o almoço aí ele briga um pouco...”(Joana, 40 dias pp)

No ideal materno, uma conjunção com a divisão sexual de trabalho definido pela cultura ocidental é profundamente conflitante com a parceria na criação dos filhos (PARKER, 1997).

Diante da rotina, as limitações na vida da mulher ao privado mostram-se como incompatíveis com o desempenho de outras funções, como o sair da esfera doméstica, denotando uma conquista feminina de autonomia no ambiente público, que esbarra diante das responsabilidades maternas de cuidado com os filhos e com a casa.

“...é só isso, isso é o dia-a-dia, não tem coisa diferente, agora assim agora eu não tô podendo sair né, mas é bom sair, não é bom ficar dentro de casa não, eu gosto de sair, é isso aí né, ficar dentro de casa é ruim”(Roberta, 16 dias pp)

As limitações impostas pela maternidade à mulher é um dos fatores que fazem emergir sentimentos ambivalentes. A esse respeito, alude Parker (1997) que tanto o ideal cultural de maternidade quanto os momentos designados pelas próprias mães como ideais (liberdade de sair de casa) são defesas contra a ambivalência e, paradoxalmente, ambos promovem a ambivalência.

A experiência de maternar idealizada no imaginário feminino como sinônimo de realização e felicidade acaba por trazer consigo muitos sacrifícios e abdições, quando se torna vivência real para as mulheres, os quais também fazem parte de uma representação feminina de doação e santificação instituída como natural.

“Ah, não tem assim dia, noite depois que nasce, é o dia inteiro por conta dele só, aí as horas que dá pra dormir é as horas que ele consegue dormir, é a hora que eu descanso, mas eu não paro, é 24 horas com ele sem parar” (Aline, 15 dias pp)

“...eu não tinha costume de ficar acordando de madrugada pra olhar, pra dar mama, pra trocar, agora eu já faço isso...” (Maria, 10 dias pp)

A mudança na rotina é algo que se faz bastante presente para as mulheres no pós-parto, já que após o nascimento do filho, a realização das atividades diárias, sejam essas com os afazeres domésticos ou com o autocuidado, fica relegada a um segundo plano em detrimento das necessidades do bebê.

Nakano (1996), estudando as representações de mulheres em aleitamento materno, observou que ao incorporar o papel de mãe perfeita, atende às necessidades da criança de forma imediatista, adequando as suas necessidades dentro de padrões mínimos. Aspecto que se mostrou presente também no grupo estudado.

“Muita coisa, muita, muita responsabilidade agora, agora tem ele pra cuidar, tem ele em primeiro, depois eu, porque agora quem depende de mim é ele, antes era só

eu, eu fazia tudo, agora tem ele, tem que cuidar dele primeiro pra depois de mim.”(Rosana, 22 dias pp)

Para essas mulheres, a dependência do bebê em relação a elas, principalmente em função do aleitamento materno, faz com que o ritmo delas seja o ritmo do bebê, restringindo todas as suas necessidades a apenas “um pouquinho” como falam, demonstrando que a prioridade é realmente a criança.

“...ele dorme um pouquinho, assisto um pouquinho de televisão, aí depois tem que cuidar dele de novo que ele acorda, aí de noite, durmo um pouquinho...”(Rosana, 22 dias pp)

“Mudou que agora eu faço as coisas a hora que ele deixa e não na hora que eu quero, agora é na hora que ele deixa.”(Isabel, 10 dias pp)

“...aí enquanto ela tá dormindo aí eu já vou arrumando a casa, arrumo a casa, faço almoço né, aí quando ela acorda ela chora, chora, aí vai eu parar tudo que eu tô fazendo pra segurar ela, pra ficar com ela no colo...”(Raquel, 25 dias pp)

A abnegação materna vivida por essas mulheres denota as concepções de gênero feminino fortemente estabelecidas em nosso meio, ditando que cabe à mulher atender às necessidades de cuidado dos outros em detrimento das próprias, através da doação, de sacrifícios e até mesmo de dor e sofrimento.

Tal abdicação se reflete também na imagem que fazem de seus corpos, agora destituído de beleza feminina para ser essencialmente corpo materno. Mesmo reconhecendo ser por um período temporal, não deixam de manifestar suas insatisfações.

“...eu só precisava emagrecer, porque você quer colocar uma roupa, nada serve...”(Ana, 23 dias pp)

“Tô me sentindo gorda, feia, barriguda, ai que horrível”(Flávia, 27 dias pp)

“...deforma o corpo da gente, e aparece estria em tudo que é lugar e fica mais flácida a barriga..”(Isabel, 10 dias pp)

O corpo humano é mais do que simplesmente um organismo físico e vivo, é marcado por um conjunto de crenças sociais e culturais de uma determinada época. Assim, os conceitos de tamanho, formas e adornos ideais e tidos como padrão de beleza mudam através dos tempos e nas variadas culturas (HELMAN, 1994).

Conforme a autora, as mulheres sempre foram foco central no que se refere ao culto ao corpo e ao seguimento de padrões de beleza, praticando inúmeras formas de adequações e alterações corporais, a fim de chegarem a padrões tidos como “atraentes”.

As modificações do corpo feminino, imprimidas pela gravidez e amamentação que fazem parte da vivência pós-parto, trazem para as mulheres a conotação de distanciamento dos padrões aceitos universalmente como belos. Ao mesmo tempo em que o corpo materno é privado das formas femininas tidas como belas, se torna sede de outras funções que passam a imprimir nele um ritmo novo e próprio da fase que é regida pela função materna.

“...o peito começa vazar leite aí tem que acordar ela pra dar que tá passando do horário...”(Maria, 10 dias pp)

À medida que se volta às necessidades do filho, o corpo feminino começa a mostrar sinais de exaustão, muitas vezes exposto de forma breve, já que o ideal materno de ser uma “supermãe” não dá lugar a tais reclamações, como observado a seguir.

“Acho que é o sono...(risos), o sono é maior...”(Marina, 18 dias pp)

“Aí, tem hora que cansa, tem hora que dói o braço, as costas..”(Ana, 23 dias pp)

“...mas muda tudo, nossa o cansaço é terrível.”(Aline, 15 dias pp)

Entretanto, respeitar os limites do corpo implica em deixar, muitas vezes, de cumprir com as responsabilidades de uma “boa mãe” e também dona de casa, lembrando que é freqüente abdicar de seu sono para cuidar dos afazeres domésticos. “Foi destinado à mulher o desempenho das funções de cuidar, limpar, educar, enfim, colocou-se sobre ela, a responsabilidade pela família” (ALMEIDA, 1996, p.44). Tal fato embasa-se na capacidade biológica da mulher de gestar, mistificando, assim, uma construção social de gênero fortemente arraigada.

“...vou ajeitando as coisas aqui, até dar o horário dela dar outra mamada...”(Maria, 10 dias pp)

“...não sei é uma coisa assim impossível ficar deitada, ela (bebê) vai dormir um pouco, mas eu não consigo, eu perco o sono, aí eu tento ir arrumando a casa enquanto ela tá dormindo, aí só a noite mesmo que vem aquele sono terrível, aí eu vou lavar o rosto e fico com ela, balançando ela, andando no corredor.”(Joana, 40 dias pp)

Se de um lado tem-se para as mulheres o idealismo de “mãe que tudo suporta”, para os homens a adaptação de suas necessidades às do filho parece ser mais difícil e se mostra inadequada às conjunturas de atribuições tidas culturalmente como próprias do gênero masculino, o trabalho, tal como é a maternidade para a mulher, como se pode depreender na fala de um dos companheiros.

“Ah!, no começo deu aquele baque né, agora já me adaptei melhor, no começo eu fiquei meio perdido, nossa!, não vou conseguir ir trabalhar amanhã, porque ela não dormiu, mas o corpo vai acostumando assim, tem dia que eu até perco o sono e ela dorme aqui do meu lado no carrinho e eu não consigo dormir, já perdi o sono de tanto que acostumei ficar acordado de madrugada...”(companheiro Joana)

Pode-se depreender que, no universo cultural construído de maternidade, o cuidado se constrói regido pelo gênero. Nesse sentido, o caráter moral de cuidar dos

outros é um tipo de cuidado mais intimamente associado às mulheres em nossa sociedade e como refere Tronto (1997), o cuidar do filho implica responsabilidades, compromisso contínuo, sacrifícios, envolvimento emocional, confrontar-se com ambivalências de *“ser eu só e ser só ele”*.

5.3. Cuidando com cuidado do bebê

Além de gestar e parir, em nosso meio, é natural que as mulheres também cuidem de seus filhos, dedicando muito do seu tempo nas atividades de cuidado. *“Ser mãe, portanto, não é só dar à luz um filho – é ser uma pessoa que socializa e cuida. É ser o principal responsável ou cuidador”* (CHODOROW, 1990, p.28).

O cuidado tem a função primeira de garantir a sobrevivência e a manutenção da vida, através da satisfação das necessidades concretas dos outros. Assim, para as mulheres, o filho torna-se um prolongamento de seu próprio corpo, precisando de atenção constante. Dessa forma, as mulheres desenvolveram um conjunto de atitudes e práticas de cuidado que é próprio delas, como mostra Collière (1989b, p.41)

A maneira de deitar a criança, de a embalar, de a cobrir, de dar de mamar, o ritmo gestual que lhe é imposto, ou que lhe é permitido, a atitude adotada perante os *“dói-dóis”* marcam, com efeito, profundamente (...) a forma de utilização do seu corpo, e isto, tanto mais, quanto esta transmissão for, e permanecer, inconscientemente e profundamente enraizada no íntimo do seu ser.

A imagem do bebê, objeto do cuidado, constitui-se em um dos elementos fundamentais na forma como se processa o *“cuidar”*. O cuidar envolve um

compromisso e é necessariamente relacional. Nesse sentido, é preciso conhecer o objeto do cuidado em suas singularidades, mas também sobre a relação que está estabelecida entre quem presta e quem recebe o cuidado, conforme alude Tronto (1997).

“Ele (bebê) é muito pequenininho... novinho..., precisa de cuidado”

Para as mulheres e os familiares estudados, o bebê aparece como uma novidade, um ser a ser desvendado e principalmente protegido e cuidado, visto que ainda é frágil e não apresenta uma imunidade adequada.

Nas primeiras semanas após o nascimento, a percepção acerca do bebê é de “novidade”, já que as entrevistadas estavam experienciando a maternidade pela primeira vez. A noção do bebê como algo novo tem uma conotação positiva para as mães, como podemos ver nas falas.

“...por enquanto é tudo novidade ainda então tudo é gostoso...(Ana, 23 dias pp)

“...é uma experiência nova..”(Maria, 10 dias pp)

“...é novidade né, o bebê..”(Aline, 15 dias pp)

“...que o nenê é novidade..”(Rosana, 22 dias pp)

O bebê é visto, também, como alguém que precisa de cuidados redobrados e vigília constante, em função da sua fragilidade e de não se comunicar objetivamente com a mãe. Segundo Del Priori (1993), as noções de proteção e vigília maternas para com o filho têm origem nos manuais de puericultura, que normatizavam os cuidados embutindo no imaginário das mães o medo da perda da criança, o perigo de contrair doenças e a crenças em feitiços que pudessem atingir as crianças.

“...é uma criança, precisa de cuidado, de atenção, de carinho, porque ele não fala ainda, não se expressa, então a gente precisa prestar mais atenção, então é uma atenção a mais que existe depois disso aí...”(sogra Fabíola)

“...a gente nunca sabe o que a criança sente...”(Luísa, 22 dias pp)

“...sempre tô observando né, porque, por exemplo, pode aparecer alguma coisa, observando ele se aparecer alguma coisa diferente, apareceu umas bolinhas no olho dele e no pescoço dele assim, então tem mais cuidado...”(Roberta, 16 dias pp)

Com a fragilidade, aparece também a suscetibilidade do bebê a certas “doenças”, assim devem obedecer a alguns cuidados de não expô-lo a tais riscos, evitando o contato com muitas pessoas ou ambientes diversos. Essas noções nos remetem às concepções de saúde-doença da teoria miasmática, na qual a existência de partículas invisíveis livres no ambiente atingem o homem das mais variadas formas.

“...ela era muito pequenininha, aí eu falava não, não pega não...”(Ana, 23 dias pp)

“...não deixo os outros pegar, é muito difícil eu deixar alguém pegar, se ele tiver dormindo eu não deixo, porque eu acho que ele é muito novinho, porque a pessoa, você não sabe onde a pessoa foi, aí vem, aí pega, aí fuma, pega o nenê, eu não gosto, não pode ficar querendo fazer tudo que você faz com uma criança de 1 ano, de 6, 7 meses, que já tem uma imunidade maior.”(Isabel, 10 dias pp)

“...ela é novinha, é muito cedo pra sair...”(Raquel, 25 dias pp)

“Cuidar dele direitinho”

Atrelado à concepção de ser uma “boa mãe”, está o fato da responsabilidade em criar e educar bem os filhos, compromisso esse constituinte do papel materno. Para tal, é necessário que a prioridade materna seja atender oportunamente às necessidades do filho.

Assim, as mulheres do estudo demonstraram preocupação e expectativas constantes, esperando sempre desempenhar satisfatoriamente sua função.

“...eu tento me dedicar cada vez mais nele...”(Fabiola, 11 dias pp)

“Eu achava que eu não ia conseguir cuidar dele direitinho... vamos ver até quando”.(Aline, 15 dias pp)

“...espero conseguir criar ele muito bem, que nada aconteça”.(Rosana, 22 dias pp)

Para “cuidar dele direitinho”, praticam uma vigília contínua, inspecionando minuciosamente o bebê em busca de alguma alteração, já que pela sua fragilidade está mais exposto a infortúnios.

“...agora tem preocupação com ele... e sempre tô observando, toda hora eu levanto olho no berço né, olho ele à noite, pra ver se não tá acontecendo nada”.(Roberta, 16 dias pp)

“...às vezes eu acordo de madrugada só pra dar uma olhadinha no berço...”(Fabiola, 11 dias pp)

A cobrança da responsabilidade pelo filho também parte dos familiares que exigem das puérperas um desempenho compatível com a representação social idealizada do “ser mãe”, algo naturalmente padronizado, igual para todas as mulheres e, assim conseqüentemente, classificado em tipos ideais de comportamento (MOREIRA, 2003).

“...agora até o jeito dela, dela sair, se for o caso eu tenho que ficar com o nenê, então ela tem que ter agora o lado de mãe, que eu já falei pra ela, a responsabilidade de levar em médico, de acontecer alguma coisa assim, ela tem que tá alerta, porque eu não posso tá 24 horas em cima, agora ela já tem que seguir o papel de mãe...”(mãe Ana)

De acordo com Moreira (2003), as mulheres acabam por ser diferenciadas entre “boas” e “más” mães, representando as duas faces da maternidade, conformando assim, o modelo materno ideal e o comportamento desviante.

O cuidar com cuidado: uma habilidade feminina

O tipo de cuidado destinado à criança recém-nascida, um cuidar com cuidado, traz especificidades que nem todo o cuidador sente-se apto a desenvolver. Ao homem que histórica e culturalmente foi colocado como ausente na maternagem, torna-se difícil assumir tal função. Em suas falas, depreendemos que eles não levam muito jeito para cuidar do bebê e têm medo de machucá-lo.

“...ele tem o corpo todo molinho...”(companheiro Fabíola)

“...tenho um pouco de medo assim não sei, às vezes aperta muito...”(companheiro Joana)

Os homens mostram-se destituídos de habilidades para prestar o cuidado à criança, principalmente o recém-nascido. A este respeito, Monteiro (1997, p.27) refere que:

Em cima do substrato biofisiológico que confere à mulher o papel de gestar, parir, amamentar, são sobrepostas regras sociais que definem os modos de exercício da maternidade, no que se refere, por exemplo, ao cuidado com as crianças, tarefa instituída como essencialmente feminina e doméstica para a qual as mulheres são educadas.

“Cuidar dele de novo”

A dependência incessante do bebê, nos primeiros meses de vida, exige da mãe uma disponibilidade tal, que acaba por reduzi-la a satisfazer tais necessidades. Tal solicitude é representativa do “cuidar”, descrito por Collière (1989b, p.42) como sendo “aquilo que liga o corpo que deu a vida ao corpo da mulher que a está a dar e ao corpo da criança que ajuda a nascer.”

Sendo assim, a vivência materna do cuidado seria como um prolongamento subjetivo do contato intra-uterino, exteriorizado de forma concreta através da amamentação, a qual estabelece laços estreitos de dependência entre mãe e filho.

“Ele dorme comigo, dorme mamando, fica grudadinho no peito, a noite inteira...”(Isabel, 10 dias pp)

“Ai agora eu não posso mais sair, demorar ou então se eu for demorar tem que levar ele, por causa das mamadas, no médico também tem que levar ele agora, e se eu for tem que levar ele junto...”(Rosana, 22 dias pp)

Essa dependência do bebê, principalmente em função da amamentação, faz dele uma espécie de “apêndice” materno, tornando o cuidado como uma rotina reproduzida de forma mecânica.

“...aí ela vai ficando nessa rotina de acordar, dorme, acordar, põe prá mamá, a noite inteira...”(Maria, 10 dias pp)

“Ah, não tem assim dia, noite depois que nasce, é o dia inteiro por conta dele só... ele acordar, mama, toma banho de sol e depois ele toma banho, aí ele mama de novo e dorme...”(Aline, 15 dias pp)

Em função das significativas mudanças na rotina das mulheres, elas acabam por tentar normatizar o ritmo do bebê de modo a adequá-lo ao ritmo da família. Para isso, a sistematização do cuidado e dos horários torna-se fundamental, como se evidencia nas falas.

“...faço igual todo dia, procuro fazer sempre na mesma hora pra ele acostumar...”(Aline, 15 dias pp)

“...eu tento, eu seguro ela acordada até um pouquinho mais tarde, porque então à noite ela não dorme nada...”(Maria, 10 dias pp)

“...aí eu passei a deixar ela acordada um pouquinho mais, se ela dorme eu vou e acordo...”(Raquel, 25 dias pp)

Outro aspecto a ser considerado no cuidado é o contexto no qual ele se processa. Particularmente neste estudo, é no meio familiar que o cuidado é pensado e processado.

O cuidado com o bebê – mudando a rotina da família

A família, como ambiente de cuidado, sofre uma reestruturação visível com a chegada de um bebê, sendo que as mudanças e as mobilizações familiares se dão em diversos aspectos. Alteram-se os horários, a estrutura física e a organização funcional da casa, que agora passam a acontecer conforme Galasso (1988), em função do antes e depois do banho do bebê, dos horários das mamadas, dos períodos de sono.

Em função disso, dispor de uma rede de suporte social é imprescindível para essas mães e famílias, já que as tarefas e responsabilidades se multiplicam nessa fase permeada de ajustamentos. Quanto a isso, Oliveira (2004, p.39) acrescenta que “a vivência do puerpério, a chegada de um novo membro na família, a reorganização de afazeres domésticos e acrescido da efetivação do processo de aleitar, requer das mulheres/mães, esforços que, muitas vezes vão além de suas possibilidades”.

Com a chegada de um filho, a rotina da família é uma das coisas que mais apresenta mudanças, visto que o bebê é um ser totalmente frágil e dependente, exigindo assim, modificações nos hábitos de vida e no papel que cada membro ocupava na família, o que consiste em deixar para trás várias atividades e funções antes exercidas (OLIVEIRA, 2004).

Nesse sentido, os familiares que participaram deste estudo relatam que na família como um todo a responsabilidade e a preocupação, como já referido anteriormente pelas mulheres, são sentimentos predominantes.

“...existe uma preocupação a mais, porque na realidade ele é filho, ela se tornou filha pra mim e isso vem outro filhinho, que é o neto, que é mais que um filho pra gente, então a preocupação da gente dobra, a gente tem uma preocupação a mais depois disso...”(sogra Fabíola)

“Mais uma vida pra cuidar, mais responsabilidade, ainda mais que dizem que avós é segundo pai e segunda mãe né, então acaba afetando a família inteira né...”(mãe Marina)

A demanda de trabalho também se torna maior, à medida que alguns eventos, antes tidos como triviais, agora merecem mais atenção, como por exemplo, a alimentação da puérpera que deve obedecer a algumas regras em razão de estar alimentando a criança e, portanto, é geralmente preparada separadamente daquela dos demais membros da família.

“...porque ela faz diferente pra mim, assim com menos tempero, então eles não comem...”(Aline, 15 dias pp)

“...mudou assim né os cuidados são maiores né, na alimentação da mãe, nos cuidados com a criança...e é lógico que o trabalho aumentou muito...”(sogra Luísa)

“...a minha comida é separada...”(Roberta, 16 dias pp)

Outras mudanças ocorrem em função da demanda do bebê, tendo por indicador o choro, o qual altera muitas vezes o ritmo circadiano de toda a família.

“...agora que ele chegou que a gente não tá dormindo a noite, que ele tá chorando um pouquinho né”.(irmã Rosana)

As condições de higiene e a ordem da casa são consideradas como fatores que sofreram mudanças na rotina familiar. Tal concepção é proveniente do modelo higienista. Esse modelo estabelecia normas rígidas na criação dos filhos, centradas

em um controle físico, moral e social dos mesmos e dos ambientes que ocupavam (COSTA, 1989).

“...a gente tem que trazer a casa mais limpa por causa do bebê, tem que tá sempre limpando né, então é assim”.(sogra Aline)

“...tem que fazer menos barulho...”(mãe Flávia)

“É muda muito assim, tipo assim, o relacionamento em casa assim, a gente não pode gritar, a gente tem que falar mais baixo, saber conversar com o bebê, não pode gritar perto dele, então tem tudo isso também né, porque quando tá só todo mundo adulto, um grita de lá, outro grita de cá (risos), então tendo um nenezinho em casa é completamente diferente né, então é assim”.(sogra Aline)

O cuidado com o bebê – e o vínculo na família

Com o nascimento, a família faz um movimento de mobilização e aproximação ante o novo membro, demonstrando-se mais unida e solidária, o que é comprovado por todos. É importante salientar que muitas vezes a mobilização não ocorre somente diante das atividades que a família tem a cumprir, mas também das pessoas em particular, que “aproveitam” da oportunidade para reestruturarem a si mesmas, como vemos na fala do companheiro de Joana.

“...a família inteira tá sempre procurando notícias, saber se ela tava precisando de alguém pra ajudar, a minha sogra, as minhas irmãs, então essa comunicação e esse contato passou a ser bem mais constante, antes a gente se falava sempre, mas não todo dia, depois que ela nasceu passou a ser quase diariamente”.(companheiro Raquel)

“Ah, mais minha mãe, meu pai assim, ficaram mais corujas, que nem a gente ia de vez em quando na casa da minha mãe, agora a gente vai mais direto, quase todo dia ela quer ver a netinha, meu pai, que nem meu pai tem uns problemas com negócio de bebida, aí ele falou ‘não, agora eu sou avô, agora eu vou parar com isso aí, tomar juízo’...”(companheiro Joana)

“...a gente fica mais perto um do outro assim...”(Joana, 40 dias pp)

“...tá todo mundo assim, dando mais atenção, pra mim, pra ela, tá todo mundo mais feliz né, agora tem mais atenção, as pessoas se aproximam mais...”(Raquel, 25 dias pp)

As pessoas próximas querem manter-se informadas de como estão indo as coisas com o bebê, além de demonstrarem “curiosidade” em vê-lo e saber como ele é.

Dessa forma, a união é algo que aparece na convivência familiar.

“...todo mundo babando, todo mundo em cima, sabe como ela tá, minha mãe me liga às vezes até cinco vezes no dia, pra sabe como ela tá, se ela tá bem, meu pai também, meu pai chega do serviço, nem vai na casa dele, já vem direto aqui, pra vê ela pra fica brincando com ela...”(Marina, 18 dias pp)

“...e o nenê será que vai ficar bem hoje, será que dormiram bem, a gente vem aqui pra saber se eles passaram bem, se tão precisando de alguma coisa, vem ver como que eles estão agindo, a gente vem apenas se certificar que estão bem...”(sogra Fabíola)

“...agora assim, parece que ficou tudo um mais próximo com o outro depois que o nenê chegou, era cada um vai pra um lado sabe, conversa, mas não tinha aquela coisa de sentar ficar conversando, agora não, parece que deu uma união né...”(mãe Ana)

Os companheiros entrevistados divergem na forma como percebem as suas relações com as mulheres, enquanto um acredita que o relacionamento tenha melhorado após o nascimento do filho, o outro acha que agora perdeu seu lugar para o bebê.

“Ah, eu acho que a gente se uniu mais ainda né, porque a gente já se ama e se gosta pra caramba e o nenê só vem pra unir mais, não atrapalhou nada, tem gente que fala que nenê atrapalha o relacionamento, não tem nada a ver isso daí, meu sonho era ser pai né”.(companheiro Joana)

“Ah, mudou porque não sobra nada pra mim né, agora é só, tudo é pro Gustavo (nenê), tudo é pra ele, ela é o dia inteiro ela fica com ele, então é pouca atenção assim pra mim né, quando sobra um tempinho que a gente senta e conversa, mas não é nada que eu reclamo assim não”.(companheiro Fabíola)

O fato de os companheiros reclamarem por falta de atenção, após o nascimento do filho, é referido por Badinter (1985) como tendo origens na figura do “pai ausente” construída no século XVIII e sustentada nas concepções de gênero de subordinação feminina aos cuidados, vontades e caprichos dos maridos.

5.4. Cuidando da mãe para que ela cuide do bebê

Historicamente, a saúde da mãe foi instituída pelas repercussões que podem trazer a criança que está na sua dependência. Particularmente o puerpério é uma das fases do ciclo gravídico-puerperal que recebe uma menor atenção, visto que com o parto cessa-se a direta dependência do corpo do filho ao corpo materno. Entretanto, é sabido que a mãe tem papel essencial no crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida, no âmbito físico, emocional e social. Em razão disso, tem se incentivado o contato precoce e contínuo da mãe com o filho para o estabelecimento do aleitamento materno e do vínculo.

Antes de ser institucionalmente reconhecida a importância da atenção na saúde da mulher, era no interior da família que elas obtinham o suporte no processo do parto e no período de resguardo. Dispunham-se práticas de cuidado com a mãe e criança que com a medicalização foram se perdendo. A profissionalização dos cuidados surgiu com o nascimento da medicina, banindo todos os conhecimentos seculares das mulheres, tidos como profanos e ameaçadores à ordem moral (COLLIÈRE, 1989c).

Hoje, apesar das mudanças na estrutura familiar, ainda coexistem práticas de solidariedade entre os membros da família que se organizam para prestar uma ajuda à mulher, no período pós-parto.

“Tá de resguardo, aí o cuidado é o dobro”

As mulheres, seres naturalmente destinados ao ato de cuidar, também necessitam de cuidados em certos períodos de sua vida. O pós-parto é uma dessas fases permeadas de ações, que implicam zelar e precaver-se de complicações, e para tal muitas crenças e tabus seculares se fazem presentes.

Segundo Collière (1989b), desde tempos bem remotos, aos homens cabiam as atividades de pesca e caça e às mulheres manter a comunidade, através da colheita

de vegetais, do cuidado e educação das crianças. Isso fez com que elas desenvolvessem uma habilidade e uma identificação em manipular as plantas, se constituindo na base essencial das práticas de cuidados das mulheres, as quais eram transmitidas de geração em geração, de mães para filhas.

Tais conhecimentos seculares constituem um imensurável patrimônio do saber e são até os nossos dias utilizados pelas mulheres com a finalidade de manter a saúde ou prevenir as doenças. Estão relacionados “à higiene do corpo, à alimentação, atividade física, atividade sexual, exposição a variações de temperatura, manutenção do aleitamento materno, cuidados com a ferida operatória ou episiorrafia, e cuidados para manter-se tranqüila” (COSTA, 2001, p.113).

O período do resguardo é imbricado de crenças e tabus aceitos social e culturalmente como facilitadores de uma boa recuperação pós-parto. Nakano et al. (2003) relatam que tais crenças relacionam-se com os possíveis perigos que essa fase representa para a mulher.

São várias as explicações do motivo que se deve ter um cuidado “dobrado” nessa fase, entretanto implicam em dois eixos básicos: a mãe e o bebê. Mesmo vislumbrando atingir dois sujeitos, todas as práticas e comportamentos têm como objeto o corpo feminino.

“...tem que tomar cuidado dobrado, pra não fazer mal pra ela, pra não fazer mal pra mim, porque igual minha mãe fala que a gente tá de resguardo, aí o cuidado é o dobro né, que tá voltando a mãe do corpo no lugar, o útero...”(Maria, 10 dias pp)

A representação de perigo, ligada ao resguardo, está relacionada ao fato de as mulheres acreditarem que no momento do parto seus corpos se “abrem”, ficando

expostos a qualquer enfermidade, sendo que só voltará a “fechar-se” após o término dos 40 dias. Conforme Maués (1998), a explicação dada para tal fato é que por ocasião do nascimento do filho a sepultura da mulher se abre, vindo a fechar-se somente ao final do resguardo.

“...e resguardo é resguardo... então é coisa que tem que tá de olho né, se as pessoas falam a gente tem que procurar se prevenir né, pra depois não ter que remediar”.(companheiro Fabíola)

“...o resguardo é uma coisa muito fina né, as pessoas se não fizer, se não cuidar direito dum resguardo, costuma até dar problema pra ela e problema difícil, porque o corpo tá aberto, o corpo da pessoa tá aberto, fica o corpo dela aberto, enquanto ela não ganha aquela criança e que acaba o resguardo, aquela dieta, ela tá com dieta ela tá arriscando a vida dela, morrer, a vida dela tá na mão de Deus, até o derradeiro dia do resguardo...”(mãe Roberta)

“...porque eles falam que o corpo da mulher tá aberto, então ele tá apto a pegar qualquer coisinha ruim, então isso vai prejudicar ela, ela vai ter uma dor nas pernas, ela vai ter uma dor nas pernas futuramente que não vai ter remédio que tira, porque foi pegado numa época que o corpo tava aberto e aquilo quando o corpo torna a voltar ao normal, é como se ele guardasse aquilo dentro do corpo pra sempre...”(sogra Fabíola)

“...tudo que você pega no resguardo fica pro resto da vida...”(Joana, 40 dias pp)

Como podemos observar nas falas, em consequência do fechamento do corpo ao término do resguardo, todas as enfermidades que se adquirem nessa fase permanecem sem cura até o final da vida.

Em função disso, as mulheres devem obedecer a algumas restrições, necessitando de um “período de repouso”, no qual, segundo Helman (1994, p.158) “a mulher fica confinada em casa, aos cuidados de familiares, seguindo uma dieta especial e observando determinados tabus”. Dessa forma, é importante o seguimento dessas restrições para que o resguardo não seja “quebrado”, sob pena de adquirirem problemas futuros.

“Eu procuro manter repouso né, pra não quebrar o resguardo, não faço coisa pesada, só faço coisa de leve, porque não pode fazer muito esforço, a comida tem que ser mais leve agora, tem que manter repouso né, tem que ter cuidado...”(Roberta, 16 dias pp)

Tudo que é proibido, no resguardo, que tem conotação de risco e que pode ser realizado sob pena de quebrá-lo é referido pelas mulheres como “extravagância”, algo que ameaça sua integridade física e bem-estar, ocasionando uma “recaída”.

“...não pode fazer extravagância, porque é perigoso, o resto você pode fazer tudo...”(Maria, 10 dias pp)

“...dá recaída né que eles falam, é as dores de cabeça, mais que eu vejo falar mesmo é dor de cabeça que dá”.(Fabíola, 11 dias pp)

Se, no entanto, por algum motivo o resguardo for quebrado em algum momento, e alguma alteração de saúde se fizer presente, é necessário curá-la antes do término da quarentena, para que o corpo não a “guarde”. Assim, o quadragésimo dia tem um significado especial, já que é a última oportunidade para recuperarem a saúde e por isso deve ser bem guardado, segundo as mulheres.

“...minha avó falou que o resguardo é perigoso né, mas o derradeiro dia dizem que é mais perigoso que o primeiro dia, tem que guardar o derradeiro dia bem guardado né, eles falavam comigo, porque o derradeiro dia já tá terminando o resguardo né, e aí se fizer alguma coisa no derradeiro dia já não tem mais jeito né, já tá terminando, porque durante o mês ainda tem jeito né, no derradeiro dia já não tem...”(Roberta, 16 dias pp)

“...se você tem uma dor de cabeça, se não é curada naquele tempo que tá de resguardo, se você não for procurar tomar um remédio, um medicamento, um médico, você fica com aquilo lá”.(mãe Ana)

Pelo fato de ser o puerpério um período cheio de proibições e tabus, as mulheres, muitas vezes, o associam a uma fase de convalescença, dando a conotação de que estão doentes, ao invés de entenderem as inúmeras medidas que tomam como algo que as está ajudando a se prevenir.

“Ah, às vezes, eu não fico chateada, tem que procurar melhorar logo pra comer né”.(Roberta, 16 dias pp)

“...nos primeiros dias a gente acha que tá boa né e vai fazendo devagar e é onde prejudica um pouquinho...”(Fabiola, 11 dias pp)

A vivência do resguardo também traz consigo experiências muito particulares de percepção das sensações corporais, que revelam uma construção social do senso comum que permite associar tal sensação a um determinado órgão do corpo (LOYOLA, 1984). Nesse sentido, as mulheres fazem menção à “mãe do corpo”, entendido por elas como um órgão do corpo feminino que acompanha o bebê durante a gestação e que após o parto fica “solto” à procura da criança.

“Eu só estranhei depois que eu ganhei ela, eu tô sentada aqui na sala com a minha mãe, senti um negócio mexer na minha barriga, eu falei ‘mãe, o que que é isso que tá mexendo dentro de mim, eu não sei o que que é isso não’, eu falei ‘pronto tem outro nenê ali dentro’, aí a mãe falou ‘não, é a mãe do corpo’, é que ela tá procurando o nenê, porque quando o nenê tá na barriga ela fica encostada nele, aí então nasce e ela sai caçando o que ela tava encostada, que onde ela encosta tava quentinho né, ela só fica encostada mesmo na bolsa, junto perto do nenê que ela se esquenta, aí a hora que ele nasce, ela desloca, aí ela fica caçando o que vai aquecer, até ela voltar no lugar, ela fica mexendo dentro da barriga, depois ela vai voltando no lugar dela, até o dia de acabar o resguardo ela já voltou, aí ela só sai de novo depois de outra gravidez”.(Maria, 10 dias pp)

Entretanto, quando questionadas sobre mais detalhes da “mãe do corpo”, não sabem caracterizá-la precisamente, o que não implica em experimentar suas manifestações físicas.

“Uma bolinha, que tem dentro da gente, mas ela, a hora que ela mexe, você sente parece uma bolinha dentro você mexendo, por isso que a gente fala que é a mãe do corpo...”(Maria, 10 dias pp)

Dentre os cuidados pós-parto a que as mulheres devem obedecer estão aqueles relacionados com a alimentação. Os alimentos são, além de uma fonte de nutrição, representativos de simbolismos sociais, religiosos e econômicos de uma

determinada cultura, permitindo, assim, conhecer aspectos significativos sobre seus arranjos (HELMAN, 1994).

Como o resguardo é um período de fragilidade e cuidados, os alimentos ingeridos devem ser compatíveis com tal situação: leves, não muito fortes, nem muito temperados.

“...eu como uma comida mais leve, é uma sopa, essa semana inteira foi sopa, eu não agüentava ver mais sopa, todo dia à noite ela faz uma sopa diferente, ela põem legumes dentro, faz chicória refogada pra comer, tô tomado só suco...”(Maria, 10 dias pp)

“...a carne é sem gordura, então se ela vai comer eu tiro a gordura das beiradas...”(mãe Ana)

“...evitar comer certas comidas apimentadas, porque isso vai tudo pro leite, nada de comida apimentada, nada de comida gordurosa, nada de ácido, evitar comida gordurosa, todas essas coisas pesadas é ruim pra ela e pro filho dela...”(sogra Fabíola)

“...eu mudo o tempero, o tempero porque o tempero dela, como ela dá mama não é todas as comidas que eu coloco assim pimentão, que tem um pimentão que ele é ardido, tem outro que ele não é, o que não é ardido ela pode comer, porque, por causa do leite... eu uso sempre aquele colorau, já na comida dela eu não uso eu boto o extrato (de tomate), então mais de 8 dias eu fiz a comida dela separada por causa do leite né, e até hoje eu evito botar bastante tempero na comida dela, por exemplo, limão, limão é ácido, né limão é ácido, já faz mal pro leite, laranja é uma boa vitamina, mas tem ácido. mas não é pra nós. é por causa da criança que dá cólica, entendeu é por causa da cólica, não é por ela, pela alimentação que ela pode comer, pela criança...essas coisas que eu mudei na alimentação dela.”(mãe Flávia)

A alimentação deve ser mudada basicamente em função da amamentação, já que acreditam que alguns alimentos provocam cólicas no bebê, como os alimentos ácidos, muito temperados e os refrigerantes.

Scavone (2004, p.135) relata que a existência de uma série de tabus e mitos que fazem relação da alimentação materna com conseqüências no lactente se dá porque “a responsabilidade das mulheres pela conservação da vida é muito notória nos

períodos da gravidez e da amamentação, nos quais o ‘corpo-a-corpo’ da mãe com a criança possibilita a fantasia de causa e efeito”.

Também por estar dando de mamar, se faz necessário, que as mulheres alimentem-se bem, com uma dieta rica em vitaminas, para fornecê-las ao filho através do leite materno. Além disso, a boa alimentação tem ligação estreita com a produção láctea, observação feita pelas puérperas e pelos familiares.

“...a alimentação dela, porque ela dá mama, pra ela não tomar refrigerante, não ficar comendo coisa assim, que vai prejudicar o bebê, que dói a barriguinha, então a gente fica falando pra ela, não tô negando eu falo pra ela, se você quiser comer, coma, mas vai fazer mal é pro bebê, então né, segura mais um pouco, deixa ela crescer mais um pouco...”(mãe Ana)

“...ela tem que se alimentar bem porque ela tem que amamentar né, e eu quero que ela tenha bastante leite...”(sogra Luísa)

“...eu procuro assim uma coisa com bastante vitamina, eu procuro dá figado, beterraba, cenoura, essas coisa assim sabe, bastante verdura, é assim a alimentação, bastante leite, suco, faço bastante suco pra ela, natural”.(mãe Marina)

“...eles pediram pra gente se alimentar bem enquanto tá dando de mamar...”(Raquel, 25 dias pp)

Ichisato (1999), em seu estudo sobre o uso de lactogogos como suporte ao aleitamento materno, também observou que as mulheres entendem que se alimentar bem é pré-requisito para produzir leite em quantidades satisfatórias.

Segundo as mulheres, algumas carnes têm a propriedade de provocar “problemas” para a sua saúde, contudo não esclarecem o porquê, das quais destacam-se a carne de porco, de peixe e de gado. Em especial, não é aconselhável consumir a carne desses animais, se eles não forem capados, o que chamam de “cuiúdos”, nem os miúdos desses animais.

“...cuidar alguma carne que ela não pode comer né, pra não ter coisa frita demais, nem comer essas carnes de porco, que porco não é capado nem nada, não pode comer né, o povo costuma dizer que não podia comer dessas coisas cuiúdas, que porco sem capar fala cuiúda né, não pode comer que faz mal, eles dizem que não devia comer não, minha avó falava que não podia comer o cuiúdo não, quem tava de dieta não podia comer não, e até hoje eu falo o que ela falava pra nós pra não comer, essas coisas de buchada de porco, fígado, essas coisas também não pode comer, de coisa nenhuma pode comer não, de gado, nem de porco, dizem que não é pra comer que faz mal...”(mãe Roberta)

“...que comer peixe vai pro leite, que peixe é... não lembro a palavra, peixe, carne de porco, que tudo isso vai pro leite, faz mal, pode dar uma dor de cabeça nela, uma dor forte de cabeça nela e não saber da onde vem, então são coisas que é bom evitar...”(sogra Fabíola)

Do mesmo modo, para as mulheres residentes em Itapuã - Pará, estudadas por Bitar (1995), alguns alimentos são proibidos por passarem para o leite, como é o caso dos peixes, das comidas gordurosas, das frutas ácidas e azedas, considerados como alimentos reimosos.

Assim como o tipo de comida que devem evitar, a maneira de prepará-la deve ser igualmente considerada, tendo cuidado especial para que a puérpera se alimente com comidas frescas ou recém-cozidas, para evitar que a comida estrague e cause algum dano à saúde das mulheres.

“...a mulher de resguardo não pode tá comendo uma comida assim, não é comida velha, é uma comida que tá dum dia pro outro, uma comida que fica às vezes em cima do fogão, você esquece de guardar à noite só vai pôr no outro dia...”(mãe Ana)

“...comida dormida, feijão dormido não pode comer né, essas coisas dormidas não pode comer né, porque depois vai dar problema pra ela né...”(mãe Roberta)

Uma das carnes que é permitida é o frango, utilizado principalmente para fazer as canjas e considerado como um alimento que sustenta e ao mesmo tempo é leve.

“É umas comidas meio assim diferente né, uma canja pra ela, ela não gosta muito né (risos), mas é assim...”(sogra Aline)

Além do fator nutricional, a canja também é um alimento quente. Conforme Helman (1994), após o parto é prudente que se evitem os alimentos frios, pois podem produzir uma inversão do fluxo sanguíneo, que poderá subir para a cabeça, causando insanidade mental e dores de cabeça.

A autora complementa que tal concepção está baseada na teoria humoral, também chamada de “teoria das doenças quentes e frias”, a qual entende que as enfermidades podem resultar do efeito do calor ou do frio no corpo, sendo que muitas vezes, o “quente” e o “frio” são referências simbólicas, não correspondendo à temperatura que existe de fato.

Assim como para os alimentos, a teoria humoral embasa outros cuidados pós-parto, como o fato de não poder expor-se às correntes de ar frio, denominada pelas mulheres de “friagem”, não lavar a cabeça, não andar de pés descalços, não molhar os pés, não sair no sol e nem ficar no sereno. Todos esses tabus seguem os princípios de “frio” e “calor” e são realizados para evitar problemas futuros: as dores e a loucura.

“...esses dias ela lavando roupa do nenê caiu água nos meus pés, ela falou que não pode, que eu não posso tomar sol, que eu não posso tomar sereno...”(Flávia, 27 dias pp)

“...elas falaram assim, que um dia eu tava aqui sentada com ela né, aí eu tava de pé no chão, descalça né, aí ela me viu, colocou a mão na cabeça e falou “Joana do Céu, coloca um chinelo, porque você vai pegar dor de cabeça, quando você tá no resguardo você não pode ficar de pé no chão, pegar vento essas coisas...”(Joana, 40 dias pp)

“...antigamente nessa época realmente não se lavava a cabeça nos 40 dias, por que? friagem, às vezes é um cabelo grosso demora a secar, então isso é prejudicial, antigamente falavam que prejudicava né, porque é friagem né, é um tipo de friagem né, pisar no chão molhado sem chinelo, tudo isso vai acarretar com dores...”(sogra Fabíola)

“...primeiro quando tava de resguardo não lavava a cabeça não, porque a gente né, eles falam que a cabeça, que o que manda o corpo da gente é a cabeça né, se a cabeça sua não tiver regulando certo o corpo não manda nada (risos), a cabeça tem que prestar, tem que tá com o juízo bom pra ver o que que tá fazendo... minha avó falou que a pessoa se quebrar o resguardo a pessoa fica com o juízo fraco, o juízo sai, a mente da pessoa sai né, e a pessoa fica que nem doido na rua jogando pedra nos outros aí, igual eu vi uma onde que eu moro, uma mulher novinha lá na rua naquele conversê...”(mãe Roberta)

O repouso é outro tabu que deve ser cumprido. O resguardo traz a idéia de um período de recuperação, assim repousar significa restabelecer-se e pôr-se a salvo de prováveis perigos (ZIEGEL; CRANLEY, 1986). Para que isso aconteça, é preciso deixar de fazer algumas tarefas, como pegar peso, não ficar abaixando-se ou subindo em cadeiras ou escadas e fazer apenas os serviços mais leves.

“...a pessoa quando ganha nenê não pode ficar pegando coisa pesada que a mãe do corpo tá solta né, ali dentro da barriga da pessoa, e a pessoa fica fazendo aquilo, extravagância, aquilo vai sair pra fora e a pessoa vai ter que operar, porque senão fica defeituoso né, por isso a pessoa que tem que ter cuidado, diz que quem gosta da gente é a gente mesmo né, a gente tem que ter cuidado na boca, ter no cuidado não pisar muito forte também no chão, não ficar subindo em coisa muito alta, evitar de fazer né, porque eu não fazia isso também não, porque a pessoa pisando forte né pode dar problema né, porque você vê quando você tá com uma dor você pisando forte não chacoalha a cabeça da gente todinha, você pisou forte vai sair aqui na cabeça da gente (risos), ué quando você tá sentindo uma dor você não pode correr, você não pode ficar abaixando, levantando, igual aquelas que ficam abaixando e pegando coisa no chão, não, pra não dar problema mais tarde né...”(mãe Roberta)

“...não pode fazer é força, porque você tem dois riscos, os pontos abrir ou a mãe do corpo, às vezes ela pode sair do lugar, pode sair fora do corpo, ele falou que se a mãe do corpo sai fora do corpo dá um negócio na bexiga não sei...”(Maria, 10 dias pp)

“Eu procuro manter repouso né, pra não quebrar o resguardo, não faço coisa pesada, só faço coisa de leve, porque não pode fazer muito esforço, quando eu cheguei eu não fazia nada, minha mãe fazia tudo, agora eu lavo louça, faço comida, eu faço as coisas que tá no alto né, só não lavo roupa, não passo, então eu faço as coisas leves né, agora as mais difícil e pesadas assim ela faz, tem que manter repouso né, tem que ter cuidado...”(Roberta, 16 dias pp)

Outro aspecto que deve ser considerado no período do resguardo, mencionado pelas mulheres e familiares como importante e que ultrapassa os limites

físicos e biológicos da vivência da maternidade, diz respeito ao lado emocional e bem-estar psicológico. Tal aspecto também foi observado por Costa (2001) em seu estudo sobre as condutas pós-parto utilizadas pelas puérperas.

“Ah tem assim o carinho, que a gente tem que dá mais, pros dois, pros dois né, em primeiro lugar ela tem que receber porque tem que passar pro filho dela né, se a gente não der carinho pra ela, quem não recebe não pode dar, não é? Então quem dá quer receber, então a gente passa muito, a gente conversa com ela, eu mesmo às vezes eu quero falar assim alguma coisa que vai magoar ela eu já não falo, já me seguro, já não falo pra ela, digo não deixa passar, depois aí eu falo pra ela assim...”(mãe Flávia)

“A maior atenção, eles conversam, meus cunhado, ela (a sogra), minha mãe me liga pedindo se eu preciso de alguma coisa, faz as coisas bem de comer pra mim comer, pra mim se alimentar melhor, “toma o remédio, come melhor, come mais”, faz vitamina, essas coisas assim, tá sendo um cuidado assim maravilhoso...”(Luísa, 22 dias pp)

“...eu tenho que ficar mais tranqüila, tem que ficar mais deitada, então eu procuro ficar, então é isso, eu procuro fazer o repouso na medida do possível, quando dá né, às vezes eu fico aflita porque eu vejo que tem coisa pra fazer e eu não posso fazer...”(Aline, 15 dias pp)

“...a pessoa não pode passar susto também, não pode passar raiva, não pode dar esparro na pessoa, a pessoa não pode tomar susto, é perigoso...”(mãe Roberta)

Em consonância com os demais cuidados físicos prestados às puérperas, a atenção e o carinho neste momento especial são essenciais, tendo como finalidade a criança. A mãe que está bem física e emocionalmente tende a se conduzir melhor nos cuidados maternos.

Quanto ao fato de não ter relação sexual, as mulheres acabam por não comentar muito sobre isso, demonstrando vergonha, entretanto quando questionadas referem que é preciso esperar o resguardo terminar, além de procurar orientação médica para a anticoncepção. A cobrança do companheiro também aparece ao mesmo tempo em que eles compreendem que devem esperar o final do

resguardo, demonstrando que o assunto envolve um jogo de relações de poder entre o casal que implica em diversos e complexos aspectos do relacionamento conjugal.

“...depois que ela terminar o resguardo dela ela tem que ir na médica pra ver direitinho, pra ver o que que vai tomar, o que que não vai, e cuidar também, não ter relação sexual antes disso...”(mãe Ana)

“Não voltei a ter relação, não, tenho medo, só depois que acaba os quarenta dias mesmo, e depois que eu tiver tomado a injeção, aí sim..(risos), senão não, paciência”.(Marina, 18 dias pp)

“Já, os pontos já caiu tudo já, mas até hoje eu fico com medo, meu marido às vezes fica brigando comigo, porque, ai tenho até vergonha de falar (risos), porque ele quer ter relação né, mas aí eu fico ai, não sei, se já tá bem, se já tá tudo normal, e eu tô enrolando ele, a sorte que ele não vai, ele é bonzinho, ele não vai pegar outra na rua, ele gosta de mim pra caramba ele falou que vai saber esperar, que eu não tive consulta ainda pós-parto com a ginecologista, daqui do postinho”.(Joana, 40 dias pp)

No jogo das relações de poder, Villela e Arilha (2003) relatam que a passividade e a paciência do comportamento feminino, no que se refere ao sexo, seguem as mesmas matrizes que as mulheres devem ter em relação aos filhos e ao esposo para garantir a harmonia familiar, necessária para que os filhos se tornem produtores e consumidores competentes. O comportamento sexual masculino tem outros moldes, da busca e da assertividade que eles devem ter para dar continuidade ao trabalho de produção e consumo de bens materiais que movem a sociedade capitalista.

5.5. Os agentes tomados como referência nas práticas de cuidado

As mulheres entrevistadas realizam os cuidados pós-parto embasadas nas referências das pessoas de seu meio relacional, seja pela proximidade, pelo vínculo ou pela experiência de vida das mesmas.

Da mesma forma, Nakano (2003), em seu estudo com mulheres nutrizas, evidenciou tais aspectos.

O espaço doméstico e familiar foi considerado pelas mulheres de nosso estudo como referência primária das interações e ações na amamentação. Pareceu-nos que o vínculo pesou nas escolhas e nas tomadas de decisões dessas mulheres, vínculos estes formados pelas ligações afetivas de proximidade. Outro elemento importante a ser considerado é a relação de poder estabelecida entre os membros da família, manifestada pelas relações hierárquicas (avós, mães, sogras), ou mesmo pela capacidade de influenciar e liderar, em razão da experiência (NAKANO, 2003, p.107).

“Eles fazem de tudo para me ajudar”

A família como um todo forma uma rede de suporte muito participativa das atividades próprias da fase pós-parto, em especial assumindo as tarefas do lar e os cuidados com o bebê.

Para que a ajuda se estabeleça de forma satisfatória, inúmeros ajustes são necessários a fim de que a mulher/mãe consiga desempenhar suas funções de cuidadora e nutriz. Assim, essa ajuda se dá basicamente, ou até mesmo exclusivamente, por parte dos membros do sexo feminino, como mães, sogras, irmãs, vizinhas, já que são elas que demonstram uma maior disponibilidade no contexto familiar.

“Ah! É sobre o trabalho de casa né que a gente tem que ajudar né, ajudar ela né, que eu tenho a minha obrigação da minha casa, que eu tenho que procurar não deixar ela fazer, só cuidar mais do nenê né, porque agora o nenê precisa pra cuidar bem dele né, então eu não posso deixar ela largar o nenê pra fazer o serviço”.(sogra Aline)

“Eu falo né, você cuida mais do menino que os que eu posso fazer aqui eu faço né, os de cá de fora eu vou fazendo, ela cuidando do menino lá dentro, os outros eu vou fazendo...”(mãe Roberta)

Arranjos são feitos para que a ajuda possa se estabelecer, mudando rotinas particularmente das mulheres. Muitas mães das puérperas até mesmo organizam suas vidas pessoais e profissionais para vivenciar a maternidade da filha, onde revivem a própria maternidade.

O valor social das práticas femininas de cuidado, especialmente as relacionadas à maternidade, tem ligação estreita e direta com as próprias mulheres, já que seu fazer é definido pelas vivências e experiências construídas no seu corpo. Assim, Collière (1989b) nos mostra que o cuidado é veiculado através do corpo daquelas que já passaram pelo ciclo completo: gestar, parir, maternar, o que lhes confere um reconhecimento para ajudar outras mulheres a se iniciarem nesse processo do cuidar.

“...mudou bastante, mais pra ela (mãe) do que pro meu pai”.(Maria, 10 dias pp)

“Ah, pra mim (companheiro) eu acho que mudou menos que pra ela (puérpera) né, que eu, deu pra eu continuar mais ou menos a minha rotina normal, mudou um pouco mais a responsabilidade...”(companheiro Raquel)

Nesse processo de ajuda, manifestam não só gratidão por compartilhar das experiências de mãe, mas principalmente de avó. Entretanto, a depender da demanda de cuidados, o cansaço é algo inevitável, como podemos perceber nas falas.

“Acho que é o cansaço mesmo né...vich, ficou bem mais corrido, porque eu tenho três roupas, a do serviço, a minha e a dela, pra lava, pra passar, é lá, é aqui, então é cansaço mesmo, é a correria mesmo...mas isso passa logo né...”(mãe Marina)

As mulheres da família como agentes do cuidado

Depreende-se, ainda, que as mulheres da família são tidas como referência para os cuidados. A insegurança frente a tantas mudanças e o medo de não corresponder de modo adequado às expectativas do “ser mãe” fazem com que essas mulheres lancem mão de experiências e conhecimentos de outras mulheres que já vivenciaram esse processo, em especial as suas mães.

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

“...às vezes eu tinha que ligar pra minha mãe ‘ai mãe tá acontecendo isso, isso e aquilo’, que ela já entende... aí eu fui aprendendo...”(Raquel, 25 dias pp)

O *status* dado à mulher/mãe/avó se justifica pelo fato desta ter o conhecimento adquirido pela experiência de maternidade vivenciada. Ao entender a capacidade de maternar como algo ligado ao gênero feminino, as mulheres acabam por reproduzir, através das gerações, esse ideário como algo natural, já que no contexto familiar cuidam de suas filhas que, quando tiverem seus filhos, cuidarão desses e ainda receberão ajuda de suas mães – as avós.

As mulheres na sua função doméstica como trabalhadoras do lar reconstituem-se fisicamente numa base diária e se reproduzem como mães, emocional e psicologicamente, na próxima geração. Contribuem assim para a perpetuação de seus papéis sociais e seu posicionamento na hierarquia de gênero (CHODOROW, 1990, p.259).

A autora complementa que é na família que as mulheres exercem sua função de maternar e educar, ensinando às suas filhas a serem mães. Esse processo de preparação das mulheres ao desígnio da maternidade se estabelece desde a infância e se sucede até o nascimento e crescimento dos filhos.

Nesse sentido, durante a primeira experiência de maternidade, as mães dessas mulheres passam a ter papel fundamental em seu aconselhamento, já que tem a carga da experiência vivida.

“Aí, tudo é minha mãe, quando ela tá em casa toda hora corre e chama a mãe...” (Ana, 23 dias pp)

“...ela (sogra) ajuda porque eu sou a mãe de primeira viagem, aí eu não entendia muito...” (Luísa, 22 dias pp)

Sendo elas “inexperientes”, como dizem, os ensinamentos advindos de suas mães no cotidiano da família vão sendo elaborados e transmitidos através de costumes e crenças, possibilitando às “marinheiras de primeira viagem” o aprendizado de maternar.

“Antes de ela ter (bebê), eu dei todas as dicas, o que eu pude passar pra ela de experiência minha eu passei pra ela, eu no meu pouco que eu entendo e que eu sei de mulher e mãe, eu passo pra ela, todo o entendimento, todas as explicações que ela precisar, todo ensinamento que eu puder ajudar ela a criar o Gustavo, pra evitar que ele sofra, que ele passe por dor, por necessidade, eu ajudo no que precisar, dou todo apoio, dou todo tempo que eles quiserem...” (sogra Fabíola)

Essa experiência das mulheres mais velhas consiste no que Bourdieu (2001) chama de *propriedades atuantes dos agentes*. Esclarece que “tais propriedades se constituem em campo de forças, ou seja, em um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entram nesse campo, sendo irredutível às intenções dos agentes individuais, ou mesmo às interações diretas entre agentes” (BOURDIEU, 2001, p.134).

Conforme o autor, tais propriedades, no caso a experiência vivida, conferem a essas mulheres uma espécie de *poder* ou *capital*, o qual irá depender do lugar que os agentes ocupam em uma determinada situação. Os *capitais* podem ser de cunho econômico, cultural, social ou simbólico.

Diante disso, espécies de capitais se evidenciam no convívio dos cuidados pós-parto, quando as mulheres/puérperas percebem as propriedades atuantes de suas mães, sogras e avós, bem como estas se reconhecem como tal, como podemos observar nas falas.

“...no colo dela (sogra) ele fica mais calmo...”(Aline, 15 dias pp)

“...como ela (avó) já é mais experiente, então já pega, já sabe como pôr, como fazer massaginha, então essas coisas, sabe conversar mais com ele, tanto que quando ele escuta a voz dela (da avó) ele fica parado, ela pára de conversar ele começa chorar”.(Flávia, 27 dias pp)

“...aí minha mãe catou ela (bebê), fez massagem, minha mãe que falou ‘não essa menina tá com cólica’, então minha mãe que tá me ajudando...”(Maria, 10 dias pp)

“...aí eu fui lá, aí ela (avó) só embrulhou ela e começou balançar, e ela dormiu a noite inteira...”(Raquel, 25 dias pp)

“...também ajudo ela a cuidar do bebê, inclusive ele sente muita falta minha, ele gosta muito do meu colo, sabe, esses dias eu fui viajar, nossa, acho que essa idade que ele tá, ele sente, ele sentiu muito a minha falta né, porque a gente já é mais, mais assim, mais velha, já sabe como, assim já cuidou os da gente, então a gente já sabe, então é onde que a hora que eu pego ele, ele chora muito, e a hora que eu pego ele fica caladinho, nossa eles se sentiram apavorado esses dois dias da minha viagem, eles sentiram apavorados...tenho ajudado muito ela, ensinar ele amamentar o bebê sabe, porque eu já amamentei eu sei como que é, dou também várias orientações pra ela como tem que ser né...”(sogra Aline)

Percebemos, no entanto, que essa ajuda não está livre de hesitações, já que muitas vezes as mulheres “mais experientes” acabam interpondo-se no cuidado materno e tomando-o para si.

“...ela é tão assim, vó coruja, que ela vem, pega e vai dando o banhozinho dela...”(Luísa, 22 dias pp)

“...aí ela (mãe) fala que eu não sei dar banho direito, aí ela pega e dá o banho...”(Ana, 23 dias pp)

“...quer fazer uma coisa a mãe não deixa...”(Flávia, 27 dias pp)

Corroborando com os conceitos de Bourdieu (2001), Helman (1994) ressalta que, apesar da subordinação feminina ao doméstico, as mulheres, principalmente as mais velhas, as casadas ou com filhos, exercem um visível poder pessoal, simbólico e econômico no âmbito social, os quais mesmo sendo exercidos “por trás dos panos podem, de certa forma, ser mais genuínos que os poderes exercidos pelos homens no centro do palco” (HELMAN, 1994, p.142).

Tal poder das mulheres mais velhas e experientes acaba por se manifestar em cobrança à mulher/puérpera que aos olhos daquelas mostram-se inapropriadas para a maternidade, podendo isso se dar de maneira explícita ou não.

“...mas acho que até agora nossa ela tá passada, tem que tá falando o horário, remédio tal hora, a gente põe o relógio pra despertar pra dar, pra não passar da hora, “deu o banho já, das 5?”, “dei”, então sabe, a gente fica assim, então eu fico cobrando isso pra ver se mais tarde não precisa ficar em cima mais, ela se vira agora, então até agora tá, tô cansada, mas a gente tá ajudando, tá levando”.(mãe Ana)

Conforme Primo e Caetano⁹ (1999 apud MACHADO, 2001, p.106), “as mães atuam junto às filhas, dão força, incentivo e às vezes, usam de seu *status* de mãe para lembrar-lhes os deveres e responsabilidades de ser mãe”.

⁹ PRIMO, C. C.; CAETANO, L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J. Pediatria*, v. 75, n. 6, p. 449-455, 1999.

Assim, mesmo que as mulheres não achem necessário ou até mesmo não acreditem nas práticas de cuidado que lhe são transmitidas, acabam por fazê-las por medo, por respeito ou para evitar discussões.

“Ai, eu não sei, eu acho que tem coisa ali que dá pra fazer sim, que não tem problema, mas ela fala então eu não faço... Ah, eu acho que dá pra lavar um banheiro, dá pra puxar uma água, essas coisas que ela fala que é pesado, que não pode né, mas eu acho que dava sim, não sei (risos), eu me arriscaria, mas ela fala que não pode, então eu não posso...então ela fica falando aí eu não faço, pra gente não brigar (risos), por que senão a gente começa a discutir, então no tempo dela não podia né, ficava 40 dias dentro duma cama sem fazer nada, aí então ela fala e eu não faço também, aí eu faço as coisas mais leves”.(Rosana, 22 dias pp)

“...comida quem ta fazendo geralmente é minha mãe, minha mãe, sabe né, pessoas assim mais velhas já ganhou nenê...”(Maria, 10 dias pp)

“...ela falou assim que ela queria dar pra mim o resguardo que ela teve, só que às vezes aí eu não to respeitando, ela fala, só que eu acho que é besteira...”(Flávia, 27 dias pp)

Os conhecimentos de cuidado com o corpo são transmitidos de geração em geração e são, portanto, seculares, além de serem estritamente ligados ao feminino. Nesse sentido, Scavone (2004) relata que as mulheres adquirem conhecimentos de uma medicina caseira que são transmitidos oralmente das mais velhas para as mais novas. Tais conhecimentos são comprovados como eficazes já que são a prova viva de que essas práticas funcionam.

“...coisas que eu aprendi da minha avó, então eu tô passando pra eles o que foi bom pra mim, que minha mãe me ensinou, que minha avó, às vezes pode ser que muita coisa hoje em dia os médicos falam “é besteira”, mas é o que a gente aprendeu, o que a gente achou que foi bom...”(sogra Fabíola)

“...eu não acreditei muito não, mas fui lá e pus o chinelo, às vezes eu saía com ela lá fora e ela (vizinha) falava, eu escutava e fazia o que elas mandavam, mas não acreditava muito não, mas eu fazia, porque eu não sei de nada né, não sabia de nada né, fiz 19 anos agora e primeiro nenê, e o meu marido falava “aí é bom você fazer isso, porque ela já tem 4 filhos, que ela deve saber né mais ou menos, vai lá e faz”, mas eu não gostava muito não do que ela ficava falando”.(Joana, 40 dias pp)

O homem como agente: a seletiva ajuda masculina no cuidado

Os homens também aparecem apresentando ajuda no período pós-parto, entretanto, do mesmo modo que para as mulheres, as relações de gênero permeiam esse contexto, determinando *a priori* a participação que cabe a cada um.

A identidade masculina, embasada na idéia de força física, virilidade, realização e autoconfiança, orienta a sua socialização para a participação no mundo dos negócios e do trabalho na esfera pública (CHODOROW, 1979). Dessa maneira, por ocasião da paternidade, é esperado dos homens que sejam provedores e responsáveis pela família, sendo esses aspectos que os caracterizam como pais.

“...se não tem a gente dá um jeito de comprar...”(companheiro Fabíola)

“...as pessoas falam ‘ser pai dá muito gasto e tal’...”(companheiro Joana)

“...agora também todo dinheiro que ia na cerveja, agora vai na fralda...”(Ana, 23 dias pp)

O fato de o pai dar ou não o seu sobrenome ao filho, também, é condição relevante no exercício da paternidade, já que é através do nome que ele reconhece o filho como legítimo, outorgando-lhe poder e *status*.

“...ele tem que registrar no nome dele, que criança mais tarde quer ter um nome de pai, é lógico, todas elas chegam na escola quando começa e querem saber quem é pai, quem é mãe, então isso, eu achei que era o certo ele fazer isso...”(mãe Ana)

Da mesma forma que Nakano (2003), em seu estudo sobre o universo simbólico da amamentação para um grupo de mulheres, observamos que os homens, ao se tornarem pais, fizeram um movimento de aproximação com o ambiente doméstico, tanto por uma maior proximidade com o bebê, quanto até mesmo pelos afazeres domésticos.

“...mas ela (bebê) praticamente pra ele (companheiro) mudou muita coisa, porque ele não sabe fazer outra coisa...”(Maria, 10 dias pp)

“...eu trabalho o dia inteiro e a hora que eu chego eu procuro tá sempre auxiliando ela, ou cuidando da menina ou ajudando em alguma coisa em casa, procurando ajudar e participar sempre que eu tô em casa”.(companheiro Raquel)

“...dou uma ajuda, a Joana vai fazer algumas coisas eu fico com a nenê, tudo certinho...”(companheiro Joana)

Entretanto, a “ajuda” que oferecem às companheiras tem uma conotação de um auxílio, uma espreita, algo secundário, suscitando as arraigadas noções de gênero que regem os cuidados privados, sejam eles com os filhos ou com a casa.

“Ah, o que eu posso ajudar é mais ficar com a menina né, pra ela fazer as coisas, que ela (bebê) gosta dum colo que só ela né, põem no carrinho e começa chorar, aí tem que ficar embalando, aí ela (companheira) vai fazer as coisas dela e eu fico com ela, no mais é só a Joana, trocar fralda, dar de mamar é com ela”.(companheiro Joana)

“...eu de vez em quando vou e ajudo ela, que ela não pode pegar a banheira, que ela tá com ele ocupada lá, eu vou pegar alguma coisa que ela não tá podendo né, a gente sente que mudou bastante, ainda bem que eu tô ficando em casa agora esses dias então dá pra ajudar”.(companheiro Fabíola)

Observamos que, quando os homens ajudam nos afazeres domésticos, eles acabam fazendo o “serviço mais pesado” que tem ligação com a característica masculina de força física. Da mesma forma, nos cuidados com as crianças eles também selecionam alguns cuidados, geralmente os menos trabalhosos ou mais convenientes.

“...o meu esposo mesmo que faz, assim as coisas mais pesadas é ele mesmo, como lavar um quintal...”(Fabíola, 11 dias pp)

“Ele ajuda, só não troca a fralda, porque ele tem medo...”(Ana, 23 dias pp)

“Trocar fralda...raramente, uma vez só, tenho um pouco de medo assim não sei, às vezes aperta muito, uma coisa assim”.(companheiro Joana)

Contudo, apesar da ajuda nas tarefas domésticas por parte dos companheiros ocorrer com maior frequência no puerpério, esta se dá apenas nesse período, em que a mulher precisa de mais cuidados, já que eles não pretendem estender tal ocupação por muito tempo.

“...mudou assim dentro de casa mudou um pouco né, os costumes assim, eu acho que é por enquanto, que é eu que tô fazendo as coisas, de vez em quando é eu que vou faço um almoço...”(companheiro Fabíola)

A vigília e a supervisão, enquanto a puérpera realiza os cuidados, também são comuns por parte do meio relacional, o que é verbalizado e percebido também pelos companheiros.

“Ah, no começo eu tava de férias né, eu peguei treze dias pra fica, pra ajudar ela a cuidar, mas eu acabei não cuidando nada, quem cuidou foi ela (risos), eu só ficava na cobertura, olhando e tal, dando assistência né...”(mãe Marina)

“...a gente percebe que as pessoas ficam mais com a atenção na gente, porque é o primeiro e ela é um pouco nova, então as pessoas ficam mais em volta e a gente sente essas coisas, as preocupações das pessoas, eu sinto que ela fica bastante preocupada comigo, ela procura fazer tudo direitinho, olha ele aqui, olha ali...”(companheiro Fabíola)

“...eu já vou voltar a trabalhar e eu não dei banho nela, mas ela (filha) que cuida, ela que cuida mesmo, ela até me surpreendeu muito, surpreendeu mesmo, porque ela assumiu mesmo, porque quando ela chegou e falou que tava grávida, a única coisa que eu falei pra ela foi “filho é pra sempre”, a partir do momento que você engravidou, agora você assume porque é pra sempre...então ela assumiu mesmo, graças a Deus ela me surpreendeu...”(mãe Marina)

Considerando que o cuidar é uma atividade regida pelo gênero, implica que para os homens o cuidar tenha uma outra distinção que se pode depreender das falas dos companheiros dessas mulheres que, embora assumam parte do cuidado, o fazem de forma seletiva, buscando coerência com o universo moral masculino.

Os profissionais de saúde como agentes relativos do cuidado no contexto extra-institucional

Os profissionais de saúde, com seus conhecimentos baseados no modelo biomédico e no reducionismo biológico, desenvolvem uma prática assistencial centrada em habilidades técnicas e ações fragmentadas, impossibilitando a percepção da complexidade que envolve o cuidado pós-parto.

Dessa forma, as ações despendidas pelos profissionais às mulheres fogem, muitas vezes, da realidade social e simbólica das mesmas, não atingindo assim, o seu alvo. Nakano (2003, p.108) relata que os profissionais “tendem a escamotear o caráter social do fenômeno”, tanto no sentido teórico quanto na prática.

A mesma autora, ainda, relata que, quando são tomados como agentes nas práticas de cuidado, suas ações assumem características prescritivas, impostas e de supervisão, o que faz menção a uma postura de “detentor do saber”. Isso pode ser observado na fala das mulheres, tanto pelo fato delas seguirem suas orientações como verdade absoluta, quanto por utilizarem seus ensinamentos para comprovarem, ou não, as condutas de seus familiares.

“Porque a minha mãe fala que, a minha mãe... até conversei com um médico ele também falou...”(Maria, 10 dias pp)

“...ah, antigamente falavam que não podia lavar a cabeça, minha mãe falou que não, que pode lavar todo dia, normal.... algumas coisas é antigamente falavam que não podia essas coisas né, mas muitas coisas que eles falam eu levo em consideração, outras não, que nem de higiene essas coisas não, mas assim tem certas coisas que eu acho que é bobeira, mas eu evito.... por que eu não sei se é, o médico não me falou nada, oh, não come isso ou aquilo, mas a minha mãe fala ‘se você comer vai dar cólica nela, se você comer vai dar dor de barriga nela’, e se o médico não falou nada, eu acho que tá livre pra comer e beber, mas já que a mãe tá falando que é pra evitar, vamos evitar”.(Ana, 23 dias pp)

Na fala de Rosana, se percebe que, além de centrar toda a verdade na palavra dos profissionais como a única aceita, ela também menospreza os seus conhecimentos, descartando tudo o que não tem caráter científico.

“Quando eu cheguei ela (a mãe) falou que não podia lavar a cabeça, porque no tempo dela não lavava a cabeça, eu falei que pode, que lá na MATERNIDADE falaram que pode, que não tem nada desse negócio, ah várias coisas que no tempo dela não podia e que agora pode...eu só escuto o que é bom o que é ruim eu não tô nem escutando, e na MATERNIDADE, na MATERNIDADE já falam o que pode e o que não pode, então pra mim é o que eles falaram lá que tá valendo, porque ninguém é médico, ninguém é enfermeiro, ninguém é pediatra, ninguém é nada aqui, porque eles são médicos eles já sabem, enfermeira, pediatra, então eles sabem o que é bom, então quem não é nada disso não entende nada, é que nem eu”.(Rosana, 22 dias pp)

Em contrapartida, para a maioria das mulheres, o que se evidencia é que a comprovação das práticas pelos seus familiares, ou seja, as experiências já vividas pelas mulheres do seu meio é que tendem a ser consideradas para as ações de cuidado pós-parto.

“...o médico mesmo fala que você pode comer normal, mas sei lá, a gente vem duma família assim mais antiga que o meu pai tinha essas cobranças com a gente, que ela que falava mais sabe, então ele falava que você não pode tá comendo muita coisa...”(mãe Ana)

“...é tudo coisas que a gente aprendeu com a minha mãe, e pra nossa mãe foi bom, aí não sei o que médico, tudo bem é médico, eles sabem, mas a gente tem aquilo de mãe, sabe realmente o que é bom e o que não é, às vezes o médico fala uma coisa lá, mas que pra ela não cai, é melhor às vezes fazer do meu jeitinho, do jeitinho que ela foi criada, que a mãe dela também fez pra ela e ela tá bem até hoje...”(sogra Fabíola)

Observa-se que algumas condutas orientadas pelos profissionais não são seguidas pelas mulheres já que acham não ser necessário ou importante, ou até mesmo porque não é “costume” do seu meio social a execução de tais procedimentos. Contudo, elas próprias acabam por comprovar a validade das orientações recebidas, quando são acometidas por intercorrências advindas da não-

realização das mesmas. Diante disso é que passam a incorporar as condutas institucionais como necessárias a sua prática cotidiana, remodelando assim, padrões tidos como negativos.

“...pelo que me informaram pediram assim pra mim ter cuidado assim com a mama, cuidar bastante, aí agora que eu comecei porque deu aquele problema, que eu não cuidei direito...eles tinham prevenido lá na MATERN...”(Raquel, 25 dias pp)

O cuidado, dessa forma, se constrói e reconstrói nos diferentes contextos, ou seja, no contexto popular de saúde e dentro do sistema profissional de saúde. A esse respeito, a partir de estudos de Leininger e de vários autores que estudam sobre cuidado, Patrício (1994, p.144) distingue o cuidado popular do cuidado profissional. De acordo com a autora, o processo de cuidar fundamenta-se na interação entre o profissional e o cliente.

Tem-se o cuidado popular como aquele que reflete crenças, valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida e relaciona-se com a estrutura social... O cuidado profissional tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças, valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicas e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos e também nos elementos do ‘cuidado popular’, sendo principalmente fundamentado no processo de cuidar...

Com base nesses conceitos e no que se pode depreender dos dados, o “processo cuidar” tal como efetivado pelo profissional promove uma ruptura entre os dois mundos: o institucional e o da família. Não há uma negociação interacional entre as partes, com reflexão e trocas de seus universos culturais, onde cada qual se

sinta e participe como agente, de modo a “acomodar” e “repadronizar” o cuidado dentro das singularidades evidenciadas para cada mulher, bebê e família.

6. A VIVÊNCIA DO CUIDADO NO PUERPÉRIO: AS MULHERES CONSTRUINDO-SE COMO MÃES

A reprodução social que se faz das características femininas e masculinas está baseada nas relações de gênero, é mediada e amplamente difundida através das gerações por meio da cultura. Dessa forma, tais concepções geradas em diferenças biológicas orientam e atribuem significado a diversas práticas e idealizações sociais.

Homens e mulheres definem-se de forma desigual ante suas diferenças físicas, são educados para pensar, agir, sentir e desenvolver suas habilidades de maneiras distintas. Assim, as concepções de mundo masculino referem-se às responsabilidades públicas, à virilidade, ao poder, sendo que às ligadas ao feminino estão centradas basicamente no seu papel reprodutivo, de gestar, parir e posteriormente envolver-se nos cuidados dessa criança que gerou.

Nesse sentido, a naturalização das mulheres como mães acaba por definir seu papel no ambiente doméstico, ao qual é subordinada em detrimento do cumprimento de sua destinação: a maternidade. A maternidade passou a ser, então, algo natural e instintivo para as mulheres, e já que tal condição advém de características biológicas, é, portanto, inevitável e imutável (CHODOROW, 1990).

Bourdieu (1999) menciona que o mundo social, no qual as mulheres estão inseridas, constrói o corpo feminino como uma realidade sexuada que é moldada

através de princípios sociais também sexualizantes, de forma que o social define o biológico e vice-versa.

Na vivência da maternidade, é esperado da mulher que ela seja uma “boa mãe”, o que significa ter características de doação, sacrifícios, abnegação, paciência e delicadeza, as quais são tidas como características maternas, além de ser natural que quem cuide dos filhos seja a própria mãe. Assim, corroboramos as palavras de Nakano (1996, p.128), quando diz que “no jogo das relações entre os gêneros frente à reprodução humana, é dada à mulher a primazia, ou ainda, a exclusividade do desempenho da procriação dos filhos, envolvendo-a em relações de poder, estruturalmente hierarquizada”.

A representação do amor materno como inato ao feminino traz consigo também o cuidado. A máxima “quem ama, cuida” conhecida do senso comum vem confirmar que essa concepção faz parte do ideário social da maternidade. Estando o cuidado ligado ao materno, ele conseqüentemente é algo próprio das mulheres. Segundo Collière (1989b), através da maternidade, do parto, dos cuidados com os recém-nascidos, as mulheres iniciaram-se na arte de cuidar, o que é, há muito tempo, atribuído ao feminino e tido como um fato social.

Conforme refere Boff (2003) cuidar é “mais que um ato; é uma atitude”. Abrange mais que um momento de atenção, de dedicação, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. A respeito desse conceito de cuidado, Zoboli (2004) aponta para duas significação básicas e intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a

segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro, por parte da pessoa que cuida.

Importante marco na literatura sobre noção contemporânea de cuidado é a obra de Carol Gilligan, que contrasta a orientação moral primária de meninos e homens com a de meninas e mulheres. Segundo a autora, o imperativo moral para as mulheres configura-se na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à auto-realização (GILLIGAN, 1993).

Para as mulheres e respectivos familiares deste estudo, o cuidar do filho implica responsabilidades, compromisso contínuo, sacrifícios, envolvimento emocional, o que coloca por vezes as mulheres a confrontarem-se com ambivalências de “*ser eu só e ser só ele (o bebê)*”.

O momento particular de estar diante do filho recém-nascido, *pequenininho... novinho* e frágil, oportuniza o surgimento de sentimentos e atitudes em resposta às necessidades do outro. Na abordagem de Nel Noddings sobre a ética do cuidado, essa defende haver um “cuidado natural” acessível a toda humanidade. A capacidade de agir eticamente é uma “virtude ativa” que requer dois sentimentos: o primeiro é o sentimento natural de cuidado e o segundo ocorre em resposta à lembrança do primeiro, pois cada pessoa traz consigo uma memória dos momentos nos quais cuidou ou foi cuidada podendo acessá-la e, caso assim o deseje, por ela guiar sua conduta (ZOBOLI, 2004). Para a mesma autora, o cuidar requer que a pessoa responda ao impulso inicial com um ato de compromisso.

Na expressão do grupo de sujeitos do estudo, o compromisso é de *cuidar dele (bebê) direitinho*. No prestar o cuidado ao filho, como fonte de obrigação e responsabilidade, as mulheres têm um desempenho compatível com a representação idealizada do “ser mãe”, ao mesmo tempo outros valores se agregam às relações de cuidado, ou seja, *cuidar da mãe para que ela cuide do bebê*. Assim, o cuidado puerperal é estruturado tendo como objeto a ação sobre a mulher/mãe e por finalidade proporcionar o bem-estar físico e emocional da criança/filho.

Nas relações de cuidado operam-se forças/habilidades que ora se concentram, ora se difundem entre os membros da família. Tradicionalmente e particularmente no grupo estudado, são as mulheres da família que predominam como agentes do cuidado.

Para Collière (1989b), as mulheres não apenas devem cuidar, mas transmitem suas práticas de cuidado a outras mulheres e a seus filhos, perpetuando as noções de cuidar através de gerações, tornando-as milenares.

O reconhecimento do valor social da prática dos cuidados prestados pelas mulheres funda-se no prestígio da sua experiência, experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo, (...) a que foi mãe ao dar à luz e que depois será reconhecida por ajudar outras mulheres a fazê-lo e iniciá-las a cuidar das crianças (COLLIÈRE, 1989b, p.47)

O cuidado como essencialmente feminino vem decretá-lo como uma atividade regida pelas relações de gênero em nossa sociedade, na qual cabe às mulheres o mundo do privado e aos homens a esfera do público. Complementa Tronto (1997, p.189) que “as ocupações das mulheres são geralmente aquelas que envolvem cuidados e elas realizam um montante desproporcional de atividades de cuidado no ambiente doméstico privado”.

A reprodução social do cuidado é incorporado através do processo de socialização o qual também permeado pelas questões de gênero acaba por estabelecer-se de forma diferenciada entre meninos e meninas, perpetuando a relação direta entre o cuidar e o feminino.

O processo de socialização tem início na infância, período no qual a maternagem se torna responsável pela construção de gênero de meninos e meninas e, conseqüentemente, da sua identidade.

Segundo Chodorow (1990), a identidade de gênero se desenvolve pelo convívio dos filhos e filhas com suas mães, as quais se percebem mais parecidas com suas filhas e assim estabelecem uma aproximação e uma identificação maior com elas, já com os filhos, percebidos como diferentes delas, a relação de identificação não se dá de forma tão estreita, iniciando uma diferenciação e uma separação da ligação primária com eles.

Isso implica, conforme a autora, na estruturação de processos psicológicos que reproduzem mulheres capazes de maternar através dos tempos, e assim, também perpetuam a divisão sexual e familiar do trabalho, cabendo à mulher um comprometimento maior com os aspectos relativos aos cuidados do que aos homens.

As mulheres, como mães, produzem filhas com capacidades de maternar e o desejo de maternar. Estas capacidades e necessidades acham-se embutidas no próprio relacionamento mãe-filha e surgem dele. Por outro lado, as mulheres como mães (e os homens como não-mães) produzem filhos homens cujas capacidades e necessidades maternantes têm sido sistematicamente reduzidas e reprimidas. Isto predispõe os homens para seu posterior papel familiar menos afetivo, e para uma participação principalmente no mundo do trabalho impessoal e extra-familiar, e na vida pública (CHODOROW, 1990, p. 22).

Como as mulheres, desde meninas, participam de forma presente das vivências cotidianas de suas mães, avós e tias e são elas as socializadoras dos filhos de forma mais expressiva, acabam por ser, dessa forma, construtoras e vítimas da realidade em que se encontram.

Nesse movimento de mão dupla, as mulheres tecem suas vivências através das experiências imbricadas no seu fazer. Dessa maneira, reproduzem a realidade de seu contexto social, através de crenças, hábitos, valores e a própria ideologia de subordinação feminina. As mulheres não têm, portanto, conhecimento do poder que suas práticas representam (NAKANO, 1996).

Devido as suas experiências e aos conhecimentos que adquirem, as mulheres tornam-se agentes determinantes de mudança e perpetuação de seu próprio mundo social. Assim, como agentes na construção e na socialização do materno, mediante as diferenças de gênero que se fazem impressas diante das diferenças biológicas de seus corpos, as mulheres configuram um *habitus* que molda o seu fazer, o seu perceber e o seu sentir.

Bourdieu (2001) define *habitus*, como um conhecimento adquirido através da experiência, algo que se tem, que se possui, um capital, que se faz perceber quase como uma vocação incorporada, um modo de ser e fazer. Assim, o *habitus* será determinante na posição que as pessoas ocupam como agentes em cada situação em especial, nas quais são tomadas como referência para as práticas do cuidado.

Imbricadas nessas relações, as mulheres em fase pós-parto atuam como agentes de sua prática, abastecidas nas representações já incorporadas em sua socialização, ao mesmo tempo em que tomam como referência outros agentes de seu meio relacional, originando vivências muito particulares.

Assim, vivenciando o cuidado na fase puerperal, as mulheres acabam tecendo a construção do materno e do feminino, e acima de tudo a si próprias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, pudemos compreender como se estabelece o cuidado na fase pós-parto no contexto familiar, entendendo primeiramente que o cuidado faz parte do cotidiano feminino como algo natural, e que é na fase puerperal que ele ganha ênfase e assume certas particularidades.

Através das narrativas dos sujeitos se faz visível o fato de que a condição de ser mulher traz consigo a condição de ser mãe, e de ser acima de tudo uma boa mãe, que vive e sofre pelos seus filhos. “A mulher se percebe intimamente conectada com a função de reprodutora e mantenedora da espécie e da sociedade por um dos atributos naturais que a definem em sua essência: a maternidade” (MOREIRA, 2003, p.118).

Essa representação social da maternidade, como um ideal materno, faz parte também do ideário dessas mulheres, como algo natural e instintivo, o que acaba por embasar todas as práticas de cuidado na fase pós-parto, tanto com o bebê, quanto com a puérpera. Entretanto, ao mesmo tempo em que desejam a maternidade, convivem com as abdições e ambivalências inerentes a ela.

O cuidado, como algo relacional, tem no bebê o seu objeto. Assim, grande parte dos cuidados dispensados pelas mulheres e seus familiares nessa fase visa a atingir, mesmo que indiretamente, aquele que é peça-chave nas práticas de cuidado: a criança. É cuidando do filho que a mulher estende a ligação que tinha com ele durante a gestação, sendo o corpo feminino o mediador nesse processo.

Além dos cuidados com o bebê, é dado que as mulheres tomem conta também do espaço doméstico, o que permeia a vivência da maternidade com muitas mudanças e responsabilidades. Dessa forma, buscam em seu meio relacional a ajuda necessária para que as práticas de cuidado se estabeleçam adequadamente. A ajuda, em sua maior parte, é dispensada por mulheres – mães, sogras, avós, já que trazem consigo experiência e conhecimento, possibilitando que o cuidado se reproduza e se perpetue.

Retomando as concepções que Bourdieu (2001) faz sobre “os capitais” que as pessoas trazem consigo, é visível que eles estejam atuantes na execução das práticas de cuidado pós-parto, à medida que são essas as pessoas tomadas por referência pelas puérperas.

Tais práticas de cuidado pós-parto são transmitidas de geração em geração por crenças, costumes e tabus. É nesse sistema de representações culturais que as mulheres vão abastecer-se e construir-se como mães, sendo a família o veículo primeiro dessa socialização, como observamos em nosso estudo.

É no meio familiar que as mulheres irão buscar recursos para a prática do cuidado. Muitas vezes, tais recursos disponibilizados na família, sejam eles culturais, econômicos ou psicológicos, contrapõem-se aos disponibilizados pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, muitas condutas orientadas por esses profissionais não apresentam resolutividade pelo fato dos mesmos não considerarem em suas ações o contexto e as vivências dessas mulheres em particular.

Dessa forma, as práticas de cuidado pós-parto desenvolvidas e oferecidas por nós, profissionais de saúde, necessitam da inclusão de outros sujeitos, também agentes nesse processo, que são os demais membros da família.

Incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram e suas vivências se torna imprescindível para que nosso papel como agentes nas práticas de cuidado passe a ser uma realidade concreta, visto que só assim conseguiremos encontrar um “meio-termo” entre nosso saber dito científico e o saber das mulheres. Assim, acreditamos que nossas condutas poderão estar mais próximas do que procuramos: vivências mais prazerosas de maternidade.

Ser agente da prática do cuidado envolve respeito à individualidade das pessoas e atitudes como conhecer, ver, escutar o outro, permitindo a adequação da assistência à mulher, ao bebê e à família segundo a sua cultura, crenças, valores como também as diversidades de opiniões. A assistência no período puerperal não pode deixar de contemplar as mulheres em sua história, seu meio afetivo, social e econômico, assim, considerar suas próprias experiências de vida e incorporar a família como parte integrante desse processo torna-se fundamental.

Nesse sentido, compreender a família como importante suporte às mulheres requer oferecer apoio para as famílias, levando em conta suas fortalezas, suas vulnerabilidades e os padrões de funcionamento familiar, além de encorajar mecanismos de enfrentamento saudáveis dentro da constelação familiar.

Entendemos, diante do exposto, que uma possibilidade de maior aproximação com essas famílias pode ser viável através de uma proposta bastante atual, que é o Programa de Saúde da Família (PSF), já que traz como desafio central visualizar as

famílias como unidades de cuidado, além da integração da comunidade com os serviços locais de saúde (BRASIL, 1996b).

Assim como vislumbramos a possibilidade de uma interação mais efetiva entre as instituições hospitalares e as famílias através do PSF, também entendemos ser premente a necessidade de uma equipe profissional preparada e treinada para assistir às mulheres e suas famílias de forma segura e humanizada em sua integralidade. Fato esse, que estendemos ainda à formação dos profissionais, que precisa ser repensada quanto ao seu compromisso de “cuidadores da vida”.

Do mesmo modo, ampliar os estudos sobre o período pós-parto é mais uma possibilidade de assisti-lo de forma mais comprometida e de trazê-lo à luz de uma maior valorização, já que é uma das fases mais bonitas e significativas da vida das mulheres.

REFERÊNCIAS*

ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, M. I. M. **Maternidade**: um destino inevitável? Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ALMEIDA, M. S. A mulher e sua “destinação” à maternidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 43-51, abr. 1996. Número Temático.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 25-43.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde**. Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem. Curso de verão. São Paulo. Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo, 2003.

* Este trabalho foi realizado segundo as normas:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sexuais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 73, p. 13-75, mai. 1990.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto, A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BHOPAL, K. South Asian women in east London: motherhood and social support. **Women's studies international forum**, USA, v. 21, n. 5, p. 485-492, 1998.

BIKLEN, S. K.; BOGDAN, R. C. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BITAR, M. A. F. **Aleitamento materno**: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a essa prática. 1995. 200f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 1995.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em extensão. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 121-137.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução F. Tomaz. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução M. H. Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Plano maternidade segura**. Brasília: FEBRASGO/ UNICEF/ OPS/ FNUAP, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para orientar o modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRUGGMANN, O. M. Uma proposta de humanização do cuidado durante o processo do nascimento. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 339-361.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, M. I. B. (Org.). **Trabalho e gênero**: mudanças, permanências e desafios. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 13-58.

CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, M. Z.; LAMPHERE, L. (Coord.). **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 65-90.

_____. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COLLIÈRE, M. F. Origem das práticas de cuidados, sua influência na prática de enfermagem. In: _____. **Promover a vida**. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. A. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989a. p. 27-38.

COLLIÈRE, M. F. Identificação da prática de cuidados com a mulher. In: _____. **Promover a vida**. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989b. p. 39-51.

COLLIÈRE, M. F. Identificação da prática de cuidados com a mulher consagrada. In: _____. **Promover a vida**. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989c. p. 52-75.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COSTA, M. C. G. da. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 138f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

_____. **História das mulheres no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

DESSEN, M.A; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 61-77.

ELSEN, I.; MORAIS, E. P.; NITSCHKE, R.G.; PFEIFFER, S. Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 152-166, jul/dez. 1992.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. **Compromissos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos**. Marco de Acción. Porto Rico: Fundação Ford, Fundação William & Flora Hewlett/ PW Global Stewardship Initiative/ Fundação Rockefeller/ Fundação Summit, 1995.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FUNDAÇÃO MATERNIDADE SINHÁ JUNQUEIRA. Maternidade do Complexo Aeroporto. **Censo**. Ribeirão Preto, 2002. (mimeografado).

GALASSO, L. **Ser mãe é sorrir em parafuso**. São Paulo: Ática, 1988.

GILLIGAN, C. **In a different voice: psychological theory and women's development.** Cambridge: Harvard University Press, 1993.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 11-24.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ICHISATO, S. M. T. **Lactogogos e a mulher lactante.** 1999. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

LOGSDON, M.C. Helping hands: exploring the cultural implications of social support during pregnancy. **Awhonn Lifelines**, Philadelphia, v. 4, n. 6, p. 29-32, 2000.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde.** São Paulo: Difel, 1984.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, A. R. M. **O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto.** 2001. 144f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MARCON, S. S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 45-76.

MAUÉS, M. A. M. Lugar de mulher: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuã/Pará). In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 113-125.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEIBORN, M. L. (Org). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p.117-145.

MONTICELLI, M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 141-154.

MOREIRA, K. F. A. **Aleitamento materno à luz dos direitos reprodutivos da mulher: afinal do que se trata?** 2003. 187f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A. M. S. **O Aleitamento materno no cotidiano feminino.** 1996. 170f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

_____. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”.** 2003. 145f. Tese (Livre-Docência)

- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A. M. S.; BELEZA, A. C.; GOMES, F. A.; MAMEDE, F.V. O cuidado no "resguardo": as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 56, p. 242-247, mai/jun. 2003.

NAKANO, A. M. S.; SHIMO, A. K. K. Experiência de um grupo de mulheres frente à primeira mamada do filho. In: ENCONTRO PAULISTA DE ALEITAMENTO MATERNO, 9., São Paulo, 1998. **Anais do 9º Encontro Paulista de aleitamento materno**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998. p. 102-3.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.49-76, 1991.

OLIVEIRA, R. C. C. **A reorganização familiar no primeiro mês pós-parto: como fica a amamentação?** 2004. 175f. Dissertação (Mestrado) - Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

PARKER, R. **A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade**. Tradução C. D. X. Lima. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 93-119.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

SANTOS, B. R. L. dos. Relações familiares e identidade de gênero: uma contribuição para a assistência de enfermagem à família em expansão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 92-99, jul. 1996.

SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. C. B. de (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 39-49.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SILVA, I. A. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: **um processo interacional**. 1999. 146f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

STEFANELLO, J. **Consulta de puerpério: uma análise de prontuários**. 2003. 35f. Monografia (Especialização) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A.; BORDO, S. R. (Org). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

UNBEHAUM, S. G. **Experiência masculina da paternidade nos anos 1990**: estudo das relações de gênero com homens de camadas médias. 2000. 127f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

VILLELA, W.V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 95-150.

WILLIAMS, R. P. A Família e a cultura. In: BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 26-38.

WRIGHT, L. W.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27. 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: A Dinâmica Familiar na Vivência do Puerpério

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Juliana Stefanello

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Estamos realizando uma pesquisa sobre a dinâmica familiar durante a fase pós-parto, que tem como objetivo compreender o contexto familiar onde se processa o cuidado na fase puerperal sob o olhar da mulher e familiares.

Para isto, gostaríamos de contar com a sua participação, já que você está vivenciando neste momento a fase pós-parto em sua família. Sua participação é muito importante para que nós, profissionais de saúde, possamos entender

como os cuidados que demandam esta fase alteram as suas relações familiares, a fim de prestarmos uma assistência que esteja de acordo com tais necessidades.

Assim, pedimos que você responda a algumas perguntas sobre este assunto através de uma entrevista gravada. Será garantido absoluto sigilo das informações fornecidas, sendo que as mesmas servirão apenas para esta pesquisa, na qual não aparecerão nomes ou outros dados que possibilitem sua identificação. Também, lembramos que a sua participação não terá custo nenhum para você e que a qualquer momento da realização da pesquisa, se for do seu interesse desistir, seu consentimento será retirado sem que isso lhe acarrete nenhum dano ou prejuízo.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação.

Atenciosamente,

Pesquisadora - Juliana Stefanello

Tendo recebido as informações acima, e ciente do exposto, concordo em participar da pesquisa.

Nome

Ribeirão Preto, SP, ____/____/2004.

Assinatura

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PUÉRPERA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Dias pós-parto: _____ dias

Tipo de Parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

Escolaridade: () Ensino Fundamental (EF) incompleto () EF completo

() Ensino Médio (EM) incompleto () EM completo

() Ensino Superior (ES) incompleto () ES completo () não alfabetizado

Profissão: _____

Renda: () até 3 salários mínimos () de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

Estado Civil: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

1. Eu gostaria que você me contasse um dia típico seu agora no pós-parto, desde a hora que você levanta até ir deitar.
2. Das pessoas que estão mais próximas a você nesse momento, como você percebe o relacionamento de vocês?
3. Teve alguma situação nessa fase em que você sentiu-se em dificuldade (quem estava com você, o que a pessoa fez)?
4. Dentre as pessoas que têm participado diretamente do cuidado nessa fase, você poderia dizer quem são essas pessoas (e o que cada uma faz, você acha que poderia ser feito algo mais)?
5. Teve alguma situação na qual você estava sozinha para decidir? Como foi? Quem você acha que teria melhor te ajudado? Que situação foi essa? (Se não teve nenhuma situação sozinha: então suponhamos que se você não pudesse contar com o pessoal que te ajuda, quem você acha que faria falta, que é essencial?)
6. Quais os cuidados que você tem tido consigo nessa fase pós-parto? Quem orientou? Por quê?
7. Que outros tipos de cuidado lhe orientaram e você não está fazendo? Por quê? Quem orientou?

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - FAMILIARES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: () Ensino Fundamental (EF) incompleto () EF completo

() Ensino Médio (EM) incompleto () EM completo

() Ensino Superior (ES) incompleto () ES completo () não alfabetizado

Profissão: _____

Renda: () até 3 salários mínimos () de 3 a 5 salários mínimos

() mais de 5 salários mínimos

Estado Civil: _____

Natureza do vínculo: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

- 1 Descreva um dia típico seu com as atividades que você desenvolve no momento atual.
- 2 E como você vê a sua participação nessa fase que vocês estão vivendo?
- 3 Você poderia me relatar uma situação em que a sua participação foi importante?
- 4 Você já tinha experiências anteriores de vivenciar esse momento de chegada de uma criança, de uma fase cheia de cuidados?
- 5 O que você acha importante nessa fase quanto ao cuidado da mulher no pós-parto? (visão que tem da puérpera e do puerpério)
- 6 O que mudou em sua rotina? E na de sua família?(ver organização da casa também)
- 7 Nessa nova fase, como você percebe o relacionamento de vocês? (teve mudanças? quais?)