

O CUIDADO NO “RESGUARDO”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera

Ana Márcia Spanó Nakano*
Ana Carolina Beleza**
Flávia Azevedo Gomes***
Fabiana Villela Mamede***

Resumo

Em nosso meio, o resguardo é cercado de manifestações culturais e tabus, fundamentadas em interpretações de ordem natural, sobrenatural e social. Este trabalho identificou os significados atribuídos por puérperas acerca do auto-cuidado, sob o referencial teórico da cultura. Os sujeitos foram puérperas que compareceram à Unidades de Saúde com seu filho para procedimentos de rotina. Os resultados mostraram que as crenças revelam um poder simbólico na estruturação de condutas e comportamentos das puérperas em relação a manifestações e cuidados no puerpério. Consideramos importante que os profissionais de saúde incorporem em sua prática, valores e crenças das puérperas, compartilhando os saberes que envolvem o puerpério, favorecendo a compreensão crítica da realidade e a promoção da saúde ao binômio mãe e filho.

Descritores: puerpério; cultura; saúde da mulher; comportamento materno

Abstract

In our milieu, postpartum confinement is surrounded by cultural manifestations and taboos which are based on natural, supernatural, and social interpretations. This work has identified the meanings attributed to self-care by puerperae under the theoretical framework of culture. The subjects were women soon after childbirth who attended health units with their children for routine procedures. The results showed that the beliefs revealed a symbolic power in the infrastructure of conducts and behaviors of these women in relation to manifestations and care during the postpartum stage. It is important that health professionals incorporate the values and beliefs of women soon after childbirth into their practice, thus sharing the knowledge involving puerperium and favoring the critical understanding of reality and the promotion of health for mothers and their children.

Descriptors: puerperium; culture; women's health; maternal behavior

Title: Care during postpartum “confinement”: beliefs and taboos experienced by a group of women soon after childbirth

Resumen

En nuestro medio, la cuarentena está rodeada por manifestaciones culturales y tabúes, fundamentados en interpretaciones de orden natural, sobrenatural y social. Este trabajo ha identificado los significados que las puérperas atribuyen a su autocuidado, bajo el referencial teórico de la cultura. Los sujetos fueron las puérperas, quienes comparecieron a las Unidades de Salud con sus hijos para procedimientos de rutina. Los resultados evidenciaron que las creencias revelan un poder simbólico en la estructuración de conductas y comportamientos de las puérperas con relación a manifestaciones y cuidados en el puerperio. Consideramos importante que los profesionales de salud incorporen en su práctica, valores y creencias de las puérperas, compartiendo los saberes que involucran el puerperio para favorecer la comprensión crítica de la realidad y la promoción de la salud entre el binomio madre-hijo.

Descriptor: puerperio; cultura; salud de las mujeres; conducta materna

Título: Los cuidados en la “cuarentena”: la vivencia de creencias y tabúes por un grupo de puérperas

1 Introdução

Existem muitos tabus e crenças relacionados ao ciclo reprodutivo. O período de *resguardo* é o que reúne a manifestação de um maior conjunto de crenças e tabus, fundamentando-se em interpretações de ordem natural, sobrenatural e social, cujo eixo articulador dirige-se para os possíveis perigos da fase para a mulher. A fase puerperal denominada de *dieta*, *resguardo*, *quarentena* pelas mulheres, implica em cuidados e restrições que possibilitem uma boa recuperação.

Maués⁽¹⁾ estudando as representações das mulheres de Itapuá/Pará sobre os processos ligados ao ciclo biológico da mulher observa que o período de resguardo é considerado extremamente perigoso para a mulher, pelo fato dela estar com o pé na sepultura. A explicação que as pessoas dão para esse tipo de imaginário é que no dia do parto a sepultura da mulher está aberta e quando se completam os quarenta dias, ela fecha e, então, a mulher está livre.

Pedroso⁽²⁾ realizou um estudo com 300 mulheres assistidas em hospitais e maternidades do município de São Paulo sobre as crenças e tabus relacionados com a gestação e puerpério, no qual constatou que os cuidados realizados pelas

mulheres baseiam-se em crenças consideradas malélicas ou benéficas a saúde.

Também, outro estudo sobre o conhecimento e a opinião de 300 puérperas assistidas em uma Unidade de Amparo Maternal do município de São Paulo sobre alguns aspectos do puerpério observa dissonâncias no que se refere aos cuidados dedicados a elas e o preconizado pelo conhecimento científico. Prevalcem as crenças e procedimentos populares, principalmente no que se refere aos cuidados de higiene como, por exemplo, lavar a cabeça. Entre as mulheres estudadas o banho completo tende a ser realizado em média 13 dias após o parto⁽³⁾.

A crença popular de que o banho é proibitivo, baseia-se na visão das mulheres, que ao lavar a cabeça, poderia ter suspensão do sangramento (lóquios), morrer ou ficar louca⁽²⁾.

Tais construções culturais tiveram importante influência da ciência médica e fundamentam na construção do corpo feminino dirigido para maternidade. Del Priore⁽⁴⁾ referindo-se à ciência médica, em suas origens, descreve que nela o pensamento aristotélico permanecera vivo por séculos. Tal pensamento trazia a idéia de que a mulher bem constituída era aquela que se prestava exclusivamente à perpetuação da

* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

** Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*** Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

E-mail do autor: nakano@eerp.usp.br

espécie, movida por uma vocação biológica que fazia da *madre* (o útero) a forma pela qual era organizada a hereditariedade. Pela dignificação da procriação, na excelência dos sentimentos maternos é que se evitava as fúrias da *madre*. Acreditava-se ainda que o útero tinha comunicação com todas as partes do corpo, que conseqüentemente estavam sujeitas aos seus insultos, especialmente se a menstruação não estivesse presente todos os meses. Daí o medo de ocorrer a suspensão de lóquios no pós-parto.

A mesma autora refere que na medicina de Hipócrates existem 4 humores no corpo humano, os quais deveriam estar em equilíbrio para se manter saudável. O excesso de um deles, por exemplo, na mulher o sangue que pára ou sai em abundância, poderia levar a doenças.

Em pesquisa com comunidade pesqueira do interior da ilha de Santa Catarina depreendeu-se que a não lavagem da cabeça pelas mulheres no resguardo é em razão de não ter recaída, o que guarda uma significação de ser a fase puerperal um período em que a mulher está em convalescença⁽⁵⁾.

Pesquisas vêm mostrando que o comportamento das mulheres no pós-parto é respaldado nas crenças populares as quais envolvem cuidados que visam protegê-las. Estas incluem práticas como repouso absoluto por tempo prolongado, devendo a mulher permanecer na cama por semanas, levantando-se somente após esse período, quando poderá tomar seu primeiro banho com vapor d'água e ervas, ou mesmo evitar esforços físicos, não pegar peso, não varrer a casa^(2,5). Na pesquisa de Pinelli⁽³⁾ o período de repouso é relativo, deve ser realizado nos primeiros 15 dias do resguardo, retornando ao trabalho depois de terminada a dieta.

Por outro lado, identifica-se, ainda, a existência de várias crenças populares a respeito da alimentação no período puerperal⁽²⁾. A abstenção de alimentos como, carne suína, de peixe, e ovos são realizados sob alegação de riscos de febre, corrimento, infecção de útero, entre outras, além de que a mulher pode morrer ou ficar estragada, ou seja, não ter mais filhos. Quanto à ingestão de frutas, verduras e legumes há restrições de frutas azedas (ácidas) porque cortam o sangue que vira água, ou porque causam inflamação. O repolho e a couve-flor podem produzir reações como febre, inflamação e corrimento. A abóbora e a mandioca, aparecem como responsáveis por pelota no peito e edema.

As recomendações não só incluem os alimentos a serem restringidos, mas também aqueles que trazem benefícios à mulher nessa fase como carne de galinha sendo o único alimento bom para a mãe.

A proibição de certas ingestas de alimentos está relacionada ao que se considera alimentos quentes e frios e que na gama de restrições à mulher na fase puerperal, também estão as proibições das relações sexuais, tendo como explicações o risco de arrebrantar os pontos, ter hemorragias e infecção vaginal⁽³⁾. Caso estas mulheres quebrassem o resguardo, poderiam ficar doentes, com dores de cabeça ou ainda nervosas.

Em decorrência da amplitude de significações que se reveste à fase puerperal, a identificação e compreensão de elementos culturais presentes no cotidiano das puérperas são estrategicamente importantes para serem analisados como categorias próprias, pois a falta de compreensão dos mesmos tem se configurado como barreira a interação entre o profissional de saúde e a mulher. Neste aspecto os padrões culturais que as pessoas utilizam, para interpretar a doença, são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretações construídos intersubjetivamente⁽⁶⁾.

Seguindo esse raciocínio, as experiências, as escolhas e as iniciativas se referem, basicamente, à forma como as pessoas e os grupos sociais assumem a situação ou nela se situam. Diante disso, configuram-se significados e desenvolvem-se modos rotineiros de se lidar com a situação

apresentada.

O objetivo desse estudo é identificar os significados atribuídos pelas mulheres acerca do auto-cuidado na fase puerperal sob o referencial teórico da Cultura. Cultura é um conjunto de comportamentos, saberes e saber fazer, característicos de um grupo humano sendo estas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto de seus membros⁽⁷⁾.

2 Metodologia

Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se de metodologia de pesquisa qualitativa tipo estratégica.

Os sujeitos foram 20 puérperas primíparas, que estavam entre o quarto e o trigésimo dia pós-parto, que compareceram às unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, para vacinar seus filhos e realizar o teste do pezinho, fenilcetonúria, e que se dispuseram a prestar depoimentos sobre suas experiências no pós-parto. Todas estavam amamentando no momento da entrevista.

Por se tratar de um estudo qualitativo não houve a preocupação em delimitar, antecipadamente, o número de sujeitos tendo por critério a saturação de dados^(8,9). Realizamos entrevistas solicitando as mulheres que nos falasse sobre sua experiência de pós-parto. As falas foram gravadas, posteriormente transcritas para serem analisadas. Utilizou-se da técnica de análise de conteúdo, elegendo a análise temática⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, as falas das depoentes foram transformadas em unidades de registro e agrupadas de acordo com as dimensões a estas veiculadas, classificando-as por temáticas.

Vale informar que antes de proceder à coleta de dados o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP.

3 Resultados e discussão

As 20 entrevistadas são mulheres de baixa renda, moradoras em bairros da periferia e distrito da cidade de Ribeirão Preto. A maioria do grupo (13) é constituída por jovens adolescentes com idade variando de 15 a 19 anos, sendo que as 07 restantes estão em idade adulta que variou entre 20 a 26 anos.

O contingente maior de adolescentes, que compõe o recorte empírico de nosso estudo, está coerente com as tendências observadas na população em geral acerca da fecundidade nas diferentes faixas etárias. Estudos mostram uma diminuição da fecundidade total no Brasil, o que é um fato bastante conhecido, entretanto para o grupo de mulheres entre 15 e 19 anos, a tendência segue um sentido inverso⁽¹¹⁾.

A questão não parece ser apenas um problema de descontrole da fecundidade ou da falta de acesso a contraceptivos entre as jovens, ainda que esta última seja alta, principalmente entre mulheres de baixa renda e sim, um fenômeno muito mais complexo⁽¹¹⁾. Parece indicar um projeto de vida destas jovens, sugerindo ser simplesmente um indicativo de mudança nos padrões de reprodução, resultante do desejo das mulheres e suas famílias de iniciarem mais cedo sua vida reprodutiva. Existe um consenso geral dos autores sobre fatores associados ao aumento de incidência de gravidez entre mulheres jovens tais como: a baixa escolaridade; as condições precárias de vida e ausência de uma política direcionada à saúde sexual e reprodutiva.

Quanto à escolaridade, das 20 puérperas que compuseram este estudo, 6 (30%) concluíram o nível de Ensino Médio, 04 (20%) estão estudando em regime de licença concedido pela escola. Das 10 (50%) puérperas restantes, 6 (30%) interromperam os estudos no primeiro grau e 4 (20%) no segundo grau. O ensino médio faz parte da educação básica e constitui a formação que todo brasileiro deve ter para enfrentar a vida adulta com segurança⁽¹²⁾. Contudo, quando se analisa a

relação entre escolaridade e gravidez, estudos mostram que é difícil haver conciliação de papéis de ser mãe e ser estudante e que a interrupção ou não da vida escolar depende do apoio social e das concepções sócio-culturais sobre gênero e identidade feminina⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Alguns estudos têm discutido possíveis correlações entre educação e maternidade. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde demonstrou que aproximadamente 51% das mulheres de 15 a 19 anos sem escolarização já tinham tornado-se mães e quase 4% estavam grávidas do primeiro filho. Dados da mesma pesquisa apontam que 13% das mulheres de 15 a 24 anos declararam abandonar a escola por ficar grávida, casar ou ter que cuidar dos filhos. Tais dados indicam a existência de uma causalidade nos dois sentidos da relação maternidade e educação⁽¹¹⁾.

Em idade ainda precoce, entre 11 e 16 anos, a maioria das mulheres (14) começou a exercer atividade remunerada, concentrando-se em setores de prestação de serviços como empregada doméstica, babás, atuando também no comércio e na indústria, fato condizente com o nível educacional. O motivo principal que as levaram para o trabalho foi ajudar financeiramente nas despesas de casa e possibilitar independência econômica. Apenas 02 mulheres do grupo referem nunca terem exercido atividades remuneradas. Apesar do grupo apresentar uma característica de ser potencialmente ativo como força de trabalho em fases anteriores à pesquisa, na atualidade apenas 02 mulheres estão engajadas no mercado formal, as demais estão desempregadas com planos futuros de retorno, na dependência das imposições da maternidade e do suporte que terá do seu meio relacional.

O retorno ao trabalho, nesse momento da maternidade, tem significado peculiar a fase de “ser” e “fazer” para o filho. O trabalho é pensado tendo por referência a maternidade como prioridade, requerendo adequar-se a esta.

No contexto das famílias pobres, observa-se que o trabalho feminino inscreve-se na lógica de obrigações familiares e é motivado por ela, não necessariamente rompendo seus preceitos e não obrigatoriamente configurando um meio de afirmação individual da mulher⁽¹⁶⁾. O trabalho pode trazer a satisfação da mulher de ter seus rendimentos, mesmo que sejam parcos, afirmando em algum nível sua individualidade, mesmo que estes não se destinem para ela, uma vez que esta individualidade não deixa de ser referida à família. O trabalho pode lhe proporcionar a gratificação de pelo menos, sair de casa, uma atividade que a retire do confinamento doméstico.

No grupo, 13 mulheres têm união estável perfazendo um total de 65% da amostra e 07 (35%) não têm companheiro. O estado marital apresenta-se como um aspecto marcante no desenvolvimento da gravidez. Sua influência está pautada no possível apoio econômico de uma situação estável e pelo apoio psicossocial de se ter um companheiro⁽¹⁷⁾.

A gravidez apresenta-se como um evento não planejado para a maioria das mulheres do estudo (14), das quais 11 são adolescentes. Dentre as 06 mulheres restantes que referiram serem suas gravidezes planejadas, observamos características inversas ao grupo de mulheres de gravidez não planejada ou seja, a maioria, 04 tem idade adulta e é proporcionalmente igual o número de mulheres de união estável com o companheiro, não constando entre essas as sem companheiros. Frente às características apresentadas no grupo de mulheres estudadas, temos a observar possíveis correlações entre a ocorrência de gravidezes não planejadas com contextos instáveis de relação do casal e a fase de imaturidade da mulher, a adolescência. Autores têm apresentado a fase da adolescência como situação de risco para a gravidez não planejada ou ainda não desejada^(18,19).

Em relação ao tipo de parto, a maioria das mulheres (12) teve parto normal. Houve 6 casos de cesárea e 02 partos fórceps.

Significados atribuídos pelas puérperas às manifestações e cuidados no corpo no “resguardo”

As crenças culturais ao exercerem uma função social revelam o poder simbólico na estruturação de condutas e comportamentos das puérperas em relação às manifestações e aos cuidados com seus corpos.

A este respeito:

que a percepção de sensações corporais é fruto de um aprendizado específico ou difuso, implícito ou consciente e a identificação das sensações, longe de ser uma simples percepção de primeiro grau, é o resultado de uma série de operações lógicas de oposição e de aproximação que permitem ligar uma sensação específica a um determinado órgão^(20:159).

As puérperas estudadas interpretam que manifestações como as cólicas uterinas são parte do processo fisiológico. Tidas como normais tais manifestações físicas causam estranhamento às mulheres quando não observam a ocorrência das mesmas em seus corpos.

[...] minha companheira de quarto falou pra mim: quando você der de mamar para o nenê você vai ter cólica que é o útero que está contraindo [...] eu dei de mamar e não tive [...] eu tive assim uma dorzinha [...] logo parou [...] eu estranhei [...] porque é o sangue sujo [...] eu falei para ela: será que o meu útero vai voltar normal? (Janete, UBS- Vila Recreio).

A sensação de cólica uterina é valorizada como indicativo de retorno do útero à normalidade. Associado a este retorno, as mulheres relacionam ainda ao sangramento uterino que deve ser evacuado.

Quanto ao fluxo sanguíneo nas fases cíclicas do processo reprodutivo feminino, Leal⁽²¹⁾ em seu estudo etnográfico com mulheres sobre representação do corpo, seus fluidos e concepção em uma região rural do Rio Grande do Sul, fronteira Brasil – Uruguai, verificou que o fluxo sanguíneo era considerado limpo, enquanto construtor de vida, e sujo quando resto de tudo que não presta mais no corpo, devendo ser evacuado, justificando assim, práticas do resguardo.

Foi possível constatar que as mulheres observadas conferiram sentido às manifestações do corpo na fase de resguardo, não só reinterpretando o discurso médico mas introduzem uma outra dimensão, a construção sociocultural de maternidade, como podemos observar na fala de Patrícia, UBS-Parque Ribeirão ao significar a cólica sentida como fator de proteção e sacrifício em favor do filho.

[...] eu sentia muito frio [...] me deu um pouco de febre depois, me deu bastante cólica, não dava nela, dava em mim [...] eu acho que era por causa do parto [...] às vezes eu estou amamentando ela dá cólica, mas é normal [...] fico pensando é melhor dar cólica em mim do que nela [...] a dúvida que eu tenho é em relação ao tempo que vem [...] depois do parto, fico meio com receio [...] já faz dias (Patrícia, UBS- Parque Ribeirão).

A dimensão reinterpretativa do discurso médico alude para o fato que na tentativa de reconstruir um discurso coerente, ou pelo menos tendendo à coerência, é preciso, em primeiro lugar, re-atribuir um sentido aos termos que tomou do discurso do médico, reinterpretando-o e, em segundo lugar, preencher o vazio que fica entre esses termos do qual não restam mais que fragmentos⁽²²⁾.

Conjugado a uma releitura do discurso médico, as mulheres estudadas nesse período de poucos dias de pós-parto sentem e imaginam o interior de seu corpo não mais grávido mas também, não normal.

[...] uma coisa esquisita [...] parece que eu não sinto as coisas direito [...] no começo achei estranho [...] não estava acostumada, apertava assim, não sei se é porque os organismos estavam chegando ao normal, eu

apertava assim e sentia tudo vazio (Taís, UBS- Parque Ribeirão).

A associação com imagens de corpo oco e vazio vincula-se à sensação de abdômen dilatado que permanece por um período após o nascimento do bebê. Perpassa também, em seus relatos, uma aparente sensação de perda, de não ser mais continente ao filho, pois os limites entre o corpo da mãe e do filho mostram-se concretos, por ocasião da ruptura do cordão umbilical, no entanto, leva um tempo para adaptação física e psicológica da mulher, do corpo do filho não mais fazendo parte de si.

O atributo de corpo esquisito perpassa outros significados o de estar sem função e de perceber que as atenções não mais giram em torno de si, por não estar mais grávida, difundindo-se para a criança. Ao mesmo tempo, se percebem destituídas dos contornos de beleza feminina.

Estou me achando feia, horrorosa, me achando esquisita [...] me sentindo inchada, as vezes me sinto incomodada [...] se voltar o corpo o que tem que voltar [...] mas também se não voltar [...] vai fazer o que (Silvia, UBS- Vila Recreio).

Não gostei muito não [...] meus peitos estão caindo [...] não esquento muito a cabeça não [...] eu era muito vaidosa com meu corpo [...] acostumei [...] porque não vai mudar mesmo, vai ficar assim (Suzana, UBS- Parque Ribeirão).

Embora se depreenda das falas dessas mulheres uma atenção essencialmente voltada ao corpo em suas funções maternas, ressentem-se e demonstram um conformismo temporal à sua nova imagem corporal, mas não deixam de fazer outras associações, na medida que buscam o consenso acerca do sentido do seu mundo social. Isto por que os símbolos enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação são por excelência de integração social, pois, contribuem fundamentalmente para a reprodução da ordem social⁽²³⁾.

As mulheres estudadas, mostram não serem rígidas em atender aos cuidados e restrições do *resguardo* entretanto, sentem-se receosas de exporem sua saúde ao perigo de ficarem doentes.

Porque eu fiz muito, eu me abaixava e tudo [...] peguei peso, ficou inflamado [...] não conseguia nem andar direito [...] desinflamou, mas estou com medo de não fechar (Josiana, UBS- São José).

Eu peguei uma dor de cabeça, porque eu não estava dormindo [...] no posto a M. explicou que quando o nenê dormir eu devo dormir também (Janete, UBS- Vila Recreio).

A expressão “peguei” tem o sentido de designar que foi contaminado por uma doença, coerentemente com a noção de risco de adoecer, nesse sentido que a dor, infecção dos pontos, dores nas costas e dor de cabeça trazem como significado cultural na desobediência às restrições do *resguardo*.

Os fundamentos da teoria humoral ainda se mantêm na base das crenças leigas sobre saúde e doença. Helman⁽²⁴⁾ esclarece que na medicina popular latino-americana, a teoria humoral – freqüentemente denominada de Teoria das doenças quentes e frias, tem sido a base para muitos dos comportamentos relacionados à saúde. Tal teoria postula que a saúde pode ser mantida ou perdida simplesmente pelo efeito do calor ou do frio no corpo. Considerando a fase do *resguardo* da mulher para manter a saúde, é preciso manter o equilíbrio entre os dois poderes opostos que determinam a temperatura interna do corpo, evitando principalmente exposição prolongada a qualquer uma destas qualidades.

Depreendemos dos depoimentos das mulheres deste estudo que a incorporação de tal discurso não é aderido na totalidade do cuidado. Isto porque algumas crenças e costumes são considerados como algo desacreditado por ser antigo e

portanto ultrapassado.

[...] o povo antigo, minha avó falava: ai, não pode beber água gelada, não pode ficar subindo e descendo. Eu falo: ai, meu Deus! Eu não estou morrendo! (Suzana, UBS- Parque Ribeirão).

Por outro lado, a incorporação do discurso médico enquanto sistema simbólico nas práticas do cuidado do corpo da puérpera apresenta como importante instrumento de conhecimento e construção de seu mundo social à medida que por aprendizagem e constatação o reproduz.

Lá no hospital já tinha lavado. Não me deu dor de cabeça, não me deu nada [...] para minha mãe já era errado, guardar os quarenta dias certinho [...] a gente cuida do nenê, passa a mão na cabeça depois passa nele, porque vai acumulando aqueles ácaros, aquelas coisas que pega do ar (Taís, UBS- Parque Ribeirão).

As puérperas, ao falarem de suas práticas de cuidados com o corpo, utilizam-se de um esquema de classificação para a definição de qual/quais universos simbólicos se referenciam a cada situação.

Agora nos quarenta dias de dieta, não estou abusando de nada [...] porque eu fiz cesárea [...] saindo na friagem, no vento, no sereno, não sei se tem alguma coisa a ver, mas como todo mundo fala não é bom abusar [...] é em conversa popular mesmo [...] se pega alguma coisa na dieta, disse que não sara mais. No hospital eles incentivam a tomar banho, lavar a cabeça, andar, comer de tudo, levar vida normal sem exagero (Aline, UBS- Parque Ribeirão).

As interdições relacionadas a não se expor a friagem, inclui não lavar os cabelos, não ficar descalça, ao vento são crenças relativas aos “*humores*” do corpo humano⁽¹⁾.

O discurso médico e o popular nem sempre são coincidentes. A mulher quando no contexto hospitalar se envolve em um jogo de ambivalências, e ao ser conduzida pelo poder disciplinar, a mesma é obrigada a seguir às regras e normas institucionalmente determinadas, o que garante assim a aprovação de suas ações⁽²⁵⁾.

Vivências conflituosas mostram-se mais evidenciadas nas falas dessas mulheres quando se referem aos cuidados e restrições quanto à alimentação e higiene. É no domínio do privado que essas crenças e costumes tendem a ser mais respeitados.

Os alimentos são considerados reimosos a depender de certos estados liminares tal como a menstruação e o puerpério. Os critérios usados para classificar um alimento em reimoso levam em conta 3 momentos: o alimento em si, antes de ser preparado para o consumo; o estado das pessoas que vai consumi-lo e o modo de preparo do alimento⁽¹⁾.

As restrições sejam alimentares ou ainda de atividades físicas tem manifestado nas mulheres um certo incômodo, de esperar os quarenta dias para voltar à vida normal mostra-se evidenciado nas falas dessas mulheres. A restrição de atividades físicas manifesta nas mesmas sentimentos de inutilidade e ressentimento de estar na dependência do outro.

Eu não tenho muita paciência, eu não suporto muito assim, ficar dependendo muito dos outros, agora principalmente na dieta [...] agora que está sendo complicado assim ter que esperar os outros fazer (Silvia, UBS- Vila Recreio).

O ruim é que eu não estava nem conseguindo fazer as coisas de casa, só que a gente tem que fazer, então a gente suporta (Taís, UBS- Parque Ribeirão).

Nesse período, os serviços considerados *pesados* devem ser evitados, como carregar peso, abaixar-se. Dessa forma, o trabalho doméstico é socializado com outras mulheres, na maioria das vezes. Cabe à puérpera fazer as coisas mais de

cima como lavar louça, limpar armário, tirar o pó, enquanto as outras fazem as coisas de baixo, como limpar o chão.

Apreendemos nas falas dessas mulheres uma tendência a priorizar o filho na organização dos cuidados dirigidos para si e para o bebê.

[...] tenho medo de engordar, eu fico evitando comer bastante [...] eu não vejo só meu lado, eu vejo o lado dele também, no momento é mais o dele, porque ele está em fase de desenvolvimento, crescimento o meu é quando eu vejo que estou comendo exageradamente (Maria, UBS- Vila Recreio).

Não estou tendo tempo para mim [...] antes eu tomava banho cedo, tomava 2 banhos [...] era bem melhor, eu cuidava mais de mim [...] tem que ser na correria credo! Dormir eu não estou conseguindo direito também [...] eu como qualquer coisa, eu faço comida só mais pro meu marido [...] não tenho fome [...] quando tem um tempinho que ele dorme, eu faço um lanche (Josiana, UBS- São José).

A respeito do cuidar, Tronto⁽²⁶⁾ refere ser uma atividade que implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos. Cuidar é necessariamente relacional, regido pelo gênero, ou seja considerando os papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. O “cuidado com” refere-se a objetos menos concretos; caracteriza-se por uma forma mais geral de compromisso, já o “cuidar de” implica um objeto específico, particular, que é o centro dos cuidados. O “cuidar de” é tipicamente percebido como moral, não é a atividade em si, mas como essa atividade se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e sobre quem faz essa atribuição.

As dimensões morais de cuidar dos outros estão intimamente associadas às mulheres em nossa sociedade, em particular no que se refere ao cuidado do filho. Construções histórico-sociais de aceção religiosa e da medicina na época colonial fundamentam a aptidão do corpo feminino para a maternidade e procriação. Segundo Collière⁽²⁷⁾ durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados liga-se fundamentalmente às atividades da mulher. É ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida cotidiana nos seus pequenos por menores. “Tomar conta”, “cuidar” dão testemunho de um conjunto de atividades que se propõe garantir ou compensar as funções vitais (comer, beber, vestir-se, levantar-se, andar, comunicar).

A forma como as mulheres se organizam para o cuidado reflete aspectos de seu contexto de vida, o qual nem sempre dispõe de condições de suporte requeridos nessa fase. Com exceção de uma das mulheres do estudo, que tem a família distante, morando apenas com o companheiro, todas as outras referem receber suporte de seu meio relacional. A ajuda obtida é nos afazeres domésticos e no cuidado com a criança. Essa ajuda advém de outras mulheres sejam elas mães, sogras, irmãs, cunhadas e amigas. Tal fato revela um forte traço da tradição das mulheres em cuidar de mulheres.

A este respeito observa-se que 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⁽²⁷⁾.

Tal aspecto podemos depreender na fala de Maria (UBS-Vila Recreio) ao referir-se a sua sogra: *O nenê começa a chorar, você fica sem saber o que fazer [...] minha sogra cuida e dá orientação [...] ela tem prática [...] ela passou segurança, eu passei a dar valor a minha sogra [...] eu vi o quanto ela me faz falta.*

Analisando tais resultados, consideramos que a percepção e a identificação das sensações corporais da fase

puerperal para as mulheres, são resultantes de comparações desencadeadas no contexto da prática cotidiana na relação com o outro (família, profissional da saúde), tornando-se o eixo organizador das sensações e por extensão conformam os cuidados empreendidos para garantia da saúde da mulher.

4 Considerações finais

Os significados atribuídos as manifestações e cuidados no corpo materno na fase do resguardo, no grupo de mulheres estudadas, deixam evidenciar construções culturais de uma reinterpretção do discurso médico articulado a um universo de significados mais amplo o de corpo feminino (sujeito a perigos) e corpo materno (resignado e todo sacrifício ante ao filho dependente e frágil).

É importante considerar a necessidade dos profissionais de saúde incorporarem a assistência à mulher na fase puerperal as crenças, os valores e costumes que se mostrarem presentes e dominantes, a depender do contexto em que a mulher se encontra. Para tanto, requer a princípio, que se dê condição às mulheres de se mostrarem inteiras e através da interação entre profissional e a mulher, estabelecer um compartilhamento de saberes e crenças que envolvem o puerpério, o que certamente favorecerá a compreensão crítica da realidade e a efetiva promoção da saúde à mulher e por extensão ao seu filho.

Referências

1. Maués MAM.. Lugar de mulher: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 1998. 174 p. p. 113-25,
2. Pedroso MEM. Crenças relacionadas com a gestação e o puerpério [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1982. 115 f.
3. Pinelli FGS. Conhecimentos e opiniões de mães sobre alguns aspectos do puerpério [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1988. 140 f.
4. Del Priore M, organizadora. História das mulheres no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Contexto; 1997. 678 p.
5. Boehs AE, Althoff CR, Eisen I, Nascimento MG. Crenças, condutas e cuidados no período grávido-puerperal das mulheres de uma comunidade pesqueira. Revista de Ciências da Saúde, Florianópolis (SC) 1993;12(1):54-66.
6. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1993 jul/set;9(3):263-71.
7. Laplantine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense; 1997. 205 p.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 1988. 108 p. (Temas básicos de pesquisa-ação).
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO;1992. 269 p.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979. 225 p. il.
11. Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. O Mundo da Saúde, São Paulo, 1999 mar/abr;23(2):93-105.
12. Ministério da Educação (BR). Ensino médio. Brasília (DF); 2002. Disponível em <<http://www.mec.gov.br/semtec/ensmed/intromedio.shtml>>. Acessado em 1 nov 2002.
13. Fávero MH, Mello RM. Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília (DF) 1997 jan/abr;13(1):131-6.
14. Kale PL. Primeira avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos no município de Niterói. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1997 jan/jun;5(1):53-64.
15. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sócio-demográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 2001 maio/jun;77(3):235-42.
16. Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos

- pobres. Campinas (SC): Autores Associados; 1996. 128 p.
17. Goldman RE, Barros SMO. Análise da assistência ao trabalho de parto e parto realizado por enfermeiras obstetras. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 1998 jan/abr;11(1):21-9.
 18. Molina R, Alarcón G, Luengo X, Toledo V, González E, Mateluna A, *et al*. Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago 1988 ;53(1):27-34.
 19. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: adolescent pregnancy. *Pediatrics*, Springfield (IL) 1989 Jan;83(1):132-4.
 20. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel; 1984. viii, 198 p. il.
 21. Leal OF. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. *In*: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 174 p. p. 92-106.
 22. Boltanski L. As classes sociais e o corpo [tradução de Regina A. Machado]. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989. 191 p. il. (Biblioteca de saúde e sociedade; 5).
 23. Bourdieu P. A dominação masculina [tradução de Maria Helena Kühner]. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999. 158 p.
 24. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994. 333 p.
 25. Costa MCG. *Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado* [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001. 138 f.
 26. Tronto JC. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? *In*: Jaggar A, Bordo SR, organizadores. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. 348 p. p. 186-203. (Gênero; 1).
 27. Collière M-F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. 385 p.
-
- Data de recebimento: 06/12/2002
 Data de aprovação: 20/08/2003