

Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres*

Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group

Creencias y tabúes relacionados al cuidado en el postparto: el significado para un grupo de mujeres

Juliana Stefanello¹, Ana Márcia Spanó Nakano², Flávia Azevedo Gomes³

RESUMO

Objetivo: Identificar os significados do cuidado na fase puerperal no contexto familiar. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com 12 puérperas e respectivos familiares (11) que as auxiliavam no cuidado pós-parto. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** No puerpério é preciso ter cuidado dobrado, por haver reflexos na mãe e no filho além da vulnerabilidade do corpo, aberto a doenças. Articuladas a estas idéias é que se justificam as recomendações e restrições como componentes do cuidado no pós-parto. **Conclusão:** O cuidado na fase puerperal é uma prática feminina permeada de crenças e tabus, que outorga às mulheres um poder de agentes nesse processo, já que trazem consigo conhecimentos de muitas gerações ao mesmo tempo em que atuam como sujeitos e reinventam sistemas estabelecidos, construindo-se como mães.

Descritores: Período pós-parto; Cuidado pós-Natal; Enfermagem materno-infantil; Saúde da mulher

ABSTRACT

Objective: To identify the meaning of care in the puerperal phase, within the family context. **Methods:** It is a qualitative research, developed with 12 puerperal women and their relatives, who helped them with care after delivery. Data collection was performed by means of semi-structured interviews. The data were analyzed based on the technique of thematic content analysis. **Results:** In the postnatal period, care needs to be doubled, as it affects mother and child, besides the body vulnerability, which is open to diseases. In articulation with these ideas, the recommendations and restrictions as components of postpartum care are justified. **Conclusion:** Care in the puerperal phase is a feminine practice filled with beliefs and taboos that grants women with power of agents in this process, since she bears the knowledge of many generations at the same time that they act as subjects and reinvent the previously established systems, constructing themselves as mothers.

Keywords: Postpartum period; Postnatal care; Maternal-child nursing; Women health

RESUMEN

Objetivo: Identificar los significados del cuidado en la fase puerperal en el contexto familiar. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada con 12 puérperas y respectivos familiares (11) que las auxiliaban en el cuidado del postparto. Se utilizó entrevistas semi-estructuradas. Los datos fueron analizados con base en la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** En el puerperio es preciso tener un cuidado extremo, por tener efectos en la madre y el hijo además de la vulnerabilidad del cuerpo, susceptible a enfermedades. Articuladas a estas ideas es que se justifican las recomendaciones y restricciones como componentes del cuidado en el postparto. **Conclusión:** El cuidado en la fase puerperal es una práctica femenina permeada de creencias y tabúes, que otorga a las mujeres un poder de agentes en ese proceso, ya que traen consigo conocimientos de muchas generaciones a la vez que actúan como sujetos y reinventan sistemas establecidos, construyéndose como madres.

Descriptores: Período del postparto; Cuidado postnatal; Enfermería materno-infantil; Salud de la mujer

* Extraído da dissertação "A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP), 2005.

¹ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

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 recebe menos atenção 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 a assistência ao binômio na primeira semana após o parto e uma consulta puerperal com 42 dias⁽¹⁾. As ações previstas para essa consulta médica são essencialmente de 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. Vale destacar que as ações precoces ainda não são uma realidade em nossas redes de serviços de saúde, visto que a prioridade ainda é dada ao recém-nascido em detrimento da mãe.

Nesta conjuntura dos serviços de assistência à mulher na fase puerperal, o cuidado pós-parto tem se construído essencialmente no espaço da família, extra-muros da instituição de saúde. Uma complexa rede de relações se estabelece em torno da mulher e do filho recém-nascido, na qual se estruturam ações de ajuda no cuidado com o bebê e com a puérpera.

No meio relacional familiar as mulheres se orientam para o cuidado, sendo a família a transmissora de crenças, hábitos, atitudes e condutas⁽²⁾. Dentre os familiares, sabe-se que as mulheres têm uma participação decisiva no aconselhamento, apoio e cuidado à mulher e ao recém-nascido⁽³⁻⁴⁾.

A questão cultural na prestação dos cuidados é muito marcante, principalmente em se tratando da fase pós-parto. Popularmente, esta fase ou período é chamado de resguardo, dieta, quarentena. Denominações essas que trazem consigo significados 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 de recaída, enfermidade mais temida da fase, por remeter a puérpera a uma condição sem cura, sem volta⁽⁵⁻⁶⁾.

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^(5,7).

As construções culturais sobre o cuidado no puerpério constituem o nosso objeto de estudo, particularmente focalizamos nossa análise nos cuidados à saúde da mulher no âmbito do privado. Entendemos que a cultura influencia os diversos aspectos da vida humana, entretanto, autores⁽⁸⁾ consideram que a cultura não pode ser avaliada isoladamente, mas como um componente de uma mistura complexa de influências que atuam na vida das pessoas. Tais influências são herdadas pelos indivíduos na sociedade em que vivem, evidenciadas nas formas de sua visão de mundo e relacionam-se com as outras pessoas de seu contexto social. Nesta perspectiva, pressupomos que as diferentes formas de cuidado no pós-parto estão intimamente ligadas a padrões culturais que ganham sentido em contextos sociais específicos.

O objetivo deste estudo foi identificar os significados do cuidado na fase puerperal no contexto familiar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido com puérperas e respectivos familiares, residentes no município de Ribeirão Preto-SP, os quais foram atendidos por ocasião do parto na Maternidade do Complexo Aeroporto. Apesar de tomar esta instituição como ponto de partida, ressaltamos que o local determinante do estudo foi o domicílio das famílias participantes.

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.

Todos os sujeitos tinham idade maior de 18 anos, e as mulheres estavam 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. As entrevistadas, bem como seus filhos, deveriam ter condições de saúde dentro dos padrões considerados normais para a fase.

O recorte empírico foi definido pela saturação dos dados e a participação se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e

Resolução n.º 196/96⁽⁹⁾. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo (Processo n.º 056/2004).

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

Para 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. 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. As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora.

O conteúdo das entrevistas foi categorizado seguindo a técnica de análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, modalidade temática, na qual a presença de determinados temas demonstra sua frequência e o seu significado no estudo⁽¹¹⁾. Para análise das categorias encontradas utilizou-se, como referencial teórico, a perspectiva cultural, já que entendemos o contexto sociocultural influencia as práticas de cuidado^(8,12).

RESULTADOS

Perfil dos sujeitos do estudo

A idade das puérperas variou entre 18 e 25 anos, com média de 21 anos. As entrevistas foram realizadas num período entre o 10º e o 40º dia pós-parto, sendo que a média ficou em 20 dias. Com relação ao tipo de parto, a grande maioria (11) foi normal, sendo um parto cesáreo. Em relação ao nível de escolaridade, grande parte das puérperas (8) concluiu o ensino médio, uma não chegou a concluí-lo, duas concluíram o ensino fundamental, e uma não concluiu este nível de ensino.

Quanto à profissão, metade delas não exercia trabalho remunerado no mercado formal, tendo seus afazeres no domínio doméstico, e as demais exerciam atividades remuneradas fora do lar, sendo que suas profissões estavam muito ligadas ao reduto doméstico e eram basicamente tarefas consideradas femininas, como doméstica, secretária e vendedora. Já no que se refere ao estado civil, a maioria (10) vivia com o companheiro, das quais quatro eram casadas e seis viviam em regime de união consensual, e as outras duas puérperas eram solteiras.

A idade dos familiares variou entre 23 e 53 anos, com média de 38 anos, sendo que a maioria das mulheres já havia passado pela fase reprodutiva, o que demonstra uma maior procura pelas pessoas mais velhas em função de sua experiência de vida. Quanto à relação de parentesco, quatro eram mães, três eram sogras, outros três eram companheiros e uma era irmã da puérpera entrevistada. Vale destacar que oito dos familiares que ajudavam no cuidado eram do

sexo feminino. Com relação ao estado civil, cinco dos familiares eram casados, duas eram solteiras, duas eram viúvas e duas viviam em união consensual.

Quanto à renda familiar, a quase totalidade era de até três salários mínimos, com exceção de uma família que recebia entre três e cinco salários mínimos. O nível de escolaridade dos familiares dividiu-se entre: cinco com ensino fundamental incompleto, quatro com ensino médio completo, um com ensino médio incompleto e uma não alfabetizada. Quanto à atividade econômica, observou-se que 90,9% dos familiares trabalhavam fora de seus lares, sendo que as mulheres, aqui de forma mais expressiva, exerciam atividades relativas ao cuidado da casa e dos filhos de forma majoritária, como domésticas ou babás. Já os homens tinham como ocupação: industrial, gari e técnico de eletrônica.

Cabe considerar que o perfil dos sujeitos, acima descrito, serve para caracterizarmos as especificidades dos participantes do estudo e, sendo assim, os dados encontrados não são passíveis de generalizações.

As falas dos sujeitos revelaram cinco temas centrais: *“Tá de resguardo, aí o cuidado é o dobro”*; *Cuidado com alimentos “reimosos”*; *Cuidado com a “friagem”*; *“Tem que ficar mais tranqüila (...) Tem que ficar mais deitada”* e *Relação sexual: “precisa terminar o resguardo”*.

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

O período do resguardo é imbricado de crenças e tabus aceitos social e culturalmente como facilitadores de uma boa recuperação pós-parto. Tais crenças relacionam-se com os possíveis perigos que essa fase representa para a mulher⁽¹³⁾.

O cuidado “dobrado” a que se referem, implica na atenção a mãe e ao filho, tendo em vista a íntima relação entre ambos, entretanto é no corpo materno que se operam as proibições e recomendações que podem ter repercussão sobre o bem-estar e a saúde da criança.

“... tem que tomar cuidado dobrado, pra não fazer mal pra ela (bebê), 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)

Identifica-se o puerpério como uma fase em que a mulher está vulnerável a enfermidades. Na lógica destas mulheres o cuidado é para protegerem-se dos perigos, visto que no momento do parto, seus corpos se “abriram”, ficando expostos a qualquer enfermidade, voltando a “fechar-se” após o término dos 40 dias⁽¹⁴⁾.

“... 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)

Dessa forma, é importante seguir certas 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” (Fabiola, 11 dias pp)

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. Portanto, se por algum motivo o resguardo for quebrado em certo momento, e uma 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)

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.

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

Cuidado com alimentos “reimosos”

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 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.

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.

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

Segundo as mulheres, algumas carnes têm a propriedade de provocar “problemas” para a sua saúde, contudo não esclarecem o porquê, das quais se destacam 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 Fabiola)

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)

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. 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. Usando a mesma lógica, outro cuidado valorizado é a não exposição à friagem.

Cuidado com a “friagem”

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)

“... 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)

“Tem que ficar mais tranqüila (...) Tem que ficar mais deitada”

O resguardo traz a idéia de um período de recuperação, assim repousar significa restabelecer-se e pôr-se a salvo de prováveis perigos⁽¹⁵⁾. 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.

“... 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)

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 em estudo sobre as condutas pós-parto utilizadas pelas puérperas⁽⁵⁾.

“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 maravilhosa...” (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 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⁽¹⁶⁾. 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)

Relação sexual: “precisa terminar o resguardo”

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, e ainda 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.

“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)

No jogo das relações de poder, 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⁽¹⁷⁾. 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.

A preocupação tida nessa fase para com a vida sexual está mais centrada na contracepção do que para a sexualidade da mulher. Tal fato reflete a visão fragmentada do profissional de saúde que só observa a reprodução feminina, e também a visão da própria mulher, que mergulhada na construção de gênero não se permite ter desejos e prazeres sexuais.

DISCUSSÃO

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, os quais 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”⁽⁵⁾.

Depreendemos das falas das mulheres e familiares que o cuidado no puerpério deve ser dobrado, por ter reflexos sobre a mãe e, por conseguinte no filho. O imaginário social da maternidade tem um enorme poder redutor sobre a condição da mulher, colocando-a como ser relativo ao filho e, portanto, o cuidado à

mulher é pensado tendo como finalidade os efeitos benéficos ou maléficos sobre a criança.

Tais demandas de cuidado na fase pós-parto se dão, pois o resguardo é tido como um período potencialmente perigoso para a mulher, já que as mesmas 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⁽¹⁴⁾.

Em função disso, as mulheres devem obedecer a algumas restrições, necessitando de um “período de repouso”, no qual “a mulher fica confinada em casa, aos cuidados de familiares, seguindo uma dieta especial e observando determinados tabus”⁽⁸⁾.

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⁽⁸⁾.

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”⁽¹⁸⁾.

Assim, as mulheres passam a evitar certos tipos de alimentos que entendem ser inapropriados à fase, pois passam para o leite e dão cólicas ou inflamam os pontos. O que consideram como alimentos reimosos. Do mesmo modo foi observado para as mulheres residentes em Itapuã – Pará, alguns alimentos mostraram-se como proibidos por passarem para o leite, como é o caso dos peixes, das comidas gordurosas, das frutas ácidas ou azedas⁽¹⁹⁾.

Ou, ainda consideram que a boa alimentação é necessária para melhorar a produção láctea. Em estudo sobre o uso de lactogogos como suporte ao aleitamento materno, também se observou que as mulheres entendem que se alimentar bem é pré-requisito para produzir leite em quantidades satisfatórias⁽²⁰⁾.

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⁽⁷⁾.

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.

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⁽⁸⁾.

Observamos que 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, fazendo com que ocorra a perpetuação de tais práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No universo empírico representado por esta pesquisa os significados das práticas de cuidado pós-parto se respaldam em construções culturais. Neste sentido, entende-se que a perceptiva cultural traz importante contribuição para a prática na medida em que possibilita perceber e respeitar as diversidades, ter uma relação de proximidade no cuidado à mulher, conjuntamente com suas famílias e, portanto, realizar um cuidado mais humanizado.

Depreende-se que as 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.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163p.
2. Santos BRL. Relações familiares e identidade de gênero: uma contribuição para a assistência de enfermagem à família em expansão. *Rev Gauch Enferm*. 1996; 17(2):92-9.
3. Scavone L. As múltiplas faces da maternidade. *Cad Pesq*. 1985; (54): 37-49.
4. Boehs AE, Monticelli M, Elsen I. Percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida. *Rev Cienc Saúde*. 1988-9; 7/8(1/2): 151-61.
5. Costa MCG. Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
6. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2a ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; c1986.
7. Monticelli M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem; 2002. p. 141-54.
8. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1991.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
12. Mauss M. As técnicas corporais. In: Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU: EDUSP; 1974. v.2, p. 209-33.
13. Nakano AMS, Beleza AC, Gomes FA, Mamede FV. O cuidado no resguardo: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(3): 242-7.
14. Maués MAM. Lugar de mulher: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuã/Pará). In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 113-25.
15. Ziegel E, Cranley MS. *Enfermagem obstétrica*. 8a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
16. Loyola MA. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel; 1984, c1983.
17. Villela WV, Arilha M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E, organizadora. *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003. p. 95-150.
18. Scavone L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP; 2004.
19. Bitar MAF. *Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a essa prática [dissertação]*. Belém: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará; 1995.
20. Ichisato SMT. *Lactogogos e a mulher lactante [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.