



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARGARETE FERNANDES MENDES

**PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: AS INTERFACES DA
ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL E DAS PRÁTICAS DE
CUIDADOS DE SAÚDE.**

FLORIANÓPOLIS,

2003.

MARGARETE FERNANDES MENDES

**PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: AS INTERFACES DA
ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL E DAS PRÁTICAS DE
CUIDADOS DE SAÚDE.**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de
Santa Catarina – Área de Concentração: Ciências Sociais,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.*

Orientadora: Profa. Dr^a Elza Berger Salema Coelho

FLORIANÓPOLIS,

2003.

MARGARETE FERNANDES MENDES

**PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: AS INTERFACES DA
ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL E DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS
DE SAÚDE.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

Área de concentração: Ciências Sociais, e aprovada na sua versão final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 07 de agosto de 2003.

Profª Drª .Sandra Noemi C. Caponi
- **COORDENADORA DO CURSO** -

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Elza Berger Salema Coelho
(Presidente)

Profº Drº Manoel Américo Barros Filho
(Membro)

Profª Drª Telma Eliza Carraro
(Membro)

Profª Drª Sandra Caponi
(Suplente)

“Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento” (BRASIL, 2001).

Dedico este trabalho aos meus filhos,
queridíssimos Júlio e Martina,
que sempre me indagaram:
quando a mãe vai ter férias?
Agora já poderei responder-lhes!

Dedico também ao meu amoroso companheiro, Carlos,
sempre me fortalecendo.

Agradecimentos Especiais

A meus saudosos pais (in memorian)

Minha mãe Terezinha,

que um dia “bateu pé” e definiu que as filhas mulheres também tinham o direito de estudar.... e aqui cheguei!

Meu pai Manoel,

Que estando grávida de meu primeiro filho, numa ocasião apareceu em minha casa trazendo uma melancia...

porque havia me escutado dizer “estou com vontade de comer melancia”.

E “desejo de grávida tem que se atendido”, ensinou-me ele.

E assim pude estudar uma das fases do processo de nascimento

com seus mitos, crenças e tabus.

APRESENTANDO E AGRADECENDO

Este trabalho é fruto do acúmulo de experiências vividas desde a infância no meio rural, e mais intensamente no período em que trabalhei na Extensão Rural, quando estive permanentemente presente no cotidiano das mulheres agricultoras, durante dez anos. Naquela oportunidade pude experienciar os hábitos e costumes dessa população, do oeste catarinense ao litoral da grandeflorianópolis, uma vez que trabalhei nas duas regiões.

O dia-a-dia daquelas mulheres, entre o trabalho rural e o seu papel na família e na comunidade como cuidadoras de sua saúde e a saúde “dos outros”, sempre foram permeados pelas questões culturais, e determinados pelas dificuldades de acessos ao sistema oficial de saúde.

Mais tarde, já com a Especialização em Saúde Pública, tive a experiência de trabalhar em 6 unidades básicas de saúde da Prefeitura de Florianópolis, quando novamente pude me aproximar das mulheres e mais estreitamente, com o desenvolvimento de ações programáticas. Era o advento do Paism – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Constatei que as questões de saúde das mulheres, quer no meio rural, quer no meio urbano, são similares.

Posteriormente, já em atividades de coordenação das ações programáticas, veio a oportunidade de efetivar algumas medidas visando a saúde da mulher. Veio depois 1997 e novas oportunidades surgiram, com o Programa Capital Criança. A discussão se expandiu, as responsabilidades foram compartilhadas com outras instituições, para a proposição de novas rotinas. Instituiu-se assim, as duas consultas de puerpério na repadronização da assistência na rede básica.

Quando busquei o Mestrado não tinha dúvida de que iria fazer pesquisa na área da Saúde da Mulher, e veio a oportunidade de estar entre a demanda acadêmica e a necessidade do serviço.

Buscar uma avaliação da assistência efetivada pela instituição prestadora de um serviço de saúde, mas não distanciada das opiniões das protagonistas do processo – as mulheres/puérperas permeadas pela dimensão cultural – seus hábitos de cuidados, seus costumes e crenças, foi o desafio deste processo.

Acreditei que, desta forma, a academia estaria atendendo uma necessidade do serviço e vice-versa, através do seu Curso de Mestrado em Saúde Pública. Equacionar as exigências da academia e as necessidades dos serviços - um ideal desejável que sempre ouvimos de nosso Mestre, Professor, e Secretário de Saúde, Dr. Manoel Américo Barros Filho, a quem agradeço em especial.

Agradecimento especial que faço também à Professora Elza Salema Coelho, minha orientadora e incentivadora, pela compreensão dos meus limites, e por ter me possibilitado crescer.

Agradeço ainda:

À todos os colegas do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que desde a seleção para o mestrado me incentivaram e estimularam a permanecer, embora todas as dificuldades enfrentadas, especialmente na fase final dos trabalhos;

À Lazarena, Kiara e Fernanda que conviveram, muito primorosamente, desta minha etapa;

Ao *Capital Criança*, nas pessoas da Alba e da Rita, programa que possibilitou a garantia da assistência às mulheres/puérperas;

À coordenação e funcionários do Centro de Saúde da Agrônômica, parceiros e colaboradores, por terem viabilizado o campo para o exercício deste estudo, e em especial à Marisa, que me informava sobre os agendamentos;

Às colegas Marynês, Leonice e Maristela, pela contribuição bibliográfica;

À todos os colegas do curso de mestrado, cuja convivência foi prazerosa e de crescimento, e com quem compartilhei “ ser aluna outra vez”:

Às colegas Bete Carreirão, e Patrícia, as quais tive o prazer de conhecer no curso e partilhar das suas amizades;

À coordenação e secretaria do Curso de Pós-Graduação, professores, funcionários e estagiários, pelo carinho e acolhida.

Às mulheres/puérperas, por me permitirem as entrevistas, possibilitando o meu aprendizado e o aprimoramento das pesquisas.

E por último, agradeço ao SUS – Sistema Único de Saúde, permanentemente campo de pesquisa e freqüentemente olvidado.

A construção deste trabalho foi muito prazerosa. É como lapidar uma jóia, que só quem a desenhou sabe o significado de ter chegado a arte final. É assim que sinto quanto a este trabalho.

RESUMO

Nesta dissertação busca-se identificar as interações existentes entre os cuidados institucionais de saúde e as práticas culturais de cuidados no puerpério, a partir das percepções das próprias mulheres que vivenciam esse período. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, fundamentada em referenciais teóricos da saúde no contexto sócio-cultural, seus mitos e seus tabus no puerpério, e das políticas públicas de assistência à mulher. Foram entrevistadas 18 mulheres que vivenciavam o puerpério, entre o trigésimo e o quadragésimo dia, e que estavam sendo assistidas por uma equipe de uma unidade básica de saúde, composta por profissionais médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais administrativos. Os resultados da pesquisa foram analisados, seguindo a metodologia da análise do conteúdo, focando nos dados referentes ao puerpério, os quais foram agrupados em dois eixos temáticos, sendo: *Cuidados Institucionais no Puerpério*, com as categorias Cuidados Percebidos Pelas Mulheres e Cuidados Realizados Pelos Profissionais ; o segundo eixo temático, *Práticas de Cuidados de Saúde no Puerpério*, com as categorias Autocuidado e O cuidado com o Recém-nascido. Evidencia-se que, para a mulher, a relevância do atendimento institucional de saúde está na oportunidade de ter acesso aos métodos anticoncepcionais, para que possa exercer a sua sexualidade prevenindo-se de nova gravidez . Culturalmente, predominam os cuidados de higiene com o corpo da mulher/puérpera, associados às medidas de proteção onde as bênçãos, o uso de amuletos e a realização de simpatias são práticas comuns no processo de cuidar. As mulheres/puérperas são apoiadas por suas famílias, predominado a participação do marido e dos filhos mais velhos entre os cuidadores. O processo de análise e interpretação possibilita argumentos para que as normas e rotinas assistenciais e de serviços possam ser repensadas, para o desvelar desta etapa do processo do nascimento, no qual a mulher costuma ficar esquecida, contribuindo, assim, para as políticas públicas de Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This dissertation wants to identify the existent interactions amongst the institutional healthcare system and cultural practices of taking care in puerperium, according to women own point of view while experiencing this period. The focus is an exploratory research with qualitative approach, based on theoretical references of health in a socio-cultural context, myths and taboos in puerperium and about woman's public politics of assistance. Eighteen women were interviewed in their puerperium period, between the thirtieth and fortieth day, while they had been assisted by the Governmental Social Health System. The results of the research were focused in data referred to puerperium, grouped in two thematic axes, with four categories. It's noticed that the relevance of institutional healthcare assistance for woman is based on opportunity of having access to contraceptive methods, handling the sexuality without risk of a new pregnancy. Culturally we can notice the predominance of hygienic bodycare of puerperal women associated to protective attitudes, such as blessing, talismans, santerias, that are usual practices in the process of taking care of them. The puerperal women are supported by their families, mostly husband and older children participating and taking care of them. The process of analysis and interpretation gives us reasons to think deeply about the rules, assistance routines and services, to make this step of childbirth clearer, where the woman is usually forgotten; contributing, thus, for woman's health public politics. Puerperium- the state of a woman during childbirth or immediately hereafter. Te approximate six-week period lasting from hildbirth to the return of normal uterine size.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 QUESTÕES DE SAÚDE – REVISANDO A HISTÓRIA	18
1.2 SAÚDE NO CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL	23
1.2.1 O cuidado de saúde, mitos e tabus no puerpério	27
1.3 A SAÚDE DA MULHER	32
2 DELIMITANDO O TEMA	37
2.1 O PUERPÉRIO.....	37
2.2 A INFECÇÃO PUERPERAL E A PRÁTICA DA QUARENTENA.....	41
2.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO NO PUERPÉRIO, EM FLORIANÓPOLIS... ..	45
3 OS CAMINHOS DA PESQUISA - A questão do método	49
3.1 CONTEXTO DA PESQUISA.....	49
3.1.1 O cenário	49
3.1.2 A aproximação	50
3.1.3 As entrevistas com as mulheres/puérperas	50
3.2 COLETA DOS DADOS	51
3.2.1 Validação das entrevistas	52
3.2.2 As questões éticas	52
3.3 O MÉTODO	52
3.3.1 Fonte de Dados	54
3.4 PRÉ-ANÁLISE	54
3.5 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL – CATEGORIZAÇÃO.....	55
3.6 TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO.	57
4 OS RESULTADOS	58
4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO – AS PUÉRPERAS.....	58
4.1.1 Das gestações anteriores, pré-natal e parto.	59
4.2 PUERPÉRIO COMO FOCO DA ATENÇÃO À SAÚDE	63
4.2.1 Eixo Temático: Cuidados Institucionais no Puerpério	68
4.2.1.1 <i>Categoria: Cuidados Percebidos Pelas Mulheres</i>	69
4.2.1.2 <i>Categoria: Cuidados Realizados pelos Profissionais</i>	76
4.2.2 Eixo Temático: Práticas culturais de cuidados de saúde no puerpério	82
4.2.2.1 <i>Categoria: Autocuidado</i>	83
4.2.2.2 <i>Categoria: O Cuidado com o Recém-nascido</i>	89
5 A ANÁLISE DOS DADOS - REFLETINDO SOBRE OS ACHADOS	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

ANEXOS	120
ANEXO 01 - A CONSULTA DE PUERPÉRIO.....	121
ANEXO 02 - A CATEGORIZAÇÃO	122
ANEXO 03 – QUESTIONÁRIO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	124
ANEXO 04 - QUESTIONÁRIO PARA PUERPERAS.....	125

APRESENTAÇÃO

O processo do nascimento, numa visão humanística, é visto como compreendendo todas as suas fases, da concepção ao puerpério, contemplando aspectos multidimensionais; é um momento especial da vida que confere vivências pessoais e coletivas, sendo que as pessoas que o vivenciam, influenciam e são influenciadas pelo seu contexto sócio-cultural.

Dos eventos relacionados ao processo do nascimento, o período de puerpério é o de menor enfoque, na literatura e na prática assistencial, o que vai ao encontro do que afirmam Candiotti e Figueiredo (1993), quando dizem: “no Brasil, o pré-natal é considerado de baixa eficácia, a atenção ao parto, estaque, e o puerpério a etapa esquecida”.

Do estado gestacional ao parto, é a mulher quem se torna o centro das atenções, estando em estado de plenitude e poder. Após o parto, tem-se o foco da atenção voltado para a criança, ficando a mulher num “segundo plano”, momento em que toda a rede social se volta para o bebê, enquanto a mulher vivencia o seu novo “rito de passagem” mais ou menos apoiado, conforme cada contexto sócio-cultural.

O puerpério é um período cronologicamente variável e impreciso, sendo o período durante o qual se desenvolvem todas as atividades involutivas de recuperação da genitália materna depois do parto; é, também, o período

compreendido entre o fim do parto e a involução completa do útero, que dura de 3 a 6 semanas. Para algumas finalidades é considerado de 42 dias (REY, 1999). Puerpério é, também, conhecido como o período do “*resguardo*”, “*dieta*” ou de “*quarentena*” (MONTICELLI, 1997; MOTTA-MAUÉS, 1994; CAMPOS, 1982; ALMEIDA, 2000; EPAGRI, 1988).

É um período em que são tomadas “*condutas*” para a transição da condição de mulher gestante para a condição de mãe. É considerado um momento específico da vida, que é o nascer - *dar à luz; estes* momentos que se sucedem após o nascimento/parto de uma mulher, constituem uma situação ímpar, por ser esse um momento de transcendência, *a continuação da humanidade*.

Nos primeiros dias pós-parto, a puérpera vive um período de transição, sendo vulnerável a qualquer tipo de problema, sentindo-se ansiosa em assumir maiores responsabilidades com relação ao filho e a casa, contando com uma rede de cuidadores, que compreende sua família e os serviços de saúde, através de seus profissionais. É sabido que este período é, também, revestido de *cuidados* com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus (ALMEIDA, 2000).

Sobre o cuidado, Lacerda (1996, p. 7-8), diz que pode ser dividido em cuidado profissional e cuidado popular, sendo que “cuidado profissional é aquele que ocorre quando são necessárias ações e atitudes baseadas num tipo de conhecimento que vai além do popular - o conhecimento técnico”.

Radünz (1994), diz que cuidar profissionalmente é estar disponível para fazer os procedimentos técnicos que o outro não aprendeu a executar, ou que não consegue e que o cuidado é dado como uma ação de compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares.

Para Patrício (1995, p. 72), o cuidado popular revela as práticas de saúde da população, as quais “refletem crenças e valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências de vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, política)”

O cuidado profissional a que se refere este estudo está relacionado às situações de assistência à saúde, desde o pré-natal, visando o puerpério, até o momento da segunda consulta no período pós-parto.

As interações e as interfaces das práticas culturais de cuidados de saúde nesse período e os cuidados profissionais de saúde, a partir da percepção das mulheres/puérperas, constituiu-se na principal temática deste estudo, bem como seu objetivo maior. Foram traçados quatro objetivos específicos, buscado reconhecer a assimilação dos cuidados de saúde prescritos pelos profissionais, identificar os cuidados de saúde praticados pelas mulheres/puérperas no período puerperal e as práticas de cuidados culturais de saúde, bem como conhecer a percepção da mulher sobre a prestação do cuidado institucional de saúde no puerpério .

Assim, para o conhecimento das questões apontadas foram pesquisadas as mulheres vivenciando o puerpério, reconhecendo-as como as principais interlocutoras desse processo.

O presente trabalho está sistematizado em capítulos. No primeiro, é apresentado o referencial teórico com uma abordagem da saúde na história, a saúde no contexto sócio-cultural, mitos e tabus no puerpério, e a saúde na mulher no contexto das políticas de saúde.

No segundo, apresenta-se a delimitação do tema que trata do puerpério, a infecção puerperal e a prática da quarentena e, por último, a institucionalização do cuidado no puerpério.

No terceiro, é apresentado o caminho metodológico que descreve os passos da pesquisa e a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos, dentro da pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados, com o grupo de estudo – as mulheres que vivenciavam o puerpério, suas características, seus antecedentes obstétricos, seus cuidados e cuidadores no puerpério. São apresentados, ainda, resultados do puerpério como objeto de estudo com dois eixos temáticos, onde os dados são agrupados em categorias e subcategorias. No primeiro eixo, estão agrupados os cuidados institucionais de saúde e no segundo, as práticas culturais de cuidados de saúde no puerpério.

O quinto capítulo, contempla a interpretação dos resultados a partir das evidências surgidas quanto as interações da assistência institucional e as práticas culturais de cuidados de saúde, por eixo temático e categorial, seguido das considerações finais.

Contribuir para a promoção da **Saúde da Mulher** bem como para a reorientação programática da assistência institucional no puerpério, constitui-se na principal finalidade desta pesquisa.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

“Mesmo grávida, a mulher índia mantinha-se ativa dentro e fora de casa, apenas deixando de carregar às costas os volumes extremamente pesados. Mãe, acrescentava às suas muitas funções a de tornar-se uma espécie de berço ambulante da criança; de amamentá-la, às vezes até os sete anos; de lavá-la. De ensinar as meninas a fiar algodão e a preparar comida.” (FREYRE, 1987. p. 120. – descrição da mulher índia no século XVI).

1.1 QUESTÕES DE SAÚDE – REVISANDO A HISTÓRIA

É possível imaginar que, desde os primórdios da humanidade, já se discutia o que é ser saudável, o que é ser doente e os determinantes dessas condições. Na busca da sobrevivência, encontramos vários fatos na história que nos indicam as concepções de saúde/ doença dos humanos e seus recursos para sobrevivência, como os costumes nômades que possibilitavam ir em busca de alimentos e se protegerem das ameaças do meio ambiente e intempéries.

A noção de que o “amargo cura” é uma aquisição cultural e ligada ao uso de drogas amargas pela medicina e é também uma forma de evitar alimentos com indícios de putrefação, que pode indicar proliferação de germes (LANDMANN, 1983). Ainda segundo este mesmo autor, encontramos que os povos primitivos explicavam a doença do ponto de vista do pensamento mágico, religioso ou sobrenatural. Com o decorrer do tempo o ser humano se diversificou, criando distintas culturas e tradições, surgindo civilizações cujos elementos repercutem até

os dias de hoje, com a medicina dos Hebreus que aparece nos livros do Antigo Testamento.

Para os antigos hebreus, povo semita da Antigüidade, do qual descendem os atuais judeus, a doença representava um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos. A doença era, pois, sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, freqüentemente em forma visível; nesses casos, o doente era isolado até a cura (SCLIAR, 1987, p. 13). Os preceitos religiosos se expressam, com freqüência, em leis dietéticas que figuram principalmente nos cinco primeiros livros da Bíblia, com a finalidade evidente de manter a coesão grupal, acentuando as diferenças entre hebreus e outros povos do Oriente Médio.

O pensamento mágico vai ser rompido com o surgimento de novas formas de conhecimento, o componente empírico, encontrando sua expressão maior em Hipócrates.

Pouco se sabe sobre a vida de Hipócrates. Nascido na ilha grega de Cós, estima-se que viveu de 460 a 377 a.C., é conhecido como o “pai da medicina”. Sua obra revela extraordinário desenvolvimento da observação empírica, como demonstram os casos clínicos que deixou registrado. Nos seus registros percebe-se que suas análises não se limitavam ao paciente em si, mas também ao seu ambiente (SCLIAR,1987).

Seu conceito desenvolvido de doença era o do desequilíbrio entre os quatro humores: linfa, sangue, bile amarela e bile negra, e dos quatro elementos: ar, terra, fogo e água. Dessas noções ficaram só os qualificativos para os temperamentos, sendo o *sanguíneo* *aquele que tem ou parece ter aumento da massa sanguínea; do grego* *plethorikós*, que regurgita sangue ou humores. O fleumático, relativo a fleuma,

sereno, impassível; que tem fleuma - lento, pachorrento. E o bilioso ou atrabiliário, de mau gênio, irascível, colérico. Que tem atrabílis; melancólico. Propenso a se encolerizar, a brigar, a discutir; irritável, atrabilioso (AURÉLIO, 2001).

Assim como os gregos, os antigos romanos tinham conhecimento da influencia ambiental sobre a saúde; registra-se a teoria grega do *miasma*, uma crença em que os odores da putrefação seriam a causa de epidemias.

Até a Idade Média, o conceito de doença era aristotélico. Aristóteles foi um filósofo grego que viveu de 384 a 322 a.C, e os temas centrais de suas doutrinas serviram à criação da lógica formal e da ética, e exerceram e ainda exercem enorme influência no pensamento ocidental. O padrão aristotélico era a crença na unidade orgânica dos seres vivos e a doença era uma expressão de alterações orgânicas globais (LANDMANN, 1983).

O conceito aristotélico na medicina psicossomática, atribui que muitas vezes as pessoas desmaiam sob a influencia de fortes emoções, especialmente se velhos, doentes ou fracos.

“A angústia causa emagrecimento e deteriora o sangue. O sangue pode deteriorar-se por excesso de desejo: amor; por excesso de ganância: dinheiro; por idéias obsessivas que não dão paz às pessoas. Essa deteriorização se reflete em varias partes do organismo. Por isso, assim como os humores e líquidos do organismo influenciam as virtudes do homem, suas virtudes influenciam os humores. Aquele em que predominam os líquidos biliares ficará zangado e aquele que ficar zangado produzirá excesso de líquidos biliares” (LANDMANN, 1983).

Outro conceito aristotélico que se evidencia está relacionado à ecologia, referindo-se ao ar estagnado das cidades, sendo prejudicial à saúde, devendo-se procurar locais mais arejados e luminosos para viver; e o conceito de medicina

unitária: “se a doença é igual em força ao paciente, cabe ao médico fortalecer o doente e fazer com que ele a vença” (LANDMANN, 1983. p. 32).

Segundo Andrade (2001), os médicos, desde o período aristotélico até meados do século XIX, eram artesões, que exerciam uma medicina de beira de leito, servindo a uma clientela seleta – os aristocratas e os ricos; a população comum nascia, ficava doente, se restabelecia ou morria sem contato algum com médicos. Possuíam práticas supersticiosas, como as recomendações de que os doentes usassem um amuleto com a palavra mágica *abracadabra*, o tratamento de febres se fazia cortando uma farpa de madeira de uma porta por onde passou um eunuco e o de lesões oculares tocando-as com três dedos e expectorando.

O cristianismo, que surgiu como a religião dos pobres, dos deserdados, dos escravos, dos aflitos, dos doentes, oferecia uma explicação para as pestilências, e o conforto espiritual necessário para tanto sofrimento. A doença era vista como purificação, como forma de atingir a cura como uma graça divina; as epidemias eram castigos divinos para os pecados do mundo, idéia que já aparece no Antigo Testamento. A ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade (ANDRADE, 2001).

É na Idade Média que surgem os primeiros hospitais – ou hospícios, ou asilos, onde os doentes recebiam, se não o tratamento adequado, pelo menos conforto espiritual. No fim da Idade Média a situação se transforma, com a medicina leiga tornando a se desenvolver, particularmente em Salerno, na Itália, onde surgiu em 1240, uma escola médica que formava profissionais licenciados pelo rei. Esta escola utilizava obras de Hipócrates, de Galeno e dos mestres árabes. Até essa época, o ensino da arte médica era informal e se fazia de mestre a aluno através de gerações.

Embora na antigüidade clássica, alguns procedimentos cirúrgicos fossem executados por médicos, a cirurgia permaneceu relegada a segundo plano por muitos séculos, entregue aos chamados cirurgiões-barbeiros. “A Universidade de Paris chegou a ponto de proibir aos médicos, sob juramento, a prática da cirurgia; a função médica consistia basicamente na prescrição de remédios e orientação higiênico-dietética” (REZENDE, 2001, p. 8).

É também em Rezende (2001) onde encontramos informações das características do desenvolvimento da assistência médica no Brasil. No período colonial vieram alguns médicos, chamados físicos e tidos como cristãos-novos, ou seja, judeus convertidos ao catolicismo para fugir da Inquisição. Também vieram, em maior número, os cirurgiões que constituíam três categorias: os cirurgiões-barbeiros, os cirurgiões aprovados e os cirurgiões diplomados, predominando os primeiros.

Estes predominaram no exercício da medicina durante os séculos XVI e XVII, e foram repassadores dessa prática aos nativos, que se tornaram também “cirurgiões-barbeiros”. Praticavam tratamento de fraturas e luxações, curavam feridas, faziam sangria, aplicavam ventosas e sanguessugas e extraíam dentes, além do corte de cabelo e barba. Os partos ficavam entregues às comadres (parteiras), e em toda parte existiam os curandeiros. Essa situação somente começou a modificar-se a partir de 1808, com a vinda de D. João VI para o Brasil, quando foram criadas escolas “médico-cirúrgicas”, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro (REZENDE, 2001).

Com a vinda da Família Real para o Brasil vieram parteiras estrangeiras, quase todas francesas, formadas pela Faculdade de Medicina de Paris, que além de partejar, vacinavam contra varíola e tratavam de moléstias do útero. No século

XX, os médicos formados pelas escolas brasileiras não tinham nenhuma aula prática nos hospitais; as gestantes não internavam para realizar o parto e os médicos não conseguiram, portanto, conhecimentos práticos, apenas teóricos (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001).

O Brasil incorporou grande parte das práticas mágicas que incendiavam a imaginação dos portugueses, que esperavam encontrar aqui prodígios, como as curas miraculosas. Além dos índios, os negros trazidos para cá tinham também suas práticas mágicas e conhecimento de medicina natural, somados ainda os imigrantes italianos e alemães que para cá vieram em grande número (LANDMANN, 1983).

Fazendo uma leitura sobre os cuidados de saúde ao longo da história, encontramos sempre similaridades com fatos que permanecem na cultura popular, em que pese todas as transformações ocorridas na sociedade ocidental. As crenças que permeiam o imaginário popular transcendem a história, muitas vezes trazendo situações conflitantes para os serviços de saúde, para as mulheres e para as suas famílias.

A forte presença de práticas populares relacionadas aos cuidados de saúde, com suas crenças, hábitos e costumes aparece nos muitos estudos já realizados com mulheres e famílias no processo do nascimento, mostrando a influência da miscigenação cultural existente no Brasil, e que não podia deixar de ser considerado nesse estudo.

1.2 SAÚDE NO CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve também ser abordada no contexto

sócio-cultural, histórico e antropológico dos indivíduos. Essa abordagem é fundamental ao se analisar questões da saúde da mulher.

De acordo com Langdon (1991), temos sempre que considerar que um sistema de saúde possui dois aspectos inter-relacionados: um aspecto cultural, que inclui determinados conceitos básicos, teorias, práticas normativas, formas comuns de percepção – mitos e tabus, e um aspecto social, incluindo sua organização em determinados papéis específicos.

Para Helmann (1994), cultura é um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade.

Monticelli (1994), estudando os ritos do nascimento, utiliza o conceito “*geertziano*”¹ de que “cultura é uma rede de significados elaborada por seres humanos para orientar as ações da vida cotidiana e que esta rede de significados é pública, compartilhada, apreendida, lógica e dinâmica”. Os padrões culturais persistem na medida em que persistem as situações que os originaram, mas os indivíduos podem alterar os seus significados para expressar novas situações de vida.

A importância da interdisciplinaridade para a compreensão do fenômeno saúde é incontestável, auxiliando, sobretudo, a pensar a saúde e a cultura como sendo inseparáveis.

Em Helmann (1994), encontramos três alternativas de assistência à saúde: a informal, a popular e a profissional, sendo que cada alternativa possui seus próprios meios de se explicar e tratar as doenças. Na alternativa informal estão: a automedicação, conselho ou tratamento recomendado por um parente, amigo,

¹ Esta denominação deve ser considerada a partir de **Cliford Geertz** que é a sua base conceitual.

vizinho ou colega de trabalho, atividades de cura ou assistência mútua em igrejas, consulta à outra pessoa leiga que tenha experiência específica. Neste setor, o campo principal da assistência é a família. A família é a sede primeira da assistência à saúde em qualquer sociedade; nestas, as mães ou as avós diagnosticam e tratam com os recursos que tiverem à disposição. Esta alternativa geralmente inclui um conjunto de crenças sobre a conservação da saúde.

A maioria dos tratamentos ocorre entre as pessoas ligadas umas às outras, por diversos laços, sendo que, o que o gabarita é sua experiência. Isto pode ser observado, geralmente entre as mulheres, relacionado à gravidez, parto e puerpério; a mulher que já gestou e pariu aconselha as que ainda não passaram pela experiência.

Na alternativa popular, determinados indivíduos tornam-se especialistas em métodos de cura, que podem ser sagrados, seculares ou uma combinação de ambos, os chamados curandeiros. Estes indivíduos geralmente, partem do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional (HELMANN, 1994). Uma das vantagens que oferece, em comparação à medicina científica moderna, é o envolvimento freqüente da família no diagnóstico e tratamento.

Para Loyola (1987), a medicina popular abrange um conjunto de técnicas de tratamento empregado pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial, como curandeiros, erveiros, pais-de-santo, entre outros - é muitas vezes vista como sobrevivência folclórica de uma época passada. Contudo, não é um fenômeno limitado às regiões rurais ou isoladas. Ao contrário, além de extensamente praticado no meio urbano, constitui uma alternativa à medicina oficial, considerada pelas

classes dominantes e por aqueles estudiosos como a única legítima, e com ela concorre.

A maioria desses terapeutas recebe uma orientação informal que poderá ser fornecida por um outro terapeuta mais velho. Silva (1991), a descreve como a medicina exercida no domicílio por familiares e, também, por terapeutas populares como benzedeiras e curandeiros.

Por último, a alternativa profissional compreende as profissões sancionadas legalmente, regidas por conselhos, como a medicina científica ocidental ou alopátia, e que inclui médicos, enfermeiros, parteiras e fisioterapeutas. É a medicina exercida por profissionais ligados ao sistema formal de ensino, ou seja, que possuem uma preparação técnica escolar e nos serviços de saúde.

Neste contexto social se dá a prática dessas medicinas, convergindo com os valores culturais, sofrendo e provocando mudanças constantes, podendo seu uso dar-se simultaneamente, numa lógica que não corresponde à lógica científica.

Por outro lado, as pessoas quando adoecem recorrem às várias alternativas de saúde. Isto é, procuram tanto os setores informais e populares de saúde quanto os profissionais para obter resultados, visto que são influenciados, no seu processo de saúde, pelo contexto social em que estão inseridos.

Boehs (1990. p. 45), diz que um dos pressupostos da atenção de saúde é o de que *cuidar é a essência de assistir, mas não é exclusivo do profissional de saúde*. A família também cuida, baseada em suas experiências, fruto de conhecimentos populares e de experiências profissionais de saúde. “O cuidado começa na família nuclear, se amplia na família expandida, é complementado pela rede social com vizinhos e amigos, podendo chegar ao sistema oficial de saúde” (BUDÓ, 1996. p. 6).

Para Cartana (1988), ao realizar um estudo de cuidados com recém-nascidos e puérperas, numa abordagem cultural, denomina estas várias alternativas de saúde como “*Rede e Suporte Social*”. Essas redes sociais são por demais complexas e envolvem quase todos os membros da família, fazendo com que durante um problema de saúde a própria família seja o primeiro recurso a ser procurado, principalmente nas figuras dos membros considerados mais experientes como os avós, tios, sogros, etc. As pessoas que não são parte da família, como os profissionais de saúde do sistema oficial, não são considerados como parte desta rede de suporte.

É o caso dos nascimentos atuais, nas instituições hospitalares; em contraste com o modelo de nascimento tecnológico moderno, os partos tradicionais, eram (e são) realizados de maneiras muito distintas, por assistentes de parto do sexo feminino, *as parteiras*. O papel das parteiras e assistentes é de ajuda e solidariedade à mãe e ao pai, papel esse que, atualmente nas maternidades, vem sendo alvo de discussões sob o enfoque da humanização do nascimento (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001, p. 23).

Para Monticelli (1994), havendo um processo de interação entre as mulheres, os profissionais de saúde e o recém-nascido, com base no compartilhar de símbolos e significados, haverá influência na saúde e doença possibilitando reorganizações da família, das mulheres e dos profissionais de saúde.

1. 2.1 O cuidado de saúde, mitos e tabus no puerpério.

A partir do momento em que os fenômenos de parto e puerpério passaram a transcorrer em instituições hospitalares e ambulatoriais, os vínculos também passaram a ser diferentes da época em que a gravidez, o parto e os cuidados

posteriores com a mulher e a criança transcorriam em família; anteriormente as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos que constituíam seus vínculos e suportes sociais.

O nascimento é, historicamente, um evento natural e é também um fenômeno mobilizador da sociedade e da família, que comemora o nascimento como um dos fatos marcantes da vida ao qual estão agregados inúmeros significados culturais (ODENT, 2000).

Os significados culturais estão presentes em todo o processo do nascimento, que compreende até o puerpério. É o caso do que encontramos num estudo realizado por Campos (1982), no que se refere ao puerpério; identificou que há restrição generalizada nesse período, em relação às atividades que exigem esforço físico, e as ligadas ao trabalho doméstico, sendo que este, na zona rural, envolve em geral desgaste físico, pela qualidade das tarefas que deve a mulher desempenhar no preparo dos alimentos, tais como rachar lenha, pilar o arroz, matar e criar animais, apanhar água, além de cuidar de alguma plantação em torno da moradia, confeccionar bens de uso doméstico, entre outras.

Para as mulheres, fazer resguardo é uma época especial, em que ela pode comer melhor do que usualmente. Ao mesmo tempo, e conseqüentemente, é um comportamento que se pode ter quando, na expressão popular generalizada, “se tem condição”, ou seja, meios materiais para provê-lo.

Ainda em Campos (1982), analisando as razões apontadas para o abandono da dieta tradicional referente ao puerpério, encontra-se a influência dos agentes de saúde e do parto hospitalar. A idéia de orientação, e também de imposição, está presente em respostas tanto ligadas à influência dos agentes de saúde como da família: “no pré-natal , as enfermeiras explicam e vai perdendo o medo”; “no hospital

mandava comer de tudo”; “lá no hospital não aceitam resguardo” (CAMPOS, 1982, p. 39).

Em estudos de Motta–Maués (1994), o puerpério engloba estados fisiológicos femininos e as idéias e práticas que os acompanham, segue um modelo de sociedade que engloba as concepções e práticas num conjunto maior de representações sobre os sexos. Neste modelo, o puerpério também é dado como “*resguardo*”, e dá a conhecer, por exemplo, que as exsudações do parto conferem à mulher uma representação de perigo de ordem sobrenatural.

Ainda neste mesmo trabalho, por último referido, encontramos que a população estudada considera o puerpério um período extremamente perigoso para a mulher. Este perigo está associado às prescrições e proibições de ordem cultural, como não sair do dormitório até o 7º dia do pós-parto, e após isto sair, mas não pode sair de casa.

As ações de cuidados e o itinerário terapêutico percorrido durante e após o processo de nascimento, estão relacionados aos significados que as pessoas atribuem a puérpera, que “*não está doente, mas pode ficar*”. Várias proibições para a puérpera têm o propósito de proteção e prevenção. Para a proteção do resguardo e prevenção da recaída, são citadas as proibições em relação aos trabalhos do âmbito doméstico-familiar (varrer, lavar, fazer esforço físico), não se expor às situações climáticas (chuva, sereno, vento), não andar sem calçado e terem abstenção de relações sexuais. Também são citadas as proibições quanto a ingestão de certos alimentos e cuidados de higiene onde a lavagem dos cabelos durante o *resguardo* pode levar à *recaída* (MONTICELLI, 1994).

O estudo do puerpério, com as puérperas e seus familiares, aparece recomendado em trabalhos de pesquisas realizados, visando conhecer o contexto

cultural dessa clientela para adequá-lo a sua realidade, enfatizando a prática do cuidado como processo, como no caso de Almeida (2000). Nesse trabalho, a autora destaca algumas crenças existentes em relação a higiene pessoal, alimentação e repouso, como por exemplo:

“a puérpera não lava a cabeça porque o sangue é recolhido, deixando-a doente; não pode comer alimentos ácidos pois provoca cólicas no bebê; precisa permanecer em repouso no leito, porque o resguardo deve ser mantido para não afetar sua saúde” (ALMEIDA, 2000, p.16)

Neste sentido, Boehs et al. (1993. p. 62), num estudo sobre crenças e cuidados numa comunidade pesqueira de Florianópolis, identificaram que ao referir-se ao “resguardo”, o que sobressaiu foi a “recaída”. Que ocorre “quando a mulher fica bastante fria, dói o corpo todo, dá febre alta”. Visado prevenir a recaída, “não podem comer gelado, por a mão no sal, pé no chão, lavar a cabeça, e comer só galinha”.

Referem também repouso como cuidado importante para não dar recaída. “Na primeira filha fiz bastante repouso, minha mãe só deixava comer galinha velha. Na segunda filha não tive repouso e deu recaída”. O significado do repouso é dado por cuidados como não varrer a casa, não pegar peso e não lavar a cabeça. Também referem que o período do resguardo varia conforme o sexo da criança: “se for menina é 30 dias e se for menino é de 40 dias. Essa mesma diferenciação de duração do período, notamos no Levítico, há dois mil anos atrás”.

Silva (1991), pesquisando sobre saúde e doença no interior do município de Florianópolis, identifica a prática de benzedura contra o “rebate” – uma ocorrência com as mamas no período de amamentação, mais especificamente no puerpério. A prática é realizada por uma benzedeira, que durante a “reza” faz massagem na mama afetada passando um pente fino de cima para baixo, devendo o pente ser

novo, sem uso anterior. Diz que a população aceita melhor aqueles médicos que não zombam e nem desrespeitam a experiência dos terapeutas populares que atendem a localidade, e os que utilizam recursos das benzedadeiras e curandeiras, como algumas receitas de chás e cataplasmas. Porém, mesmo havendo aceitação, os médicos são vistos como “profissionais de linguagem difícil e atitudes autoritárias (SILVA ,1991, p. 21).

Maestri e Liz (1998), em estudo sobre o puerpério, também no interior de Florianópolis, descrevem o “falar” da comunidade, onde se destacam as precauções relacionadas a alimentação, sexualidade, higiene pessoal e a periodicidade do resguardo:

...hoje já tem muita mulher que não se cuida. O certo é se ganhou menino fica de resguardo 40 dias e se for menina é 30 dias... no resguardo a gente não corta as unhas, nem do pé e nem da mão pois o metal da tesouras e do cortador são frios, não se lava os cabelos, não pode pegar friage, isso tudo pode “suspender”o sangue, sabe né, assim... sobe pra cabeça e daí a mulher fica tola... pra se acerta com o marido só depois do resguardo e ele sabe disso... deve cuidar também das comidas, o parati e a curvina são peixes frio, a banana também é, tem uma porção de alimento frio que pode suspendê a menstruação, requentá a comida nem pensar, a mulher que ganhou nenê come sempre comidinha da hora...

No Manual do Ministério da Saúde para Treinamento de Parteiras verificamos recomendações para que as treinadoras considerem a existência de crenças referentes a sexualidade, higiene pessoal e alimentação: “antigamente, durante o resguardo, a mulher devia manter-se afastada de todos, principalmente dos homens – e seguir uma dieta própria que lhe proibia uma série de alimentos e práticas, como se banhar, lavar a cabeça, etc” (BRASIL, 1992). Essas considerações são no sentido de que elas sejam relevadas no processo educativo sem, no entanto, prejuízo ao bom desempenho profissional.

Os tabus, apesar de não serem aceitos pelo saber científico, permanecem na imaginação de muitas mulheres, que, diante da impossibilidade de seguir a dieta,

temem ficar “estragadas”, segundo esse mesmo Manual. Daí ser importante discutí-los com as mulheres ainda no pré-natal.

Elementos naturais e sobrenaturais habitam a história das representações de saúde desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e invocando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos, sendo necessário que os serviços de assistência de saúde considerem a presença de elementos como os sentimentos de culpa, medo, superstições, mistérios, indissolivelmente ligados às expressões da saúde e da doença (SEVALHO, 1993).

1.3 A SAÚDE DA MULHER

A Reforma Sanitária Brasileira, entendida como processo de transformação do setor saúde, se desenvolveu através de um movimento que aglutinou distintas forças sociais e políticas, numa construção iniciada há pelo menos 30 anos.

As lutas pela construção de uma sociedade democrática, fundamentada nos princípios da justiça social e na participação ampla do cidadão na formulação e no controle das políticas de desenvolvimento econômico-social, constituem a linha mestra deste processo de Reforma Sanitária. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, corresponde no plano jurídico e institucional, ao momento de síntese da proposta que resultou no Sistema Único de Saúde, a partir de uma ampla reformulação setorial (COSTA, 1992).

O desdobramento deste processo no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte conduziu à aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988, no qual o conceito ampliado de saúde é contemplado, garantido mediante o cumprimento de políticas sociais e econômicas.

Surgiu, um pouco antes da promulgação da nova Constituição Federal, o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983, representando uma esperança de resposta ao quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido, grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando a implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo proposto pelo PAISM, seria capaz de atender as necessidades globais da saúde da mulher.

Tradicionalmente as ações de saúde pública e as de caráter individual têm sido dicotomizadas no planejamento e na execução, o que determina na população padrões diferenciados na utilização dos serviços de saúde. Por convenção, PROGRAMA de saúde é o planejamento de captação de clientela mediante o objetivo de controle de um ou mais danos ou riscos à saúde.

O PAISM, ao ser criado pelo Ministério da Saúde, era coordenado pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil – DINSAMI, com o apoio técnico-financeiro da Organização Pan-americana de Saúde. Passou a constituir o modelo assistencial reconhecido unanimemente como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina (PAISM–MS, 1983).

O princípio da integralidade é considerado um dos mais importantes do modelo assistencial preconizado para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, pois é o que é capaz de assegurar aos indivíduos, e no caso às mulheres, o direito de assistência à saúde nos níveis mais simples até os mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade (COSTA, 1992).

Além deste princípio, a concepção da Assistência Integral à Saúde da Mulher contempla, ainda, a percepção de gênero no âmbito do atendimento em

saúde. A prática médica constitui lugar do exercício de um poder, e quando voltada para as mulheres, agrega as discriminações de gênero. Para o programa, as práticas educativas constituem o processo de reconstrução de identidade, e é através destas práticas educativas que as mulheres estarão habilitadas para a escolha das melhores alternativas, para a participação como agentes de decisão.

O resultado esperado nesse processo é o deslocamento deste lugar de poder e este é um processo lento, de profunda mudança de comportamento: por parte das mulheres que constituem a demanda por serviços, bem como pelos profissionais de saúde que as atendem. Na referência desta mudança está a conquista de uma prática médica mais humanitária, solidária e ética envolvendo médicos e demais profissionais de saúde (COSTA, 1992).

Tyrrel e Carvalho (1993), fazendo uma retrospectiva dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil, nos dá a compreensão da proteção à mulher e à criança na política nacional de saúde, conforme é descrito a seguir.

A proteção à maternidade, à infância e à adolescência, já a partir de 1920 aparece nos programas de governo, constituindo a “Seção de Higiene Infantil de Assistência à Infância no Departamento Nacional de Saúde Pública”. Em 1923 foi transformada em Inspetoria de Higiene Infantil; no Decreto que criou a Inspetoria destaca-se, quanto às maternidades, “que os recém nascidos não sairão antes que tenham completado os quinze dias”. Sabendo que as mulheres ficariam juntas, deduz-se que havia uma atenção às mesmas no puerpério, porém isto não está explícito.

Em 1934 extingue-se a Inspetoria e cria-se a “Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância”, com duas Inspetorias Técnicas: uma de Higiene Pré-Natal e de Assistência ao Parto e outra de Higiene e Assistência à Criança (DECRETO

24.278/34). Com base na Lei 37/37 que criou essa Diretoria, foi criado, também, o Instituto Nacional de Puericultura.

Em 1940 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e o Departamento Nacional da Criança, através do Decreto-Lei 2024/40, que fixou as bases da organização da Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência em todo o país. Em 1969 houve a extinção deste Departamento. Na década de 1970 o Ministério da Saúde é objeto de nova reorganização e foi constituída a Coordenação de Proteção Materno-Infantil; foram estabelecidas as medidas de proteção materno-infantil com os objetivos de: assistência à gestante, à nutriz e aos lactentes, proteção à criança em idade pré-escolar e proteção à criança em idade escolar.

Em 1976 cria-se a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil – DINSAMI, integrada na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, assim como os Programas de Tuberculose, Hanseníase, Câncer e Saúde Mental. Nos anos seguintes criaram-se novas denominações, sendo que em 1990 a DINSAMI passou a ser denominada de Coordenação de Saúde Materno-Infantil – CORSAMI; em 1992 passou a ser Coordenação de Saúde Materno-Infantil – COSMI; em 1993 foi denominada Coordenação Materno-Infantil – COMIN; e em 1998 foi substituída por “Área Técnica da Saúde da Mulher e Área Técnica da Saúde da Criança”.

Vale ressaltar que, percebe-se, a proteção materno-infantil foi institucionalizada desde os anos 20, tendo como alvo principal a proteção à infância. A proteção à mulher teve como ênfase a proteção à maternidade e nesta, as medidas eram orientadas para preservar o conceito (TYRREL e CARVALHO, 1993).

Em 1984, no Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher - PAISM, o grupo materno-infantil traz uma conotação diferente, abordando

especificamente a mulher, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral, clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, ampliando significativamente o que antes era oferecido no atendimento à saúde das mulheres, aumentando a faixa etária de atendimento da adolescência ao pós-climatério, como também ações de controle das patologias mais comuns e incluindo o planejamento familiar (TYRREL e CARVALHO, 1993).

A partir de então, o puerpério passou a ser destacado como sendo um período que merece atenção especial dos serviços de saúde. Surgem programas institucionais no âmbito nacional – Ministério da Saúde, em que são asseguradas consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares às puérperas, como nos Programas da Saúde da Família –PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde –PACS, à partir de 1994, e o Programa de Humanização do Nascimento, a partir de 2000, o qual prevê o repasse de incentivo financeiro aos municípios que cumprirem uma rotina de assistência do pré-natal ao 45º dia de puerpério (BRASIL, 2000).

Conforme se verifica na evolução das políticas nacionais de Atenção à Mulher e à Criança, foi somente à partir da criação do PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1984, que o período do puerpério foi incluído para assistência da Atenção Básica.

Evidentemente, não se pode aguardar que as medidas estruturais necessárias à correção de todos os problemas do país sejam adotadas em sua plenitude, para que o setor saúde se mobilize na resolução dos seus problemas específicos, criando e inovando em suas iniciativas, na lógica da municipalização da saúde.

2 DELIMITANDO O TEMA

“... a fecundidade das mulheres era considerável. Casais com 15 e mesmo 20 filhos não constituíram raridades. Entretanto, as mulheres, a fim de evitar os incômodos de amadadas gestações, recorriam ao artifício de prolongar, durante três ou quatro anos, o aleitamento dos filhos, havendo a experiência demonstrada que, enquanto amamentava um filho, uma mãe pouco risco corria de ter outro.” (Piazza 1983, referindo-se ao povoamento da “Ilha do Desterro”, atual Florianópolis, nos idos do século XVIII).

2.1 O PUERPÉRIO

Puerpério é o tempo de 6 a 8 semanas que a mulher passa, após o parto, sendo popularmente chamado de *dieta* ou *resguardo*. As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo.

No puerpério, o corpo da mulher, principalmente os órgãos genitais, retorna à forma anterior da gravidez, e as alterações ocorridas desaparecem gradativamente. A involução do útero é progressiva e entre o 10o. e o 14o. dia pós-parto esse encontra-se na cavidade pélvica. Para atingir o tamanho anterior à gravidez, leva de 1 a 2 meses. Nas mulheres que amamentam, a involução do útero é mais rápida, porque a sucção estimula o útero a contrair-se (REZENDE, 1998).

No puerpério imediato aparecem os lóquios, secreção vaginal sanguinolenta, mais avermelhada nos primeiros 4 dias. Aos poucos vai se tornando marrom e por fim amarelo-esbranquiçada. A duração dos lóquios varia de mulher para mulher. Em 60% das mulheres dura 4 a 5 semanas, e significa que o útero está expelindo sangue e fragmentos de tecidos para poder reconstituir o endométrio; o colo do útero já está bastante reconstituído no 3º dia pós-parto. O período do puerpério divide-se em: imediato – vai do 1º ao 10º dia, tardio - do 11º ao 42º dia, e remoto , a partir do 43º dia (BRASIL, 2001).

Além dessas alterações físicas, o puerpério caracteriza-se como o período em que a mulher retorna ao estado de não grávida: é uma fase de adaptação com o bebê, com a família, e com seu próprio corpo. É comum aparecerem sentimentos depressivos mesclados à alegria nessa nova fase. Além disso, a mulher precisa de descanso e ao mesmo tempo de cuidar do bebê, sendo bom contar com alguém que a ajude nos primeiros dias, e por isso deve ser estimulada a pedir ajuda (BRASIL, 2001).

O retorno às atividades normais deve ser progressivo. Embora se sabe que para muitas mulheres isso é quase impossível, seria bom se ela pudesse ter alguns momentos de repouso durante o dia. O retorno às relações sexuais com penetração vaginal poderá ocorrer após a parada da loquiação e tão logo a mulher se sintam bem. Nos casos de partos cesarianos, recomenda-se aguardar por 3 ou 4 semanas para iniciar a relação sexual com penetração vaginal (REZENDE, 1998).

A volta da menstruação dependerá da mulher estar amamentando ou não. Se ela não amamentar, a menstruação retornará cerca de 45 dias após o parto. Enquanto estiver amamentando, sua possibilidade de engravidar é baixa (BRASIL, 1992).

Canella e Maldonado (1988), afirmam que o puerpério acarreta vínculos muito peculiares que precisam ser abordados com atenção. Assim como na gestação a função do profissional de saúde não deve se restringir aos procedimentos para avaliação física: altura uterina, pressão arterial e batimentos cardio-fetais, na consulta de revisão puerperal a função não deve consistir apenas em examinar a incisão da episiotomia, ou da cesárea e receitar remédios. Também tem como função prestar assistência adequada às necessidades emocionais da mulher, perguntando: “como está”, ao invés de perguntar com a afirmativa “tudo bem com você, não é?” Isto é necessário para possibilitar um clima de liberdade onde a mulher possa expressar o que de fato sente, o que vivencia neste período.

No puerpério normal, onde a mãe e a criança passam bem e estão em perfeitas condições, a condução é mais tranqüila para os profissionais de saúde. No entanto, quando algo não corre bem, instala-se uma situação crítica. É o caso de acidentes com a episiotomia e da cesárea, formando hematomas, abscesso de parede ou abscesso perineal, ou outras situações patológicas específicas desencadeadas nesse período.

É necessário esclarecer que, mesmo com a assistência de saúde adequada, nem tudo é previsível, pois podem ser geradas alterações em conseqüência de situações específicas da própria mulher e/ou do meio ambiente no qual está. Nesta ocasião é muito importante que o serviço de saúde, além de prestar assistência cuidadosa, ofereça suporte emocional, uma vez que o puerpério, por si só, é um período de vulnerabilidade, devido às mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto (CANELLA; MALDONADO, 1988).

Kitzinger apud. Maldonado (1990), considera o puerpério como o quarto trimestre da gravidez, considerando-o um período de transição que dura

aproximadamente três meses após o parto, particularmente acentuado no primeiro filho. Neste período a mulher torna-se especialmente sensível, muitas vezes confusa, até mesmo, desesperada; a ansiedade anormal, a depressão reativa é extremamente comum.

Os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, esta última podendo atingir grande intensidade. A manifestação de um intenso ‘sentimento materno’ nem sempre ocorre na primeira vez que a mãe vê seu filho, e isto, em muitos casos, tende a evocar culpa e apreensão (CANELLA; MALDONADO, 1988).

Há mulheres cujo sentimento materno é extremamente mobilizado pela situação de desamparo do recém-nascido, que lhes estimula a vontade de cuidar, nutrir, proteger, identificar-se com o bebê, sentem-se satisfeitas por serem capazes de satisfazer o filho e não sentem a frustração da impossibilidade de o bebê lhes “agradecer”. Outras mulheres, no entanto, assustam-se diante do recém-nascido que simboliza uma instintividade primitiva e sem controle; especialmente quando têm conflitos em relação à capacidade de controlar os próprios impulsos, o contato com o bebê, visto desta maneira, pode evocar ansiedades profundas e só posteriormente – no decorrer do desenvolvimento da criança, que vai se tornando mais organizada e controlada – conseguem relacionar-se melhor com o filho. Da mesma forma, a mãe pode esperar que o bebê se “comporte” e fique quieto sem

chorar muito a fim de sentir-se “boa mãe; ou seu conceito de boa mãe se reveste de características idealizadas e sobre-humanas, obrigando-a absorver-se excessivamente com a criança, não a deixando só nem por um instante, ficando extremamente tensa com o choro do bebê e culpando-se demais pelas próprias falhas e limitações inerentes a qualquer relação humana (CANELLA; MALDONADO, 1988).

O ambiente que cerca a relação mãe-filho contribui para a qualidade de reatividade de ambos: num ambiente em que a mãe é cercada de pessoas hostis e críticas ou que é excessivamente turbulento e confuso, a ansiedade materna e, conseqüentemente, a inquietação do bebê tenderão a ser maiores. Em contraste, se a mãe é cercada de pessoas que realmente conseguem ajudá-la e apoiá-la, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê (MALDONADO, 1990).

A mulher, no puerpério, tem necessidade de atenção física e psicossocial, não se devendo concentrar as atenções apenas no bebê, pelo risco de que isso seja interpretado como descaso às suas necessidades; o alvo da atenção, nesse momento, deve ser a puérpera. Cabe aos profissionais de saúde, que prestarão cuidados à puérpera, estarem atentos e disponíveis para perceber a necessidade de cada mulher em ser ouvida.

2.2 A INFECÇÃO PUERPERAL E A PRÁTICA DA QUARENTENA

A infecção puerperal, doença que pode ocorrer após o parto, também conhecida por *febre puerperal*, é relatada na história da saúde da mulher desde a Antiguidade e já foi descrita por Hipócrates (CARRARO, 1998). Aumentou muito a partir do século XVII, sendo nesse período que iniciou-se a institucionalização do

parto na Europa, passando a receber os cuidados dos médicos também, uma vez que antes disso o nascimento das crianças era acompanhado apenas por parteiras. Era comum que, de cada dez mães, uma ou mais morressem após o parto. Frequentemente os bebês também morriam (MARTINS, 1992).

Hoje sabe-se que a infecção puerperal é uma infecção pós-parto do aparelho genital, geralmente do endométrio, e que pode permanecer localizada ou disseminar-se para várias partes do organismo tendo como um dos fatores pré-disponentes a manipulação intra-uterina no parto. É causada pela invasão de organismos bacterianos de fontes externas ou presentes no próprio aparelho reprodutor, caracterizada por febre de 38º ou mais, dor, secreção vaginal fétida, dor ao urinar, abscessos secundários em qualquer parte do organismo, tromboflebite causada pela disseminação da infecção ao longo das veias e por septicemia acompanhada de focos secundários de supuração. Separar as pacientes infectadas das não infectadas é uma das medidas de prevenção da contaminação recomendadas aos serviços de saúde (BRUNNER/SUDDARTH, 1980).

No fim do século XVIII havia várias teorias sobre a febre puerperal. Uma delas, dizia que a causa era a supressão da hemorragia pós-parto, outra que a causa era o acúmulo de leite dentro do corpo da mulher, uma vez que a autópsia mostrava que muitos órgãos continham um líquido branco; também poderia ser um distúrbio dos humores ou fatores emocionais como medo e vergonha e desconfiava-se ainda dos fatores ambientais – miasmas, influências cósmicas ou terrestres (MARTINS, 1992, p. 127).

Como no hospital logo que uma pessoa aparecia com a enfermidade outras pessoas também adoeciam; acreditavam na possibilidade de contágio pelo ar e medidas de limpeza eram tomadas, como ar fresco e temperatura ambiente

adequadas, além de separar as doentes das sãs. Depois que uma doente morresse ou se recuperasse, lavava-se o quarto, cortinas e roupas de cama, e purificava-se o chão e os móveis com ácido acético. Outros recomendavam que todas as roupas de cama e pessoais da paciente infectada fossem queimadas. Recomendava-se também que os profissionais se lavassem totalmente, e que passassem suas roupas pela fumaça (MARTINS, 1992).

Houve um momento que a ocorrência insidiosa de febre puerperal passou a chamar a atenção, e diversas experiências se registraram. Destaca-se o trabalho do médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865), que proporcionou evidências claras sobre o processo de transmissão da enfermidade.

Seus estudos realizados na Áustria, no hospital de Viena, e publicados em 1861, puseram em evidência que a incidência da febre puerperal e a alta mortalidade materna tinham como fonte as mãos dos médicos e estudantes (CARRARO, 1998, p.43).

Semmelweis descobriu que o contágio se dava naquelas mulheres que eram atendidas por médicos que antes de as examinarem, faziam a dissecação de cadáveres. Após isso, lavavam, apressadamente, suas mãos com água, nem sempre usando sabão, e as enxugavam em toalhas sujas ou em seus próprios aventais sujos. Concluiu que era necessário tomar medidas específicas para evitar o contágio, criando então, a rotina de lavagem das mãos com solução clorada, antes do atendimento às mulheres em trabalho de parto pelos médicos e estudantes do hospital de Viena, reduzindo assim as taxas de infecções (SEMMELEWEIS, 1998).

Constatou também que o contágio se dava não só pelas mãos contaminadas pela dissecação de cadáveres, mas também pela permanência de mulheres que

tinham alguma outra infecção, noutra parte do corpo, no mesmo ambiente com mulheres sadias (SEMMELWEIS, 1998. p. 56).

À partir dessas evidências passaram a adotar a medida de isolamento das pacientes que estivessem doentes, de modo a evitar que as puérperas viessem a se infectar, como também a adoção da quarentena para a proteção durante o puerpério (MARTINS, 1992. p. 133).

Atualmente com o desenvolvimento da tecnologia farmacológica, são utilizadas medidas de prevenção das complicações no pós-parto, disponibilizando-se drogas que são empregadas com a finalidade de prevenir infecções.

É comum encontrar-se na população o emprego de medidas com a finalidade de proteger a mulher contra complicações no puerpério, que são as práticas de saúde advindas do conhecimento cultural existente na população, e aplicadas durante o período de quarentena.

A prática da quarentena – o isolamento do doente por quarenta dias, já aparece como prática em Veneza, na Itália, em 1348, por razões que tinham embasamento empírico, uma vez que sequer existia o microscópio; porém existia a noção de contágio (SCLIAR, 1987).

Desde o fim da Idade Média existia, em toda a Europa, um regulamento que previa a quarentena como modelo de intervenção no controle de fenômenos que inquietavam as populações das cidades, particularmente a burguesia (FOUCAUT, 1992).

Na segunda metade do século XVIII, o esquema da quarentena é aperfeiçoado através de métodos de vigilância e de hospitalização. Considera-se que houve dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. O leproso era alguém

que era expulso do espaço comum, exilado; no caso da peste, a medicina não o exila em uma região , mas distribui os indivíduos uns ao lado dos outros, vigiando-os, fixando assim, a sociedade num espaço delimitado (as colônias) (SILVA Jr., 1998) .

No Antigo Testamento, encontramos a prática da quarentena e da privação no período do puerpério, quando diz:

Se uma mulher conceber e tiver um varão, será imunda sete dias, assim como nos dias de separação de sua enfermidade será imunda. E no oitavo se circuncidará ao menino a carne do seu prepúcio. Depois ficará ela trinta e três dias no sangue de sua purificação; nenhuma coisa santa tocará, e não virá ao santuário até que se cumpram os dias de sua purificação. Mas, se tiver uma fêmea, será imunda duas semanas, como na sua separação; depois ficará sessenta e seis dias no sangue da sua purificação (BIBLIA, LEVÍTICO, 1982. p. 115).

A quarentena após o parto é uma prática; nos espaços institucionais se caracteriza pela atenção ao puerpério, muito embora com a marca da atenção à saúde da criança (puericultura/Instituto de Higiene e da Criança, etc), e na cultura popular se reveste, muitas vezes, de restrições decorrentes de mitos e crenças que transcendem aos limites dos serviços de saúde.

A infecção puerperal está entre as três primeiras causas de mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2001), devendo ser alvo permanente de atenção dos serviços de saúde e das próprias mulheres, considerando sua evitabilidade e magnitude.

2.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO NO PUERPÉRIO, EM FLORIANÓPOLIS – O CAPITAL CRIANÇA.

Em Florianópolis os primeiros treinamentos e oficinas de sensibilização para a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, ocorreram entre 1987 e 1988, tendo a participação de médicos, profissionais

enfermeiros e nutricionistas da Secretaria de Saúde do município. Paralelamente foram adquiridos os equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à mulher na rede de saúde.

Foi considerado implantado na rede de saúde do município a partir de agosto de 1990 quando foram estabelecidas nove unidades básicas de referência para o desenvolvimento completo das ações recomendadas

A rede básica não contava com médicos ginecologistas, tendo sido então treinados profissionais médicos na clínica de gineco-obstetricia, sob supervisão do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal de Santa Catarina, além de estágios em planejamento familiar, nos Serviços de Reprodução Humana das Universidades Federais do Paraná e de Minas Gerais.

Em 1997 a assistência à saúde da mulher passa a fazer parte de um programa municipal – *O Capital Criança*, priorizando a saúde da criança e da mulher, e tendo como objetivo geral a diminuição da morbi-mortalidade materno-infantil, tendo como característica importante a interinstitucionalidade, através de parcerias, visando “resgatar a esperança da criança e a proteção ao alienável direito da mulher de gestar e dar à luz com segurança, fruto de opção consciente” (FLORIANOPOLIS, 1997).

A proposta surgiu por meio da reavaliação das políticas públicas de saúde do município para a proteção da criança e da mãe, determinando profunda reorientação do modelo assistencial exigindo a revisão de procedimentos. A sustentabilidade do programa dá-se pela vontade política do governo municipal, competência técnica, capacidade de articulação interinstitucional estabelecendo parcerias, fortalecimento do processo de participação comunitária e das varias entidades governamentais e não governamentais, capacitação de pessoal, recursos

para a atuação logística e criação de mecanismos permanentes de acompanhamento e avaliação (FLORIANÓPOLIS, 1997).

Em maio de 1997 o programa foi implantado e, a partir daí, formaram-se grupos técnicos insterinstitutionais e interdisciplinares, encarregados de padronizar as normas de rotinas de atendimento à criança e à mulher no período gravídico-puerperal. Estabelece-se, assim, o atendimento assegurado na rede básica de saúde, no período do puerpério, com duas consultas agendadas.

- A primeira entre o 3º e 5º dia pós- parto, já agendada na maternidade e realizada pela enfermeira.
- A segunda no 45º dia pós- parto, devendo ser realizada por um ginecologista ou um clínico geral habilitado.

A primeira consulta é agendada ainda na maternidade, no puerpério imediato, quando uma agente educadora visita todas as mulheres que tiveram filhos e oferece o atendimento para a mãe e a criança, no Centro de Saúde de sua área de moradia. Constata-se que 80% das usuárias optam pelo agendamento oferecido (FLORIANÓPOLIS/CAPITAL CRIANÇA, 2001). Esta consulta abrange anamnese com informações sobre as intercorrências do parto, condições de aleitamento materno, alimentação e eliminações. O exame físico compreende a retirada de pontos quando for parto cirúrgico, avaliação dos órgãos genitais quando houver queixa, avaliação dos sinais vitais, das mamas e antropometria.

As orientações visam estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, avaliar o esquema vacinal contra o tétano e rubéola, se necessário, orientar quanto os exercícios físicos e atividade sexual, algumas investigações sobre a anticoncepção e, principalmente, *estimular a afetividade e formação de vínculo mãe-filho*. Neste dia o bebê também é avaliado pelo pediatra ou clínico geral, são

realizados teste de fenilcetonúria e é iniciado o esquema vacinal. É agendado o retorno da puérpera para nova consulta em torno do 45º dia pós-parto, para avaliação ginecológica.

Desde a implantação do Programa tem sido agendada a média semanal de 100 puérperas nas 47 unidades de saúde da rede básica de Florianópolis. Os bairros com maior número de nascimentos e agendamentos são: Ingleses, Saco Grande II, Agronômica, Tapera e o Centro, na Ilha; na área do Continente o maior número de nascimentos ocorre nos bairros de Capoeiras e Monte Cristo.

O programa inicialmente implantado visando a definição de prioridades no serviço, ganhou novo impulso a partir da ampliação do Programa da Saúde da Família no município.

A Saúde da Família, uma estratégia para reorientação do modelo assistencial no nível nacional, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, com a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial. É uma estratégia desenvolvida para atenção além do grupo mulher e criança, trabalhando com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar (BRASIL, 1998).

Em Florianópolis, a Estratégia da Saúde da Família foi definida como modelo assistencial único a ser desenvolvido em toda a rede básica de saúde do município, a partir de 2001. Conseqüentemente, os reforços na área de recursos humanos e os novos impulsos possibilitados pela implementação da Estratégia trouxeram a oportunidade de consolidar a Programa no atendimento das prioridades estabelecidas.

3 OS CAMINHOS DA PESQUISA - A QUESTÃO DO MÉTODO

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

3.1.1 O cenário

O cenário para a coleta de dados foi uma Unidade Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, da Prefeitura de Florianópolis; possui três equipes de Saúde da Família além de outros profissionais médicos que, embora não compondo equipes, trabalham na mesma lógica do modelo assistencial da Saúde da Família. Esse grupo de profissionais está composto por médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de consultório dentário e Agentes Comunitários de Saúde.

Está localizada na área central do município de Florianópolis, tendo 7 áreas de abrangência e 52 microáreas, seguindo a metodologia do processo de territorialização da Estratégia da Saúde da Família. Compreende 10.239 domicílios com uma população estimada de 35 mil pessoas.²

² Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC, 20003.

No bairro localiza-se um Hospital, o qual possui um ambulatório que presta assistência tanto de Atenção Básica como especializada, muito embora sem o envolvimento com o modelo da Saúde da Família.

3.1.2 A aproximação

Inicialmente contatamos a coordenação da unidade de saúde explicando a finalidade da pesquisa e os ajustes que seriam necessários para a realização das entrevistas com as puérperas. Posteriormente com os profissionais médicos e enfermeiros que prestam atendimento às puérperas, além dos funcionários administrativos que atendem na recepção com o agendamento de consultas e retornos explicando-lhes a realização do projeto.

Para as entrevistas, anotava-se o nome das mulheres/puérperas que eram agendadas para a consulta de puerpério, segundo dia e horário. As mulheres/puérperas eram aquelas que voltariam para a segunda consulta, trinta dias após a primeira, considerando que a avaliação pretendida seria com as que tivessem recebido o primeiro atendimento do serviço de saúde no período puerperal, de acordo com as rotinas do Programa institucional.

3.1.3 As entrevistas com as mulheres/puérperas

As entrevistas foram realizadas no momento da segunda consulta de puerpério, ocorria antes da consulta médica, uma vez que se objetivava focar o período transcorrido entre a primeira e segunda consulta. Nesta data ocorria, ainda, a consulta com o bebê, as entrevistas se realizaram sempre com a participação destes. Em 80 % das situações as puérperas estavam acompanhadas por uma

outra pessoa; mãe, sogra, irmã, amiga ou marido; como a entrevista se alongava, às vezes a acompanhante saía com o bebê antes de seu encerramento; em outras ocasiões permaneciam até o final da entrevista..

3.2 COLETA DOS DADOS

Foram coletados através de questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas, tanto para os profissionais de saúde com para as puérperas. Inicialmente foram entrevistados os profissionais de saúde nos seus espaços de trabalho – consultórios e sala de reuniões; posteriormente entrevistou-se as puérperas também nestes mesmos espaços. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora de modo a assegurar que os critérios de investigação fossem sempre os mesmos, iniciando pelos enfermeiros.

O questionário aplicado aos profissionais de saúde (Anexo 03), compreendeu os seguintes temas:

- A atenção prestada na primeira consulta de puerpério;
- preparo para o puerpério durante o atendimento pré-natal;
- Avaliação pessoal quanto a atenção dada ao puerpério.

Para as puérpera, o questionário aplicado (Anexo 04) abrangeu: Identificação, antecedentes gestacionais, dados relativos à última gestação, cuidados no puerpério, institucionais e culturais e avaliação das mulheres/puérperas quanto ao cuidado institucional no período de puerperal.

O trabalho de campo da pesquisa realizou-se de junho a novembro de 2002, sendo entrevistados 6 profissionais e 18 mulheres/puérperas. As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram num espaço de 30 à 60 minutos, e com as mulheres entre 45 e 90 minutos.

3.2.1 Validação das entrevistas

Os médicos e enfermeiros, depois de entrevistados, receberam os questionários/entrevistas com as respostas digitadas, para que pudessem revisar e acrescentar informações que considerassem necessária. Em relação as mulheres/puérperas, as respostas eram lidas e checadas, ao término das entrevistas, em voz alta, oportunizando a alteração dos dados colhidos se as mulheres/puérperas discordassem de alguma das anotações.

3. 2.2 As questões éticas

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente nas relações com os entrevistados. Foi solicitado o “consentimento informado” da instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, encaminhado o projeto para a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina e, após sua aprovação em maio/2002, iniciou-se a pesquisa de campo.

Foi assegurada a garantia da privacidade daqueles que participaram da pesquisa na condição de informantes, firmando documento de ‘consentimento informado’, tendo sido respeitado o direito de participar, bem como o de interromper a sua participação na pesquisa, a qualquer momento.

3.3 O MÉTODO DE ANÁLISE

Este estudo buscou fazer uma análise descritiva, tendo como técnica principal a abordagem qualitativa, considerando a natureza de sua temática e das

questões investigadas: o transcorrer do período puerperal, com as interações dos cuidados institucionais e das práticas culturais de saúde, na palavra das protagonistas desta passagem – as mulheres/puérperas.

A pesquisa descritiva foi definida por Polit e Hungler (1995: 119), como aquela “cujo propósito é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”. Para Gil (1999: 44), “são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

Conforme descreve Minayo (1993, p. 239) “um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria, e que além de apropriado ao objeto de investigação e de oferecer elementos teórico para análise tem que ser exeqüível”. Ainda segundo a mesma autora, o objeto da análise qualitativa é estabelecido como um nível mais profundo, o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressam pela linguagem comum e no cotidiano.

Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração.

Como método de análise buscou-se adaptar os recursos da “análise do conteúdo” por ser este um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa identificar, descrever sistemática e objetivamente, o conteúdo da comunicação (BARDIN, 1977).

Utilizou-se como base para a análise, o modelo proposto por Bardin (1977), que engloba:

- Pré-análise;
- Exploração do material – Categorização;

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3.3.1 Fonte de Dados

A fonte de dados para a pré-análise emergiu das entrevistas com os profissionais de saúde e com as mulheres/puérperas, com questões abertas e fechadas. Todos os instrumentos preenchidos foram transcritos, através de digitação, para um sistema informatizado, compondo um banco de dados, o que constitui-se no “corpus” da pesquisa, sendo este um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. (BARDIN, 1977).

3.4 PRÉ-ANÁLISE

É a fase de organização do material a ser analisado, na qual se realiza a leitura do material no sentido de tomar contato com a estrutura, descobrir orientações para análise e registrar impressões sobre as mensagens. Para Bardin (1977: 95), “corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”.

Nesta fase fez-se a identificação das partes das entrevistas, em meio eletrônico e também manuscrito, de modo a não deixar de contemplar nenhuma das partes envolvidas e questionadas. Assim, as questões de entrevista, tanto dos

profissionais quanto das mulheres/puérperas, nesta fase, foram agrupadas em três grupos temáticos, sendo:

- Dados identificadores;
- Atendimento institucional;
- Práticas culturais de cuidados de saúde.

3.5 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL – CATEGORIZAÇÃO

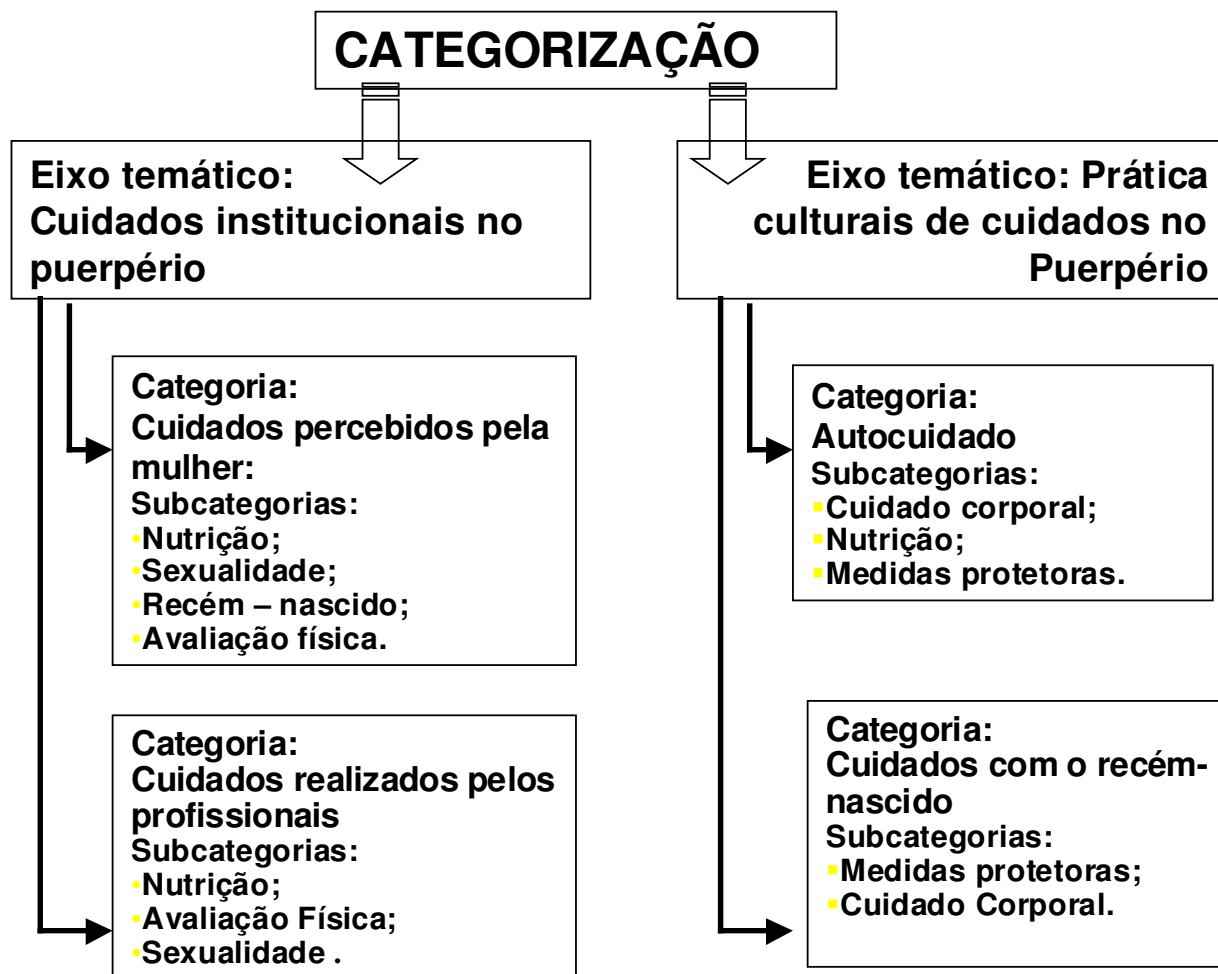
Esta é uma etapa que antecede a análise propriamente dita. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações, agrupando elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito.

Para Bardin (1977), é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, seguido por reagrupamento, segundo critérios previamente definidos.

Realizado o agrupamento das questões das entrevistas em grupos temáticos, o passo seguinte foi de definição das categorias e suas subcategorias, ficando estabelecido que seriam explorados os dados referentes aos eixos temáticos - *Cuidados institucionais no puerpério e práticas culturais de cuidados no puerpério*.

Após os recortes para a escolha das unidades de categorias e subcategorias, tendo como base o roteiro da consulta puerperal precoce (FLORIANÓPOLIS, 1998), constante no Anexo 01, procedeu-se a identificação do conteúdo, recortando, agregando e quantificando as respostas em categorias em cada unidade. As subcategorias são apresentadas em categorias nas suas respectivas unidades, de acordo com o número de citações havidas, em ordem decrescente.

Os eixos temáticos, as categorias e as subcategorias ficaram assim definidas:



Para identificar as interações do cuidado institucional de saúde e as práticas culturais de cuidados dessa população, no transcorrer do puerpério, foi perguntado sobre quais cuidados de saúde para a mulher/puérpera que já conheciam antes de terem filhos, e com quem haviam aprendido.

3.6 TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO.

Os resultados são apresentados em três partes. Na primeira estão as informações que caracterizam a população estudada; na segunda, as informações referentes a situação de puerpério dessa população, e na terceira parte os achados da pesquisa por categorias e subcategorias, a partir de eixos temáticos.

Para Bardim (1977), neste momento os dados são tratados de maneira a serem considerados válidos, utilizando-se operações estatísticas simples ou mais complexas, que permitem estabelecer quadros de resultados, diagrama, figuras e modelos que destacam as informações fornecidas para a análise.

Utilizou-se estatística simples, com percentuais das citações nas subcategorias, e em tabela. Utilizou-se para o cálculo de percentual, como numerador o número de citações em cada subcategoria, e como denominador o total das citações por categoria.

Para a apresentação dos dados e garantia do anonimato, quando transcritas as falas das pessoas entrevistadas, optou-se por dar nome de flores às puérperas e de pedras brasileiras aos profissionais de saúde.

4 OS RESULTADOS

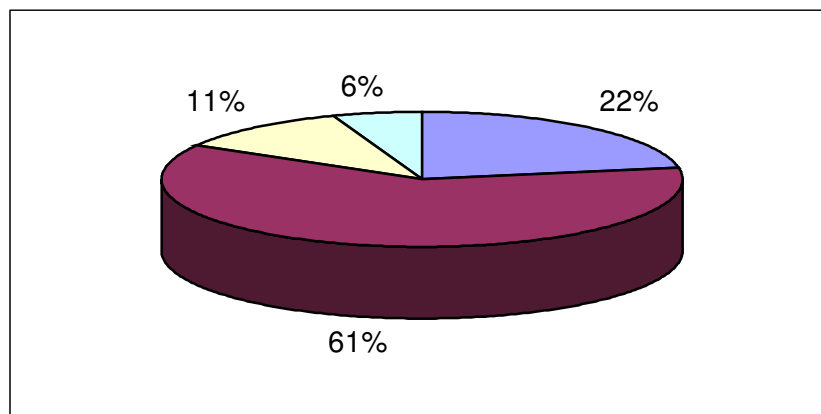
4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO – AS PUÉRPERAS

As participantes deste estudo são mulheres que se encontravam no período final do puerpério, e que retornaram a unidade de saúde para ter a sua segunda consulta puerperal. Serão apresentadas de acordo com as características relacionadas a idade, residência, procedência e antecedentes obstétricos.

O serviço de saúde está organizado de forma a fazer o agendamento para o atendimento na unidade de saúde da área de residência da usuária. Esse procedimento ficou evidente ao se identificar que o bairro de residência das puérperas era na área de abrangência da unidade de saúde.

A idade mínima registrada foi de 16 anos e a máxima de 42 anos; a totalidade do grupo está identificada de acordo com as faixas etárias, segundo o Sistema Nacional de Nascidos Vivos/SINASC, do Ministério da Saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da idade das mulheres/puérperas participantes do estudo, segundo a faixa etária.



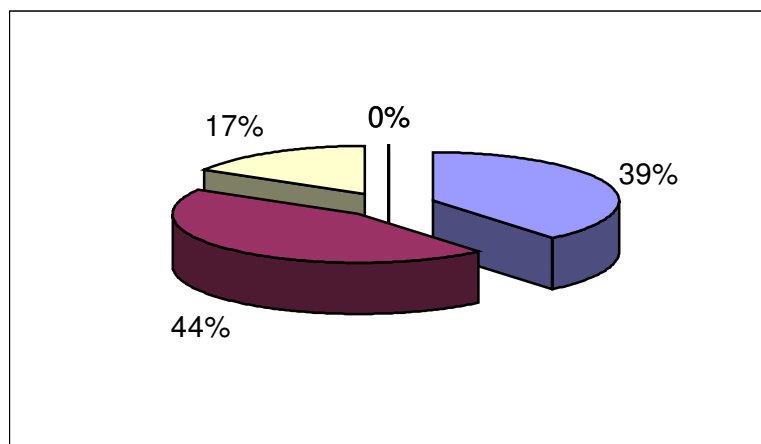
Das 18 puérperas participantes, 4 encontravam-se na faixa de 15 – 19 anos, correspondendo a 22%; 11 na faixa de 20 – 29 anos, correspondendo a 61%; 02 na faixa de 30 – 39 anos, correspondendo a 11%, e 1 na faixa de 40 – 49 anos, correspondendo a 6% do total. Encontrando-se a maioria na faixa etária de 15 a 29 anos.

4.1.1 Das gestações anteriores, pré-natal e parto.

Suas experiências anteriores relacionadas ao processo de nascimento foram pesquisadas, de modo que se pudesse identificá-las não só quanto ao contexto geoespacial, mas também o seu contexto experiencial da vida reprodutiva. Identificou-se que tinham história de 1 à 5 gestações e que destas, 10 ficaram grávidas apenas uma vez (primíparas); 3 já engravidaram 2 vezes, 4 engravidaram 3 vezes e 1 engravidou 5 vezes. A média de gestações foi de 1,8 por mulher.

Na região há mulheres que fazem pré-natal em outras unidades públicas – os ambulatórios hospitalares, em decorrência de que esses serviços estão localizados na mesma área do Centro de Saúde (Gráfico Nº 2).

Gráfico 2 – Local de realização do Pré-Natal



Cem por cento (100%) das mulheres/puérperas realizaram pré-natal na última gestação, sendo que 7 - 39 % ocorreu integralmente nos Centros de Saúde; 8 - 44 % em outras unidades públicas (ambulatórios hospitalares), e 3 - 17%, no total, em outros locais, sendo consultório particular conveniado, Sindicato da empresa de trabalho e, ainda, no domicílio.

As consultas de pré-natal, ocorridas num dos ambulatórios hospitalares, deram-se por procura espontânea; as realizadas no outro ambulatório, o qual é referência para alto risco, iniciaram no Centro de Saúde e foram referenciadas para esse serviço, por se tratarem de gestações com intercorrências.

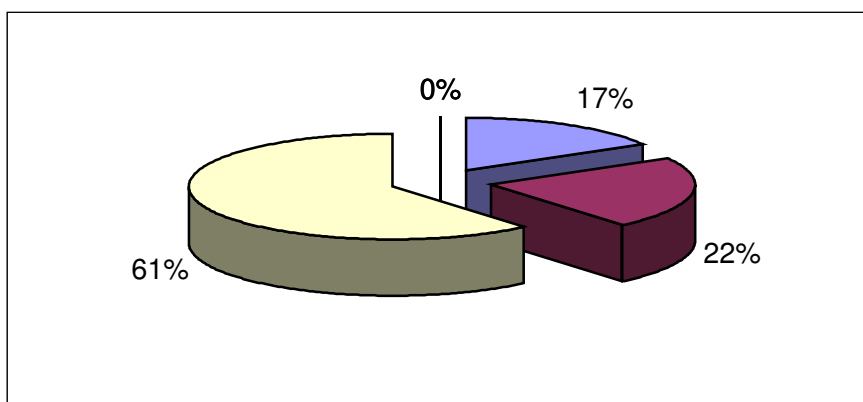
As consultas de pré-natal na última gestação, para 14 puérperas – 78% , foram realizadas somente pelo médico; para 4 puérperas – 22%, as consultas foram realizadas por médico e enfermeiro. No quadro a seguir, estão registrados, em

ordem crescente, o número de consultas realizadas por pré-natal, e por número de mulheres/puérperas.

Nº de puérperas	Nº de consultas de pré-natal realizadas, por mulher	Total de Consultas no pré-natal
1	4	04
2	5	10
4	6	24
4	7	28
4	8	32
3	9	27
Total 18		125

O número total de consultas resultou numa média de 6,95 consultas por pré-natal. No gráfico nº 03 está demonstrada a distribuição de consultas, por grupo de mulheres/puérperas, considerando os parâmetros estabelecidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 2002; FLORIANÓPOLIS, 1997), que é de , no mínimo, 6 consultas por pré-natal.

Gráfico 3 - Consultas de pré-natal, segundo o parâmetro do Ministério da Saúde.



A realização das consultas de pré-natal, de acordo com esse parâmetro, revela que 3 puerpéras – (17 %) fizeram menos que o parâmetro; 4 puérperas – (22 %), atenderam o parâmetro, e 11 – (61 %) realizaram consultas acima do parâmetro estabelecido.

A garantia do acesso ao agendamento das consultas de pré-natal e dos retornos as unidades de saúde foi assegurada às mulheres/puerpéras. As que realizaram de 4 a 5 consultas, justificaram ser por opção ou por demorarem a identificar a gravidez, conforme relatos a seguir:

“deixei para mais tarde mesmo, mais para o finalzinho. Quanto menos depender de médico, melhor” (Tulipa).

“.....descobri que estava grávida já com 5 meses. Menstruava mesmo assim; com quase quatro meses comecei a perceber um movimentos e achei estranho, parecia vermes. Fazia dieta, ginástica, caminhava e continuava engordando, sentia sono e enjôo; toma Magrix e achava que o sono era por causa disso...daí fiz teste na farmácia e deu positivo” (Hortência).

Em relação ao parto na última gestação, 9 foram partos cesáreas e 9 partos normais, significando 50% para cada tipo. Dos partos cesáreas, 4 foram de primíparas. Quanto ao sexo dos recém-nascidos no último parto, registrou-se 14 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, na proporção de 78% e 22% respectivamente.

Observa-se um percentual elevado de partos ocorridos entre mulheres/puérperas adolescentes – 22%, sendo este um percentual maior que o encontrado para o município no ano de 2002.² Ainda segundo a mesma fonte, outros dados dessa população se mostram diferentes, como a alta taxa de partos cesáreas e o grande número de recém-nascidos do sexo masculino.

Os motivos do número de consultas de pré-natal menor que o parâmetro preconizado evidenciam que há situações que fogem ao controle da mulher, por

diagnóstico tardio em função de continuar menstruando, como, ainda, situações em que opta ir ao serviço de saúde conforme seu entendimento de necessidade e livre escolha.

4.2 PUERPÉRIO COMO FOCO DA ATENÇÃO À SAÚDE

São apresentadas aqui, os achados referentes a rotina programática institucional de atenção ao puerpério, as percepções das mulheres/puérperas e dos profissionais relativas a essa prestação de cuidados, bem como a identificação das denominações e duração do período puerperal. Também são descritas as informações encontradas, relativas aos cuidadores da puérpera no âmbito domiciliar.

O atendimento no serviço de saúde, com o agendamento de duas consultas no período puerperal, surge a partir da reavaliação das políticas públicas de saúde do município para a proteção da criança e da mãe, o que determinou reorientação do modelo assistencial da atenção básica de saúde no município.

Para efetivar o agendamento da primeira consulta de puerpério, é realizada visita às mulheres/puérperas nas maternidades, rotina que foi cumprida para 17 das participantes do estudo. Somente uma informou que seu agendamento ocorreu na unidade ao levar o recém-nascido para realizar o “teste do pezinho e para dar as vacinas”.

Com o intuito de conhecer as denominações atribuídas ao período puerperal e a duração do mesmo pelas mulheres sobre o puerpério, foi perguntado quais denominações conheciam. Foram encontradas três denominações, sendo 11 para resguardo - 61 %, 4 para dieta - 22 % e 3 para quarentena - 17 %.

² SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos. Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de

A definição do puerpério, enquanto dieta/quarentena/resguardo, é acompanhada da distinção de sua duração, dependendo do sexo da criança. Para 11 mulheres/puérperas - 61% das entrevistadas, o puerpério possui uma só duração para meninos e meninas, com uma variação de 40 a 45 dias; para as demais, isto é, 7 mulheres/puérperas - 39 % , definem como sendo de 40 a 45 para meninos, e 30 dias para meninas, no entanto, não souberam justificar a razão da diferença.

Quando o assunto é puerpério, emergem as práticas populares de cuidados de saúde e são revelados significados especiais, segundo relato a seguir:

"conforme minha avó dizia, o último dia é o que tem que se cuidar mais" (Girassol).

Na avaliação das mulheres/puérperas, o atendimento institucional no puerpério é importante, recomendando-o a outras mulheres. Para 95% delas, o atendimento da segunda consulta de puerpério é entendido como necessário; somente uma – 5% - respondeu que não considerava tal consulta importante.

"acho que devem vir na consulta porque a gente não tá toda vida bem; se estivesse se sentindo bem como hoje e fosse só pra mim consultar, não vinha, porque se a gente está se sentindo bem, não precisa pegar a vaga de outros" (Papoula).

A *anticoncepção e o retorno das relações sexuais*, com 12 e 7 citações respectivamente, foram apontados como os principais motivos de "porque consideram importante este atendimento".

A necessidade de *revisão do puerpério* é outro motivo com 7 citações, e outros com menos citações foram: *para ficar sabendo mais, para avaliar alguma*

intercorrência como anemia, infecção e corrimentos, e para fazer o preventivo do câncer do colo do útero.

As razões da recomendação a outras mulheres/puerpéras para comparecerem a este atendimento são evidenciadas nos relatos descritos abaixo:

“é bom para a mulher, pode contar com o posto a qualquer hora e porque o serviço é bom” (Violeta).

“Não adianta só a criança ter o pediatra, a mãe também precisa se cuidar. Também pela facilidade e por ter os recursos necessários, como o remédio (anticoncepcional), as mulheres precisam por causa do comprimido” (Jasmim).

“Sim; achei bem interessante. Fazia algum tempo que eu não vinha ao posto de saúde, e pelo menos aqui eu gostei; é fácil marcar, já se sai com a consulta marcada para o atendimento” (Magnólia).

Para os profissionais de saúde, a necessidade de avaliação física é atribuída com maior destaque como motivo de importância desta consulta, muito embora também seja destacada a necessidade de contracepção.

Buscou-se saber das mulheres/puérperas de que forma e de quem tinham apoio enquanto cuidado no puerpério. Identificou-se que 95 % destas contam com alguém lhes ajudando. Os cuidadores fazem parte da família nuclear, formada pelo marido e filhos, e a família ampliada formada por mãe., sogra, cunhadas e irmãs. A referência de cuidadores para a mulher/puérpera foi o marido – 45%, seguidos dos filhos maiores, o que é demonstrado nos relatos que seguem:

“o marido; cuida do neném, lava roupa, faz comida. Na maternidade o leite não descia por causa daquela comida. Em casa o meu marido fez uma sopa que era pra lá de bom, daí o leite veio; comi com gosto, com vontade... O meu marido me respeita, na minha vontade; se eu quiser chorar ele não atrapalha” (Dália).

“o marido. Prepara alimentos, faz o serviço da casa, dá banho no neném, troca as fraldas e embala o neném à noite” (Girassol).

“O filho mais velho, de 16 anos limpa a casa, estende a roupa e prepara a comida” (Azaléia).

Os maridos são evidenciados não somente como cuidadores no domicílio; os profissionais de saúde referem ser rotineira a presença dos parceiros/maridos das mulheres/puérperas nas consultas, acompanhando, informando e questionando os profissionais sobre o desenrolar do período puerperal e dos cuidados com o recém-nascido, o que demonstra o relato a seguir:

“está sendo comum a vinda de parceiros, de cada cinco, três vêm com o marido. Daí participam da consulta do neném e da puérperas, às vezes elas não lembram de determinadas situações, eles lembram e informam, participam da consulta” (Turmalina).

Os profissionais consideram importante a prestação do atendimento à mulher no puerpério, aparecendo verbalizado como satisfação profissional, prazer em orientar, em compartilhar, estar junto, conversar. Às vezes essas expressões são acompanhadas do externar sentimentos de frustração, por não dispor de mais tempo para dar maior atenção, e por não poder fazer um melhor atendimento em decorrência das inúmeras atribuições na unidade de saúde cominadas aos profissionais.

“Eu me sinto satisfeita como profissional, sinto prazer em orientar, compartilhar, estar junto, conversar. As vezes sinto que poderia fazer a consulta melhor, lamento não poder dispor de mais tempo para me disponibilizar a elas porque temos outras atribuições. Quando isso foi implantado não dei crédito, achava um absurdo elas virem no início do resguardo; agora penso diferente, vejo que quando elas vêm aos 40 dias, vêm mais fortalecidas ” (Âgata).

A oportunidade que surge nas visitas domiciliares para uma interação entre profissional de saúde e puérperas/famílias, é um elemento relevante, pois é esse espaço que permite que o atendimento continue, como citado a seguir:

“Quando vou nas visitas domiciliares tenho o feedback porque encontro as pessoas, elas nos reconhecem e o atendimento continua; quando a gente vai na visita, vale a pena” (Ônix).

A possibilidade de aproximação das pessoas, no seus domicílios e nos espaços comunitários, que demonstra ser de satisfação para os profissionais, traz à tona a redescoberta de um modelo de assistência de saúde que pode voltar a ser praticado, agora, pela saúde da família, *o modelo clínico*. Este modelo de atenção permite, além de conhecer a história da doença, e não somente os achados clínicos, dar assistência aos indivíduos e coletividade também na sua condição de ser e manter-se saudável, realizando a prevenção e a promoção da saúde.

O puerpério é objeto de orientação já durante o pré-natal, para 3 (três) – 50% dos profissionais entrevistados; estes informam orientar sobre parto e pós-parto, preparando a mulher para a recuperação física e o aleitamento materno., o que vai ao encontro do que as mulheres informaram.

“Converso sobre anticoncepção, sobre como ela está se sentindo na gestação; acho a prioridade que dou é no planejamento familiar, ao aleitamento; cuidado com a gravidez em si, como o casal encara a gravidez” (Ametista).

Esses profissionais consideram, entre os motivos para não fazer orientações para o puerpério ainda durante o pré-natal, haver “excesso de informação”, e que “a mulher não consegue entender se for falado tudo”, muito embora considerem ser importante e que deveriam fazê-lo, conforme exemplo do relato abaixo:

“Acho que deveria falar, mas é porque o puerpério não fica com o médico, é mais com a enfermeira, e isso faz com que a gente não lembre tanto do puerpério” (Ametista).

Dar *orientações* é uma das atividades realizadas no atendimento individual, neste caso, através de consultas médicas e de enfermagem. Faz parte de um processo de informar/educar para a promoção, prevenção e/ou reabilitação da

condição de saúde da pessoa que está recebendo cuidados da instituição, através dos profissionais de saúde.

Sobre o cuidado, Boff (2001), diz que cuidar é mais que um ato; é uma atitude. E que significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato; é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com eles.

Fazer assistência de saúde também é cuidar. De acordo com Caponi (2000), assistir medicamente demanda a cura, *o cuidado* e a assistência; assistir medicamente refere-se não só a intervenção direta dos médicos e enfermeiras como também a outros profissionais: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e educadores.

O cuidado profissional e o popular é analisado, neste estudo, segundo a percepção das mulheres e a referência dos profissionais de saúde. Os cuidados institucionais no puerpério e as práticas culturais de cuidados são apresentados, à seguir, através de eixos temáticos, categorias e subcategorias.

4.2.1 Eixo Temático: Cuidados Institucionais no Puerpério

Cuidados institucionais de saúde referem-se àqueles cuidados prestados por profissionais, que ocorre quando são necessárias ações e atitudes baseadas num tipo de conhecimento que vai além do popular - o conhecimento técnico, conforme Lacerda (1996, p. 7-8).

Neste eixo temático são apresentados os dados das consultas médicas e de enfermagem, a partir das orientações e abordagens realizadas nas referidas consultas, enquanto cuidados Institucionais prestados às mulheres/puérperas.

A partir dos resultados obtidos nas entrevistas com as mulheres/puérperas e com os profissionais de saúde, evidenciou-se para este eixo temático, as categorias

Cuidados percebidos pelas mulheres e Cuidados realizados pelos profissionais, com as respectivas subcategorias.

4.2.1.1 - Categoria: Cuidados Percebidos Pelas Mulheres

As informações a seguir descritas, são apresentadas segundo o conteúdo identificado nas citações das mulheres/puérperas, agrupadas de acordo com as unidades de subcategorias, que são: nutrição, sexualidade, recém-nascido e avaliação física.

Nesta categoria obteve-se um total de 66 citações, evidenciando-se a subcategoria “*Nutrição*”, com 28 citações - 42 %, acompanhada da “*Sexualidade*” com 15 citações - 23 % , “*Recém-nascido*” com 13 citações - 20 % e “*Avaliação física*” com 10 citações - 15 % do total.

a) Subcategoria - Nutrição

Esta subcategoria foi assim definida, considerando que os elementos identificados significam mais que o abastecimento e o provimento das substâncias das quais um indivíduo costuma alimentar-se; eles abarcam os processos que vão da ingestão até a assimilação dos alimentos pelo organismo

Dentre os cuidados voltados para as mulheres/puérperas, relacionados a esta subcategoria, evidenciou-se aqueles que dizem respeito à alimentação e hidratação voltados para o aleitamento materno e consumo de alimentos com a finalidade de combater a anemia da mulher/puérpera como, ainda, a recomendação para não incluir na dieta alimentos que possam causar cólicas no bebê.

Percebe-se que é estimulado, na dieta da puérpera, o consumo de vegetais e desestimulado o consumo de alimentos constipantes, formadores de gases intestinais e condimentos, como se observa na falas transcritas a seguir:

“para alimentar-se bem e comer coisas verdes” (Margarida);

“para não comer coisas muito ácidas e apimentadas, para não dar cólica no neném” (Violeta);

“sobre amamentar, alimentação: o que pode e o que não pode, evitar repolho e refrigerante, por exemplo” (Jasmim);

“para comer bastante verduras, evitar refrigerante, feijão e repolho” (Azaléia).

A dieta alimentar estimulada para a mulher/puérpera, tem como foco o *aleitamento materno*, para que ela o garanta como alimento exclusivo ao recém-nascido. Este é reforçado, não só pelas orientações sobre tipos de alimentos a consumir, mas também com orientações de cuidados voltados para manter a integridade física das mamas, como a prevenção e o tratamento de fissuras dos mamilos, e, ainda, para que restrinja o consumo de alimentos desencadeadores das cólicas, pois eles passam para a criança, através do leite. Estes cuidados são evidenciados a seguir:

“deu remédio para cólicas...ensinou massagens...disse para eu tomar chá de erva- doce que é a mesma coisa que dar para o neném...evitar mamão, laranja e coisa ácidas....falou sobre as cólicas, disse que não tem o que fazer” (Crisântemo).

O uso de leite que não seja o materno é cerceado nas instituições de saúde, através dos cuidados prestados pelos seus profissionais, que desestimulam outros hábitos que possam interferir negativamente para o aleitamento materno exclusivo. Ainda assim, há situações limites para essas mulheres/puérperas, que se defrontam com a angústia gerada pelo choro persistente do recém-nascido e a influência do cuidador no domicílio, cuja opinião interfere e pode até decidir:

“o neném chora e a minha sogra diz que tá chorando porque não tem leite neste peito. Ontem já dei uma mamadeira de leite ninho” (Margarida).

Nos cuidados relacionados à alimentação, há dois aspectos principais de enfoque. Um que é voltado para a mulher/puérpera na recuperação de anemia, quando é orientado o consumo de alimentos ricos em vitaminas e minerais; outro voltado, com predomínio, para o aleitamento materno, com orientações de cuidados para garantir as condições fisiológicas para o aleitamento materno e que se alimente de forma a equilibrar a sua necessidade calórica com a ingestão de alimentos que não provoquem cólicas no recém-nascido.

b) Subcategoria – Sexualidade

Nesta subcategoria foram evidenciadas as orientações relacionadas à *atividade sexual e prevenção da gravidez*, tendo sido citada por 12 das mulheres/puerpéras. As orientações estavam voltadas para a abstinência sexual no puerpério, o uso de preservativos masculino e tomada de decisão quanto ao método anticoncepcional a ser utilizado após o puerpério, demonstrados nos relatos que seguem:

“deram material para ler e quando retornar escolher o método” (Margarida);

“me deu camisinha, perguntou o que eu ia decidir para não engravidar e disse que eu começasse a ter relações sexuais quando eu achasse que dava, mas que esperasse pelos menos 30 dias” (Hortência);

“para usar camisinha para evitar gravidez e não ter relações sexuais antes de acabar o resguardo” (Jasmim);

“explicou sobre evitar engravidar e que era importante não engravidar logo” (Magnólia).

A orientação é para não ter relações sexuais no período do puerpério; caso ocorra, deve usar preservativo masculino (camisinha), as quais já são fornecidas na

primeira consulta de puerpério. Enfatiza-se para que as mulheres/puérperas, até a realização da segunda consulta puerperal, decidam por um dos métodos anticoncepcionais disponibilizados.

O retorno da atividade sexual e a prevenção de nova gravidez são referenciados pelas mulheres/puérperas, como foco da orientação durante as consultas de puerpério. A abstinência sexual para não engravidar, é a recomendação de maior relevância dos cuidados deste período, sendo também o

cuidado que elas identificam como o mais importante a ser recomendado às outras mulheres/puérperas.

A importância que as mulheres/puérperas atribuem à necessidade da contracepção demonstra que existe preocupação com uma nova gravidez. Engravidar quando desejar, desvincular vida sexual e reprodução, é possível com as contribuições que os avanços técnico-científicos possibilitam à mulher, através de dispositivos de contracepção, permitindo tornar-se dona de seu destino, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada.

c) Subcategoria: Recém - nascido

Os cuidados com o recém-nascido são realizados concomitante ao atendimento da primeira consulta de puerpério, que ocorre em torno do 5º dia pós-parto. Nesta subcategoria foram evidenciadas citações referentes aos cuidados com *higiene, vestuário, aleitamento materno, uso de chupetas, mamadeiras e as cólicas do recém-nascido. Em “higiene e vestuário” foram citadas referências quanto ao banho de imersão e banho de sol como, ainda, o uso de roupas apropriadas.*

Nas referências de *“cuidados para as cólicas do bebê”*, são dadas orientações dirigidas à tomada de atitudes que possam prevenir ou aliviar a ocorrência das cólicas, mostrando que este assunto é de relevância entre os cuidados institucionais, conforme relatos abaixo:

“me falou sobre como dar de mamar, examinou o neném, disse para não usar muita roupa pois ele tem a mesma temperatura que a gente” (Margarida);

“banho: não usar talco e nem lenço umedecido; higiene oral: consulta com dentista” (Azaléia);

“deu remédio para cólicas...ensinou massagens...disse para eu tomar chá de erva- doce que é a mesma coisa que dar para o neném...evitar mamão, laranja e coisas ácidas....falou sobre as cólicas, disse que não tem o que fazer” (Dália e Petúnia).

As mulheres/puérperas são orientadas, ainda na maternidade, para não dar chupeta ao recém-nascido, pois isto interfere no aleitamento materno. Embora perante os profissionais de saúde acatem a orientação, no domicílio tomam decisão contrária, conforme a fala transcrita abaixo:

“Na maternidade o bebê fazia do peito o bico; em casa dei a chupeta para ele e daí ele passou a pegar o seio só para mamar mesmo” (Lírio).

A recomendação pelos serviços de saúde para que não dê chupeta para o bebê, é uma prática recente, e vai de encontro aos hábitos e costumes incorporados pela população, para a qual *“não há bebê sem chupeta”*.

Assim como se identificou que a orientação para não dar chupetas nem sempre é acatada, também ocorre quando relacionado aos cuidados de higiene do recém-nascido.

“ até hoje, 30 dias, não dei banho, só de paninho com xampu, como deram a “dica” na maternidade” (Lírio).

Percebemos, uma vez mais, que a mulher e sua família fazem no domicílio, aquilo que lhes parece o melhor, o mais adequado, independente do cuidado institucional, com livre arbítrio.

Estas evidências demonstram que algumas das orientações prestadas pelo profissional de saúde, enquanto cuidados institucionais, não são efetivamente realizadas. Esta constatação só foi possível por ter havido uma maior disponibilidade de tempo para “conversar”, as entrevistadas e a entrevistadora, o que nem sempre acontece com o profissional de saúde, no dia-a-dia da unidade de saúde, com as atribuições da “demanda” para atender.

A possibilidade dessas avaliações, no cotidiano do atendimento, será melhor sucedida quando o atendimento ocorrer noutros espaços, como no domiciliar, de modo a contribuir para uma maior interação entre o ser- cuidado e o cuidador.

d) Subcategoria: Avaliação Física

A avaliação física é uma das etapas da consulta, realizada pelo médico ou pela enfermeira, com o objetivo de obter informações a respeito da condição de saúde do indivíduo ou de uma situação de doença, as quais se somarão a outros achados permitindo o diagnóstico e prescrição. Segundo Ferreira (1994), o exame físico fundamenta-se no uso dos sentidos do profissional: “visão, audição, tato e olfato”.

Nesta subcategoria foram evidenciados os cuidados com a episiotomia, a ferida operatória, as intercorrências do parto, o exame físico do bebê, o curativo do coto umbilical como, ainda, orientações no sentido de prevenir complicações puerperais, investigando a ocorrência de infecção. As orientações voltadas para estes cuidados são identificadas nas transcrições abaixo:

“Examinou de modo geral, orientou sobre rotura uterina e explicou os cuidados que tinha que tomar” (Teve rotura uterina com hemorragia no parto (Crisântemo);

“examinou mas não tirou os pontos; achou melhor esperar 10 dias e preencheu uma ficha; falou para não erguer peso” (Miosótis);

“pesou, mediu, conversou sobre o leite pois o neném mama muito; fez exame e viu que ele tem a clavícula deslocada, mas me tranqüilizou dizendo que isso não é tão grave, que se recupera” (Gérbera).

A avaliação física é um dos recursos do cuidado prestado com o intuito de prevenir complicações, identificando fatores de risco que podem estar presente no puerpério imediato. Entre os fatores de risco para a mulher/puérpera estão aqueles relacionados como as principais causas de óbito materno: as infecções puerperais, as hemorragias e a hipertensão arterial.

Nesta subcategoria são identificados outros cuidados realizados pelos profissionais, que embora menos citados, são considerados relevantes por indicarem a necessidade de sua inclusão em rotina de atendimento institucional. São ações referentes a orientação para higiene pessoal, repouso, relaxamento e apoio, evidenciados nas falas abaixo:

“repouso para amamentação, não ficar estressada para não passar para o bebê, ficar calma, relaxada” (Orquídea);

*“perguntou se estava tudo bem. sobre descanso: para aproveitar para dormir enquanto o neném dorme”. * Refere ficar a noite e o dia deitada, só em função do bebê” (Gérbera);*

“.. perguntou como se eu estava me sentindo... , se eu estava nervosa por causa do acontecido” (o marido foi morto durante a gestação, num assalto em frente a casa). (Margarida).

Esses outros cuidados prestados pelos profissionais, extrapolam aquilo que está previsto na rotina institucional, e isto é entendido como uma sinalização positiva para o perfil dos profissionais de saúde. Ainda que sejam experiências

isoladas, caracterizam-se como importantes, uma vez tendo sido percebidas e evidenciadas pelas próprias mulheres/puérperas.

A implementação do modelo assistencial alicerçado na Estratégia da Saúde da Família, que coloca para a prática médica o desafio da desconstrução do paradigma da fragmentação do fenômeno da saúde, pode ter uma conseqüência desejável, uma nova compreensão do significado de saúde no contexto da vida humana.

4.2.1.2 Categoria: cuidados realizados pelos profissionais

Os cuidados profissionais dispensados à mulher grávida e ao recém-nascido, durante o período de gravidez, parto e puerpério, constituem a prática obstétrica (SANTOS, 2002). Os cuidados profissionais compreendem, também, as orientações, como parte do processo de interação entre o profissional e a mulher/puérpera, na realização das consultas.

Identifica-se, entre os profissionais de saúde, que a realização do cuidado se dá a partir do que a mulher/puérpera relata, abordando os pontos que percebe na fala, como os medos e ansiedades que se apresentarem. Há, ainda, aqueles que realizam o cuidado a partir de uma abordagem estrutural, seguindo roteiro padronizado como investigação, com informações sobre o parto e pós-parto imediato; seguindo pelos aspectos biológicos e aspectos psicossociais.

Nesta categoria identificou-se 17 citações, evidenciando-se as subcategorias “*nutrição*” e “*avaliação física*”, ambas com 6 citações correspondendo a 35% e “*sexualidade*” com 5, correspondendo a 30 % das citações.

a) Subcategoria – Nutrição

As orientações relacionadas à nutrição, foram evidenciadas entre os 6 profissionais entrevistados, abordando pontos que *envolvem hábitos alimentares e estimulação para aleitamento materno*, com informações para que realizem dieta leve, ingestão de líquidos, dieta sem condimentos e com a inclusão de verduras, frutas e sucos. Percebe-se nas informações sobre a alimentação, que as atenções estão voltadas para o cuidado com o recém-nascido, o que é afirmado pelos relatos que se seguem:

“incentivo líquidos porque as mulheres quando não ingerem bastante líquidos, dizem que o leite diminui” (Ônix);

“... dizem “como de tudo”, depois começam a detalhar: arrozinho, sopa... Há mudança na alimentação, daí é comum a prisão de ventre; daí pergunto o que ela está comendo e ela responde que está fazendo dieta. Costumam perguntar se não vai fazer mal para o neném e então oriento algumas restrições como feijoadada, refrigerante e chocolate” (Esmeralda).

Embora a dieta alimentar no puerpério seja tradicionalmente compreendida como cuidado à mulher, neste estudo se evidenciam que os cuidados alimentares estão voltados para o recém-nascido. É comum a justificativa do desmame em função do “leite fraco” ou por ter “pouco leite”, entre as puérperas. Os profissionais se antecipam e fazem a orientação preventiva, para diminuir a possibilidade da interrupção da amamentação.

No entanto, ocorre contradições entre o que é percebido pelas mulheres e o realizado pelos profissionais, no aspecto alimentar. Enquanto os profissionais relatam estimular o consumo de frutas e verduras, as mulheres/puérperas referem

receber orientações para restringi-los, por serem, alguns destes alimentos, causadores de cólicas no bebê. Percebe-se que há a necessidade de uma padronização da dieta a ser recomendada para o puerpério, ficando sob o critério profissional as adequações necessárias nas situações que requeiram especificidades, ou seja, as exceções.

b) Subcategoria - Avaliação Física

Nesta subcategoria foram evidenciados os pontos que são abordados, pelos profissionais, quando da realização do exame físico das mulheres/puérperas.

A avaliação física é realizada, pelo profissional de saúde, a partir do exame durante a consulta de puerpério, acompanhada de informações/orientações. Evidencia-se que essa avaliação é realizada quanto às mamas, orientando cuidados para o aleitamento materno, prevenindo e tratando o ingurgitamento e as fissuras das mamas, conforme o seguinte relato:

“vou questionando e orientando, geralmente o problema nessa ocasião é com as mamas por causa do ingurgitamento. Elas muitas vezes não sabem que podem ordenhar antes de dar de mamar. Percebo que é preciso dizer que pode fazer isso, daí elas se sentem aliviadas” (Turmalina).

No exame físico é, também, avaliado a involução da altura uterina, a loquiação, a incisão da cesárea ou da episiotomia e deiscência de sutura. São observados sinais de infecção, e orientado cuidados relacionadas a higiene pessoal, atenções estas evidenciadas nas falas que seguem:

“Vejo se tem alterações relacionadas a infecção puerperal: lóquios, febre; também amamentação, ingurgitamento e fissuras de mamas. Avalio ainda sobre corrimento e já vejo que tem ocorrência de fungos, já medico” (Malaquita).;

“quando referem mau odor, constato problemas de má higiene. Oriento para fazer a troca de absorvente de 4 em 4 horas, e fazer banho de assento com água morna quando a mulher usa panos” (Turmalina).

Os profissionais de saúde evidenciam mais a realização da avaliação física, do que as mulheres/puérperas. Pode ser devido a preocupação com os aspectos ligados a prevenção de intercorrências do ponto de vista fisiológico, como as infecções pós-parto que estão entre as primeiras causas de morte materna.

Ocorre a inclusão dos cuidados com a higiene corporal, não previstos na rotina da consulta puerperal e, ainda, a orientação do uso de infusões para a higiene perineal. Procuram valorizar a presença do marido/companheiro que acompanha na consulta, incluindo-o na responsabilidade do cuidado com o restabelecimento da mulher/puérpera.

O ingurgitamento das mamas é uma situação incômoda, aflitiva e dolorosa para a mulher/puérpera. Os profissionais, estabelecendo uma relação de ajuda, prestam cuidados para diminuir o desconforto e a possibilidade do desmame.

Os cuidados estão voltados mais para a mãe/ nutriz, e menos para a mulher, de modo que a condição de reprodução esteja protegida. O modelo médico, acostumado a começar o interrogatório por “onde você sente dor?”, nem sempre percebe que esta mulher/puérpera não tem uma dor localizada, e que, às vezes, não sabe descrever corretamente seu estado.

A mulher no puerpério vivencia uma condição especial do seu processo de saúde, porém não está doente. Assim, mais que ser “tratada”, ser medicalizada, ela precisa ser apoiada e fortalecida pelos profissionais de saúde, como integrantes de uma rede de cuidadores dessa mulher/puérpera.

c) Subcategoria: Sexualidade

Nesta subcategoria, os profissionais que atendem a mulher no puerpério informaram prestar este cuidado, fazendo orientações quanto as atividades sexuais no puerpério e a anticoncepção após este período.

A abstinência sexual é reforçada no atendimento da consulta médica, com a interveniência desse profissional junto ao marido/parceiro da mulher/puérpera, na oportunidade que surge na realização do exame físico, quando são constatadas alterações na região da vagina e do períneo, decorrentes do parto, como demonstram os relatos que se seguem:

“ A questão das relações sexuais sempre abordo, mesmo que ela não fale; pergunto se ela sabe como engravidou e entro na contracepção. Já atendi casal que já tinham tido relação sexual no 10º dia (daí os dois botaram a mão na boca!); sempre dou camisinha(e nesse caso dei 30), mesmo se a mulher disser que não vai usar. Abordo sobre os métodos anticoncepcionais” (Turmalina);

...oriento não manter relações sexuais até a 2ª consulta para avaliar a cicatrização.Quando tem episio infectada, chamo o marido e mostro que não pode ter relações sexuais até a cicatrização. Acho que quando o médico fala para o marido, dá força para a mulher manter a abstinência” (Esmeralda).

Quando o profissional de saúde procura envolver o marido/companheiro da mulher/puérpera, co-responsabilizando-o pela abstinência sexual no puerpério, possibilita haver a afinidade e identidade com a condição feminina, o que entende-se como um fator positivo para o cuidado de saúde da mulher.

No entanto, para que se possa prestar assistência à mulher é preciso que compreendamos sexualidade, que é um conceito complexo, amplo e diverso, como bem define Ribeiro (1993), pressupondo dimensões biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais correspondentes ao desempenho de papéis sexuais socialmente definidos. Porém, a sexualidade tende a ser compreendida, nas instituições de saúde, como atuação fisiológica dos órgão sexuais, a assim se restringindo a prescrição de métodos anticoncepcionais.

O EIXO TEMÁTICO

Os achados encontrados, no eixo temático, tanto no grupo de mulheres/puérperas quanto no grupo de profissionais, a partir das categorias e subcategorias definidas, evidenciam a ênfase, prioritariamente, ao aleitamento materno, com enfoque no o aleitamento exclusivo, transmitidos na recomendações voltadas para a amamentação, como por exemplo “dar bastante leite”, “não dar chá para evitar cólicas” no recém-nascido como, ainda, evitar o uso de chupetas e mamadeiras.

As recomendações referentes à alimentação voltadas à amamentação são percebidas pelas mulheres e referidas pelos profissionais, permeadas por elementos culturais como os de “comida forte”, que neste caso são entendidos como aqueles alimentos que podem ocasionar gases intestinais.

Quanto a sexualidade, o enfoque é para as relações sexuais no período do puerpério “resguardo”, sobre os métodos anticoncepcionais disponibilizados, para que até a realização da segunda consulta puerperal tenham decidido por algum dos métodos. As mulheres consideram que o cuidado mais importante, neste período, é a abstinência sexual para não engravidar. Para os profissionais de saúde este cuidado é evidenciado como um dos mais importantes, não por estar normalizado nas rotinas da instituição mas enquanto entendimento profissional.

A avaliação física evidenciou a higiene pessoal como um dos cuidados institucionais importantes, com ênfase na atenção ao recém-nascido. Enquanto para as mulheres a maior atenção é para a lavagem dos cabelos, para os bebês é para o banho de imersão. O banho de imersão para o recém-nascido, no domicílio, nem sempre é realizado; preferem a higienização com “paninho” e sabonete, podendo o

banho de imersão ocorrer após a queda do coto umbilical, do 7º dia em diante, muito embora possa ocorrer, após 30 dias.

O apoio psicossocial está previsto na rotina do atendimento, o que leva os profissionais a relatar que o fazem. No entanto, quando o profissional indaga “como se sente”, “como está”, na visão da mulher/puérpera, isto é apenas rotina, não percebendo como uma relação de ajuda, de estar à disposição, de acolher. O apoio é referido pelos profissionais de saúde diferentemente da percepção das mulheres; para estas, o atendimento acontece de maneira casual, enquanto os profissionais referem prestar este apoio como rotina do cuidado no puerpério

Atividade sexual relacionada à prevenção da gravidez e o aleitamento materno, na percepção das mulheres são os cuidados mais abordados no atendimento institucional. No entanto, para os profissionais de saúde, estes cuidados não estão, enquanto foco prioritário, sendo precedidos e acompanhados da avaliação física e do apoio psicológico, muito embora os elementos de destaque nestas duas subcategorias sejam os mesmos evidenciados pelas mulheres – a sexualidade (relações sexuais e anticoncepção) e a nutrição (aleitamento materno).

Além dos aspectos relacionados à nutrição, avaliação física e sexualidade, outros temas foram evidenciados entre os profissionais, com menor frequência de citações, porém de relevância para a saúde da mulher, como as oportunidades de fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho, e aspectos relacionados à Prevenção e Promoção da Saúde, como prevenção do câncer de colo uterino, imunização contra tétano e rubéola.

4.2.2 Eixo Temático: Práticas culturais de cuidados de saúde no puerpério

Identificando as interações e as interfaces dos cuidados institucionais e as práticas culturais de cuidados em saúde no transcorrer do puerpério, são descritos os cuidados de saúde para a mulher e para o recém-nascido, apreendidos culturalmente, compreendendo a cultura como um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade (HELMANN, 1994).

Os aspectos culturais, de acordo com Langdon (1991), fazem parte de um sistema de saúde inter-relacionado com um aspecto social, sendo que o aspecto cultural inclui determinados conceitos básicos, teorias, práticas normativas, crenças, mitos e tabus.

O universo das crenças e tabus no puerpério, identificados como aqueles cuidados que as mulheres/puérperas sabiam, independentes dos profissionais de saúde, para elas e para os bebês, são apresentadas em duas categorias, relatadas à seguir.

.4.2.2.1 Categoria: Autocuidado

O autocuidado é aqui compreendido como as ações realizadas pela mulher/puérpera, que contribuem para a recuperação, regulação e manutenção da integridade e desenvolvimento próprio, necessárias para o retorno da sua condição pré-concepcional.

Nesta categoria foram evidenciadas 56 citações, referentes as subcategorias “*cuidado corporal*” com 35 - 62 % , acompanhada de “*Nutrição*” com 14 - 26 %, e “*medidas protetoras*” com 7 - 12 %.

a) Subcategoria: Cuidado corporal

As práticas relacionadas ao cuidado corporal formam a subcategoria mais citada enquanto influência cultural, tendo predomínio a higiene corporal, seguida da restrição de atividades físicas e a influência do “*meio-ambiente – temperatura – frio/calor*”, com recomendação para não “pegar” friagem.

Em relação a higiene corporal, o banho e a lavagem dos cabelos foram os cuidados evidenciados, atrelados ao cuidar-se para não se expor a mudanças de temperaturas, tanto no domicílio como fora dele, afirmações estas evidenciadas nos relatos abaixo:

“... No hospital mandaram lavar os cabelos logo. Não lavei porque a minha mãe e as minhas cunhadas iriam ficar doidas. Eu também tenho medo, não lavei até agora” (Magnólia);

“...não lavar a cabeça antes dos 40 dias p/ não ficar maluca” (Tulipa);

“Já lavei a cabeça 3 vezes – a mãe brigou um monte. Rezei bastante para que nada me acontecesse e deu tudo certo” (Tulipa).

Fica evidenciado o medo de “transpor uma norma cultural” , significada pela cultura de não lavar o cabelo no período puerperal, muito embora o serviço de saúde recomende o contrário: “lave”. A influência familiar é evidente; ao transgredir a norma, a mulher/puérpera evoca a “proteção divina” para protegê-la, não deixando que nada de mal ocorra e, talvez, até para se sentir fortalecida frente a pessoa que está próxima a ela e que diz: “não lave” !

Na atualidade, não lavar os cabelos durante 40 dias de resguardo, está na contramão dos costumes urbanizados, atrelados aos padrões de um modelo de mulher cerceada pela indústria de cosméticos. Entretanto, a influência cultural é relevante, e a mulher/puérpera pode vivenciar uma situação de conflito.

Nos cuidados relacionados a atividade física, estão aqueles referentes aos esforços para a realização de *trabalhos domésticos*, e o cuidado com a exposição ao meio-ambiente externo, como evitar exposições a umidade e frio, além de ventos e chuvas, evidenciados nas afirmações registradas a seguir:

“não fazer esforço, não pegar peso; não fazer trabalhos domésticos, não fazer mistura, não fazer coisa muito abaixada”(*Crisântemo*);

“ não fazer força, não assistir televisão para não forçar a vista e não ficar com dor de cabeça...fazer o máximo de repouso...” (*Azaléia*);

“não pegar vento, sair no sereno, não andar descalço porque pode pegar enxaqueca na dieta; estar sempre agasalhada; não molhar a cabeça. Não pegar friagem na barriga, “...não se molhar, cuidar dos pontos...” (*Gérbera*).

As categorias climáticas como o frio, o calor (banho quente/frio), o frio seco, úmido, são muito utilizados para justificar as doenças respiratórias, de um modo geral, o que estaria associada a condição de infecção. Estes cuidados, neste período, podem estar associados a infecções puerperais, no sentido de preveni-las.

Fazer “mistura” é o hábito de preparar alimentos, geralmente bolos e pães, e há o entendimento de que a mulher/puérpera, se o fizer, estes “não darão ponto”. A restrição para não assistir televisão “ para não forçar a vista”, chama a atenção, uma vez que este é um dispositivo da modernidade, cuja influência cultural remete a novas avaliações .

Há uma crença popular de que no 7º dia a mulher/puérpera deve procurar evitar sair de casa, conforme manifestação de “*Gérbera*”, que relata não ter comparecido na consulta por este representar um dia de perigo.

As questões ambientais, onde a associação entre banho, ar frio (friagem), o sereno da noite e ventos estão relacionados aos cuidados de higiene corporal, representam riscos ameaçadores à saúde da mulher/puérpera, como a recaída,

motivos que levam a estas precauções. O evento da “recaída” sempre vem identificado com o relato de acontecimento com alguém muito próximo ou dela mesma, com o registro de elementos de dor, mal estar, desconforto, prejuízos e seqüelas para a mulher, os relatos a seguir ilustram as afirmações :

“a mulher pode ter recaída: perde a fala, seca o leite, dá dor de cabeça e tontura”. Minha mãe teve recaída, ficou mais ou menos 3 meses sem falar e a dor de cabeça tem até hoje, com tonturas. Também se incomodou muito...” (Girassol);

“não pegar peso e não lavar a cabeça e não pegar friagem. No 1º filho tive recaída- lavei com 30 dias. Tive febre interna, calorão, corpo doído, indisposição; daí a vizinha deu cachaça fervida com arruda: tomei três dias e melhorei” (Dália);

“não sair no vento, no sereno, e não pegar chuva porque dizem que a gente perde o leite. Também pode dar recaída – dor de cabeça, febre e dor no corpo. Minha cunhada perdeu o leite, o neném é só 11 dias mais velho que o meu, – pegou chuva e recolheu o leite, não tem mais” (Lírio).

Recaída supõe o recrudescimento dos sintomas de uma doença, antes que a pessoa estivesse curada; embora a mulher no puerpério não esteja doente, do ponto de vista da medicina, culturalmente ela está vivendo um estado de transição de vida e de saúde. A recaída significa complicação, temida por ser uma ocorrência danosa para a mulher/puérpera e para a família; a mãe acometida de recaída poderá ficar impossibilitada de cuidar do recém-nascido, da família, e ficar “estragada” para o resto da vida. Assim, cuidados que incluem proibição ou permissão de atividades e hábitos de vida, são tomados como medidas de prevenção.

A influência cultural é revelada quando identifica-se que 6 mulheres/puérperas não haviam lavado os cabelos no puerpério, revelando a contradição com a informação dada no primeiro momento das entrevista, quando

apenas 2 haviam informado essa atitude. Quanto a não pegar friagem, vento, sereno e não se molharem, 7 mulheres/puérperas responderam afirmativamente.

b) Subcategoria: Nutrição

Enquanto para os serviços de saúde a dieta alimentar da puérpera é vista sob o ponto de vista biológico, na família a dieta, no resguardo, recebe uma atenção especial. De acordo com Campos (1982), dentro do grupo familiar, a dieta no puerpério possui significados, sendo a melhor maneira de proteger um de seus membros, a mulher que deu à luz.

Nesta subcategoria evidenciou-se que as mulheres/puérperas têm preferências alimentares, consumindo aqueles alimentos que não provoquem cólicas no recém-nascido, que sejam estimulantes da produção de leite, e que auxiliem o restabelecimento físico. A recomendação para a ingestão de líquidos como chás, café com leite, suco, capazes de contribuir na amamentação, demonstra o esforço para garantir a produção de leite materno, conforme os relatos que se seguem:

“bastante chá para a mulher tomar, de erva doce, arruda... e tomar bastante leite, café com leite, sucos sem ácido; não comer coisas ácidas, fazer dieta com sopas” (Violeta);

“ não comer comida forte, não comer feijão e não tomar refrigerante; tomar bastante sopa para descer o leite ” (Petúnia);

“ tomar canja de galinha; não comer frutas e verduras verdes; evitar temperos na alimentação, evitar comer repolho, carne de porco e pimenta”

(Magnólia).

Tratando-se de alimentos que são aconselhados ou desaconselhados às mulheres/puérperas, percebe-se a oposição entre os alimentos leves e alimentos fortes. Por exemplo, o repolho, a carne de porco, o alho, a pimenta, os temperos e os alimentos ácidos, são alimentos fortes, que são desaconselhados, que podem causar constipação intestinal, são de digestão lenta e cujo gosto pode passar ao

leite e fazer com que os bebês desgostem do seio materno. Contrariamente os alimentos leves, massas, batata, arroz, galinha e, principalmente, leite, são alimentos de sabor ténue.

A recomendação para usar chá de arruda, é referida como recurso para não ficar com enxaqueca, sendo que há uma relação da enxaqueca com a recaída. Observa-se a incorporação de novos hábitos de consumo alimentar, como o refrigerante, ao qual é dada restrição quanto ao seu consumo no puerpério.

Percebe-se nessa subcategoria, que os cuidados alimentares também estão voltados muito mais para a saúde do recém-nascido do que para a saúde da mulher. É provável que esteja ocorrendo influência dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população, transformando-os.

Por outro lado, embora a orientação técnica estimule o consumo de frutas e verduras, sob a influência cultural se evidencia que estes são concebidos como alimentos desaconselhados para o consumo no puerpério. O inconveniente do seu consumo, entre outros, ocorre pela fermentação e formação de gases intestinais, por serem, algumas frutas, alimentos “frios” e, principalmente, pela “acidez” dos mesmos.

c) Subcategoria: Medidas Protetoras

Foram incluídas como medidas protetoras aquelas referências relacionadas às crenças/religiosidade, praticadas ou por leigos ou por sacerdotes, *destacando-se as benzeduras*. A palavra “benzer” também significa “bendizer”, dizer uma coisa boa, dar uma bênção, abençoar; a pessoa quando busca uma bênção está agradecendo e pedindo proteção.

A crença em benzeduras ficou evidenciada como a busca da proteção divina, através do sacerdote, e a proteção contra o mau-olhado motivado por inveja, conforme relatos a seguir:

“ fui no Frei para ele abençoar a gravidez” (Rosa);

“ Tenho medo do mau olhado; tenho uma vizinha que quer engravidar e não consegue. Foi me visitar e disse que o menino parecia um leitãozinho; daí para frente o menino não quis mais mamar direito. Fui na benzedeira e ela disse que ele tinha um quebrante forte, tive que benzer 9 vezes – menos sábado e domingo, e tem que ser antes das 6 da tarde” (Dália).

As benzeduras consistem em fazer o sinal-da-cruz sobre a pessoa ou coisa, recitando certas fórmulas litúrgicas, para consagrá-la ao culto divino ou chamar sobre ela o favor do céu, abençoando. A pessoa que benze geralmente é uma mulher –“a benzedeira”; aos padres compete dar a bênção divina.

Acredita-se que as bênçãos trazem êxito, solução de problemas, e proteção contra o mal, e contra as forças adversas como o mau-olhado. Geralmente

considera-se que o mau-olhado é motivado pela inveja, ocorrendo pelo poder que determinados indivíduos possuem de causar danos a outros só pelo olhar.

As práticas de medidas protetoras para as mulheres/puérpera, como cuidado cultural de saúde, são menos evidentes do que quando se trata do recém-nascido.

4.2.2.2 Categoria: O Cuidado com o recém-nascido

Dos aspectos encontrados nos cuidados culturais de saúde com o recém-nascido, evidenciam-se as medidas protetoras (crenças/religiosidade), e o cuidado corporal (hábitos de higiene e meio ambiente - temperatura – frio/quente).

As práticas de cuidados mais citadas para o recém-nascido são as medidas de proteção, ocorrendo o inverso em relação à mesma subcategoria para a mulher/puérpera, quando foi a menos citada, demonstrando existir maiores “temores” em relação aos cuidados com a criança .

Neste grupo foram identificadas 21 citações sendo evidenciadas as subcategorias “medidas protetoras”, com 11 - 52 % , acompanhada de “cuidado corporal” com 10 - 48 % .

a) Subcategoria: Medidas Protetoras

Nos cuidados com o recém-nascido, entre as medidas de proteção evidenciamos, além das benzeduras por leigos e por padres, uso de amuleto, e o uso de roupas de cor específica para a prevenção e tratamento da icterícia.

Observou-se, durante as entrevistas, que o uso da roupa amarela nos bebês, como prevenção do amarelão”, é uma constante, assim como uso de figurinhas, amuleto usado para defesa e proteção da criança, presas na roupa dos recém-nascidos. Os relatos que seguem evidenciam as afirmações:

“para evitar o amarelão, virar a bunda da criança para a lua; benzer para arca caída, isso existe” (Gérbera);

“benzedura para o umbigo – para acabar com as cólicas; quebrante – a criança dormia com os olhos um pouco abertos porque estava com mau-olhado” (Girassol);

“levei para benzer no padre/frei e coloquei brinco ainda na maternidade, uma funcionária se ofereceu para colocar” (Papoula).

O hábito de benzer foi evidenciado em decorrência da crença de que outras pessoas são capazes de fazer o mal, podendo ser pelo olhar de inveja ou por querer o mal. O mau-olhado nem sempre é considerado voluntário ou mal-intencionado, sendo entendido que algumas pessoas podem colocar “mal-olhado” por “bem-querer”, conforme se evidencia na fala que se segue:

“Tenho medo do mau-olhado; tem uma vizinha que quer engravidar e não consegue. Foi me visitar e disse que o menino parecia um leitãozinho porque é gordinho; daí para frente o menino não quis mais mamar direito. Fui na benzedeira e ela disse que ele tinha um quebrante forte; tive que benzer nove vezes. Não se benze no sábado e domingo, e tem que ser antes das 6 da tarde” (Dália).

Os supostos efeitos do mau-olhado podem assumir formas diversas. Para evitá-los, as vítimas potenciais podem utilizar uma grande variedade de invocações, gestos, amuletos e outras defesas. Um dos gestos mais conhecidos, é a figa, representada por um punho fechado em que o dedo polegar é colocado entre o indicador e o médio; geralmente é usada com fita vermelha, presa na roupa, amarrada no pulso ou em torno do pescoço. A figa representa um amuleto, ao qual é atribuído um poder mágico de afastar desgraças ou malefícios, afastar o azar e trazer sorte, observado neste relato:

“cuidar da alimentação para não dar cólicas no neném; usar fitinha vermelha com figurinha contra mau-olhado” (Miosótis).

Arca caída é nome vulgar dado ao apêndice xifóide. É entendida como uma doença do folclore, identificada por mal-estar da criança e debilidade acompanhada de choro persistente.

Colocar a criança de “bunda virada pra lua”, para evitar o amarelão (a icterícia do recém-nascido), representa uma “simpatia”, que são crendices passadas de geração para geração, e que não têm base científica. Da mesma forma é o uso de roupas amarelas, que tem a mesma finalidade: prevenir o “amarelão”, e que identifica-se ser estimulado pelos profissionais dos serviços de saúde, de acordo com este relato:

“Na Maternidade as funcionárias davam lacinho amarelo para usar na roupa das crianças, e eu usei” (Hortência).

As práticas de benzer e usar amuletos representam as “superstições”, que é uma atitude de crença ou prática mágico-religiosa, que se baseia na convicção de

que certos atos, palavras, números ou objetos podem trazer males, benefícios, azar ou sorte”.

Os brincos, um adorno, ao serem usados tem a função de distinguir/diferenciar uma pessoa da outra, evidenciando características das personalidades das pessoas e dando-lhes estilos particulares.

Furar as orelhas e colocar na menina um par de brincos, é um dos rituais que envolvem o nascimento dos bebês, justamente para informar a sexualidade da criança. O que não acontece com o bebê menino. São rituais de comportamento tão comuns que não os percebemos como rituais.

b) Subcategoria: Cuidado Corporal

Nesta subcategoria estão evidenciados os aspectos relacionados ao banho, vestuário, o costume de usar faixa no umbigo, e o recurso das ervas no tratamento da icterícia do recém-nascido, o amarelão.

Muito embora ainda nas Maternidades, logo após o nascimento, seja dado banho de imersão nos recém-nascidos, ou então se orienta para ser realizado, no domicílio, nem sempre esta prática é realizada. As mulheres/puérperas, ou a família, preferem realizar a higienização com “paninho” e sabonete, ou então usam fralda de algodão e, em geral, o banho de imersão acontece após a queda do coto umbilical, do 7º dia em diante. É o que se evidencia neste relato:

“banho de imersão somente depois que cair o umbigo” (Papoula).

Em dois casos encontrou-se a situação que aos trinta dias ainda não havia ocorrido o banho de imersão.

O costume de enfaixar o umbigo do recém-nascido, usando uma faixa de tecido de algodão, com largura de 5 – 8 centímetros, foi referido e, ao mesmo tempo, duas mulheres/puérperas faziam seu uso por ocasião deste estudo, muito embora, no dia a haviam retirado, para a consulta médica com o bebê. Os relatos a seguir demonstram essa evidência:

“não dar banho enquanto o umbigo não cair; enfaixar o umbigo” (Violeta);

“usar faixa; ela faz muita força para levantar e daí eu uso” (Camélia).

Nos serviços de saúde, os técnicos não recomendam o uso de faixas no umbigo do recém-nascido, em função de ser um procedimento que não traz benefícios. Pelo contrário, provoca desconforto pelo “aprisionamento” e contenção do abdome da criança.

A prática de proteção do recém-nascido contra os fatores climáticos, é evidenciada pela compreensão de cuidados relacionados ao uso de “bastante roupas”, para proteção contra o frio e os ventos. Esta prática, juntamente com o uso de fitoterápicos para tratamento no domicílio, são evidenciados nas falas registradas abaixo:

“Colocar bastante roupa no bebê; “não deixar pegar vento na cabeça”

(Margarida);

“dar banho de chá de picão contra o amarelão” (Azaléia).

Evitar dar chás para o recém-nascido é um dos cuidados evidenciados para não prejudicar o aleitamento materno exclusivo. Contrariamente percebe-se que a população faz uso das infusões medicamentosas, como no caso do tratamento para o “amarelão”, evidenciando que entre a cultura e a técnica, prevalece o conhecimento cultural.

O EIXO TEMÁTICO

As práticas culturais de cuidados de saúde são apreendidas, predominantemente com as mães e com as avós, não havendo indicação de apreenderem através de leituras.

As evidências identificadas neste eixo temático, que tratam das práticas culturais de cuidados de saúde no puerpério, revelam que o foco dessas práticas está voltado para a integridade física da puérpera, seguida dos cuidados com a alimentação e as medidas de proteção. Para o recém-nascido, os cuidados estão voltados para as medidas de proteção como, as benzeduras e simpatias.

Muita cautela é evidenciada com relação a se expor ao meio-ambiente: frio, ventos e umidade, expressa em “não pegar friagem”; cuidado também com os esforços físicos do trabalho doméstico, com entendimento de que a puérpera deve ser poupada dessas atividades, sendo um cuidado relevante no restabelecimento do puerpério.

O esforço físico é concebido unicamente como carregar pesos, como também o esforço da visão, assistindo televisão ou fazendo trabalhos manuais em que tenha que “forçar a vista”, como bordar, costurar, e fazer rendas. O “fazer mistura”, citado como restrição à puérpera, é o ato de preparar pães e bolos. Como eixo central dessas precauções encontra-se o risco da “recaída”.

Embora a dieta alimentar no puerpério seja tradicionalmente compreendida como um cuidado para a mulher/puérpera, neste estudo se evidenciam os cuidados alimentares voltados ao recém-nascido. Da mesma forma como nos cuidados institucionais, o destaque é dado ao aleitamento materno, com o enfoque para o aleitamento exclusivo, enfatizados nas recomendações para a amamentação, como “dar bastante leite”, não oferecer chá para evitar cólicas, evitar uso de chupetas e

mamadeiras. Revelou-se que a “canja de galinha” permanece sendo um alimento consumido pela mulher, no puerpério.

Outro cuidado muito importante para as mulheres/puérperas, é não ter *relações sexuais* nesse período. Elas mantêm a abstinência sexual principalmente pela preocupação com a anticoncepção - “se cuidar para não engravidar de novo”, e também com o sentido de proteção “porque no resguardo mexe por dentro, pode dar uma infecção”.

Não enfaixar o umbigo da criança é revelado com receio pois pode levar a prejuízos como “a criança ficar rendida”, que significa ficar com o umbigo saliente, protuberante; da mesma forma os cuidados com o banho do bebê se evidenciam como um preocupação importante para as mulheres.

As medidas de proteção – bênçãos e benzeduras, são recorridas com maior frequência para os recém-nascidos. Revelam-se três elementos de maior significado para as benzeduras, : o “mau-olhado ou quebranto”, a arca caída” e o “amarelão”.

As benzeduras são realizadas tanto por leigos como por religiosos, para “abençoar” ou para “benzer” com o mesmo propósito para a mulher e para o bebê - o de proteção contra um malefício, prevenindo ou curando um “mau-olhado”, um mau agouro. Para o recém-nascido este é o elemento mais evidenciado na percepção das mulheres.

A maior importância dessas práticas de cuidados de saúde para as puérperas, segundo as suas próprias percepções dentro deste universo cultural, é atribuída aos cuidados com o corpo: os hábitos de higiene pessoal (banhos e lavagem dos cabelos) relacionados aos fatores ambientais (não pegar vento, sereno e friagem), bem como a contra-indicação dos esforços físicos.

As evidências identificadas neste eixo temático, que tratam das práticas culturais de cuidados de saúde, revelam a relevância das crenças nos cuidados de saúde no puerpério, imbuídos de precauções e medos apreendidos “pela vida”. Apesar da sua existência, não há interferências ao ponto de impedi-las de ir ao serviço de saúde, no início e no final do “resguardo”. Percebe-se a existência de um ‘movimento’ de acomodação das necessidades, com a incorporação de novas práticas de cuidados sem ‘ferir’ o universo privado, das mulheres e de suas famílias.

5 A ANÁLISE DOS DADOS - REFLETINDO

SOBRE OS ACHADOS

Os conteúdos identificados no conjunto das informações obtidas, decorrentes das entrevistas realizadas e do caminho percorrido, constitui-se no material para reflexão. O puerpério como foco de atenção e as evidências encontradas nos eixos temáticos, nas categorias e subcategorias, subsidiaram a análise norteada pelo referencial teórico.

O grupo estudado constituiu-se de dezoito mulheres que vivenciavam a fase final do puerpério, sendo a maioria com idade entre 16 e 29 anos, primíparas, moradoras na área da unidade de saúde de estudo, uma área urbana. Em relação aos cuidados dispensados às mulheres/puérperas no domicílio, constatou-se que os maridos são os cuidadores mais freqüentes, como também é significativa a participação dos filhos mais velhos, no cuidado domiciliar. A participação dos seus maridos/parceiros nas consultas nos serviços de saúde, está sendo cada vez mais freqüente, acompanhando, informando e questionando os profissionais sobre o transcorrer do período e sobre os cuidados com o recém-nascido.

Este é um fato novo, que vem contribuir nos cuidados de saúde, que possivelmente possa ser em decorrência do direito à licença de cinco dias a que o pai tem direito (licença paternidade), independente do estado civil, instituída no Brasil através da atual Constituição Federal (BRASIL, 1988). Esta licença, segundo Maldonado (1999), é uma forma de fazer a sociedade entender que as mulheres

não têm os filhos sozinhas, mas também com os homens, permitindo-lhes desfrutar de momentos junto ao recém-nascido, estabelecendo o vínculo da criança com o pai e não apenas com a mãe. A licença paternidade oportuniza maior envolvimento do homem com a situação de transição da mulher, de modo a proporcionar apoio emocional e ajuda para dificuldades que possam ocorrer durante o puerpério.

Os maridos /parceiros integram um sistema de cuidados em que a família é parte dele.

Para Budó (1996. p. 6), o sistema oficial de saúde também cuida, neste caso, os serviços das unidades de atenção básica de saúde, um dos níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde – SUS, ao qual compete a garantia do acesso à saúde de toda a população, em caráter público e gratuito, através de uma rede de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O nível primário desse Sistema é de responsabilidade dos municípios, onde se dá a assistência à saúde das mulheres em todos os seus ciclos de vida, incluindo aí o puerpério; a esses prestadores de cuidados, denominou-se, nesse estudo, de cuidados institucionais de saúde.

Nos cuidados institucionais de saúde, os mais relevantes são aqueles relacionados à nutrição, sexualidade e os cuidados com o corpo; culturalmente, os cuidados mais significantes se repetem, porém não na mesma ordem de relevância; do ponto de vista cultural, a maior relevância é atribuída aos aspectos do corpo – hábitos de higiene associados aos aspectos do meio-ambiente, seguida da sexualidade. Outro elemento de destaque entre as práticas culturais de cuidados de saúde, são as medidas de proteção com elementos de magia.

Em cuidados relacionados com nutrição para as mulheres/puérperas, nos serviços de saúde, o aleitamento materno é imperativo, predominando, nos serviços,

os cuidados voltados para o aleitamento materno, associado a prevenção e tratamento das cólicas no recém-nascido. Suas vantagens estão extensamente divulgadas e são permanentemente inculcadas às mulheres, pela mídia e pelos serviços de saúde.

Percebe-se que, embora os programas desenvolvidos pelas instituições de saúde confirmem prioridade à Saúde da Mulher, estes tendem a considerá-las apenas em seus momentos de gestante e nutriz (BRASIL, 2001; CEBES, 2003), com o enfoque do cuidado centrado na criança, muito embora um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a integralidade: o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é indivisível. Mesmo após o advento do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, o qual pretendia assegurar o princípio da integralidade, a mulher recebe o enfoque como nutriz e como reprodutora, conforme observado também por Tyrrel e Carvalho (1993).

A priorização da mulher, as condições para o seu restabelecimento pessoal e o seu fortalecimento, é sobrepujada pela condição da maternidade. No entanto, para Simone de Beauvoir (1949, p.50), *“psicologicamente a maternidade pode ser muito útil à mulher, como pode também ser um desastre. A gestação pode ser um trabalho cansativo que não traz à mulher nenhum benefício individual, e exige, ao contrário, pesados sacrifícios. O parto em si é doloroso, é perigoso; o aleitamento é também uma servidão esgotante...”*.

O aleitamento materno é considerado prioritário também entre os aspectos culturais da nutrição, e em função deste, quando verificadas as práticas culturais, encontram-se alimentos que são permitidos ou proibidos para o consumo. Entre os proibidos encontram-se a “carne de porco, o feijão, alimentos ácidos, frutas e verduras verdes, repolho, refrigerantes, temperos e pimenta”; entre os permitidos

são citados “sucos sem ácido, café com leite, sopas, bastante líquidos, e a canja de galinha”.

O hábito de tomar canja de galinha no puerpério é considerado comum entre os hábitos culturais hispânicos, de acordo com estudos de Cosminski (1978, p. 137), sendo , “além de um alimento nutritivo, um alimento ritual que marca uma passagem da vida e uma troca de estado”. A canja de galinha teria o sentido de que, na gestação, a mulher se encontra num estado quente; depois do parto ela se encontra num estado frio, devendo permanecer bem abrigada e tomar alimentos quente ou mornos.

Entre as práticas e atitudes para não colocar em risco o aleitamento exclusivo, os serviços de saúde recomendam evitar o uso de chupetas e mamadeiras. O uso de chupetas é cercado de elementos culturais, em intensa interação entre o cuidado institucional e as práticas culturais de cuidados. Segundo Tobias (2002), o uso da chupeta é um hábito prevalente no Brasil, e seu uso está associado a crenças, tabus e preconceitos culturais. A recomendação do não uso se justifica em função dos danos que pode causar à saúde oral, o risco de complicações do ouvido, e por influenciar no processo de desmame.

No entanto, a recomendação nem sempre é no sentido radical de não usar, como para Moss (1996), ponderando-se que o uso da chupeta tem se mostrado de grande importância para estimular os músculos da língua e das bochechas da criança, além de ser concebida também como calmante.

O cuidado de saúde relacionado à sexualidade, percebida pelas mulheres/puérperas, pode ser traduzida como, “não ter relações sexuais no período” e “cuidar para não engravidar”, um cuidado evidenciado tanto pelas mulheres/puérperas quanto pelos cuidados institucionais, isto é, pelos profissionais

de saúde. Percebe-se, pela relevância dada pelas mulheres/puérperas à necessidade de orientação em relação à contracepção, por não desejarem uma nova gravidez, sem estar planejada. A necessidade de dispor de meios de evitar a gravidez ocorre para as mulheres no exercício da sua sexualidade, pois, ironicamente a “ *natureza não assegura à elas períodos de esterilidade, como às demais fêmeas dos mamíferos, e assim as maternidades podem ser repetidas*”, conforme afirma Beauvoir (1949).

O reinício das relações sexuais após o parto, requer um período de recuperação, é, sem dúvida, discutível e controverso. Na maioria dos casos, aguarda-se o período da quarentena, sendo esta também a compreensão de senso comum; a área técnica recomenda observar a parada da loquiação, em torno de trinta dias. No entanto, as mulheres entrevistadas demonstraram insegurança, principalmente porque o retorno das relações sexuais está vinculado a utilização de um método anticoncepcional.

Até meados do século XX a sexualidade da mulher brasileira viveu nas sombras, condenada ao silêncio pelas limitações da biologia, que a confundia, obrigatoriamente, com a procriação, e tendo, a partir dos anos 60, com o advento da pílula anticoncepcional, tornado-se visível e audível. O acesso aos métodos anticoncepcionais permitiu à mulher compatibilizar sua vida profissional com a vida doméstica, e a partir daí, as mulheres passaram a querer para si a liberdade de poder decidir sobre a sua maternidade (RIBEIRO, 1993 e COELHO, 2000).

A sexualidade saudavelmente vivida e desenvolvida em condições de bem-estar físico, psíquico e social, permite às mulheres e seus parceiros, a possibilidade de planejar a gravidez. Para realizar a anticoncepção, é necessário que os serviços de saúde estejam estruturados, com recursos humanos treinados e recursos

materiais disponíveis, possibilitando garantir o direito de acesso aos métodos anticoncepcionais, e permitir às mulheres fazer a opção contraceptiva em cada momento da vida, exercendo os seus direitos sexuais. O próprio Ministério da Saúde firmou esse compromisso, recentemente (BRASIL, 2002).

Além dos fatores nutrição e sexualidade, os cuidados com o corpo são enfocados de formas diferentes entre os cuidados institucionais e os cuidados culturais de saúde. Enquanto no cuidado institucional são valorizadas as técnicas de mensuração, ausculta, percussão e palpação como processo de avaliação física da mulher/puérpera, nos cuidados culturais são valorizadas as medidas de higiene pessoal com a associação da necessidade de proteção contra fatores de meio-ambiente, como vento, frio e umidade.

Compreende-se que esta conduta, entre os cuidados institucionais, se justificaria enquanto uma rotina com finalidade de prevenção de intercorrências, como as infecções pós-parto, que estão entre as três primeiras causas da mortalidade materna (CARRARO, 1998; BRASIL, M/S, 2001). Na situação de puerpério, a mulher vive um processo que não é de doença mas uma condição transitória no seu processo de saúde. Os cuidados prestados tendem a ser aqueles que visam as situações de doença, faltando clareza sobre o que fazer com essa mulher/puérpera, e, conseqüentemente, levando a uma vinculação com o modelo clínico, ou modelo biomédico.

O modelo biomédico instituiu uma nova forma de relações entre médicos e pacientes, privilegiando a medicina por especialidades em detrimento da medicina familiar, mudando o foco do indivíduo que está com uma doença para a doença que está no indivíduo. Este modo de olhar se revela na mudança ínfima e decisiva que substituiu a pergunta “*o que é que você tem?*”, por onde começava, no século XVIII,

o diálogo entre o médico e o doente, por esta outra: *onde lhe dói?*”, em que reconhecemos o modelo clínico e o princípio de todo o seu discurso, conforme afirma Foucault (1994).

Prestar cuidados institucionais de saúde à mulher/puérpera, objetivando o seu restabelecimento pós-parto, de modo que ela mantenha a sua condição saudável, nos faz refletir sobre as mudanças necessárias a esse modelo biomédico. A proposta do modelo da Estratégia da Saúde da Família parece caminhar para esse horizonte, onde há que se privilegiar as pessoas e não as doenças, no seu contexto sócio-cultural.

As práticas de cuidados culturais relativos aos cuidados com o corpo, explicitam higiene pessoal com a necessidade de proteção contra fatores do meio-ambiente, como vento, frio e umidade. Parte das mulheres não lavam seus cabelos no puerpério, não dão banho no recém-nascido antes da queda do coto umbilical. Percebe-se que a relação do quente/frio parece estar vinculada, ainda, à difusão dos princípios Hipocráticos – 400 a.c., descritos por Scliar (1987), que possuía extraordinário desenvolvimento da observação empírica, onde as análises não se limitavam ao paciente em si, mas também ao seu ambiente. A doença era vista como decorrência do desequilíbrio entre os quatro humores: linfa, sangue, bile amarela e bile negra, e dos quatro elementos: ar, terra, fogo e água.

Entre os cuidados culturais, o esforço físico despendido nas atividades domésticas, os esforços da visão e não fazer misturas, são práticas das quais as mulheres/puérperas devem abster-se de realizar. Fazer mistura significa preparar pães, bolos, bolachas, segundo o costume popular. É possível que haja aí uma associação com as proibições do Levítico, onde a mulher, no pós-parto, é considerada imunda: “ Se uma mulher conceber e tiver um varão, será imunda sete

dias, assim como nos dias de separação de sua enfermidade será imunda... Depois ficará ela trinta e três dias no sangue de sua purificação; nenhuma coisa santa tocará, Mas, se tiver uma fêmea, será imunda duas semanas, como na sua separação; depois ficará sessenta e seis dias no sangue da sua purificação” (DOUGLAS, 1991).

Nessas afirmações do Levítico, além de encontrar-se, de alguma forma, explicações para essa restrição à mulher no puerpério, elas vão também, ao encontro das derivações encontradas para a duração do período do “resguardo” no pós-parto, o puerpério, que na avaliação dessas mulheres/puérperas, varia de 30 a 45 dias, sendo 30 dias quando o parto for de menina, e de 40 a 45 dias quando o parto for de menino.

Tecnicamente também encontramos variações de duração deste período, entre 42 a 45 dias, ou até mais, de acordo com a finalidade do cuidado, recebendo denominações de mediato, imediato, tardio, remoto.... com objetivo de estabelecer limites temporais dessa transição e prestar cuidados profissionais de saúde.

Ocorrem diversas atitudes em relação às mulheres/puérperas, na intencionalidade de bem atender, por parte dos profissionais de saúde, perguntando, orientando, assistindo. No entanto, para Canella e Maldonado (1988), muitas vezes para bem atender a mulher no puerpério, basta simplesmente estar ao lado dela, entendendo o que se passa e criando um espaço de disponibilidade para ouvir o que ela precisa expressar sem ficar com muita pressa para sugerir soluções, “orientar” a pessoa; sem intervir, apenas passar. Os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para perceber a necessidade das mulheres/puérperas em serem ouvidas, sendo necessário aprender a esperar e sentir o momento em que está

pronta, para ouvir, assimilar e absorver emocionalmente o que o profissional tem a dizer.

Observando-se as rotinas de atenção nos programas de saúde, percebe-se que a atenção ao puerpério, de forma regular, para o Ministério da Saúde surge em documentos recentes (BRASIL, 2000 e 2001). Para as mulheres/puérperas, é importante a realização do atendimento institucional no puerpério, assim como também para os profissionais que se sentem gratificados por ser uma oportunidade de “estar mais próximo”, e pelas trocas que são oportunizadas quando é realizada a assistência no domicílio, através das visitas. Intensificar a aproximação dos profissionais de saúde com as mulheres/puérperas possibilita conhecer seu universo cultural e de sua família, compartilhando suas crenças, seus medos e seus tabus, possibilitando, assim, os cuidados de saúde voltados para suas necessidades.

Elementos naturais e sobrenaturais habitam a história das representações de saúde desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e invocando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças, sendo necessário que os serviços de assistência de saúde considerem a presença de elementos como medo, superstições, mistérios, indissoluvelmente ligados às expressões da saúde e da doença. Para Sevalho (1993), o Brasil incorporou grande parte das práticas mágicas que incendiavam a imaginação dos portugueses, somadas às dos índios, além dos negros e dos imigrantes italianos e alemães que para cá vieram ou foram trazidos, em grande número, e que também possuíam suas práticas mágicas e conhecimento de medicina natural.

O universo de crenças resultantes dessa miscigenação cultural, tem em si parte das chamadas “medidas de proteção” encontradas neste estudo, principalmente relacionadas aos recém-nascidos, como as benzeduras, por pessoa

leiga ou pelo padre, para prevenir ou afastar “malefícios”. São gestos de magia, onipresentes em nosso meio; a crença na magia reside na suposição de que alguns seres humanos são capazes de controlar forças ocultas e intervir nas leis da natureza por intermédio de técnicas rituais de defesa e prevenção. Os elementos de maior significado são: “mau-olhado ou quebranto”, a “arca caída” e o “amarelão”.

Neste universo de crenças, que permanentemente ameaçam as pessoas, uma das mais temidas é a do "mau-olhado", que leva a uma série de sintomas e malefícios. A "doença" típica provocada pelo mesmo é o "quebranto", com sintomas como: perda da vivacidade, olhos lacrimejantes, sonolência, espreguiçamento, bocejos repetidos, inapetência, desânimo. Nas crianças é o enfraquecimento progressivo, palidez, alheamento, choro inexplicável.

O mau-olhado é uma espécie de maldição lançada a alguém, por alguém que tem o "olho mau". Parece não haver uma razão específica para alguém ter essa capacidade ou não. É suficiente olhar outros com inveja e desejar-lhe mal.

Esta superstição é antiga e espalhada pelo mundo, embora não universal. Parece ter surgido na Suméria. Vários rituais se produziram para contrabalançar os efeitos do mau-olhado, como, por exemplo, recitar certas palavras da Bíblia e usar amuletos. Acredita-se que a crença no “mau-olhado” se relaciona com o desconforto quando somos olhados fixamente, segundo afirma Pierucci (2001).

A arca caída é um mal considerado responsável pelas dores sentidas por criança gritando ou gemendo, com dor em pontada, enquanto o amarelão é a icterícia, uma condição comum em recém-nascidos. Refere-se à cor amarela da pele e do branco dos olhos que é causada pelo excesso de bilirrubina no sangue, podendo ocorrer a partir do 2º dia e desaparecer entre 1 – 2 semanas. Acredita-se que as “simpatias” de usar roupas amarelas podem parecer eficazes.

De acordo com Cuervo (1978), os curandeiros e benzedeadas pertencem e participam do mesmo sistema de vida do paciente e compartilham suas crenças sobre a causa e tratamento dos seus males. A terapêutica dos curandeiros/benedeadas compreende outros aspectos, diferentes do meio científico, que fazem com que o paciente se sinta apoiado e aliviado, independente de que exista uma verdadeira eficácia biomédica.

Leininger, apud George (1993), considera que o cuidado cultural possui características de universalidade e diversidade, e que o nível de decisão e das ações do cuidado envolve: a *preservação/manutenção*, a *acomodação/negociação*, e a *repadronização/reestruturação* cultural do cuidado. De forma similar, para Cuervo (1978), a análise das crenças e práticas referentes a saúde podem ser estruturadas em *benéficas*, como aquelas que são válidas para a saúde no ambiente local e que se devem fomentar e adotar na área de educação para a saúde; as *inofensivas* ou *neutras*, aquelas práticas que não exercem um efeito evidente sobre a condição de saúde e que devem ser ignoradas; as *prejudiciais*, aquelas que exercem efeitos nocivos e que, conseqüentemente, devem ser modificadas, e *incertas ou neutras*, aquelas práticas cujos efeitos se desconhecem, podendo ser benéficas ou prejudiciais.

Fazendo uma leitura sobre os cuidados de saúde ao longo da história, encontramos sempre similaridades com fatos que permanecem na cultura popular, em que pese todas as transformações ocorridas na sociedade ocidental. As crenças que permeiam o imaginário popular transcendem a história, muitas vezes trazendo situações conflitantes para os serviços de saúde, para as mulheres e para as suas famílias (LANDMANN, 1983, e OLIVEIRA, ZAMPIERI, BUGGEMANN, 2001).

Neste estudo percebeu-se a existência de uma relação contratual “velada”, por parte das mulheres/puérperas, em relação ao serviço de saúde, no sentido de: “eu vou, escuto as orientações, preciso delas, mas em casa faço do jeito que eu decidir”. Por outro lado, a posição dos profissionais é de que “fazem a sua parte”, muito embora compreendam que os serviços de saúde precisam estar atentos para interagir com o sistema cultural de saúde.

Os cuidados e conhecimentos populares são equacionados com ponderações entre o que o profissional concebe enquanto prejudicial ou não. Este entendimento caminha na direção de que se pode incorporar aos programas as práticas benéficas e também aquelas práticas consideradas neutras, que não trazem riscos, mas que podem proporcionar efeitos psicológicos e sociais que tranquilizem a mulher/puérpera e sua família.

A urbanização leva as mulheres a abandonarem os cuidados do resguardo; a condição de fazer resguardo, ou seja, as novas condições de vida impedem a obediência às normas prescritas relativamente ao comportamento das puérperas.

Os cuidados do puerpério visavam sustentar um comportamento preventivo, de proteção à mulher como reprodutora. Na modernidade, no meio urbano, eles perdem sua razão de ser; as transformações levam a reconhecer a necessidade de estimular as mulheres/puérperas para a prática do autocuidado, que é compreendido como cuidado de si próprio. Implica na prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, desenvolvendo habilidades pessoais a fim de manter a vida, a saúde e o bem estar.

Conforme Orem e Leininger apud George, (1993), o autocuidado diz respeito a condutas de caráter social, afetivo e psicológico, que promovem a

satisfação das necessidades básicas do ser humano, significando uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de futuro.

A influência dos serviços institucionais de saúde gera novas práticas de saúde, muito embora as mulheres/puérperas mantenham condutas decorrentes de sua cultura específica. Estimular o autocuidado para essas mulheres lhes possibilitará poder discernir suas ações no contexto puerperal com o intuito de prevenir danos à sua saúde física e promover a sua saúde psicossocial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este trabalho haviam dois propósitos: um era obter informações acerca do atendimento institucionalizado do puerpério; outro era buscar conhecer e compreender o transcorrer do período puerperal e as interfaces entre os cuidados institucionais e as práticas culturais de cuidados de saúde. Surpreendia que, embora a existência de tabus no puerpério, como não sair de casa antes do sétimo dia pós-parto, as mulheres/puérperas comparecessem aos serviços de saúde para as consultas de puerpério que lhes são agendadas.

Este estudo possibilitou identificar que as mulheres/puérperas comparecem às consultas por compreenderem como sendo importante para sua saúde, e que os aspectos relacionados a sexualidade estão voltados para o retorno das atividades sexuais após o parto, com uma prática contraceptiva assegurada. É evidenciada a necessidade do exercício da sexualidade sem medo de uma gravidez indesejada.

Os cuidados institucionais realizados, cumprem as diretrizes do programa institucional naquilo que está padronizado como rotina de atendimento na consulta puerperal. Entretanto, outros elementos foram incorporados na prestação dos cuidados institucionais, independente da sua padronização, como higiene pessoal, prevenção e tratamento das cólicas do recém-nascido, o uso de bicos e chupetas, aconselhamento para repouso e relaxamento.

O cuidado institucional no puerpério, com garantia de duas consultas, já está incorporado como uma rotina no serviço e acredita-se que poderá prosseguir, mesmo havendo mudanças político-institucionais. A importância atribuída pelas mulheres/puérperas à este atendimento, demonstra que ele não pode ser interrompido. Os dispositivos possibilitados pela Estratégia da Saúde da Família, como os Agentes Comunitários de Saúde e as equipes multidisciplinares, poderão implementar e incorporar a rotina de atendimento no puerpério nas unidades de saúde da rede básica.

Tomando-se a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica, identifica-se a necessidade de rever a padronização das rotinas de atendimento no puerpério, possibilitando, por exemplo, que o recém-nascido e a mulher/puérpera sejam atendidos pelo mesmo profissional. Da mesma forma, faz-se necessário subsidiar aos profissionais envolvidos na assistência ao puerpério, para abordagens quanto a nutrição da puérpera, a hábitos de higiene no puerpério e a prevenção e tratamento das cólicas do recém-nascido, tendo sido evidenciado estes elementos como demandas de atenção e prestação de cuidados ainda não contemplados nas rotinas.

As rotinas de atendimento nas instituições estão mais para organizar a sistematização do serviço do que para prestar a assistência que a população necessita; talvez, passado o momento de organizar os serviços, seja agora o momento de avançar na proposta, de modo que o serviço vá em busca da população nas suas percepções.

O Ministério da Saúde apresenta normas de assistência ao nascimento dirigido a gestores e profissionais de saúde, como subsídios para a estrutura,

organização e qualificação da rede assistencial. O estabelecimento de rotinas e a adaptação de normas é papel dos gestores, que devem garantir estratégias permanentes de formação profissional e condições para que as mulheres sejam atendidas com respeito e dignidade.

Embora a filosofia do Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher continue ainda sendo um “ponto onde se deseja chegar”, há avanços concretos, nesse caso, a atenção ao puerpério. A partir de 2000, o Ministério da Saúde já incluiu em seus manuais as duas consultas para a mulher no período puerperal, a exemplo do município de Florianópolis, com o *Capital Criança*.

No entanto, outros avanços são ainda necessários, como a garantia e disponibilidade dos contraceptivos, sendo este um desafio permanente aos gestores públicos de saúde.

É mister a oferta de assistência de saúde à mulher, por profissionais capacitados e estimulados a prestar cuidados às mulheres nas especificidades da sua saúde, não só no ciclo gravídico-puerperal, como também em todos os seus ciclos de vida, no seu processo de viver e ser saudável.

Ao concluir, vê-se que os elementos identificados nessa pesquisa possibilitaram conhecer, não só as interfaces mas também as interações dos cuidados no puerpério, havendo necessidade de prosseguir nas nossas reflexões e análises, enquanto processo de cuidar nos serviços públicos de saúde.

Diz-se, comumente, que a mulher/puérpera está “sob os cuidados de”, quando nos reportamos a um serviço de saúde. A atitude de cuidado provoca o sentido de responsabilidade, de bom trato; o cuidado surge quando a existência de

alguém tem importância para outrem (BOFF, 2001). Me permito, aqui, encerrar o trabalho, apresentando uma fábula.

A fábula – mito sobre o cuidado. (Ogino)

(versão livre em português, de Leonardo Boff)

“Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada.. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil’.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira. **O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - UFSC, Florianópolis.

ANDRADE, Selma M. de. SOARES, Darli Antonio. CORDIONI Jr. Luiz. (Org.). **Bases da Saúde coletiva.** Londrina/Rio de JANEIRO: Co-edição – Editora UEL. Abrasco.2001. p. 6-30.

AURELIO SÉCULO XXI. DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Novo Aurélio Versão 3.0. CD-ROM.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977 p.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade.** 11 (1): 67 – 84, 2002.

BEAUVOIR, Simone. O segundo sexo: fatos e mitos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BOEHS, Astrid. et all. Crenças, condutas e cuidados no período grávido-puerperal das mulheres de uma comunidade pesqueira. **Revista de Ciências da Saúde.** Florianópolis, UFSC, v.XII, n. 1, p.54-56, 1993.

BOHES, Astrid. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.**1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 199 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** Secretaria de Política de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002. 4ª ed. 152 p.

_____. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.**Secretaria de Política de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 3ª ed. 56 p.

_____ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – **Treinamento das Parteias Tradicionais**. Manual Instrucional. Guia do Monitor, módulo para 2. Brasília, 1992.

_____ **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Portarias MS/GM n. 569, 570, 571 e 572, de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da União 110-E / I, em 08/06/00, p. 4, 6, 8.

_____ **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Informações para Gestores e Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____ **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada á mulher**. Secretaria de Políticas Públicas, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____ **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2ª Edição.

_____ Ministério da Saúde ABC do SUS: doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, agosto 1990. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990

BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S. **Prática de enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. v.2. p. 1218-1247.

BUDÓ, Maria de Lourdes. **Um modelo cultural de cuidado no meio rural: cuidando e sendo cuidado**. Texto apresentado no I ENBRACE – 1996. Itapema, SC.

CAMPOS, Marta Silva. **Poder, saúde e gosto**. Um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. Ed. Cortez, São Paulo, 1982.

CANDIOTTI, Sandra Maria C., FIGUEIREDO, Maria Cristina S. O papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puérpera. **Revista Brasileira de Enfermagem**; 46 (1):68-71, jan.-mar. 1993.

CANELLA, Paulo. MALDONADO, Maria T. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Roca, 1988. p. 179 – 188.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidadriedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 100 p.

CARRARO, Telma E. **Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social das famílias**. 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: UFSC, Florianópolis.

CEBES. **Saúde para Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, nº 26, Maio de 2003.

COELHO, Elza B. Salema. **A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção**. 2000. 196 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis

COMINSKI, Sheila. **La atención del parto y la antropología médica**. In: VELIMIROVIC, Boris. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, Washington, E.U.A, 1978. Publicación Científica nº 359.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992.

CUERVO, Leticia Casillas. **La salud y la cultura en las zonas urbanas marginales**. In: VELIMIROVIC, Boris. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, Washington, E.U.A, 1978. Publicación Científica nº 359. p. 88 – 91.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.

FLORIANOPOLIS, Prefeitura Municipal de. **Gestão 1997 à 2000. Capital Criança**. Projeto de Trabalho. Publicação em fotocópias. Florianópolis –SC, Abril de 1997.

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Florianópolis: 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10 ed. Rio de Janeiro; Graal, 1992. 295 P.

_____. **O nascimento da clínica**. 4ª Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1994.

FREIRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**. 25ª Ed. José Olímpio Editora, Rio de Janeiro, 1987.

GEORGE, Júlia B. e Col. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999, 207.

HELMANN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KIMURA, Amélia F. SILVA, Isília Aparecida. **O período pós-natal; assistência ao binômio mãe-filho**. In: Manual de Enfermagem. Programa Saúde da Família: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde/Fundação Telefônica. São Paulo, 2001.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal da enfermagem no contexto familiar.** 1996. p. 7-8. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pólo I. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

LANDMANN, Jayme. **Medicina não é saúde.** As verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1983. 328 p.

LANGDON, Esther J. **Conceito de Cultura.** Florianópolis, 1991. 11 p. (texto mimeografado).

LEVITICO. Português. In: **Bíblia Sagrada.** Tradução de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: *Imprensa Bíblica Brasileira*, 1982. p. 103 – 137, cap.12, v.1 –8; cap. 15, v. 1 – 33.

LOYOLA, Maria Andréia. Medicina popular: rezas e curas do corpo. **Ciência Hoje. Instituto de Medicina Social - UERJ.** Rio de Janeiro, v.6, nº 35, p. 34-46, set/1987.

MAESTRI, Eleine. LIZ, Suian. **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural.** Florianópolis, agosto de 1998. Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez, parto e puerpério.** Petrópolis: Vozes. 1990.

_____. **Como cuidar de bebês e crianças pequenas.** São Paulo: 4ª Ed. , Saraiva, 1999.

MARTINS, Roberto de Andrade. **Contágio: história da prevenção doenças transmissíveis.** São Paulo: 2ª Ed. Coleção Polêmica, Ed. Moderna, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set. 1993. .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social – teoria, método e criatividade.** 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem:** uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém nascidos. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

MOSS, Stephen J. **Crescendo sem cárie.** São Paulo: Quintessence editora Ltda, 1996.

MOTTA - MAUÉS, Maria Angélica. **Lugar de mulher: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará).** In: ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria C. de S. (Org). *Saúde e Doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. P. 33-45.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.

OLIVEIRA, Maria E; ZAMPIERI, Maria de F.; BRUGGEMANN, Odaléia M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

PATRICIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo : uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. 1995. 215f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PIAZZA, Walter F. **Santa Catarina: sua história**. Florianópolis, Ed. Da UFSC e Ed. Lunardelli, 1983.

PIERUCCI, Antonio Flávio. **A magia**. São Paulo: Publifolha, 2001.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: trad. Regina Machado Garcez, 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REY, Luiz. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 1999. 826 p.

REZENDE, Jofre M. de. Competência e responsabilidade exclusivas do médico. **Medicina: Conselho Federal**, Brasília, Setembro/2001. Entrevista, p. 21 – 23.

_____. **Obstetrícia**. 8ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

RIBEIRO, Mariska. **Direitos reprodutivos e políticas descartáveis**. In: Revista Estudos Feministas. UFRJ. 2º semestre/1993. Vol. 1, n. 2. p. 400 – 407.

SANTOS, **Marcos Leite** dos. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. 2002. 247 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**. A trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: Ed. L&PM, 1987. 112 p.

SEMMELWEIS, Ignaz. Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal. In: **Organização Panamericana de Saúde**. El desafio de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington, E.U.A. 1988.

SEVALHO, Gil. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 349 – 363, jul/set, 1993.

SILVA, Yolanda Flores e. **Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha.** Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: UFSC, 1991.

TYRREL, Maria Antonieta Rubio. CARVALHO, Vilma de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro, 1993. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Ana Nery, 1993.

TOBIAS, Leonice Terezinha. **O impacto de um modelo de consulta pediátrica pré-natal na promoção e proteção de saúde do recém-nascido.** Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. FLORIANÓPOLIS, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. Serviço de Referência. Catálogos de Universidades. <http://www.bu.ufsc.br>. Acesso em 18 julho 2003.

VELIMIROVIC, Boris. **La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense.** Organización Panamericana de la Salud, Washington, E.U.A, 1978. Publicación Científica nº 359. p. 132 – 142.

ZAMPIERI, Maria de F., SANTOS, Odaléia. **Puerpério normal e patológico.** In: Prefeitura de Florianópolis/Secretaria da Saúde. Capital Criança/Saúde da Mulher – Textos de Apoio. Florianópolis: 1999.

ANEXOS

ANEXO 01 - A CONSULTA DE PUERPÉRIO

Roteiro da primeira consulta:

1 – Dados pessoais

2 – Dados do pré-natal

Indagar se:

- realizou pré-natal
- local
- número de consultas realizada

3 – Dados relativos ao parto: preencher o itens da Ficha Perinatal relativos ao parto e anotar intercorrências.

4 – Dados relativos ao puerpério

Verificar:

1. peso;
2. altura;
3. sinais Vitais (pressão arterial e temperatura);
4. queixas;
5. alimentação;
6. eliminações vesical e intestinal;
7. loquiação;
8. retirar pontos quando o parto for cirúrgico, avaliando o processo de cicatrização;
9. avaliar episiotomia, em caso de queixas, observando: dor, calor, presença de secreção e/ou hematoma;
10. encaminhar para avaliação médica, se necessário.

4.1 – Aleitamento Materno

Questionar se:

amamentou o filho anterior, por quanto tempo e se foi aleitamento exclusivo ou misto, por quanto tempo

Sobre amamentação atual perguntar:

- se está amamentando;
- se usa complemento, qual;
- quanto a força de sucção, se é: boa, regular fraca ou se não suga;
- quanto a pega da aréola, se é: correta, incorreta ou não apreende;
- se faz uso de chupeta

Avaliar as condições das mamas:

- se há presença de ingurgitamento, mastite ou se apresenta normalidades;

- integridade da região mamilo-areolar: se há presença de fissuras, traumas, dor ou anormalidades;
- avaliar hipo ou hiper galactorréia;
- estimular o aleitamento exclusivo até o 6º mês.

5 – Planejamento Familiar

Investigar se:

- pretende ter mais filhos;
- quais os métodos contraceptivos que conhece;
- quais os que já fez uso;
- como foi a adaptação;

Orientar ou reforçar sobre os métodos contraceptivos para optar 45 dias após o parto.

6 – Outros

- Estimular a afetividade no vínculo mãe-filho;
- Orientar:
 1. sobre exercícios físicos no puerpério;
 2. sobre o retorno da atividade sexual
- Encaminhamentos:
 1. Agendar retorno em 45 dias pós-parto para consulta ginecológica
 2. Avaliar o esquema vacinal contra o tétano e reforçar a importância de completá-lo
 3. Encaminhar para vacinação contra rubéola, se necessário (no máximo 40 dias pós-parto)

ANEXO 02 – A CATEGORIZAÇÃO

Eixo Temático	Categorias	Sub – Categorias	Nº de
01. Cuidados Institucionais no Puerpério	Os cuidados percebidos pelas mulheres	Nutrição	28
		Sexualidade	15
		Recém-nascido	13
		Avaliação Física	10
		TOTAL	68
	Os cuidados referidos pelos profissionais	Avaliação Física	6
		Nutrição	6
		Sexualidade	5
		TOTAL	17
	2. Práticas culturais de cuidados no puerpério	O auto-cuidado	Cuidado corporal
Nutrição			14
Medidas protetoras			07
TOTAL			56
O Cuidado com o bebê		Medidas protetoras	11
		Cuidados corporal	10
		TOTAL	21

ANEXO 03 – QUESTIONÁRIO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/ MESTRADO – 2001

I - Identificação:

Entrevista em: ____/____/____

Iniciais: _____

Profissão: _____

1 – No atendimento de pré-natal, você faz orientações sobre cuidados no puerpério?

Para a mulher () Sim () Não

Para a criança () Sim () Não

2 – Quais os cuidados que você costuma orientar no atendimento da primeira consulta de puerpério?

3 – O que você acha de prestar esse atendimento no puerpério?

4 – Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa relacionada a questão do atendimento no puerpério?

ANEXO 04 - QUESTIONÁRIO PARA PUÉRPERAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/ MESTRADO – 2001

I - Identificação:

Entrevista em: ___/___/___ Iniciais: _____ Idade: _____

Residência atual: _____ Procedência: _____

Há _____ quanto _____ tempo reside _____ em
Fpolis. _____

Antecedentes Gestacionais:

Nº Gestações: _____ Nº de Partos (normal e cirúrgico) _____

Tipo do parto atual: Cirúrgico () Normal ()

Data do Parto atual: _____ Sexo do bebê: _____

Você fez acompanhamento nesta última gravidez (pré-natal)

Sim () Não ()

Caso Sim, Com quem

() Médico quantas consultas ()

() Enfermeiro quantas consultas ()

Onde você fez as consultas?

() Posto de saúde

() Consultório particular

() Não realizou consulta

Que orientações você recebeu durante o pré-natal?

(sobre:Corpo – Alimentação-Lazer-Sexualidade e sobre: cuidados com o bebe)

Como você denomina esse período que você está vivenciando?

Durante quantos dias é necessário fazer o(resguardo / quarentena / dieta/puerpério)

Foi agendada uma consulta para você na maternidade para comparecer no 7º dia após o nascimento do bebe no Centro de Saúde?

Sim () Não ()

Quem agendou ? _____

Durante a consulta que lhe fizeram, que orientações foram dadas para o cuidado com você?

O que foi recomendado	Cumpriu totalmente	Em parte	Não levou em conta	Observação

Para o bebe

que foi recomendado	Cumpriu totalmente	Em parte	Não levou em conta	Observação ou Porque?

(sobre:Corpo – Alimentação-Lazer-Sexualidade; sobre: cuidados com o bebe)

Esta consulta agendada para hoje quem marcou para você?

Você acha que precisava consultar hoje?

Sim () Não ()

Porque _____

Quais os cuidados de saúde para a **Mulher** no puerpério que você já sabia antes de ter filhos? De quem soube.

Praticas de saúde	Com mãe	Avos	Leituras	Observação

Quais os cuidados de saúde para o **Bebê** no puerpério que você já sabia antes de ter filhos? De quem soube.

Praticas de saúde	Com mãe	Avos	Leituras	Observação

Destes cuidados, qual o que lhe chamou mais a atenção?

Quem está lhe ajudando neste periodo? De que modo esta pessoa lhe ajuda?

Se você fosse acompanhar ou ajudar uma pessoa no puerpério, hoje, diga três coisas que você recomendaria (que conselho você daria)

O que você acha que uma mulher que teve filhos deve evitar?

Você recomendaria para outras mulheres que também viessem a esse atendimento? Por que?

Observações:
