

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Comida de Mulher Parida: Inovação e Sensibilidade
Transcultural na Alimentação no Pós-Parto em uma
Maternidade de São Paulo – SP**

Valéria Clarisse de Oliveira

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de
Conclusão de Curso II – 0060029, como requisito
parcial para a graduação no Curso de Nutrição da
turma 73.**

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo
2019

**Comida de Mulher Parida: Inovação e Sensibilidade
Transcultural na Alimentação no Pós-Parto em uma
Maternidade de São Paulo – SP**

Valéria Cláisse de Oliveira

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de
Conclusão de Curso II – 0060029, como requisito
parcial para a graduação no Curso de Nutrição da
turma 73.**

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

**São Paulo
2019**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos diversos caminhos da minha jornada profissional, especialmente os ligados ao curso de Obstetrícia e ao curso de Nutrição, que me mostraram que a humanização, a empatia e a cultura devem ser as bases da assistência à saúde da mulher, da criança e da população; e não apenas um detalhe opcional. Cada ser humano deve ser respeitado em sua integralidade e deve ser protagonista de sua vida, de sua saúde e de sua história. Somos merecedores dessa forma de cuidar!

Agradeço à querida professora e amiga Simone Diniz, que me mostrou, com sua grandiosa generosidade, serenidade e força, o poder e o impacto da pesquisa científica na vida dos estudantes, dos profissionais e da população; e o quanto, passo-a-passo, é possível transformar a assistência à mulher e à criança, com respeito, consciência e empatia. Que podemos fazer diferença, que devemos fazer diferente! “Valerinha” será para sempre grata!

Agradeço à minha querida amiga Denise Niy, por todo o seu apoio, conselhos e parceria ao longo de várias etapas das minhas vivências na pesquisa científica. Por sua gentileza em acolher minhas dúvidas e angústias e transformá-las em coragem para reerguer minhas ideias e minha crença em bons resultados.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa HAMABE, pela grandiosidade de seus integrantes, pelas ricas trocas de ideias e sentimentos e por juntos, cada membro compartilhando seu universo pessoal, construirmos pouco a pouco inovações em pesquisa científica.

Agradeço ao grupo de profissionais da maternidade Amparo Maternal, especialmente à nutricionista Brunna, por sua força de vontade em transformar seu ambiente de trabalho em um local mais humano para a equipe de profissionais e para as mulheres atendidas; e por todo o apoio e a contribuição na etapa final de coleta de dados.

Agradeço a todas as grandiosas mulheres que fizeram parte da minha história pessoal e profissional!

Por fim, agradeço à minha família, em especial à minha mãe, por ser minha rede de apoio e por sempre acreditar que um dia serei uma grande profissional (esse dia chegou!).

EPÍGRAFE

*Na bruma leve das paixões que vêm de dentro
Tu vens chegando pra brincar no meu quintal
No teu cavalo, peito nu, cabelo ao vento
E o sol quarando nossas roupas no varal...*

*Tu vens, tu vens
Eu já escuto os teus sinais
Tu vens, tu vens
Eu já escuto os teus sinais!*

*A voz do anjo sussurrou no meu ouvido
Eu não duvido, já escuto os teus sinais
Que tu virias numa manhã de domingo
Eu te anuncio nos sinos das catedrais...*

(Anunciação – Alceu Valença)

Oliveira VC. Comida de mulher parida: Inovação e sensibilidade transcultural na alimentação no pós-parto em uma maternidade de São Paulo – SP [Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2019.

RESUMO

Introdução: A mulher parida (puérpera) das mais diversas nacionalidades e culturas apresenta necessidades de saúde e nutrição que são atendidas por suas comunidades, mesmo em contextos urbanos. Após a experiência do parto, a mulher vivencia novos momentos com os cuidados do bebê, a amamentação e a construção de seu novo papel de mãe. Nessa fase, as diferentes culturas apresentam particularidades ao lidar com cada um desses aspectos, incluindo a forma como a mulher irá estabelecer sua relação com o ato de se alimentar e com certos tipos de alimentos, não raro com restrições e particularidades valorizadas culturalmente. A sensibilidade cultural a estas necessidades é um dos componentes de uma intervenção para promover serviços de saúde “amigos da mulher”. **Objetivos:** Identificar elementos para resgatar o aspecto cultural na alimentação de puérperas em uma maternidade de São Paulo – SP, para tornar o serviço mais culturalmente sensível, no âmbito de uma intervenção para melhorar a qualidade da assistência. **Métodos:** Esse projeto é um recorte da pesquisa “*Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança*”, focando especialmente em dois itens da iniciativa, a liberdade de alimentação para mulheres durante o trabalho de parto e pós-parto e na realização de um cuidado culturalmente competente. Sua execução envolveu as seguintes etapas: observação de uma experiência transcultural de alimentação (oficina culinária) de mulheres migrantes em uma maternidade de São Paulo (SP); entrevista com puérperas da mesma maternidade para investigar conhecimentos e necessidades de alimentação, nutrição e amamentação; colaboração com a nutricionista do local para investigar mudanças no cardápio da instituição; e elaboração de uma cartilha com orientações de Alimentação e Nutrição para mulheres no puerpério. **Resultados:** A etapa inicial, oficina culinária, ocorreu em outubro de 2017 e contou com a participação de puérperas e gestantes estrangeiras acolhidas pelo Alojamento Social da instituição; já as etapas subsequentes de entrevistas com puérperas do Alojamento Conjunto e com a nutricionista do Serviço de Nutrição e Dietética do local, ocorreram em agosto de 2019.

Ambas as etapas da pesquisa foram realizadas em uma maternidade do SUS localizada na zona sul do município de São Paulo – SP, caracterizada pelo atendimento de gestantes de baixo risco e pelo acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade social. Evidenciou-se que cuidados referentes à alimentação no pós-parto, envolvendo o estímulo ou desestímulo ao consumo de determinados alimentos, fazem parte dos conhecimentos e das experiências subjetivas de mulheres das mais diversas culturas, devendo ser valorizados e considerados nas rotinas institucionais. Essa inserção é possível, como visto ao longo desse trabalho, por meio de atividades como a oficina culinária ou mesmo por meio de alterações de cardápio das instituições de saúde, alternativas que mostram empatia a essas demandas das mulheres. A elaboração de materiais educativos culturalmente respeitosos também deve ser baseada na premissa de que cultura e alimentação são tópicos inseparáveis e essas especificidades devem ser, portanto, respeitadas. **Conclusões:** Experiências transculturais de alimentação e culinária são viáveis e bem avaliadas, embora resultantes do esforço de alguns profissionais isoladamente. A fase do puerpério, cercada de tradições culturais relevantes para a mulher, necessita de um olhar respeitoso e cuidadoso no que concerne às suas necessidades globais, seja em relação à alimentação em si ou à amamentação; tanto para mulheres brasileiras, quanto para as estrangeiras. A experiência descrita neste trabalho mostra que a inclusão dessa sensibilidade na forma de cuidar (inclusive no ambiente hospitalar) é crucial para promover uma assistência ao período perinatal mais positiva e inclusiva.

Descritores: alimentação, cultura, puerpério, populações migrantes, mulheres, acolhimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. MÉTODOS	17
3.1. DESENHO DO ESTUDO	17
3.2. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	19
3.3. LOCAL DA PESQUISA	20
3.4. ETAPA 1 - ANÁLISE CRÍTICA DA OFICINA CULINÁRIA TRANSCULTURAL	23
3.5. ETAPA 2 – INVESTIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E DEMANDAS SOBRE TEMÁTICAS DE NUTRIÇÃO, ALIMENTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	24
3.6. ETAPA 3 - ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA “COMIDA DE MULHER PARIDA”	25
3.7. ETAPA 4 - INVESTIGAÇÃO DAS ADAPTAÇÕES DO CARDÁPIO DA INSTITUIÇÃO	26
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	27
3.9. LIMITAÇÕES DO MÉTODO	27
4. RESULTADOS	28
4.1. RELATO DE EXPERIÊNCIA DA OFICINA CULINÁRIA TRANSCULTURAL	28
4.1.1. Aproximação Inicial	28
4.1.2. Começando os Trabalhos	29
4.1.3. Tudo Pronto	32
4.2. INVESTIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E DEMANDAS SOBRE TEMÁTICAS DE NUTRIÇÃO, ALIMENTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	33
4.3. ELABORAÇÃO DA CARTILHA “COMIDA DE MULHER PARIDA”	43
4.4. INVESTIGAÇÃO DAS ADAPTAÇÕES DO CARDÁPIO DA INSTITUIÇÃO	44
4.4.1. Caracterização do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da Instituição	45

4.4.2. Caracterização do Cardápio Atual da Instituição	47
4.4.3. Caracterização da Transição do Cardápio de 2017 para 2019	48
4.4.4. Melhorias a serem implantadas	51
5. DISCUSSÃO	51
6. CONCLUSÃO	66
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO	68
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	77
ANEXO 1 – TCLE USUÁRIAS	77
ANEXO 2 – TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	80
ANEXO 3 – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS	83
ANEXO 4 – CARTILHA EDUCATIVA “COMIDA DE MULHER PARIDA”	84

1. INTRODUÇÃO

O puerpério ou pós-parto engloba o período que se estende de uma a duas horas após a saída da placenta até aproximadamente 6 a 8 semanas após o parto, com o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado pré-gravídico. Para mulheres que amamentam, o seu término é incerto, uma vez que elas ainda estarão passando por modificações da gestação e a própria lactação em si, que influenciam no retorno ao seu ciclo menstrual habitual. Ele pode ser dividido em três fases: puerpério imediato, das 2 primeiras horas após o parto até o 10º dia, puerpério tardio, entre o 11º dia e o 45º dia e o puerpério remoto, a partir do 45º dia (ALTUNTUG et al, 2018; MS, 2001; VIEIRA et al, 2010).

A mulher parida representa toda mulher, pertencente às mais diversas etnias, nacionalidades, origens e culturas, que passou pelo processo de parir e que, portanto se encontra no período do pós-parto ou puerpério. Em termos populares, o puerpério recebe algumas nomenclaturas como o período do resguardo, pós-parto, dieta e quarentena, por durar cerca de quarenta dias, sendo repleto de grande significação cultural. Ao longo de todo o processo de gestação, parto e pós-parto, a fase puerperal em si representa aquela mais cerceada por crenças e tabus, construídos com base em interpretações sociais e culturais, os quais resultam em uma série de restrições e cuidados a serem destinados à puérpera visando ao seu reestabelecimento completo à condição pré-gravídica. Diante desse cenário, a alimentação da mulher no pós-parto também sofre fortemente o impacto dessas questões (BAIÃO e DESLANDES, 2006; NAKANO et al, 2003; UDOJI, 2014).

Após a experiência do parto, a mulher vivencia novos momentos referentes aos cuidados com o bebê, com a amamentação e com a construção de seu novo papel de mãe. Nessa fase, as diferentes culturas apresentam particularidades ao lidar com cada um desses aspectos, incluindo a forma como a mulher estabelece sua relação com o ato de se alimentar e com certos tipos de alimentos. A oportunidade de resgatar nesse momento uma alimentação culturalmente respeitosa e compartilhada com sua família pode proporcionar à mulher acolhimento e empoderamento, atendendo às suas demandas tanto fisiológicas quanto emocionais (MARQUES et al, 2011). Embora seja um conceito de ampla definição, a cultura, sob o referencial teórico das ciências sociais, pode ser entendida como o compartilhamento de tradições de uma geração para outra, expressa na forma como cada grupo de pessoas vivencia as diversas fases da vida seja por meio de hábitos sociais comuns na coletividade, gravados na

memória de uma sociedade e transmitidos por meio da comunicação, ou até mesmo no modo de preparar e consumir os alimentos (MORGADO, 2014).

Simboliza tudo o que é aprendido e partilhado pelos indivíduos de um determinado grupo e que lhe confere uma identidade dentro do grupo a que pertence. É um conjunto complexo dos códigos e padrões que regulam a ação humana individual e coletiva, não existindo culturas superiores, nem inferiores uma vez que a cultura é relativa (MORGADO, 2014, p. 10).

De geração em geração, as tradições culturais relacionadas à alimentação após o parto são transmitidas como valores simbólicos fundamentais, na forma de prescrições e proibições, visando ao bem-estar e à saúde da mulher e do bebê. Tradicionalmente, a puérpera costuma seguir certos hábitos alimentares específicos com a finalidade de garantir a sua recuperação e a qualidade do leite para o recém-nascido. No tocante à produção do leite materno, esses alimentos mais comumente consumidos, descritos como lactogogos, nada mais são do que alimentos e bebidas consumidos bem como qualquer outro tipo de estratégia com a finalidade de aumentar a produção láctea da mulher. Pela etimologia da palavra, *lac* ou *lactis* significa ‘leite’ e *agogo* significa ‘aquilo que guia ou conduz’ (BROTTO et al, 2015; ICHISATO e SHIMO, 2006; SILVA et al, 2011).

Entre os alimentos e bebidas mais frequentemente utilizados como lactogogos, têm-se: canja de galinha, caldo de cana, canjica de milho, fubá, milho, alimentos ricos em amido de milho, chá de algodoeiro, cerveja preta, mingau, arroz doce, leite de coco, bebidas quentes à base de cereais e o próprio leite de vaca. Embora não haja um consenso quanto à efetividade dos mesmos, a maior parte desses alimentos apresenta boas quantidades de proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas e sais minerais em sua composição nutricional, fundamentais para a produção de leite tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos. Os alimentos derivados do milho, por sua vez, ao passarem pelo processo de hidrólise produzem altos teores de glicose, também fundamental para a síntese de leite, para a qual não há nenhum outro metabólito substituto e cujo gasto energético é suprido principalmente pela ingestão alimentar materna. Em relação à cerveja preta, alguns estudos mostram que, além da presença de leveduras e proteínas ligadas à maior produção de leite materno; um polissacarídeo presente na cevada pode estar relacionado ao aumento nos níveis de prolactina, hormônio chave no processo de amamentação (BROTTO et al, 2015; ICHISATO e SHIMO, 2006; MARQUES et al, 2011). Apesar da importância da oferta de substratos para a produção

de leite materno, a boa e eficiente sucção da mama pelo bebê representa o melhor estímulo para sua produção e manutenção (VITOLO, 2014).

Por outro lado, alguns alimentos são atribuídos como “perigosos” ou “reimosos” e não devem ser consumidos nesse período. Em geral, os alimentos considerados reimosos caracterizam-se por serem carnes de animais alimentados com: dieta carnívora, como os peixes de couro; dieta composta por detritos marinhos, como o camarão e o caranguejo; e dietas mistas compostas por frutas, sementes, animais pequenos, insetos e por detritos de locais próximos a áreas lamacentas, como é o caso de porcos e patos. A hipótese dos alimentos reimosos para o período do puerpério pode parecer puramente fundamentada na cultura popular, porém há embasamento biológico que fortalece sua prerrogativa. A dieta desses animais, causadores da reima, baseia-se em alimentos em decomposição, com presença bastante elevada de bactérias decompositoras. Embora a cocção dessas carnes possa levar à destruição das bactérias, suas toxinas não são completamente eliminadas. Por consequência, o caráter reimoso desses alimentos se manifesta em algumas condições específicas dos ciclos de vida ou em alguns estados patológicos que apresentem certo grau de dano tecidual: durante a menstruação, puerpério, distúrbios intestinais e ferimentos, podendo levar ao agravamento dessas condições. Esse agravamento decorre da exacerbação do processo inflamatório agudo e dos consequentes sinais clínicos associados: calor, rubor, edema, dor e prejuízo funcional (BRITO JÚNIOR e ESTÁCIO, 2013).

No Brasil, por exemplo, algumas comunidades significam o período puerperal de maneira bastante particular. No Pará, uma comunidade amazônica local acredita que a puérpera deve entrar em restrições alimentares até o primeiro ano de pós-parto. Nos primeiros sete dias, alguns alimentos são permitidos, como: café, pão, bolachas, manteiga, galinha, esta consumida uma unidade por dia dividida entre almoço e jantar; macarrão, arroz e farinha de mandioca; entre o 7º e o 14º dia, incluem-se peixes não reimosos (de escamas) e carne bovina; entre o 41º dia ao 3º mês, permite-se o consumo de peixe fresco não reimoso e de caranguejo de espécie “não venenosa”; entre o 4º e o 6º mês, continuam não permitidos: frutas ácidas e gordurosas, carne de porco e peixes muito reimosos como cação e pacamon; entre o 7º e o 12º mês, permanecem fora da dieta: carne de porco, cação e pacamon. Na ausência dos alimentos permitidos para essa fase, as mulheres consomem apenas mingau de farinha de mandioca. No Amapá, na cidade de Santana, o cardápio da puérpera nos primeiros sete dias é composto por: café, bolachas ou pão no café-da-manhã; um copo de suco, leite ou caldo de cana no lanche da manhã; meia unidade de galinha cozida no caldo, arroz e farinha de mandioca no almoço;

lanche da tarde similar ao lanche da manhã; jantar similar ao almoço; e um copo de leite com pão ou bolacha na ceia. Da mesma forma, alimentos considerados reimosos também ficam restritos durante esse período (BAIÃO e DESLANDES, 2006).

Em outros países, a alimentação no período do pós-parto também apresenta certas restrições e particularidades bastante valorizadas culturalmente pelas mulheres e suas comunidades, trazendo consigo também um sentimento de continuidade cultural em relação ao seu local de origem. Nas comunidades hispânicas, originárias da Espanha, Cuba, Américas Central e do Sul, México e Porto Rico, o consumo alimentar nos primeiros dois dias se restringe a leite fervido e tortilhas torradas, considerados alimentos especiais para restaurar o calor corporal. Nas comunidades afro-americanas, originárias da África, Antilhas, República Dominicana, Haiti e Jamaica; o consumo alimentar inclui alguns chás, como chás de sassafrás, que apresentam poder curativo; e a restrição de carne de fígado bovino, por acreditar-se que aumenta o sangramento vaginal. Nas comunidades asiáticas, originárias da China, Coreia, Filipinas, Japão, Tailândia, Vietnã e outras áreas da Indochina, a dieta alimentar inclui líquidos quentes, como sopa de algas marinhas com arroz; e restringem-se as frutas e os legumes (CASHION et al, 2013).

Entre as comunidades judaicas, a alimentação da puérpera exclui o consumo de alimentos não *kosher* e preparações que apresentem carne e leite juntos. No Vietnã, acredita-se que as puérperas devem consumir grande quantidade de alimentos a fim de repor a energia gasta ao longo do parto; além de serem restritas preparações e bebidas frias, por interferirem na recuperação da mulher. Mulheres alemãs pertencentes a estratos sociais mais baixos têm a crença de que o consumo de um tomate fresco logo após darem a luz pode trazer benefícios ao bebê. Na Turquia, na região sudeste, acredita-se que as puérperas devem consumir melaço de uva com manteiga para aumentar o fluxo de leite materno. Mulheres da Índia, ao ganharem bebê, são incentivadas a consumir alimentos quentes, como sopas e bebidas contendo especiarias e ervas. Em Myanmar, região ao sul da Ásia, as puérperas são desestimuladas a consumir carnes de porco e de pato, frutos do mar e legumes (UDOJI, 2014). Em resumo, em culturas como a india, chinesa, tailandesa, vietnamita, guatemalteca e mianmarense; a dieta da puérpera objetiva principalmente manter o equilíbrio da mulher e recuperar o calor corporal por meio do consumo de alimentos predominantemente quentes (ALTUNTUG et al, 2018). Entre as mulheres bolivianas, a alimentação da puérpera também se baseia no consumo de alimentos exclusivamente quentes, incluindo charque de carne de ovelha e sopas com batatas, água morna, mingaus e chás de coca, eucalipto e orégano; que auxiliam na produção

de leite materno e no reestabelecimento da mulher; alguns alimentos não são permitidos como cebola, feijão, arroz, carne bovina fresca e bebidas frias (YAJAHUANCA, 2015).

No tocante à alimentação, necessidades nutricionais referem-se ao atendimento das quantidades de nutrientes e energia, determinados para a população saudável de acordo com algumas características como sexo, estágio de vida, atividade física e medidas corporais. Esses valores de referência para ingestão de nutrientes podem ser utilizados tanto para a avaliação da dieta do indivíduo quanto para a realização de prescrição dietética (PADOVANI et al, 2006). No que diz respeito às necessidades alimentares globais, é importante pontuar a priori que alimentação adequada e saudável representa um direito humano básico: englobando a garantia a um acesso permanente e regular a alimentos, respeitando aspectos biológicos e sociais do indivíduo, valorizando a cultura alimentar e as dimensões de gênero, raça e etnia, sendo financeiramente acessível, pautando-se em princípios como variedade, equilíbrio e prazer e em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. Em seu conceito mais amplo, alimentação representa muito mais que a ingestão de nutrientes e energia: envolve também a forma como os alimentos são combinados e preparados, os modos de comer e a comensalidade e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, influenciando assim na saúde e no bem-estar da população (MS, 2014).

Durante o período do pós-parto, especialmente para mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo, ocorre um aumento expressivo das demandas de macronutrientes, especialmente de proteínas; e de micronutrientes, especialmente de ferro e de vitamina A; e das demandas energéticas para atender ao maior aporte calórico necessário à produção do leite materno. Uma alimentação inadequada nessa fase impacta no estado nutricional da mulher, por exemplo, a ingestão baixa de proteínas pode levar à perda de massa magra e ao comprometimento da recuperação de sua condição pré-gravídica. Nesse momento, é fundamental o consumo de todos os grupos de alimentos, visando assim atingir as recomendações de proteínas, vitaminas e minerais e garantindo que seus depósitos nutricionais não sejam depletados em detrimento à produção láctea. Assim, a orientação nutricional a ser passada para a nutriz deve respeitar seus hábitos alimentares e culturais sem negligenciar as demandas para a manutenção de sua saúde e de seu bebê (CHERUBINI, 2011; VITOLO, 2014).

Mulheres de diferentes culturas, dos mais diversos países e nacionalidades têm seus bebês no Brasil. No que tange aos cuidados em saúde, além de uma atenção de boa qualidade ao longo de todo o processo de parturição e de pós-parto, há uma expectativa por parte delas

de que certas práticas culturais vigentes em seus países de origem sejam respeitadas, valorizadas e minimamente incluídas nesse momento. Entretanto, a realidade observada nas maternidades vai ao encontro da visão de que uma mulher estrangeira representa uma pessoa não pertencente ao país, não demandando, portanto, o estabelecimento de vínculo, menos ainda de consideração e inclusão de costumes que culturalmente são importantes para ela, mas que divergem das rotinas já praticadas pela instituição. Em geral, no pós-parto, as puérperas africanas, sírias, chinesas, andinas, bolivianas e haitianas, por exemplo, recebem o mesmo tipo de alimentação, mesmo sabendo-se da rica cultura alimentar que possuem e das tradições alimentares que nesse momento podem levá-las a certas restrições e preferências. Na cidade de São Paulo, em especial, muitas maternidades e instituições de saúde não estão preparadas para prestar a devida assistência a mulheres estrangeiras e suas famílias, seja pelos entraves de comunicação e linguagem, comprometendo o relacionamento entre profissional e paciente, seja por seus profissionais estarem extremamente absortos por uma prática marcada pela padronização de técnicas e o seguimento de rígidos protocolos institucionais que travam qualquer tipo de inovação (CASTRO et al, 2015; YAJAHUANCA, 2015).

Em um contexto hospitalar, muitas vezes marcado pela frieza de uma assistência impessoal e sem o estabelecimento adequado de um vínculo, na qual a alimentação é completamente padronizada, muitas gestantes e puérperas sentem-se desamparadas em um momento que poderia ser vivenciado de maneira mais respeitosa e única. O desamparo é tamanho que, muitas vezes, as mulheres não consomem uma refeição sequer durante toda a sua estadia na maternidade. Sem dúvida, esse fato se intensifica quando se fala de mulheres estrangeiras (YAJAHUANCA, 2015). Se essas tradições não são respeitadas ou minimamente consideradas nas maternidades brasileiras, muitas mulheres acabam cerceadas de um de seus direitos mais fundamentais, a uma alimentação de qualidade, em um momento em que ela e seu bebê fisicamente apresentam muitas demandas energéticas e nutricionais (BAIÃO e DESLANDES, 2006).

Segundo MACHADO (2002), quando a mulher entra na fase do puerpério, ela se torna um ser único repleto de influências e valores culturais. Assim, o cuidado destinado a essas puérperas deve ser congruente às suas tradições e a seu modo de vida e qualquer ação educativa ou orientação deve se pautar na troca de conhecimentos e experiências culturais entre as mulheres e os profissionais de saúde. Ao longo do período gravídico-puerperal, a mulher passa por uma série de modificações fisiológicas, reflexo de adaptações para o desenvolvimento fetal; físicas, emocionais e psicológicas, acompanhadas por ambiguidade e

questionamentos. Sob uma visão mais ampla do que meramente um útero gravídico, mostra-se fundamental enxergar essas mulheres em sua integralidade, compreendendo que apresentam demandas de diversas esferas e aprendendo a considerá-las no âmbito de uma assistência considerada de qualidade (UDOJI, 2014).

Diante desse cenário, surgiu o questionamento de como maternidades, especialmente da cidade de São Paulo, podem incorporar a questão cultural na alimentação de mulheres atendidas no período do pós-parto, diluindo barreiras de comunicação, escuta e compreensão e com empatia em relação aos costumes e tradições realizados e valorizados por essas mulheres. Ainda nesse sentido, pensou-se na relevância da oferta de um material educativo culturalmente respeitoso para essas mulheres contendo orientações alimentares e nutricionais para o período do pós-parto, que poderia ser entregue ainda na maternidade e também ser consultado em domicílio. Esse material buscou abarcar informações sobre: necessidades nutricionais e alimentares no puerpério, necessidades globais do cotidiano, amamentação e sugestões de receitas típicas.

Com isso, neste trabalho, pretendeu-se compreender possíveis maneiras de resgatar o aspecto cultural na alimentação de puérperas de diferentes culturas ainda no ambiente da maternidade e assim, propor a elaboração de uma cartilha educativa com temáticas de Nutrição e Alimentação, a partir das necessidades relatadas pelas mulheres e da observação e análise de uma atividade culinária; usufruindo do conceito de cultura como referencial teórico.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Compreender maneiras de resgatar o aspecto cultural na alimentação de puérperas em uma maternidade de São Paulo – SP, para tornar o serviço mais culturalmente sensível, no âmbito de uma intervenção para melhorar a qualidade da assistência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (a) Analisar criticamente a experiência de uma oficina culinária transcultural em uma maternidade de São Paulo – SP, com a preparação de um prato típico consumido no período do pós-parto por mulheres africanas.
- (b) Investigar qual o conhecimento e as demandas sobre temáticas de Nutrição, Alimentação e Amamentação de puérperas, se possível, de diferentes culturas em uma maternidade de São Paulo – SP.
- (c) Elaborar uma cartilha com orientações alimentares e nutricionais para puérperas de diversas culturas, culturalmente respeitosa, com base nas necessidades relatadas pelas puérperas e nas atividades (a) e (b).
- (d) Juntamente com o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da instituição, investigar adaptações promovidas no cardápio ofertado, considerando as especificidades culturais das usuárias do serviço.

3. MÉTODOS

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentou um delineamento descritivo de abordagem qualitativa e representou um subprojeto derivado de um projeto de pesquisa maior denominado “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança”, coordenado pela Professora Doutora Carmen Simone Grilo Diniz, iniciado em meados de 2016 e ainda em andamento e com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (Processo nº2015/50498-0, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: CAAE 56958716.0.1001.5421). O objetivo do projeto de pesquisa original é desenvolver e avaliar uma metodologia para implantação da Iniciativa “Hospital Amigo da Mulher e da Criança” (IHAMC), por meio de um projeto piloto, em duas maternidades do SUS que oferecem treinamento de recursos humanos na assistência ao parto, uma delas localizada no município de São Paulo e outra no município de Ribeirão Preto (DINIZ, 2018).

Para a produção de dados, o projeto de pesquisa maior contou com algumas etapas: observação participante, na qual estudantes de graduação e pós-graduação fizeram observação dos serviços conforme roteiro prévio, incluindo as rotinas e os procedimentos; atividades em grupo com profissionais e com usuárias; grupos de trabalho, contando com a participação dos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde dos serviços para discutir dados obtidos em fases anteriores; entrevista presencial e por telefone com usuárias das maternidades e coleta de dados de prontuário e de cartão de pré-natal, utilizando o instrumento Termômetro de Segurança em Saúde Materna adaptado, o qual engloba questões sobre o trabalho de parto e parto; e levantamento histórico da instituição, incluindo documentos institucionais, livros e artigos científicos sobre a história dos serviços (DINIZ, 2018).

Iniciativas internacionais, como a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), têm sido propostas no sentido de tornar o período de internação para o parto mais amigável à mulher, com uma abordagem baseada em seus direitos humanos. Editada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e outras entidades

internacionais em 2015, a IHAMC propõe que, para ser “amiga da mulher”, entre outros fatores, uma maternidade precisa assegurar uma assistência não discriminatória, com cuidado culturalmente competente e livre de abusos e com liberdade de alimentação ao longo de todo o período gravídico puerperal (FIGO et al, 2015). Apesar disso, no contexto da alimentação no pós-parto, evidencia-se que fatores como os culturais não são levados em consideração em algumas instituições de saúde e há pouca ou nenhuma sensibilização para o tema, de modo que as mulheres possam se sentir discriminadas e sofrer com abusos verbais e emocionais (YAJAHUANCA, 2015).

A IHAMC baseia-se em dez critérios considerados fundamentais para uma assistência segura e respeitosa à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto (FIGO et al, 2015) e que se tornaram pilares de cada etapa do projeto de pesquisa maior (DINIZ, 2018):

1. Liberdade de movimentação e alimentação para mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
2. Política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, planejamento familiar, adolescentes, minorias étnicas;
3. Privacidade durante o trabalho de parto e parto;
4. Acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto;
5. Cuidado culturalmente competente;
6. Sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros;
7. Cuidado acessível ou mesmo gratuito;
8. Sem práticas de rotina durante o trabalho de parto e o parto;
9. Alívio farmacológico da dor;
10. Contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação.

Este trabalho se inseriu nos esforços de implementação de dois critérios da iniciativa: (1) Liberdade de movimentação e alimentação para mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e (5) Cuidado culturalmente competente, priorizando os dados obtidos na maternidade do município de São Paulo em outubro de 2017 e em agosto de 2019. Por se tratar de uma iniciativa bastante recente no Brasil e no mundo, ainda não foi desenvolvido um processo formalizado para sua implementação nos serviços de saúde (DINIZ, 2018; FIGO et al, 2015).

3.2. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O protocolo da pesquisa original a descreveu como tendo um desenho quase experimental, do tipo antes e depois, com métodos mistos, e durante o processo da pesquisa esta metodologia foi revista por inspiração do Laboratório de Mudança (LM) (DINIZ, 2018). O LM é um método de intervenção desenvolvido por Engeström et al, em 1987, com a ideia de ajudar os participantes a repensar e redesenhar seu trabalho e como ele é organizado. Baseia-se na ideia de um processo de aprendizado amplo, construído a partir da análise e questionamento de um sistema de atividades, considerando as raízes históricas desse sistema e sua potencialidade de mudança no presente e no futuro. Entende-se por meio dessa metodologia que qualquer tipo de mudança se alicerça na colaboração estabelecida entre pesquisados e pesquisadores, na qual o aprendizado compartilhado serve de motor para a transformação de problemáticas previamente identificadas (VILELA et al, 2015). Embora o método seja bastante aberto em seu processo, ele nos forneceu um roteiro para navegar pela série de desafios que enfrentamos.

A atração pelo LM foi facilitada pelas várias afinidades dos métodos que já tínhamos escolhido no protocolo de pesquisa original, que incluíam alguma exploração histórica, constituindo um grupo para cocriar o processo, observação e entrevistas de atividades do serviço e os aspectos comuns. O LM se orienta pela crença de que para promover a sustentabilidade da mudança, o grupo precisava ter a propriedade do processo. Neste sentido, o LM é uma intervenção formativa, entendida como um processo de aprendizagem expansivo, no qual os alunos voluntariamente reconceitualizam e praticamente transformam o objeto de sua atividade. Ao pesquisar e analisar aspectos sociais, o pesquisador também os influencia, uma vez que suas práticas interagem com as práticas dos sujeitos participantes da pesquisa (ENGESTRÖM, 2015).

As várias etapas do projeto maior e deste subprojeto se orientaram pelo compromisso assumido pelo serviço de rever suas práticas, em direção a uma instituição mais amiga da mulher. Muitas das mudanças mais importantes no cuidado materno nas últimas décadas foram desencadeadas por movimentos organizados de mulheres, que, no hemisfério norte, ocorreram nas décadas de 1970 e 1980. No Brasil, esses movimentos são mais recentes, mas são bastante visíveis e contribuíram para mudanças na legislação e nas políticas públicas. Na última década, surgem novos temas com abordagens feministas, de gênero e direitos sexuais e

reprodutivos em saúde materna, com a criação de uma agenda de pesquisa complexa com crescente interesse internacional (COSTA, 2009).

Entende-se que os preconceitos de gênero que modulam a saúde materna são expressos em uma abordagem "correcional" do corpo da mulher, uma noção intrínseca de que a fisiologia da mulher é incorreta por ser muito lenta, inadequada, perigosa para o bebê e outras tantas colocações que fragilizam sua capacidade. Por essa razão, ele precisa ser corrigido por algum tipo de tecnologia que visa acelerar o trabalho de parto, dentre elas: o uso de medicamentos como a ocitocina, a prática de intervenções como episiotomia e pressão do fundo uterino (Manobra de Kristeller) ou mesmo o controle do trabalho de parto e nascimento com realização de uma cesariana pré-parto. Esses preconceitos de gênero baseiam-se na ideia de superioridade da tecnologia sobre as funções corporais normais da mulher, levando a uma superestimação dos benefícios dessa tecnologia e a subestimação ou negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções e dos modelos corretivos e discriminatórios de atendimento. A imposição do jejum durante o trabalho de parto e parto, vigente durante décadas até a emergência da medicina baseada em evidências, é um exemplo desta distorção (DINIZ et al, 2015).

Outras formas de desigualdade, como disparidades raciais e pobreza, ser mãe solteira e sem rede de apoio, também parecem contribuir para uma vulnerabilidade adicional a essa perspectiva "correcional", de forma que as relações de gênero interferem no desenho da assistência e no escopo e limites da mudança. Essa reflexão sobre as relações de gênero ajudou a entender a permanência de práticas aparentemente irracionais por serem contraditórias ao conhecimento ou evidências científicas, como o jejum, o banho de admissão obrigatória, as restrições de movimentos e posições de parto e as manobras obsoletas durante o parto. O reconhecimento e a transformação desses aspectos políticos e culturais das práticas são fundamentais para alcançar cuidados de saúde inovadores, mais eficazes, seguros e baseados em direitos (DINIZ et al, 2015).

3.3. LOCAL DA PESQUISA

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado em uma instituição filantrópica voltada ao atendimento de parturientes em risco habitual pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizada na zona Sul da cidade de São Paulo – SP. Sua manutenção é provida por repasses do governo estadual e de uma associação sem fins lucrativos, que também auxilia em sua

gestão administrativa; além de doações da população em geral. Desde sua fundação, a instituição apresentou como marca principal o acolhimento de mulheres em estado de vulnerabilidade social, incluindo as adolescentes, as mães solteiras e as mulheres estrangeiras; e, atualmente, uma forma de atender a essa demanda se dá por meio do Alojamento Social.

Segundo o SINASC (Sistema de Nascidos Vivos) Municipal, em 2018, a maternidade apresentou o seguinte panorama: 6081 nascimentos no ano, aproximadamente 500 nascimentos por mês, sendo 25,4% parto cesariano; quanto à duração da gestação, a maioria das mulheres estava entre 37 a 41 semanas (92,9%); em termos de faixa etária materna, a maioria era jovem na faixa etária entre 20 e 24 anos (31,03%) e o restante entre 25 a 29 anos (26,57%), entre 30 a 34 anos (17,17%), entre 15 a 19 anos (13,63%), entre 35 a 39 anos (9,49%), entre 40 a 44 anos (1,72%); em relação à nacionalidade materna (país de origem), a maioria era originária do Brasil (93,6%), na sequência, da China (3,3%), da Bolívia (0,70%), do Peru (0,51%), da Turquia (0,34%) e de países africanos (0,26%); em relação à naturalidade materna, a maioria era de São Paulo (59,8%) e na sequência de estados da região Nordeste do país (27,9%), de outros estados da região Sudeste (3,48%), de estados da região Norte (0,97%), de estados da região Sul (0,79%) e de estados da região Centro-Oeste (0,69%); em relação à cor de pele da mãe, a maior parte das mulheres atendidas se considerava parda (50,32%) e o restante branca (33%), preta (12,2%), amarela (4,2%) e indígena (0,25%); a maioria era declaradamente solteira (71,17%) e na sequência, casada (22,72%); em relação à escolaridade materna, a maioria apresentava entre 8 a 11 anos de escolaridade (74,92%) e na sequência, 12 anos ou mais (17,95%). Embora seja uma maternidade voltada ao atendimento de gestações de baixo risco, no mesmo ano citado, em relação ao tipo de gravidez, 0,31% das gestações foi dupla (gemelar), considerada em muitas instituições de saúde como de alto risco.

A instituição de saúde foi idealizada na cidade de São Paulo por volta da década de 30. Nessa época, muito estigma rondava as gestantes em razão da intensa moralização que a sociedade propagava especialmente àquelas mulheres que apresentavam o status de mães solteiras, pobres, negras ou mestiças. Essas mulheres, na maior parte das vezes, consideradas indignas até de permanecerem em seus próprios lares, estavam submetidas a um cenário de grande vulnerabilidade, marcado pelo abandono, angústia e a incerteza de terem um local minimamente seguro para parirem seus bebês. Diante de tanta hostilidade, algumas figuras acadêmicas e religiosas se mobilizaram para incentivar a construção de um espaço que acolhesse essas mulheres e promovesse dignidade e abrigo na assistência ao nascimento de

seus filhos, tendo então sua fundação em 1939 e a finalização de sua estrutura em 1964, 25 anos depois. Dessa época até os dias atuais, a instituição vem se aprimorando e adquirindo uma série de novos setores e serviços, incluindo: Centro Cirúrgico, Área social, Unidade Ginecológica, Cartório de Saúde e Alojamento Social, voltado ao acolhimento e à assistência de gestantes em situação de vulnerabilidade (MAGINI, 2011).

De acordo com relato da nutricionista atual da maternidade, em termos de estrutura, a instituição conta com dois prédios, sendo um destinado aos serviços da maternidade e outro destinado ao Alojamento Social. A maternidade é composta por Pronto Atendimento Obstétrico, Centro de Parto Normal, Centro Cirúrgico adulto, Alojamento Conjunto, onde as puérperas e os recém-nascidos sem intercorrências permanecem por um período de 2 a 3 dias e os últimos realizam alguns testes, como o teste do pezinho; UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Neonatal e CTI (Centro de Terapia Intensiva) Neonatal; Cartório e o Serviço de Nutrição e Dietética (SND), onde todas as refeições servidas, tanto para as pacientes e acompanhantes quanto para os funcionários, são preparadas. Em relação aos recursos humanos, a instituição conta com uma multiplicidade de profissionais de saúde de áreas como: enfermagem, medicina, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia, duas últimas recentemente implantadas. A multiplicidade de profissionais infelizmente não resulta em uma assistência multiprofissional destinada às mulheres atendidas na instituição. Isso porque cada área apresenta poucos profissionais disponíveis, restringindo seu campo de atuação, o qual se baseia em encaminhamentos realizados por outros profissionais, como médicos e enfermeiros.

Ainda de acordo com o relato da nutricionista, o prédio do Alojamento Social da instituição, cuja manutenção é feita pela Secretaria Municipal do Estado de São Paulo (Prefeitura), acolhe mulheres em situação de vulnerabilidade social, dentre elas, moradoras de rua, dependentes químicas e refugiadas. Para serem admitidas, as mulheres devem se encontrar gestantes, em qualquer fase do período gestacional, serem maiores de 18 anos e recorrerem ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região. A partir de lá, atendendo a esses critérios, elas serão direcionadas ao Alojamento Social. Somente a gestante é absorvida pelo serviço, companheiros ou outros filhos não são aceitos. Resumidamente, o fluxo da mulher admitida no Alojamento Social da instituição compreende: acolhimento da gestante no espaço; fornecimento de roupas, peças íntimas e itens de higiene pessoal; realização de pré-natal na própria maternidade; realização do parto na própria maternidade, no Centro de Parto Normal (CPN) ou Centro Cirúrgico; permanência da puérpera e do recém-nascido por volta de 2 a 3 dias no Alojamento Conjunto; retorno do binômio ao Alojamento

Social e permanência até o sexto mês de vida do bebê, momento em que a equipe assistencial entende que a criança está fora de risco e a mãe está mais segura em relação aos seus cuidados. Nesse espaço, as mulheres podem realizar diversas atividades, como: aulas de yoga, aulas de dança, moda e costura, informática, coral, cuidados com o bebê e aulas de culinária, utilizando alimentos disponibilizados pelo próprio Serviço de Nutrição e Dietética (SND); visando fornecer conhecimento e habilidades à mulher que contribuirão para sua reinserção na sociedade e no mercado de trabalho. Passado o período máximo de permanência de seis meses, a mulher e o bebê serão direcionados pela Assistência Social à casa de parentes ou conhecidos e se não houver essa possibilidade, seguirão para outro abrigo.

Até o começo de julho de 2019, o Alojamento Social da instituição atendia um número total de 100 mulheres e hoje, esse número reduziu para 50 vagas, resultando em consequente diminuição da verba recebida pelo local.

3.4. ETAPA 1 - ANÁLISE CRÍTICA DA OFICINA CULINÁRIA TRANSCULTURAL

A primeira etapa do projeto, Oficina Culinária Transcultural, contou com a participação de dez mulheres, oito puérperas, fora do período de puerpério imediato, e duas gestantes, todas de origem africana, moradoras do Alojamento Social de uma maternidade do SUS. A escolha das participantes estrangeiras da oficina culinária se deu por meio do convite direto da própria nutricionista do serviço à época, a qual, em articulação com a assistente social responsável pelo alojamento e com o auxílio de ajudantes de cozinha do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), foi a responsável pela proposição, planejamento, organização e execução da atividade. Essa atividade fazia parte de um conjunto de ações realizadas nesse alojamento da instituição.

Em relação à coleta de dados, a oficina ocorreu no dia 19 de outubro de 2017, quinta-feira, das 8h às 12h, na cozinha comunitária do Alojamento Social, e consistiu na preparação de um prato típico da culinária africana, consumido no pós-parto, contendo peixe, costela bovina com quiabo, frango frito e polenta. Três integrantes do grupo de pesquisa do projeto principal (a autora deste projeto, uma estudante de graduação em Saúde Pública e uma estudante de doutorado em Saúde Pública) foram observadoras participantes e suas

impressões foram incluídas no diário de campo da pesquisa, que serviu de base para a confecção do relato dessa experiência. A técnica de observação participante é caracterizada por uma “abordagem de observação etnográfica na qual o observador participa ativamente nas atividades de coleta de dados, sendo requerida a capacidade do investigador de se adaptar à situação”. Por meio dela, realiza-se um contato mais direto com os atores sociais do contexto a ser observado, buscando-se assim compreender fatos e interações inerentes entre os sujeitos. Representa um tipo de observação que se dá de forma natural com o investigador inserido completamente no cenário daquele que será investigado (MÓNICO et al, 2017).

Para a análise dos dados obtidos, a observação participante da oficina culinária foi transcrita na forma de um relato de experiência, no qual foram narrados de forma ordenada tanto aspectos práticos da preparação culinária quanto aspectos subjetivos referentes aos sentimentos e emoções despertados nas participantes ao longo do processo. Com adição de registros fotográficos, buscou-se explorar aspectos mais amplos que transpassam os dois temas centrais da pesquisa, alimentação e cultura, como: sentimentos, cooperação e compartilhamento, comensalidade, modos de preparar e modos de comer.

3.5. ETAPA 2 – INVESTIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E DEMANDAS SOBRE TEMÁTICAS DE NUTRIÇÃO, ALIMENTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

A segunda etapa do projeto, Investigação dos conhecimentos e das demandas sobre temáticas de Nutrição, Alimentação e Amamentação de puérperas de diferentes culturas na maternidade paulistana estudada, contou com a participação de 40 puérperas que tiveram seus bebês na instituição e ainda se encontravam internadas, no setor do Alojamento Conjunto. A seleção foi feita por busca ativa no leito, de forma aleatória, explicação e convite para participação na pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente à aplicação das entrevistas. Todas as participantes assinaram o TCLE e ficaram com uma via do documento constando o contato da pesquisadora. O critério de inclusão foi captar mulheres no puerpério imediato internadas no Alojamento Conjunto da instituição. Os critérios de exclusão foram: puérperas não falantes e ouvintes das línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e quando fluentes apenas em outros idiomas, não acompanhadas de algum familiar ou amigo que compreendesse as línguas citadas para

auxiliar a comunicação entre a pesquisadora e a pesquisada; e puérperas com intercorrências no parto que dificultem sua comunicação com a pesquisadora e atrapalhem sua recuperação.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo roteiro previamente preparado contendo perguntas principais sobre o tema central da pesquisa, com puérperas internadas no Alojamento Conjunto da instituição, no período de agosto de 2019. A técnica de entrevista semiestruturada caracteriza-se pelo uso de um roteiro previamente elaborado com perguntas principais sobre o tema a ser explorado, podendo ser complementadas por novas questões dependendo do contexto da entrevista (MANZINI, 2004). As mulheres foram questionadas a respeito de: principais alimentos estimulados e desestimulados no pós-parto, principais crenças referentes à alimentação no pós-parto, prática de habilidades culinárias e outros itens; conforme Anexo 3. As respostas das entrevistadas foram registradas em papel, a partir do consentimento das mulheres, em razão de o aval para gravação dos dados pelo corpo diretivo da instituição ter sido concedido somente quando a coleta já estava em andamento. Buscou-se, por meio delas, investigar o conhecimento e as demandas sobre temáticas de Nutrição, Alimentação e Amamentação de puérperas, se possível, de diferentes culturas e como eles podem contribuir na obtenção de uma assistência à mulher na fase do puerpério mais culturalmente respeitosa.

Os dados obtidos foram analisados com base no método de análise de conteúdo. Esse método consiste na exploração do conteúdo das mensagens presentes nos discursos, buscando deduzir e justificar sua origem. Ele se divide em três etapas: a pré-análise, que se refere à organização do material coletado e sistematização das ideias obtidas com base no mesmo; a exploração do material, que se refere à definição de categorias para analisar os dados; e o tratamento dos dados, que se refere à interpretação e análise crítica dos dados, buscando a obtenção de resultados significativos e válidos (SILVA et al, 2017).

3.6. ETAPA 3 - ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA “COMIDA DE MULHER PARIDA”

Com base na análise crítica da oficina culinária, nas demandas relatadas ao longo das entrevistas pelas puérperas da instituição e em pesquisas bibliográficas realizadas ao longo de todo o projeto, foi elaborado uma cartilha educativa com temáticas de Nutrição e Alimentação

e seus desdobramentos, voltada a mulheres no período do puerpério, culturalmente respeitosa, linguística e visualmente adequada e acessível. O material educativo, intitulado “*Comida de mulher parida*” (Anexo 4), contou com uma estrutura dividida nos seguintes blocos: **Introdução breve sobre Nutrição e Alimentação no puerpério** (Definição de puerpério; Cultura, Tradições familiares e puerpério); **Necessidades nutricionais; Amamentação; Retenção de peso corporal; Necessidades globais de alimentação** (Comensalidade, Habilidades culinárias); **Necessidades do cotidiano** (Suporte familiar, de amigos e terceiros; Sono e Descanso); **Sugestões de receitas típicas.** Apesar de a temática Retenção de peso corporal não ter sido comentada pelas mulheres em puerpério imediato ao longo das entrevistas, a inclusão dessa temática no material educativo se mostrou relevante, por se tratar de uma demanda possivelmente mais tardia para as puérperas.

A autora providenciou as fotografias de campo e outras imagens que ilustraram a cartilha. Todo o conteúdo passou por preparação e revisão de texto profissional para que se adeque linguisticamente a mulheres leigas, isto é, que não são profissionais da área de Nutrição.

3.7. ETAPA 4 - INVESTIGAÇÃO DAS ADAPTACÕES DO CARDÁPIO DA INSTITUIÇÃO

A quarta e última etapa, Investigação das adaptações do cardápio ofertado para puérperas do Alojamento Conjunto da instituição, desde a primeira intervenção da equipe do projeto de pesquisa em 2017 até a fase atual em 2019, ocorreu diretamente no Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do local, especialmente com a atual nutricionista.

Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista aberta ou não estruturada com a nutricionista do local, ou seja, não seguiu um roteiro prévio de perguntas, resultando em um relato livre da profissional sobre o assunto. Segundo BONI e QUARESMA (2005), a entrevista aberta se caracteriza por uma conversa informal, na qual um tema será colocado para o entrevistado e este irá discorrer livremente sobre o mesmo, permitindo assim a ampla exploração do tópico. O entrevistador coloca-se no papel de ouvinte, executando mínimas intervenções se necessárias. Esse relato, a partir do consentimento da mesma, foi gravado e transscrito nesse trabalho.

Para análise de dados, a entrevista com a nutricionista da instituição foi transcrita na forma de um relato e analisada por meio da técnica de análise temática. Segundo DUARTE (2004), na análise temática, as informações obtidas na entrevista são categorizadas em eixos temáticos relacionados aos objetivos da pesquisa e interpretadas com base nessa divisão. Nesse caso, a entrevista concedida pela nutricionista foi dividida nos seguintes eixos, definidos após a obtenção do relato da profissional: caracterização do Serviço de Nutrição e Dietética da instituição, caracterização do cardápio atual da instituição, caracterização da transição do cardápio de 2017 para 2019 e melhorias a serem implantadas.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Pelo fato de o Trabalho de Conclusão de Curso em questão representar um subprojeto derivado de um projeto de pesquisa maior, o mesmo já conta com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, conforme Nº e processo descrito (Processo nº 2015/50498-0, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: CAAE 56958716.0.1001.5421). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi preenchido por todas as mulheres participantes da etapa inicial da oficina culinária transcultural (Anexo 1). Todas as puérperas participantes da etapa subsequente de entrevistas, após explicação do escopo da pesquisa, também foram convidadas a assinar o termo de consentimento previamente à coleta de dados (Anexo 1). A identidade (nome) de todas as mulheres foi preservada. Por fim, a nutricionista do serviço também assinou o termo de consentimento previamente à realização da entrevista na etapa final do trabalho (Anexo 2).

3.9. LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Em relação às limitações do método, o fato de a oficina culinária, etapa inicial, ter sido um evento isolado, não foi possível avaliar nessa etapa a efetividade de sua ação no que concerne ao objetivo geral da pesquisa; demandando assim sua complementação com uma nova coleta de dados. Além disso, a tentativa de trabalhar com um público-alvo específico, puérperas de diferentes culturas, depende da rotatividade de mulheres assistidas na instituição em cada momento, sofrendo variações constantes, uma vez que não se trata de um local que recepciona mulheres de apenas uma nacionalidade ou etnia específica. Diante desse cenário, a

elaboração de materiais educativos que atendam as especificidades de cada cultura, baseando-se nas necessidades relatadas pelas mulheres, adquire uma abordagem mais generalista.

4. RESULTADOS

4.1. RELATO DE EXPERIÊNCIA DA OFICINA CULINÁRIA TRANSCULTURAL

4.1.1. Aproximação Inicial

Ao chegarmos ao Alojamento Social no dia combinado, fomos recepcionadas por uma funcionária, auxiliar de cozinha do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da maternidade, que iria dar suporte juntamente com a nutricionista ao longo do desenvolvimento da atividade. No refeitório, um grupo composto por dez (10) mulheres africanas, oito (8) puérperas e duas (2) gestantes, já estava à espera do aval da nutricionista para o início da preparação. As puérperas levaram seus bebês, os quais tinham menos de 6 meses de idade. Elas estavam bastante entusiasmadas, transparecendo até certa ansiedade, afinal por questões burocráticas a realização desse tipo de atividade nem sempre é possível ou frequente. Diante disso, ficou evidente que essas mulheres consideraram aquele momento como uma verdadeira celebração de sua cultura, sendo isso refletido, não somente na comida típica, mas também na própria forma como estavam vestidas: vestidos coloridos e estampados, exalando alegria e satisfação.

Com a chegada da nutricionista, enquanto a auxiliar de cozinha trazia os ingredientes que seriam utilizados na preparação, as mulheres africanas “cozinheiras” foram colocar toucas para a proteção dos cabelos, higienizar as mãos e colocar luvas para manipular os alimentos, visando assim à manutenção da segurança alimentar, conforme orientações prévias da profissional. Antes de realizarmos a mesma paramentação prévia, fizemos uma breve apresentação de quem éramos e qual era nosso objetivo em estar ali, acompanhando a oficina culinária. Se por um lado, estar ali era para nós uma via de contato com hábitos alimentares e práticas culinárias de outra cultura, para essas mulheres, representava uma reaproximação com o seu ambiente familiar, com seu próprio lar, com seu país e com a sua cultura, naquele momento, uma realidade tão distante.

O prato típico que foi preparado no dia da oficina culinária era denominado *Fufu*, o qual consistia em uma combinação de polenta amarela bastante densa feita com “farinha de

fufu”, basicamente um fubá de milho; feijão branco cozido bastante temperado e três tipos diferentes de carne: filé de peixe empanado, frango frito e costela bovina com quiabo.

Figura 1: Foto tirada no momento da oficina durante a preparação do *fufu*.



Fonte: Própria da autora do projeto.

4.1.2. Começando os Trabalhos

Como uma orquestra bem ensaiada e sem qualquer tipo de combinação prévia, cada mulher ficou responsável por uma etapa do pré-preparo da receita: um grupo preparou os legumes (tomate, cebola, alho e quiabo), um grupo preparou as carnes, um grupo temperou e preparou o feijão branco e outro grupo cuidou da preparação da polenta. Ao longo de todo o processo, notou-se que a ideia do partilhar e do compartilhar estava presente em todos os momentos, desde o começo da preparação até o consumo final. Cada uma auxiliava a outra, opinando e construindo o prato de maneira coletiva, como uma obra de arte, em que todas tiveram a oportunidade de “pincelar” uma parte da mesma, para que o todo tivesse a beleza, a contribuição e a vontade presentes no íntimo de cada uma. A alegria do compartilhamento desse momento e desse resgate de cultura e familiaridade ficou evidente pelas conversas em voz alta, por hora em português, por hora em francês; pelos sorrisos calorosos, pela cantoria animada e pelas fotos tiradas por elas para o registro de um momento tão especial.

Figura 2: Foto tirada durante a oficina culinária, no momento do pré-preparo



Fonte: Própria da autora do projeto.

Ao longo do pré-preparo e preparo do *Fufu*, ao serem questionadas sobre o modo de preparar e os ingredientes utilizados, prontamente, elas respondiam, dando sempre detalhes específicos de como seria feito aqui e como era feito lá em seu país de origem. A maioria das mulheres era da Angola e Luanda. Em suas cidades natais, todas as refeições também eram feitas de forma bastante compartilhada com participação de todas as mulheres da família, refletindo o fato de que desde cedo as meninas aprendiam a cozinhar como uma forma de começar a se integrar nessa atividade familiar e também futuramente “conseguir um bom marido”. Além disso, as mulheres comentaram também que costumam fazer pratos bastante temperados, com muita pimenta e especiarias, vindas diretamente da natureza. Diferentemente, a instituição onde a oficina foi realizada disponibilizou apenas produtos industrializados, molhos prontos para consumo e temperos não *in natura*, o que para elas não iriam proporcionar completamente o sabor que tinham a expectativa de atingir.

O cheiro delicioso do prato sendo preparado contagiou a todos e aos poucos mais mulheres do Alojamento Social foram se aproximando do refeitório do local, ansiosas para a chegada do horário do almoço, assim como nós. A maioria das mulheres, inclusive as africanas que estavam cozinhando, trazia seus bebês, deixando-os nos carrinhos de bebê e sempre atentas às suas demandas, parando eventualmente a preparação para amamenta-los ou mesmo acalmá-los no calor e carinho de seus braços.

Um dos momentos mais curiosos da oficina se deu com a preparação da polenta amarela. Por apresentar uma textura muito densa, as mulheres responsáveis uniram-se cada uma com uma colher de cabo extenso e começaram a homogeneizar a polenta juntas, de modo

que atingisse o ponto certo esperado. Nesse momento, como uma forma de ampliar a força a ser aplicada, elas colocaram a grande panela no chão da cozinha, assim como possivelmente faziam em suas casas na África, e mexeram a massa até finalmente ficar pronta para consumo. À priori causando estranhamento, afinal a preparação de um alimento no chão, por vezes com presença de sujidades, poderia comprometer a qualidade sanitária do mesmo; esse momento foi aquele em que ficou mais evidente o quanto os aspectos culturais estavam incorporados no modo de preparar um alimento e que mesmo em um local diferente, isso não deixaria de estar presente e vivo para essas mulheres. Algumas profissionais da instituição, ao visualizar a situação, sentiram-se desconfortáveis, embora tenha sido esse o momento em que mais a alimentação, em sua essência, verdade e naturalidade; tenha sido demonstrada e vivenciada. Outro fato interessante, ao finalizar a preparação da polenta, a mesma foi retirada da panela com uso de pequenas tigelas ou cumbucas, o que garantiu ao alimento o formato ovalado e típico da maneira em que é consumido em sua terra natal.

Figuras 3: Fotos tiradas durante a oficina culinária, no momento do preparo da polenta amarela densa.



Fonte: Próprias da autora do projeto.

4.1.3. Tudo Pronto

Com todos os componentes do *Fufu* prontos, as mulheres africanas supervisionadas pela auxiliar de cozinha da maternidade e pela nutricionista armazenaram as preparações dentro de grandes cubas de alumínio e os arrumaram sobre um extenso balcão de distribuição no refeitório. Nesse momento, as outras mulheres abrigadas no Alojamento Social, a maior parte delas brasileira e jovem, juntamente com seus bebês já estavam no aguardo para iniciarem a comilança da hora do almoço. Antes de começarem a se servir, as mulheres organizaram os carrinhos com os seus bebês na região próxima às paredes do refeitório, formando uma adorável fila de bebês. As mulheres africanas sentaram-se no banco do refeitório e aguardaram enquanto as mulheres brasileiras organizaram uma grande fila para pegar seu prato e talheres e serem servidas pela auxiliar de cozinha. Além de servirem o *Fufu*, que consistia em uma porção de polenta densa, uma porção de feijão branco, uma porção de frango frita, uma porção de peixe empanado e uma porção de costela bovina com quiabo; a equipe do Serviço de Nutrição e Dietética preparou também uma refeição tradicional, composta por arroz branco, feijão preto e carne cozida para o caso de alguma mulher não se interessar em consumir a preparação feita pelas mulheres africanas. Apesar disso, a escolha pelo *Fufu* foi unânime.

Figura 4: Fotos da preparação completa “FUFU”: peixe empanado, frango frito, costela bovina com quiabo, feijão branco temperado e polenta amarela densa, respectivamente.



Fonte: Próprias da autora do projeto.

Após as mulheres brasileiras se servirem e nós também, as mulheres africanas se organizaram em fila e foram igualmente servidas, consumindo porções bem maiores que as outras mulheres, reflexo da fome pela comida de verdade de sua cultura, há tanto tempo ansiada pelas mesmas. Ao sentarem à mesa, observamos que as mulheres africanas não pegaram talheres para consumirem sua refeição, ao contrário, elas a consumiram com a mão, porém de um modo bastante diferenciado. Primeiramente, elas separaram uma porção de polenta, abriram na palma da mão, colocaram sobre a mesma um pedaço pequeno de peixe, de frango e de costela bovina; formaram um pequeno bolinho de polenta recheado pelas carnes, molharam no caldo do feijão branco e comeram na sequência. Todo esse modo de comer por vezes era feito com grande habilidade com apenas uma mão e a outra eventualmente estava segurando o seu bebê ou mesmo amamentando-o.

A refeição estava incrivelmente maravilhosa em termos de sabor, mas também em termos de amor, bons sentimentos e gratidão. Ficou evidente no olhar de cada uma dessas mulheres o quanto ficaram entusiasmadas em ter a oportunidade de resgatarem, por meio da alimentação, valores tão essenciais de sua cultura, a sua identidade como pessoa e como mulher e a sua familiaridade e laços deixados em seu país de origem, realidade aparentemente tão distante. Ao término, como se tivessem nos recepcionado em sua própria casa, as mulheres africanas tiraram nossos pratos, levaram para a pia de lavagem de louças dentro da cozinha e agradeceram de forma muito calorosa nossa presença, desejosas que voltássemos mais vezes e consequentemente trouxéssemos conosco a oportunidade de realizar outras oficinas culinárias como a daquele dia.

4.2. INVESTIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E DEMANDAS SOBRE TEMÁTICAS DE NUTRIÇÃO, ALIMENTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

As entrevistas realizadas com as puérperas admitidas no Alojamento Conjunto da instituição ocorreram nos dias 19, 20, 21, 22 e 28 de agosto de 2019, no período da tarde, das 15h às 19h. As mulheres foram escolhidas de forma randomizada e a abordagem inicial para a aplicação do questionário semiestruturado se deu diretamente nos leitos. Para isso, a pesquisadora apresentou os objetivos do projeto de pesquisa, explicou que a participação era completamente voluntária e que a participante poderia desistir a qualquer momento, fez uma

leitura breve do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destacando a presença de seus contatos (telefone e e-mail) para sanar qualquer tipo de dúvida posterior; solicitou a assinatura do termo e um contato para envio do material educativo produzido. As mulheres convidadas mostraram-se motivadas em participar da pesquisa principalmente por se tratar de um assunto de grande interesse, alimentação materna no pós-parto, e que por vezes causa questionamentos; e não apresentaram desconforto com as questões. Do total de mulheres abordadas, apenas três se recusaram a participar após a descrição dos objetivos da pesquisa: uma puérpera chinesa em detrimento das barreiras de comunicação e duas puérperas brasileiras que pareciam estar desejosas de descansar no momento da abordagem. A amostra final de puérperas entrevistadas foi baseada na similaridade das respostas obtidas às questões, resultando em um esgotamento de informações novas.

Quarenta (40) mulheres foram entrevistadas no total e apresentavam o seguinte perfil: a maioria era jovem, embora as idades tenham variado entre 18 a 40 anos; a maioria teve parto normal sem intervenções e o restante passou por parto cesariano ou parto por indução; metade das mulheres teve o primeiro filho e a outra metade teve o segundo ou mais; a maioria das mulheres estava com seu acompanhante no momento da entrevista, sendo o companheiro ou a mãe; a maioria das mulheres nasceu na cidade de São Paulo, na sequência, a maioria nasceu na região Nordeste e o restante nasceu nas regiões Sul e Centro-Oeste do país, sendo duas mulheres de fora do Brasil; das mulheres que saíram de sua cidade natal para São Paulo, os principais motivos foram buscar oportunidades de trabalho e acompanhar a família. Apesar da presença de acompanhantes no momento da entrevista, a maior parte deles não se envolveu na pesquisa, deixando a puérpera livre para responder as questões, sozinha. Os acompanhantes que se disponibilizaram a participar ou opinar na pesquisa também conseguiram contribuir de maneira bastante interessante, principalmente quando pertencentes a gerações mais antigas, como as mães das puérperas.

Tabela 1- Perfil das mulheres entrevistadas no Alojamento Conjunto. Maternidade com atendimento via SUS. Município de São Paulo, agosto de 2019.

Faixa etária (em anos)	N	%
18 – 25	14	35,0
26 – 30	8	20,0
31 – 35	7	17,5
36 – 40	5	12,5
Não informada	6	15,0
Total	40	100
Tipo de parto	N	%
Normal	30	75,0
Normal por indução	3	7,5
Normal com intervenções (episiotomia relatada)	2	5,0
Cesárea	5	12,5
Total	40	100
Número de filhos (contando o atual)	N	%
Primeiro	21	52,5
Segundo	10	25,0
Terceiro	8	20,0
Quarto ou mais	1	2,5
Total	40	100
Presença de acompanhante (no momento da entrevista)	N	%
Sim	31	77,5
Não	9	22,5
Total	40	100
Tipo de acompanhante	N	%
Companheiro da puérpera	23	57,5
Mãe da puérpera	4	10,0
Irmã ou Irmão da puérpera	2	5,0
Prima da puérpera	1	2,5
Amiga (o) da puérpera	1	2,5
Nenhum acompanhante	9	22,5

Total	40	100
Naturalidade / Nacionalidade	N	%
Região Sudeste (São Paulo)	20	50,0
Região Nordeste (Alagoas, Aracaju, Bahia, Ceará, Pernambuco, Piauí)	15	37,5
Região Sul (Rio Grande do Sul e Paraná)	2	5,0
Região Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul)	1	2,5
Outros países (Bolívia e Haiti)	2	5,0
Total	40	100
Motivo da saída da cidade natal	N	%
Oportunidades de trabalho	8	40,0
Acompanhar família	8	40,0
Relacionamento afetivo ou casamento	2	10,0
Passeio	1	5,0
Nenhum motivo específico	1	5,0
Total	20	100

Quando questionadas a respeito das tradições familiares ligadas à alimentação no puerpério, a maioria das mulheres já tinha ouvido falar em algum momento da vida e citou alguns alimentos cujo consumo deve ser estimulado e cujo consumo deve ser desestimulado durante essa fase. Dentre os alimentos estimulados, os seguintes foram citados pelas puérperas: galinha cozida, galinha caipira, canja de galinha, pirão de galinha, sopas, frutas, verduras e legumes, canjica de milho, arroz doce, cerveja preta, cerveja preta com ovo de pata (comentado pelo companheiro de uma das puérperas), chá de funcho, cuscuz com leite, cuscuz, feijão com jabá (carne seca), suco de frutas, chá de erva-doce, alface, preparações com leite, líquidos no geral (água, caldos e leite), arroz e feijão, garapa de rapadura, rapadura e alimentos pouco industrializados. Dentre os alimentos desestimulados, os seguintes foram citados pelas puérperas: carne de porco, peixes, refrigerantes, chocolates, alimentos ácidos, feijão, couve, bebidas alcóolicas, sorvete, frango, pimentão, pimenta, brócolis, alimentos gordurosos, massas, drogas no geral, incluindo qualquer tipo de bebida alcóolica, peixes (como surubim pintado, bacalhau, sardinha), macaxeira, goiaba, feijoada, coentro, suco de abacaxi, doces no geral, ovo de galinha, comida japonesa, café, frituras, linguiça calabresa e

alimentos “carregados” como piranha e galinha da Angola. Os principais motivos relacionados à ingestão ou à restrição desses alimentos citados pelas puérperas foram: ajudar na recuperação da mulher no pós-parto, evitar inflamação dos pontos (vaginais ou da cesariana), ajudar na produção do leite materno e evitar cólicas no recém-nascido. Poucas mulheres relataram nunca ter ouvido falar de alimentos com repercussões positivas ou negativas nessa fase e comentaram não terem feito controle alimentar algum em gestações anteriores.

A respeito da percepção da alimentação fornecida pela instituição, as puérperas entrevistadas citaram tanto pontos positivos quanto pontos negativos. Dentre os pontos positivos, foram citados: grande variedade de preparações, presença de alimentos leves e saudáveis, grande oferta de saladas, pouca oferta de alimentos fritos, refeições fartas e equilibradas e alimentação com perfil de comida caseira. Dentre os pontos negativos, foram citados: baixa variedade na oferta de sobremesas, sendo constantemente gelatina; fornecimento de alimentos formadores de gases na dieta da puérpera, como feijão, brócolis e repolho, conforme comenta uma das mulheres entrevistadas: “*A comida é excelente, porém sempre mandam feijão, não sei se faz mal e acabei não comendo*” (EMO); oferta de sucos industrializados; oferta de batata palha em algumas refeições; oferta de preparações com pouco sal ou tempero; monotonia nas opções servidas no café-da-manhã; oferta de chás já adoçados e poucas substituições para essa bebida nos lanches da tarde; não inclusão de frutas e oferta frequente de biscoitos industrializados do tipo Maria ou Maisena nos lanches da tarde; cardápio com padrão repetitivo e com poucas opções para condições especiais de dieta materna, como mulheres vegetarianas, por exemplo; e restrição da entrada de alimentos e preparações de fora da instituição. Na sequência, parte do relato de uma puérpera vegetariana entrevistada está disposto:

“A alimentação daqui é boa, mas para mim que sigo uma dieta vegetariana e *low carb* e não consumo carnes no geral, feijão, arroz branco, batata inglesa normal, café, açúcar, leite, chocolate apenas 70 ou 100% e a única leguminosa que como é o grão-de-bico; a dieta é repetitiva e com falta de opções. Minha mãe chegou a perguntar se ela poderia trazer algumas comidas de fora que eu gostava, mas a instituição não deixou, barrou a entrada”. (GBS).

Em determinado momento da entrevista, foram expostos às puérperas alguns dos principais ditados relacionados à alimentação no pós-parto com o intuito de que elas

dissessem se já ouviram falar e se achavam que era verdade ou mito (Tabela 2). Na sequência, cada um deles foi discutido junto com as puérperas e seus acompanhantes.

Em relação ao ditado “*Consumir alguns alimentos como: canja de galinha, canjica de milho e cerveja preta ajudam a aumentar a produção de leite materno*” (BRITO JÚNIOR e ESTÁCIO, 2013), a maioria relatou já ter ouvido falar e achar que era verdade, exceto a cerveja preta em razão da presença de álcool. Algumas delas relataram ter consumido esses alimentos em gestações anteriores, muitas vezes, preparados por familiares de gerações anteriores, como a mãe, a avó e a sogra. Quanto ao ditado “*Consumir alguns alimentos considerados “reimosos” como peixes, frutos do mar e carne de porco gordurosa podem atrapalhar a recuperação da mulher*” (MARQUES et al, 2018), a maioria relatou já ter ouvido falar e achar que era verdade, principalmente o consumo de carne de porco, fazendo certa analogia à restrição da ingestão desse alimento quando em situações como ferimentos e a realização de *piercing* e tatuagens. Um dos motivos citados pelas mulheres para a restrição desses alimentos é a possibilidade de causarem inflamação nas suturas ou “pontos”, seja vaginal ou da cesariana. Quanto ao ditado “*Consumir alguns alimentos pode aumentar o sangramento vaginal no pós-parto*” (CASHION et al,2013), a maioria relatou não ter ouvido falar anteriormente e não saber se era verdade; as que relataram já ter escutado, associaram o sangramento a alimentos como repolho, limão, ovo e chás. Em relação ao ditado “*Consumir alimentos como: café, chocolate, refrigerantes à base de cola, chá preto, pimenta e verduras verdes escuras podem dar cólicas no bebê nos primeiros meses de vida*” (GONZÁLEZ, 2018), a maioria relatou já ter ouvido falar e achar que era verdade; principalmente a ingestão de refrigerantes e chocolates. Quanto ao ditado “*Consumir alimentos do grupo das leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, fava, etc.) pode deixar o bebê com gases*” (GONZÁLEZ, 2018), a maioria relatou já ter ouvido falar e achar que era verdade principalmente a ingestão de feijão. Uma das puérperas entrevistadas relatou estranhar a maternidade ofertar feijão nas refeições das mulheres por sua relação com a ocorrência de cólicas no bebê e não sabendo exatamente se fazia bem ou mal, não consumiu o alimento nenhuma vez durante seu período de internação. Em relação ao ditado “*Consumir água durante a amamentação do bebê faz com que o leite materno fique mais diluído*” (GONZÁLEZ, 2018), a maioria não tinha ouvido falar e julgava ser mito, principalmente porque já ouviram falar que o consumo de água deve ser aumentado em função da produção do leite materno e por sentirem mais sede nessa fase. Quanto ao ditado “*Consumir grande quantidade de um alimento incomum na dieta materna muda o sabor do leite materno e pode*

fazer o bebê rejeitá-lo” (GONZÁLEZ, 2018), a maioria relatou não ter ouvido falar e achar que não era verdade.

Tabela 2 – Conhecimentos sobre crenças de alimentação no puerpério.

Crenças	Já ouviu falar	Nunca ouviu falar	Verdade	Mito	Não soube responder
Consumir alguns alimentos como: canja de galinha, canjica de milho e cerveja preta ajudam a aumentar a produção de leite materno.	36	4	36	-	4
Total	40			40	
Consumir alguns alimentos considerados "reimosos" como peixes, frutos do mar e carne de porco gordurosa podem atrapalhar a recuperação da mulher.	37	3	36	1	3
Total	40			40	
Consumir alguns alimentos pode aumentar o sangramento vaginal no pós-parto.	9	31	4	5	31
Total	40			40	
Consumir alimentos como: café, chocolate, refrigerantes à base de cola, chá preto, pimenta e verduras escuras	38	2	38	-	2

podem dar cólicas no bebê nos primeiros meses de vida.

Total	40	40
--------------	----	----

Consumir alimentos do grupo das leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, fava, etc.) pode deixar o bebê com gases.

Total	40	40
--------------	----	----

Consumir água durante a amamentação do bebê faz com que o leite materno fique mais diluído.

Total	40	40
--------------	----	----

Consumir grande quantidade de um alimento incomum na dieta materna muda o sabor do leite materno e pode fazer o bebê rejeitá-lo.

Total	40	40
--------------	----	----

Ao serem questionadas quanto às vias de suporte que achavam mais relevantes para melhor vivência da fase do puerpério na perspectiva das mulheres, as seguintes respostas foram citadas: suporte familiar para cuidar dos afazeres de casa, pessoas ao redor para ajudar com os cuidados com o bebê, amor das pessoas ao redor, fornecimento de material educativo para consulta em casa, visita domiciliar de profissionais de saúde, suporte em casa ou por telefone de um profissional de saúde, boas orientações de alta, melhor transmissão de informações no pré-natal, contato com experiências de outras mães, site para consultar

informações sobre o puerpério em casa (Tabela 3). Algumas mulheres aprofundaram seus discursos e trouxeram ideias e opiniões mais elaboradas sobre o assunto, conforme dispostos abaixo:

“Suporte de um profissional ou médico e mostrar a realidade da maternidade para a mãe, principalmente de primeira viagem para saber que não é uma fase fácil” (GBS).

“Apoio da família é uma prioridade. Presença de um bom profissional, compreensivo e com paciência, porque muitos não têm. Apesar de já ter outros filhos, faz tempo e não me lembro de tudo; fora que tudo varia de pessoa para pessoa. Devem parar de idealizar como natural a maternidade, porque não é, é dolorosa e difícil. Não é um mar de rosas! Corre muita falta de informação. Deve explicar ainda na maternidade. Adolescente, por exemplo, não vai querer amamentar e vai pensar "não é para mim" e vai desistir. Podem ficar com depressão pós-parto” (BLS).

“Ajuda da família e informações de profissionais da saúde. Primeiro filho a mãe fica mais receosa e esse é um ciclo importante na vida de mulher” (NSON).

Tabela 3 – Tipo de suporte importante na fase do puerpério (por resposta citada)

Tipo de suporte	Quantidade de vezes citado
Apoio familiar e terceiros	20
Material educativo	15
Suporte de profissionais de saúde	12
Nenhum suporte específico	2
Orientação de alta adequada	1
Figuras religiosas (ex. Deus)	1
Total de citações	51

Ainda nesse ínterim, das mulheres que citaram como suporte importante nessa fase a presença de um material educativo, alguns conteúdos foram destacados como fundamentais de serem inclusos, como: aleitamento materno, alimentação materna, cuidados gerais com o recém-nascido, cólicas do bebê, vacinas do bebê, primeiros socorros do bebê e recuperação de cada via de parto (Tabela 4). Uma das puérperas chegou a comentar que a presença de um material educativo para consulta no ambiente doméstico, principalmente nos primeiros três dias de vida do bebê em casa, mostra-se fundamental, porque somente na prática as dúvidas

surgirão e precisarão ser sanadas: “a preparação é importante, mas a vivência é muito mais” (TFF).

Tabela 4 – Conteúdo do material educativo (por assunto citado)

Conteúdo do material educativo	Quantidade de vezes citado
Aleitamento materno	12
Alimentação da mãe	10
Cuidados gerais com o recém-nascido	6
Vacinas do recém-nascido	2
Recuperação da mulher de acordo com a via de parto	2
Primeiros socorros do bebê	1
Total de citações	33

Por fim, quando questionadas a respeito de possuírem ou não habilidades culinárias e gostarem ou não de cozinhar, a maioria das mães relatou cozinhar diariamente e gostar da atividade, sendo na maior parte das vezes, as responsáveis pela função em seu ambiente doméstico. Uma puérpera e um casal, ambos da Região Nordeste do país, fizeram relatos interessantes acerca da interface entre alimentação, cultura e amamentação; conforme dispostos abaixo.

"Sempre consumi frutas do pé, frango do animal no tempo certo. Sempre tive o hábito de esperar o tempo certo das coisas para comer. Hoje, consumimos tudo muito rápido, sem que estejam prontos para isso. Por isso, temos várias doenças" (RRC).

"Nós somos como os animais que eu criava na fazenda. Quando eu paria um bicho, tinha que colocar logo para mamar para a mãe do bezerro ter mais leite" (GGS e o companheiro).

Ao longo da fase das entrevistas, poucas mulheres de outras etnias estavam admitidas no Alojamento Conjunto da instituição, apenas duas chinesas, uma haitiana e uma boliviana. Houve uma tentativa frustrada de abordagem de uma das puérperas chinesas, que estava acompanhada de dois familiares, em decorrência dos entraves claros de comunicação. Na fase final das entrevistas, duas mulheres de outras nacionalidades, uma haitiana e uma boliviana, foram entrevistadas com auxílio do acompanhante no primeiro caso e sem dificuldades de

comunicação no segundo caso. A puérpera haitiana, diante da participação do companheiro, permaneceu mais apática e com poucas palavras, embora parecesse compartilhar com ele o mesmo sentimento de gratidão pela maternidade e pelo país que os acolheu em um momento de busca de melhores oportunidades de vida. Já a puérpera boliviana resgatou algumas tradições seguidas em sua cultura e mostrou-se bastante consciente do processo percorrido pelo corpo da mulher nessa fase, principalmente diante das questões referentes aos principais mitos compartilhados no pós-parto.

4.3. ELABORAÇÃO DA CARTILHA “COMIDA DE MULHER PARIDA”

Após a vivência da oficina culinária com as puérperas africanas em 2017 e a realização das entrevistas com as puérperas em 2019, onde foi possível investigar qual o significado do pós-parto para as mesmas no que concerne ao seu conhecimento e às suas demandas de temáticas de Alimentação, Nutrição e Amamentação; tornou-se possível a elaboração da cartilha “Comida de Mulher Parida” (Anexo 4). Ao longo da pesquisa bibliográfica utilizada no projeto como um todo, ficou evidente a carência de um material educativo direcionado para essa fase da vida da mulher, que compilasse um conjunto de informações relevantes para sua melhor vivência, tivesse um enfoque não somente nas necessidades do recém-nascido e não se resumisse apenas a orientações gerais de alta ou à otimização do aleitamento materno para o bebê; fortalecendo ainda mais esse objetivo do projeto. No formato de um livreto, a finalidade da cartilha é representar um material educativo abrangente e acessível para ser entregue para todas as puérperas internadas no Alojamento Conjunto da instituição de saúde e ser consultado posteriormente, no ambiente doméstico, quando dúvidas relacionadas à sua nova adaptação possam surgir.

A cartilha educativa está dividida em blocos no formato de texto corrido com presença de ilustrações, visando facilitar o entendimento de alguns conteúdos e promover certa sensação de representatividade para mulheres de diferentes culturas. Apesar de englobar diversas temáticas, houve um esforço para produzir um material completo, porém não muito extenso; e uma revisão aprofundada para que o material educativo apresentasse uma linguagem acessível, de fácil compreensão e adequada para um público não pertencente à área da saúde. Detalhadamente os blocos apresentaram as seguintes temáticas:

- **Bloco 1:** referente à definição da fase do puerpério.

- **Bloco 2:** denominado “Cultura, Tradições familiares e Puerpério” e referente a aspectos culturais da alimentação no puerpério e qual o impacto na saúde da puérpera.
- **Bloco 3:** denominado “Necessidades nutricionais” e referente às principais necessidades de nutrientes na fase do puerpério e como, por meio da alimentação, a puérpera pode atender boa parte dessas demandas.
- **Bloco 4:** denominado “Amamentação” e referente a tópicos como importância do leite materno, fases do leite materno, posicionamento da mãe e bebê para amamentar, características e comportamento do bebê, produção do leite materno, alimentação materna e amamentação, hidratação materna, lactogogos, problemas possíveis na amamentação, extração do leite materno e Bancos de Leite Humano.
- **Bloco 5:** denominado “Retenção de peso corporal” e referente a algumas estratégias breves para as mulheres lidarem melhor com questões de peso na fase do pós-parto.
- **Bloco 6:** denominado “Necessidades globais de alimentação” e referente a tópicos como direito à alimentação, comensalidade e habilidades culinárias.
- **Bloco 7:** denominado “Necessidades do cotidiano” e referente a tópicos como a importância do suporte familiar, de amigos e terceiros nessa fase igualmente do sono e dos períodos de descanso.
- **Bloco 8:** denominado “Receitas típicas” e referente a algumas receitas consumidas nessa fase, culturalmente respeitosas, entendidas como opções de consumo para as puérperas.

4.4. INVESTIGAÇÃO DAS ADAPTAÇÕES DO CARDÁPIO DA INSTITUIÇÃO

Ao longo do período de desenvolvimento do projeto de pesquisa maior, base para a realização desse Trabalho de Conclusão de Curso, a etapa de realização da oficina culinária e do consequente relato da experiência vivenciada resultaram em maior visibilidade de alguns aspectos referentes à alimentação e ao modo de comer das puérperas acolhidas pela instituição de saúde, especialmente no que concerne à interface entre alimentação e cultura. O contato inicial com mulheres estrangeiras moradoras do Alojamento Social e com o sentido amplo e rico que davam ao ato de comer após o nascimento do bebê, a partir da atividade realizada junto à equipe de pesquisa, promoveu um despertar de mudança de cultura institucional em alguns profissionais ligados à assistência, levando-os a se mobilizar em prol do

estabelecimento de adaptações no cardápio visando ao atendimento de demandas não anteriormente contempladas.

Do ano de 2017, período de desenvolvimento da oficina culinária, ao ano de 2019, muitas mudanças ocorreram no Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da instituição de saúde, tanto no que diz respeito aos recursos humanos, quanto aos recursos materiais e à organização do conjunto de atividades; e no cardápio fornecido às usuárias. Parte significativa dessas mudanças foi motivada pelos dados obtidos pela equipe de pesquisa ao longo dos meses de observação em campo e coleta de dados, resultando em um esforço dos profissionais em atender e respeitar minimamente a inclusão de alimentos compatíveis com a recuperação e saúde da mulher no puerpério e a exclusão de alimentos pouco favorecedores desses aspectos.

Para melhor compreensão da transição observada nesse cenário, dados obtidos no início do estudo por meio da observação de campo e dados atuais obtidos por meio de relato fornecido pela nutricionista da instituição (nome preservado) serão descritos na sequência.

4.4.1. Caracterização do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da Instituição

A equipe do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da instituição é formada por um total de 25 funcionários, incluindo: uma cozinheira líder, ajudantes de cozinha, lacteristas, um estoquista, duas técnicas de Nutrição (com jornada de trabalho 12X36) e uma nutricionista. Pelo fato de haver apenas uma nutricionista na maternidade como um todo, a profissional não consegue se dividir entre as atividades da área de produção e os atendimentos da área clínica. Desse modo, ela atua como responsável técnica da área de Manipulação e Produção de alimentos e realiza assistência a nível clínico quando outro profissional, principalmente da medicina ou enfermagem, faz um encaminhamento. Isto é, quando é detectada alguma demanda nutricional, seja no Pré-Natal, seja no Alojamento Conjunto, a profissional é solicitada para a realização de um atendimento específico a cada caso.

Ainda nesse sentido, devido ao quadro reduzido, a nutricionista conta fortemente com o trabalho e o apoio de outros funcionários que compõem o Serviço de Nutrição e Dietética: as técnicas de Nutrição, que promovem um suporte no que diz respeito às atividades da área de Produção de Alimentos, como coleta de amostras e controles de temperatura dos alimentos e equipamentos; as ajudantes de cozinha, que, além da manipulação diária dos alimentos, também sinalizam quando alguma paciente não está se alimentando de forma adequada quanti e qualitativamente no momento do recolhimento das

bandejas de alimentos nos leitos; as lactaristas, que estão diretamente envolvidas na manipulação do leite materno e das fórmulas lácteas produzidas e que entram em contato com as puérperas na sala de ordenha, sinalizando quando há alguma demanda em relação ao aleitamento materno. Por meio da realização de um efetivo trabalho em equipe, a profissional consegue desenvolver um conjunto de atividades pertinentes à sua função.

A instituição conta com a estrutura de um lactário, local responsável pelo preparo, manipulação, porcionamento e armazenamento de leite materno ordenhado e de fórmulas lácteas infantis; funcionando até às 20h. O espaço é dividido entre uma área suja, onde são recepcionados materiais já utilizados, como mamadeiras e copinhos; higienizados, selados em grau cirúrgico e passados na autoclave para completa esterilização e garantia do uso seguro do material. Do outro lado, tem-se uma área limpa, na qual as lactaristas recepcionam os materiais já esterilizados, manipulam os leites e fórmulas infantis conforme prescrição médica e os armazenam em refrigeração até o momento de serem ofertados. Apesar de todos os cuidados destinados às boas práticas de manipulação dos produtos lácteos dispostos no local por parte da equipe de funcionários, a estrutura do lactário está disposta no interior do Serviço de Nutrição e Dietética, fato que está em desacordo com a legislação sanitária vigente.

Mesmo em lactários, as atividades de manipulação de fórmulas e alimentos infantis (antigamente denominadas fórmulas lácteas e não lácteas) devem estar obrigatoriamente em ambiente distinto ao de limpeza e higienização de insumos e de preparo de alimento “in natura” e apresentar fluxos de atividades específicos, prevenindo-se a contaminação cruzada (GALEGO et al, 2017, p. 18).

A maternidade não apresenta um Banco de Leite Humano, não sendo possível, portanto, a doação de leite materno entre as mães usuárias ou mesmo de fora do serviço. Entretanto, apresenta um local denominado Sala de Ordenha, localizado no Alojamento Conjunto, no qual as puérperas demandantes da realização de extração de leite materno, por exemplo, quando seu bebê se encontra na UTI Neonatal e ainda não está sendo nutrido por via oral; acompanhadas por uma lactarista, podem realizar o processo com o uso de bombas de extração elétricas. Estruturalmente, o espaço é pequeno e com presença de poucos aparelhos de extração, comportando assim um número limitado e controlado de puérperas. Além disso, o espaço onde as mulheres trocam de roupa e se paramentam para realizar a ordenha localiza-se ao lado de um banheiro/vestiário, separados apenas por uma porta sanfonada de PVC; não havendo também armários para armazenar qualquer tipo de pertence pessoal. A priori, o local

permanecia aberto, inclusive no período da noite e madrugada em que não havia lactaristas trabalhando na unidade. Porém diante do seu uso indevido, como para descanso de Enfermagem, por exemplo; atualmente, o local permanece trancando no período noturno.

4.4.2. Caracterização do Cardápio Atual da Instituição

Em relação ao cardápio atualmente ofertado na instituição, a própria nutricionista é a responsável por sua elaboração e planejamento mensal, contemplando as mulheres abrigadas no Alojamento Social, as mulheres atendidas no Centro de Parto Normal e no Alojamento Conjunto, os acompanhantes e os funcionários. A base das preparações ofertadas para as mulheres atendidas na maternidade e para as mulheres abrigadas no Alojamento Social é a mesma, englobando prato principal, guarnição, dois tipos de salada, arroz, feijão, sobremesa e suco. Caso a mulher apresente qualquer tipo de particularidade que resulte em restrições alimentares, a equipe de enfermagem solicita uma avaliação da nutricionista para verificar quais adaptações serão necessárias em cada caso. De modo geral, a profissional se preocupa em montar um cardápio que apresente um caráter mais caseiro, com preparações mais simples e rotineiras, dentro de um conceito mais amplo de alimentação variada e saudável.

Entretanto pelo perfil das mulheres atendidas em cada setor da instituição, podem ser observadas algumas diferenças entre a maternidade e o Alojamento Social. Na maternidade, as mulheres têm direito a cinco refeições ao longo do dia: café-da-manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Em detrimento da insegurança das puérperas em consumir determinados alimentos considerados “inflamatórios” após o parto e a aspectos culturais, preparações envolvendo ingredientes como peixes, exceto os não reímosos, como merluza; carnes suínas e produtos embutidos como salsichas não são ofertadas às mesmas. Por outro lado, no Alojamento Social, as mulheres têm direito a seis refeições ao longo do dia: café-da-manhã, colação, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia; além de um lanche disponível por todo o período da noite, contendo biscoito e chá. Esse número aumentado de refeições visa atender a uma demanda das próprias mulheres que relatam sentir fome no período entre refeições e no período noturno. Em certos casos, essa demanda provém da rememoração de fases anteriores em que algumas dessas mulheres estavam submetidas a um cenário de escassez de acesso a refeições dignas. Além disso, por determinação da Prefeitura da cidade de São Paulo, algumas peculiaridades também são seguidas no cardápio das mulheres abrigadas no Alojamento Social, dentre elas: ausência de restrição de qualquer tipo de alimento, permitindo assim a

oferta de carnes suínas, pescados e embutidos; e fornecimento preferencial de suco natural, o qual, devido à verba limitada e à carência de mão-de-obra disponível para a preparação no serviço, leva a nutricionista a utilizar suco de polpa de frutas e revezar a oferta do mesmo com a oferta de água mineral.

Em uma frequência de aproximadamente dois meses, a equipe do SND junto com as responsáveis pelo Alojamento Social promovem a realização de festas temáticas com comidas típicas, como festa junina, festa de Natal e festa de Carnaval; visando assim ao reestabelecimento de valores como sociabilidade e compartilhamento entre as mulheres abrigadas. Normalmente, essas mulheres não apresentam dificuldades em se alimentar e são incentivadas a terem hábitos alimentares saudáveis e aumentarem o consumo de alimentos *in natura*.

No que concerne ao atendimento das demandas de mulheres estrangeiras, a maternidade recebe com maior frequência, chinesas e turcas. O primeiro grupo das chinesas em geral não costuma consumir arroz, feijão, verduras e frango da forma como são preparados na instituição, dando preferência à ingestão de ovos. Por controle sanitário da instituição de saúde, não é permitida a entrada de alimentos, bebidas e outras preparações de fora da maternidade para o consumo interno das usuárias; apesar de as chinesas, terem o hábito de ingerir alguns alimentos específicos nessa fase, como os caldos quentes; não disponíveis no serviço e muitas vezes, vistos de maneira pejorativa ou preconceituosa pelos profissionais de saúde. Infelizmente, ao longo da etapa de entrevistas não foi possível entrevistar puérperas chinesas para melhor elucidação das questões acima dispostas. Já entre o segundo grupo das turcas, não ocorre o consumo de carnes vermelhas nessa fase, as quais são excluídas do cardápio dessas mulheres, aceitando bem os outros tipos de alimentos ofertados. Por outro lado, o Alojamento Social normalmente recebe com maior frequência mulheres africanas e bolivianas, as quais também apresentam algumas particularidades em termos de alimentação nessa fase. As bolivianas, por exemplo, não consomem cebola, feijão e carne bovina fresca no pós-parto e têm preferência por alimentos quentes como sopas e caldos.

4.4.3. Caracterização da Transição do Cardápio de 2017 para 2019

Nas primeiras observações de campo realizadas em 2017, quando a equipe de Nutrição era liderada por outra profissional, alguns dados foram coletados a respeito do cardápio ofertado na instituição. Com base na participação na oficina culinária realizada no

Alojamento Social e no relato produzido a partir da mesma, houve uma mobilização por parte da diretoria técnica em promover mudanças nas preparações ofertadas de modo que se tornassem mais compatíveis com a recuperação da mulher no puerpério imediato, dentro desse escopo, por exemplo, está a retirada de alimentos considerados inflamatórios/reímosos. Desse modo, com a mudança da nutricionista da equipe e sua iniciativa em basear o cardápio da instituição em preparações caseiras e mais simples, algumas dessas propostas foram implantadas no Serviço de Nutrição e Dietética como um todo.

A **primeira mudança**, como citada anteriormente, refere-se à exclusão da oferta de alimentos considerados inflamatórios/reímosos como carnes suínas, alguns peixes, embutidos e frituras como empanados de frango estilo “steak” para as puérperas da maternidade, incluindo as puérperas abrigadas no Alojamento Social que ganharam seus bebês na instituição e ainda se encontram no Alojamento Conjunto. A partir da atualização proposta, o cardápio tornou-se baseado em preparações caseiras e com menos itens ultraprocessados. Em alguns dias do mês, quando a preparação do prato principal é composta por preparações envolvendo carne suína, peixes, frituras ou embutidos, elas serão servidas apenas para os acompanhantes, para os funcionários e para as mulheres abrigadas no Alojamento Social, gestantes ou mulheres fora do puerpério imediato; ocorrendo a preparação de outro prato para as mulheres internadas no Alojamento Conjunto. Abaixo, tem-se uma comparação com alguns exemplos de preparações do prato principal da maternidade entre 2017 e 2019 (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparaçao cardápios da instituição entre 2017 e 2019.

PREPARAÇÃO DO PRATO PRINCIPAL	
2017	2019
Frango empanado tipo <i>Steak</i>	Frango na chapa
Linguiça acebolada	<u>Cardápio geral</u> : Linguiça toscana acebolada <u>Maternidade</u> : Linguiça de frango
Copa lombo assada	<u>Cardápio geral</u> : Copa lombo assada <u>Maternidade</u> : Almôndegas de carne

Peixe empanado (“a dorê”)	<u>Cardápio geral</u> : Peixe empanado (“a dorê”)
	<u>Maternidade</u> : Ovos mexidos
Salsicha com pimentões	Iscas de carne com pimentões
Peixe a Brás	<u>Cardápio geral</u> : Feijoada
	<u>Maternidade</u> : Frango assado

A **segunda mudança** refere-se à implantação de carrinhos térmicos para armazenamento e transporte das marmitas com as refeições das mulheres até os setores do Alojamento Conjunto e do Alojamento Social. Anteriormente, havia muitas queixas por parte das mulheres usuárias do serviço quanto à temperatura fria dos alimentos servidos, apesar de a equipe da cozinha tentar fazer todo preparo e montagem das marmitas de forma ágil. Somado a isso, esse processo acelerado de montagem das marmitas no ambiente de produção muitas vezes resultava em erros, como a ausência de itens, por exemplo. Com a implantação dos carrinhos térmicos, as marmitas aquecidas destinadas à maternidade são identificadas, organizadas em pilhas e armazenadas de forma aproveitar o espaço disponível no equipamento; os itens frios como suco, saladas e sobremesa são armazenados em embalagens separadas na parte superior externa do equipamento. Esse processo garante ao longo da distribuição que tanto a primeira, quanto a última marmita servida estará em temperatura adequada e quente, aumentando a aceitação das usuárias. Já para o Alojamento Social, o carrinho térmico é dividido em um lado quente, onde ficam dispostas cubas grandes contendo as preparações quentes; e um lado frio, onde ficam dispostos os itens frios como sucos, saladas e sobremesas.

Nessa linha, outra mudança importante refere-se à substituição da forma de servir as refeições para as mulheres: anteriormente, elas eram servidas em bandejas metálicas tampadas e reutilizáveis, as quais, muitas vezes, retornavam dos leitos ao Serviço de Nutrição e Dietética com itens inadequados em seu interior, como agulhas e fraldas, por exemplo. Atualmente, as preparações são servidas em embalagens e outros recipientes de plástico descartáveis. Por se tratar de um ambiente hospitalar, a nutricionista solicitou aos fornecedores que os itens fossem produzidos em material plástico apropriado sem adição de BPA (*Bisfenol A*), substância presente em alguns itens plásticos, consideravelmente tóxica do

ponto de vista de saúde. Por outro lado, o fato de todas as embalagens serem descartáveis aumentou-se o montante de resíduos a serem descartados diariamente na instituição.

A **terceira mudança** refere-se à implantação de uma autoclave vertical digital no setor do Lactário. Anteriormente, esse equipamento apresentava formato do tipo caldeira, sendo mais suscetível à ocorrência de acidentes, como queimaduras entre as funcionárias. Outra mudança também implantada no Serviço de Nutrição e Dietética refere-se ao estabelecimento da identificação de todos os produtos bem como de todas as marmitas servidas na instituição e à coleta diária de amostras das preparações ofertadas, como uma forma de garantir maior segurança sanitária para o local.

4.4.4. Melhorias a serem implantadas

Na conversa com a nutricionista atual da instituição, evidenciou-se que algumas melhorias referentes a aspectos de Alimentação e Nutrição ainda precisam ser inseridas na maternidade. Na área do Alojamento Conjunto, por exemplo, os leitos não apresentam mesas individuais para as puérperas realizarem suas refeições, levando as mesmas a terem que apoiar as bandejas em seu próprio colo. Além do desconforto claramente evidenciado nessa situação, também outros riscos são evidentes, como a queda da bandeja durante a refeição. Infelizmente, essa falha de estrutura já era realidade nas observações de campo do grupo em 2017.

Alguns outros pontos a serem aprimorados no que diz respeito ao cardápio da maternidade relacionam-se aos seguintes tópicos: maior variabilidade e inserção de frutas nas sobremesas servidas para as mulheres atendidas na maternidade, as quais atualmente se resumem a gelatina; substituição do suco servido na maternidade, que atualmente é o do tipo em pó; inclusão da refeição colação, no meio da manhã, para as mulheres da maternidade, visando melhorar o fracionamento das refeições ao longo do dia, embora atualmente o fator que impacta mais negativamente nessa mudança seja a carência de mão-de-obra disponível no Serviço de Nutrição e Dietética.

5. DISCUSSÃO

O período da gestação, parto e pós-parto é cercado por uma série de ambiguidades para a mulher. Nesse momento, a puérpera estar amparada por uma rede de suporte firme e

consistente por parte dos profissionais de saúde, família e amigos torna-se uma importante ferramenta para lidar com os questionamentos dessa fase e a fortalecer. Para mulheres estrangeiras, em especial, essa demanda fica ainda mais intensificada, uma vez que a distância física e emocional de seu local de origem, familiares e amigos, combinada com o tratamento frio e diferenciado nas instituições de saúde; podem transformar esse momento de suas vidas em uma experiência triste e desconfortável. Segundo YAJAHUANCA (2015), em seu estudo sobre a experiência da gestação, parto e pós-parto de imigrantes bolivianas na cidade de São Paulo, o acesso à assistência à saúde representa um dos principais desafios enfrentados pelos imigrantes, sendo uma sobrecarga extra o fato de estar em um novo país, no qual alterações no seu estado de saúde em função das diferenças de clima, estilo de vida, alimentação e afastamento da família e amigos são mais frequentes.

De acordo com os autores Betancourt et al (citado por HANDTKE et al, 2019), há três níveis de barreiras socioculturais relacionadas aos cuidados de saúde voltados a populações de diferentes culturas. As barreiras organizacionais referem-se ao grau de representatividade que as populações com diversidade linguística e cultural apresentam nas lideranças e nas forças de trabalho das organizações de saúde, o qual reflete a forma como o serviço de saúde acolhe os indivíduos com particularidades culturais. Quanto menor essa representatividade, menor a identificação do usuário com o sistema e mais dificilmente suas demandas serão completamente atendidas. As barreiras estruturais referem-se à carência ou mesmo ausência de adaptações nos sistemas de saúde que atendam às necessidades das populações de diferentes culturas, muitas vezes ligada a processos burocráticos das próprias instituições; dentre elas, ausência de intérpretes ou mesmo de materiais informativos adaptados linguística e culturalmente, impactando na satisfação e na qualidade da assistência prestada. Já as barreiras clínicas referem-se à interação estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente, cuja divergência cultural pode resultar em insatisfação, falta de vínculo e confiança, baixa aderência por parte do usuário do sistema de saúde e resultados negativos de saúde.

Na vivência da oficina culinária com as puérperas estrangeiras, mesmo não relatando dificuldades de acesso ao sistema de saúde, as usuárias do Alojamento Social claramente sentiam carência de vias de reconexão com sua origem, principalmente ao se depararem com uma realidade que muitas vezes não favorece o retorno breve à sua terra natal. Embora o alojamento da instituição já tivesse um longo histórico de acolhimento de mulheres em condições de vulnerabilidade social, especialmente mulheres refugiadas e estrangeiras de um

modo geral; algumas barreiras socioculturais podem se mostrar presentes, como, por exemplo: baixa disponibilidade de profissionais de saúde de referência com conhecimentos de outros idiomas ou de particularidades de outras culturas que possam servir de elo entre as usuárias e a instituição; poucas adaptações culturais e linguísticas nos materiais informativos sejam os entregues às puérperas ou mesmo os dispostos nos corredores, apesar da presença de intérpretes em algumas condições específicas e da motivação clara por mudanças por parte dos profissionais da instituição; e em alguns momentos o enfrentamento de dificuldades relacionais entre os profissionais de saúde e as usuárias, em decorrência da carência de sensibilidade e empatia no lidar com aquelas com divergências culturais. Nesse sentido, a inclusão culinária representou uma via importante de resgate da identidade, respeito à cultura e fortalecimento das raízes das puérperas estrangeiras por meio da alimentação, realizada pela própria maternidade. Na observação da atividade, ficaram evidentes os sentimentos de alegria e contentamento e os comentários positivos presentes ao longo de toda a vivência, por exemplo, “hoje eu vou ficar de barriga cheia”, ou então “hoje eu vou dormir muito, porque estou muito feliz”.

Apesar de uma assistência de qualidade sem intervenções desnecessárias e alicerçada em um vínculo verdadeiro ser uma expectativa de toda mulher, nem sempre essa representa a realidade das maternidades brasileiras. Para além dessa necessidade comum de toda mulher nessa fase do ciclo de vida, as mulheres estrangeiras também esperam que nesse momento algumas práticas culturais possam ser minimamente resgatadas (CASTRO et al, 2015). Dentre essas práticas, os aspectos culturais da alimentação, principalmente na etapa do puerpério, mostram-se extremamente relevantes, considerando que alimentação e cultura andam juntas e que a alimentação é bem mais de que o atendimento de necessidades nutricionais e físicas, mas também emoção, identidade, compartilhamento, respeito e pertencimento. Diversos estudos mostram como práticas culturais relacionadas à alimentação no puerpério são valorizadas e realizadas pelas mulheres ao redor do mundo (UDOJI, 2014). Independentemente da existência de embasamento científico que comprove a veracidade dessas práticas, elas são fundamentais dentro de contextos culturais específicos, devendo ser valorizadas como característica ímpar no tocante de fortalecimento da identidade de um povo. Durante a oficina culinária, quando as participantes da atividade sentaram-se à mesa para fazer a refeição, toda a conversa, risadas e brincadeiras presentes até o momento foram silenciadas e deram lugar à emoção, com algumas delas com os olhos cheios de lágrimas.

Experiências transculturais de alimentação como a vivenciada no Alojamento Social da maternidade estudada e aqui relatada, são pouquíssimo difundidas. Muitas vezes, como no caso deste subprojeto, resultam do esforço isolado de alguns profissionais e não são incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde, mesmo que o local recepção pessoas de diferentes regiões do país e do mundo com frequência. Uma estratégia possível, como a incorporação de alimentos e preparações típicos de outras culturas nos cardápios habituais das instituições de saúde, pode ser encarada como um obstáculo por estar associada ao aumento de custos e principalmente por exigir uma mudança de rotinas institucionais comumente fixas e rígidas nesses locais. Entretanto, ao pensar em uma assistência em saúde culturalmente respeitosa e no resgate ao direto à alimentação em toda a sua amplitude e significado, algumas iniciativas simples e não tão onerosas podem ser contempladas na rotina institucional, mesmo que ocasionalmente, como o caso da inclusão culinária observada: o fufu, por exemplo, tão festejado pelas participantes da oficina tem como base um ingrediente extremamente barato e de fácil aquisição e preparo.

Pesquisa de revisão sistemática, realizada em 2019 na cidade de Hamburgo/Alemanha, contemplando publicações do período de agosto de 2016 a janeiro de 2017, com o objetivo de investigar componentes e estratégias de intervenções que promovam cuidados de saúde culturalmente competentes para pacientes com diversidade cultural e linguística nas organizações de saúde, examinar seus efeitos e elaborar um modelo de cuidado de saúde culturalmente respeitoso; mostrou que esse tipo de cuidado envolve quatro níveis. Ao nível individual, alguns componentes podem ser identificados, dentre eles: combinação cultural e linguística entre paciente e profissional de saúde; incorporação de conceitos específicos de diversas culturas nos encontros individuais entre pacientes e profissionais de saúde; uso de material visual e escrito com adaptação cultural e linguística, contemplando tradução em diferentes idiomas, adaptação do material para diferentes níveis educacionais e inclusão de recomendações de tratamento culturalmente sensível; continuidade do cuidado, por meio do encaminhamento para instituições de saúde especializadas em suporte culturalmente apropriado. Ao nível organizacional, alguns componentes identificados foram: realização de treinamentos culturalmente competentes para os profissionais de saúde; desenvolvimento de recursos humanos, incluindo recrutamento de equipes de profissionais bilíngues, capacitação de profissionais e criação de cargos profissionais de referência para pacientes imigrantes; incorporação de intérpretes nos serviços de saúde; adaptação do ambiente social e físico da instituição de saúde, incluindo o fornecimento de preparações

típicas em diversas culturas; disponibilidade de procedimentos de reclamação em todos os idiomas; e decoração do ambiente e dos materiais disponíveis com arte dos países nativos dos usuários estrangeiros. Na esfera das estratégias para promoção do acesso a serviços de saúde culturalmente competente, alguns componentes estão inclusos: integração da comunidade de profissionais de saúde com o intuito de educar os pacientes durante visitas clínicas e domiciliares e ajudar os pacientes a fazer uso do sistema de saúde; uso de recursos não presenciais, incluindo os audiovisuais; e prestação de serviços de saúde fora da típica região de atuação. Por fim, na esfera das estratégias para implementação de um cuidado em saúde culturalmente competente, alguns componentes foram destacados: acesso às necessidades dos pacientes e monitoramento da ocorrência de mudanças organizacionais; criação de grupos para monitorar e supervisionar o processo, incluindo grupos de trabalho multiprofissionais; desenvolvimento de grupos de ação e promoção de mudanças estruturais nas organizações de saúde (HANDTKE et al, 2019).

Na segunda fase da pesquisa, envolvendo a realização de entrevistas semiestruturadas com as puérperas do Alojamento Conjunto da maternidade para investigar seu conhecimento e suas demandas em relação a temáticas de Alimentação e Nutrição na fase do puerpério, demonstrou que, mesmo incertas dos reais efeitos do consumo de determinados alimentos em seu organismo, as mulheres valorizavam as tradições familiares referentes à alimentação no pós-parto e ficavam receosas em “quebrar as regras”, ou seja, em consumir alimentos que pudessem interferir em sua recuperação ou na produção de leite materno. Além disso, ficou bastante evidente que, embora tragam conhecimentos de sua cultura ou família, a necessidade de um suporte profissional e a possibilidade de ter algum material de consulta, principalmente sobre a temática de Aleitamento Materno, são importantes para as puérperas, que temem a chegada ao domicílio ser cercada por dúvidas e questionamentos, dificilmente superados sem qualquer tipo de apoio.

Dentro de um contexto de saúde marcado pela admissão de mulheres de diversas regiões do país e do mundo, ao longo das entrevistas, o grupo de puérperas nordestinas ganhou destaque, representando praticamente metade da amostra consultada. A maior parte dessas mulheres já tinha ouvido falar a respeito de tradições alimentares seguidas no período do pós-parto, muitas delas trazendo o termo “resguardo” ao invés de pós-parto ou puerpério para essa fase da vida da mulher, e citando alimentos e preparações típicos de sua cidade natal, como: pirão de galinha, cuscuz de milho, jabá ou carne seca, garapa de rapadura, peixes como surubim e piranha, galinha da guiné, macaxeira, coentro, mingau de fubá e azeite de

dendê; ou mesmo, relatando algumas práticas a serem seguidas pelas mulheres que pariram seus bebês recentemente, por exemplo, a permanência em repouso por um período de aproximadamente 45 dias. Diante do grupo tão expressivo de mulheres nordestinas atendidas pela maternidade, a possibilidade de inclusão de preparações típicas e baratas, como por exemplo, o cuscuz; também poderia ser pensada pela instituição; atendendo assim a essa demanda. Comparativamente, a maioria da amostra composta por mulheres da região Sudeste do país, especialmente da cidade de São Paulo, embora também já tivesse ouvido falar dessas tradições alimentares, trouxe alimentos e/ou preparações mais generalistas, fazendo pouca alusão a alimentos típicos de uma cultura alimentar local, como café, chocolates, refrigerantes, feijão e carne de porco. As mulheres estrangeiras, haitiana e boliviana, destacaram práticas como não consumir nenhum alimento após as 19h e alimentos como cebola, respectivamente. Pelo conteúdo do discurso, mesmo estando fora de sua cidade natal, as mulheres nordestinas pareciam estar mais conectadas às suas tradições culturais locais.

Ainda nesse cenário, pode ser observado que, quando a puérpera estava acompanhada de familiares de gerações mais antigas, principalmente de suas mães, estas traziam discursos mais aprofundados de práticas alimentares específicas para essa fase, destacando aquelas que poderiam fazer mal para mãe ou bebê e trazendo muitas vezes aquelas seguidas em seu próprio puerpério. Nas fases da gestação, pós-parto e lactação, cada cultura expressa uma série de tradições transmitidas de uma geração para outra, sendo que mães, avós e amigas “mais experientes” representam fontes importantes de orientações para a puérpera. Estudo realizado em uma instituição de saúde em um município do Rio Grande do Sul, com o objetivo de identificar as práticas de autocuidado realizadas pelas mulheres durante o puerpério, mostrou que a maior parte das orientações e cuidados transmitidos às mesmas provinha de familiares de gerações mais antigas, principalmente de suas mães e avós; as quais baseavam seus discursos em suas próprias experiências. Diante de um cenário de dúvidas e vulnerabilidade, as puérperas do estudo tomavam os discursos de seus familiares como verdades a serem seguidas sem grandes questionamentos, em razão de serem pessoas próximas e presentes em seu contexto doméstico e com vivências prévias em que podiam confiar (CASTIGLIONI et al, 2016). Ainda nessa lógica, estudo realizado com primíparas do município de Palmeira das Missões – RS, com objetivo de identificar práticas relacionadas à alimentação de lactentes aprendidas com a mãe ou a sogra, mostrou que as avós (maternas e paternas) representam figuras fundamentais na transmissão de orientações e saberes sobre amamentação e alimentação do lactente, concedendo informações tanto positivas, como a

insistência na prática do aleitamento materno exclusivo; quanto negativas, como a introdução de chás e outros alimentos precocemente, sendo fortemente influenciadas pela representação que essa prática tinha na época em que também eram puérperas (GROSS et al, 2011).

Dentre as diversas preparações comentadas pelas mulheres nas entrevistas cujo consumo deve ser estimulado no puerpério, algumas ganharam ênfase dentro dos discursos avaliados. A canja de galinha, por exemplo, preparação clássica do puerpério, frequentemente foi consumida por algumas puérperas em gestações anteriores, tendo sido preparada principalmente pela mãe ou pela sogra e sendo considerada fundamental para a recuperação da mulher. Tanto pelo discurso das mulheres quanto pelo discurso das acompanhantes, essa se mostrou uma preparação que uniu gerações, mesmo não se conhecendo seus reais efeitos em termos de saúde da puérpera ou da produção do leite materno. No tocante à lactação, muitas mulheres citaram preparações cujo ingrediente principal é o leite de vaca, como canjica de milho e arroz doce, como influentes na produção do leite materno, trazendo também a importância de colocar o bebê para mamar e tomar bastante água nesse processo. Outra preparação também bastante escutada pelas mulheres, a cerveja preta, causou estranhamento entre o grupo, por não fazer sentido uma bebida alcóolica poder fazer bem para a mãe ou para o bebê. Revisão integrativa com o objetivo de investigar evidências dispostas na literatura acerca das substâncias envolvidas com aumento da produção de leite materno, denominadas *galactogogas*; mostrou que os alimentos que apareceram com maior frequência foram: a cerveja preta, aumento do consumo de líquidos, canjica de milho e canja de galinha. Apesar das controvérsias referentes, por exemplo, à ingestão de álcool e ao excesso de líquidos nessa fase, os autores da pesquisa valorizam e incentivam a consideração dos conhecimentos e dos saberes populares na assistência à alimentação das puérperas (BROTTA et al, 2015). Pesquisa realizada no município de Coimbra – MG, em 2007, com o objetivo de investigar as representações sociais em relação à alimentação na fase do pós-parto para as puérperas no que concerne aos alimentos permitidos, proibidos e considerados lactogogos, mostrou que esse grupo acredita que mudanças na dieta materna devem acontecer visando ao fortalecimento do leite materno e do bebê e à recuperação materna. Nesse sentido, as puérperas citaram alimentos cujo consumo deve ser estimulado como frutas, verduras e legumes, feijão, carne bovina, canjica e caldo de galinha e de fubá; e cujo consumo deve ser desestimulado como chocolate, pimenta, peixe, amendoim, refrigerantes, café, alimentos ácidos, alimentos gordurosos, alimentos reímosos e bebidas alcóolicas (MARQUES et al, 2011). Os resultados foram compatíveis com os encontrados no presente trabalho.

Trazendo à tona a percepção das mulheres em relação ao cardápio fornecido pela instituição, a maioria julgou ser bom e variado e que é fundamental que haja um cuidado em servir alimentos que contribuam para a recuperação da mulher e façam bem para a saúde do bebê. Sob o olhar de algumas tradições alimentares que já acreditavam, algumas mulheres destacaram não compreender a razão pela qual a maternidade fornecia algumas preparações que poderiam ser prejudiciais para a saúde da mulher parida, como: feijão, repolho, brócolis, sucos industrializados e frituras como batata palha. Uma das mulheres relatou, conforme citado anteriormente, que permaneceu sem consumir feijão, por exemplo, por não saber se era adequada a sua ingestão no puerpério imediato. Houve também nos discursos certo tom de gratidão e reconhecimento do esforço da maternidade em servir boas refeições, sentimentos presentes em falas como: “*Não temos o que reclamar somente agradecer*” ou “*A maternidade faz o que pode, não estamos em nossa casa*”. Sob essa perspectiva, um estudo realizado no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, também localizado no município de São Paulo, em 2015, por exemplo, avaliou que muitas mulheres bolivianas lá atendidas desejavam outro tipo de alimento, pois as refeições servidas muitas vezes continham ingredientes que elas consideravam inadequados no pós-parto. Elas permaneciam muitas vezes sem se alimentar por essa razão. Além disso, seus hábitos considerados divergentes causavam um estranhamento explícito por parte dos profissionais de saúde (YAJAHUANCA, 2015).

Quando questionadas da necessidade de um suporte no ambiente domiciliar, ficou evidente que as puérperas julgavam a presença de amigos e familiares muito relevante nesse momento, tanto para apoiar nos cuidados com o bebê e com as possíveis dificuldades no processo, mas também para auxiliar nas tarefas domésticas, de modo que possam estar livres para descansar e se recuperar do parto. Na fase do puerpério, assim como o recém-nascido, é clara a necessidade da mulher de também ser devidamente cuidada, seja com disponibilidade de tempo para descansar e relaxar, com apoio emocional ou mesmo com preparações nutritivas e saborosas. O suporte de um profissional de saúde também apareceu nos discursos, porém diante das diversas responsabilidades e papéis que essa fase coloca na vida da mulher, ter a possibilidade de uma via mais rápida e próxima de cuidado se mostrou uma opção desejada, como, por exemplo, o contato com um profissional via visita domiciliar e por telefone ou *WhatsApp*. Em relação à disponibilidade de um material educativo, algumas mulheres julgaram bastante importante, principalmente se apresentar informações a respeito das temáticas como alimentação da mãe, aleitamento materno e cuidados gerais com o recém-nascido, uma vez que, por mais que houvesse a possibilidade de pesquisar futuras dúvidas na

internet, era difícil saber, no montante de informações, o que era verdade ou não, como relatado por algumas das entrevistadas.

Em relação à presença de habilidades culinárias, a maioria das mulheres afirmou que cozinhar fazia parte de suas rotinas diárias. Embora nem todas gostassem efetivamente ou fossem as responsáveis por essa função em seu ambiente doméstico, sendo por vezes a mãe ou o companheiro, elas tinham a dimensão de que cozinhar aproxima as pessoas de um consumo mais adequado e saudável, por utilizar menos alimentos industrializados, prontos para consumo ou congelados e mais alimentos *in natura*. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), ter habilidades culinárias, além da possibilidade de consumo de alimentos e preparações mais frescos e menos processados, também apresenta outras características que devem ser valorizadas pela população, como: aproximação e fortalecimento da relação entre as diferentes gerações, via de educação nutricional para crianças e adolescentes, inclusive no ambiente escolar; resgate e valorização da cultura e de tradições culinárias locais e menor valorização da publicidade de alimentos ultraprocessados e prontos para consumo.

Ao longo das entrevistas, algumas mulheres estavam amamentando seus bebês e pontuaram diversas dúvidas acerca do processo, incluindo: como fazer a pega correta, como lidar com a sonolência, cólicas e regurgitações do bebê, como lidar com a dor ao amamentar, como identificar os sinais de fome do bebê e opções de posicionamento do bebê para amamentar. Apesar de relatarem ter recebido orientação de profissionais da maternidade durante sua internação, as puérperas se mostraram inseguras de não conseguirem reproduzir o aprendido posteriormente em sua casa, com dificuldades no manejo correto do processo ou mesmo com sinais e sintomas de inconformidades, como: dores e fisgadas. Ao serem orientadas pela pesquisadora sobre algumas técnicas e práticas para melhorar o processo, as mães se sentiram aliviadas e começavam a acreditar mais em sua capacidade. Por outro lado, trazendo conhecimentos do senso comum, algumas mulheres no Alojamento Conjunto já introduziram bicos intermediários no bebê, como chupetas, com a ideia de que seria importante para acalmá-lo. Após exposição das possíveis interferências negativas da chupeta no processo de amamentação, as mulheres pareciam não ter consciência da intensidade dos efeitos e logo se propuseram a tentar abortar a oferta. A instituição onde a pesquisa se desenvolveu estava em processo de treinamento para se tornar uma maternidade amiga da criança (IHAC), certificação ainda não conquistada. Portanto dessa certificação, a instituição apresentaria o compromisso de melhorar as orientações sobre amamentação destinadas às

mulheres e suas famílias e vetaria a entrada de qualquer tipo de intermediário que pudesse comprometer o processo de amamentar (UNICEF e OMS, 2008). Diante do montante de questionamentos sobre amamentação, esse representou um tema muito importante para a mulher, sendo prioritário também na elaboração da cartilha educativa. Ficou evidente que a ideia prévia das mulheres sobre amamentação divergia da realização efetiva do processo, ou seja, era mais fácil na teoria do que na prática. Nesse sentido, em qualquer abordagem profissional sobre essa temática, é fundamental expor às mulheres que a amamentação é um aprendizado para o binômio e empoderá-las para conhecer seu corpo, compreender os sinais do bebê e acreditar no potencial de ambos.

A ideia da montagem de uma cartilha educativa com linguagem adaptada e de fácil entendimento buscou atender algumas das demandas das mulheres, uma vez que a entrega na alta da puérpera e a possibilidade de consulta posterior no domicílio podem contribuir para uma realização mais segura da transição maternidade-casa da dupla mãe bebê. Os apontamentos das puérperas ao longo das entrevistas no que concerne ao conteúdo do material educativo serviram de base para a lapidação do mesmo, possibilitando que os principais temas citados, alimentação materna, aleitamento materno e cuidados gerais com a mãe e o bebê fossem prioritariamente incluídos. Também é válido ressaltar que, apesar de o material educativo englobar conteúdos relacionados ao aleitamento materno, houve uma preocupação em dar enfoque similar à saúde da mulher, sua alimentação, recuperação e autocuidado; diferentemente de muitos materiais disponíveis que se voltam exclusivamente à saúde do neonato ou à amamentação. Apesar de a maioria das mulheres participantes desse projeto ser brasileira, algumas características acabaram perpassando praticamente a totalidade das usuárias. Dentre essas características, algumas ganharam destaque como o conhecimento comum compartilhado por boa parte das entrevistadas a respeito das inúmeras tradições familiares relacionadas à alimentação no pós-parto, por exemplo, evitar o consumo de alimentos considerados reímosos e o consumo de alimentos que possam causar cólicas no bebê. Assim, o conhecimento do senso comum, forma de reinterpretar o conhecimento científico, que permeia a fase do puerpério esteve presente nos discursos de todas as mulheres participantes da pesquisa, reforçando o peso de sua influência na vivência dessa fase para a mulher.

Estudo realizado em 2014, na cidade de Fortaleza/Ceará, cujo objetivo era compreender a percepção das puérperas usuárias de Centros de Saúde da região sobre os conteúdos da prática educativa realizada pela equipe de enfermagem no puerpério detectou

que boa parte das orientações fornecidas às puérperas abrangia aspectos voltados à amamentação, seu manejo e benefícios exclusivamente para a saúde do bebê, negligenciando sua importância para a mulher. Além disso, os profissionais de saúde se valeram de recursos como palestras e cursos, usufruindo de um método tradicional de educação, que, por vezes, cria relações de verticalidade e unilateralidade, onde um lado é detentor do saber e o outro carente do mesmo e, portanto, não têm seus conhecimentos valorizados e agregados ao processo de educação em saúde. Ainda que outras orientações tenham sido transmitidas às puérperas, como a respeito da alimentação da nutriz, elas também eram voltadas ao objetivo final de sucesso no aleitamento materno, deixando de lado sua importância na recuperação da mulher ao seu estado pré-gravídico, por exemplo. De modo geral, as puérperas sentiram falta de orientações voltadas para seu autocuidado no puerpério e que não fossem pensadas somente em cima das necessidades da criança. Observou-se uma carência da incorporação de hábitos e tradições valorizados pelas mulheres na fase do puerpério por parte dos profissionais na execução das atividades de educação em saúde e que essa carência da inclusão dos saberes populares pode impactar na aceitação e reprodução futuras das orientações (DODOU et al, 2017).

Em relação à transição realizada no cardápio da instituição, grande parte motivada pelas atividades deste subprojeto de pesquisa, evidenciou-se que a mudança foi baseada em alguns pilares: na visibilidade proporcionada pela oficina culinária, na qual uma demanda pouco explorada das usuárias, especialmente as estrangeiras, foi valorizada e incluída na pauta de ações do Alojamento Social; na ação da atual profissional da área de Nutrição, em atender às demandas estruturais, organizacionais e humanas do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e lapidá-las de forma a favorecer a realização de uma assistência às usuárias e um processo de trabalho dos funcionários do setor mais adequados; e nas solicitações das usuárias, principalmente as puérperas, que, marcadas pela força das tradições alimentares e culturais dessa fase, impulsionaram um olhar mais atento e cuidadoso da equipe de saúde para sua nutrição durante o período de internação. Como relatado pela nutricionista da instituição, independentemente da nacionalidade da mulher e de sua cultura alimentar, a restrição do consumo de alguns alimentos na fase do puerpério por impactar na recuperação da mulher é preconizada pelas usuárias de forma praticamente universal. Assim, a não oferta de alimentos considerados reímosos e as tentativas de atendimento das particularidades culturais das mulheres acolhidas pela instituição representaram pontos chaves no esforço coletivo em promover um cuidado culturalmente respeitoso nesse âmbito. Algumas das substituições

propostas, por exemplo, linguiça de porco acebolada por linguiça de frango, na tentativa de minimizar o consumo de carne suína potencialmente inflamatória para as puérperas; podem representar por outro lado a manutenção da oferta de alimentos ultraprocessados, que sabidamente também não se caracterizam por serem opções saudáveis e adequadas.

Vale discutir também a respeito das outras principais mudanças estabelecidas no Serviço de Nutrição e Dietética (SND) no que concerne ao fornecimento de refeições na instituição de saúde. A substituição das bandejas de metal reutilizáveis pelas bandejas plásticas descartáveis representou uma ação importante no sentido de garantir maior segurança alimentar às usuárias da maternidade, uma vez que a ausência do reaproveitamento do material pode reduzir o risco de contaminação relacionado a possíveis falhas de higienização e manejo ou mesmo o risco de acidentes aos manipuladores da cozinha pela presença de objetos indevidos em seu interior; como relatado pela profissional. Embora o fato de utilizar embalagens descartáveis aumente significativamente o montante de resíduos gerados pela instituição, ele pareceu vantajoso por permitir, por exemplo, o aquecimento e o reaquecimento do material, levando consequentemente a uma redução nas reclamações das usuárias em relação à temperatura mais fria dos alimentos servidos.

O guia “Alimentação sustentável nos hospitais” (2015), produzido na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; aponta que os ambientes hospitalares representam grandes geradores de resíduos sólidos, em decorrência de alguns fatores, como: o uso de determinadas tecnologias e recursos, dos tipos de resíduos gerados e da configuração da estrutura física construída; tornando-se assim um fator de grande impacto na poluição ambiental mesmo que não intencionalmente. Assim, uma maneira importante de minimizar os impactos gerados pelas atividades hospitalares refere-se à redução do uso excessivo de embalagens plásticas. Segundo o guia, não havendo comprometimento da segurança alimentar ou qualquer outro tipo de inconformidades por parte dos usuários do serviço, o uso de talheres, pratos e copos não descartáveis deve ser priorizado, principalmente para servir alimentos e bebidas, como: água, sucos, leite, condimentos e molhos. Além disso, deve-se evitar o armazenamento dos talheres em plásticos individuais desnecessariamente. Infelizmente, o apontamento das puérperas em relação às temperaturas dos alimentos servidos nas antigas embalagens metálicas não descartáveis representou uma inconformidade que motivou a mudança por parte da equipe.

Houve um questionamento a respeito do risco envolvido diante da possível presença de compostos considerados tóxicos à saúde no material plástico utilizado nas embalagens,

como o BPA (bisfenol-A), principalmente se levado em consideração que o material passa por aquecimento e reaquecimento, aumentando seu potencial danoso. A profissional relatou que todas as embalagens usadas na maternidade não apresentam o composto citado, uma vez que ela priorizou fornecedores de materiais plásticos hospitalares livres do mesmo (BPA *free*), trazendo assim mais segurança às usuárias. O bisfenol-A é uma substância tradicionalmente empregada em larga escala na produção de diversos materiais, incluindo copos, embalagens e talheres descartáveis, garrafas e galões retornáveis, embalagens de alimentos e garrafas PET e no revestimento de embalagens metálicas, como bandejas, latas de conserva, refrigerantes, cervejas e leite em pó; embora sua utilização em utensílios voltados ao público infantil, como mamadeiras, já tenha sido proibida pela ANVISA através da Resolução RDC nº41 de 2011. O risco decorrente da exposição ao composto, por meio da ingestão de alimentos armazenados em embalagens com presença do mesmo ou por meio do resfriamento ou aquecimento do material e sua transferência para o alimento; é alto devido ao acúmulo do BPA no organismo, resultando em repercussões endócrinas, hormonais e celulares e no aumento da ocorrência de doenças cardíacas e renais. A exposição ao BPA durante a gestação representa um risco ao feto, levando-se em consideração que há transferência mãe bebê, embora esses mecanismos ainda sejam desconhecidos (OLIVEIRA et al, 2017).

A incorporação dos carrinhos térmicos também se mostrou positiva para o serviço em alguns aspectos, dentre eles: a melhoria dos processos de preparação e montagem das refeições pela equipe da cozinha; a redução de erros nas marmitas por minimizar a urgência da produção em decorrência da perda rápida de temperatura dos alimentos; a garantia do fornecimento de refeições na temperatura adequada a todas as mulheres internadas por conta do armazenamento aquecido das marmitas até a sua distribuição final; a maior segurança alimentar e qualidade microbiológica em razão da permanência do alimento em temperaturas seguras até o momento de sua oferta, reduzindo o tempo de exposição dessas refeições a temperaturas inadequadas e consideradas de risco; e o aumento da aceitação das refeições pelas usuárias novamente em razão da distribuição dos alimentos em temperatura adequada. Dentro de um Serviço de Nutrição e Dietética, principalmente em um ambiente hospitalar, a temperatura adequada dos alimentos ao longo de toda a cadeia produtiva representa um fator fundamental no que concerne à redução do risco de contaminação microbiológica e à manutenção das características organolépticas dos mesmos, impactando na satisfação e na segurança do consumidor e evitando a perda dos produtos (SOUZA et al, 2016). Segundo a Resolução Nº216 da ANVISA de 2004, alimentos preparados, após finalização do período de

cozimento, devem ser mantidos em temperaturas igual ou superior a 60°C. Caso permaneça em temperatura inferior à citada, as preparações devem ser consumidas em até uma hora.

Embora haja um cenário favorável a mudanças, alguns aspectos ainda impactam negativamente na alimentação das usuárias de modo um geral. A ausência de mesas auxiliares para realização das refeições no setor do Alojamento Conjunto, condição que se manteve da primeira intervenção do grupo de pesquisa em 2017 a segunda intervenção em 2019, reduz o conforto e o bem-estar das puérperas ao longo da sua alimentação, as quais acabam se forçando a permanecer mal posicionadas, quando muitas vezes ainda apresentam suturas, dores e cansaço em decorrência do parto recente. CARDOSO e MORAES (1998) pontuam que para realizar suas refeições, o paciente busca se posicionar de maneira confortável e a ausência de um aparato que lhe permita isso pode resultar em consequências desagradáveis como o derramamento do alimento ou mesmo a dificuldade de se alimentar, impactando negativamente em sua autonomia e saúde. Estudo realizado em Florianópolis/SC, em 2013, com o objetivo de identificar percepções de nutricionistas sobre iniciativas de humanização em alimentação e nutrição na atenção hospitalar; demonstrou que na percepção desses profissionais a incorporação de refeitórios, espaços coletivos para refeições, para pacientes com facilidade de locomoção representaria uma estratégia interessante na melhor aceitação das refeições e na possibilidade de trocas e comensalidade (SOUZA et al, 2013). Essa estratégia se liberada e incorporada na instituição estudada no presente estudo poderia contribuir na minimização dessa falha estrutural identificada. Outro ponto relevante, a baixa oferta de frutas seja na forma de sobremesa ou nos sucos fornecidos às usuárias da maternidade, representa um impasse muito importante a ser superado, uma vez que as substituições para esse grupo de alimentos, por exemplo, gelatina e suco em pó; motivadas muitas vezes pelo custo, nem sempre representam opções saudáveis, baseada em alimentos *in natura* e que ofertem os nutrientes necessários à nutriz.

Pelo relato da nutricionista da instituição, outro ponto a ser pensando diz respeito ao acesso aos serviços do Alojamento Social pelas mulheres em situação de vulnerabilidade social. Como relatado, a gestante deve recorrer ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) da região e, atendendo aos critérios pré-definidos, será direcionada ao alojamento. Segundo site da Prefeitura Municipal de São Paulo (2019), o equipamento se responsabiliza pela execução de serviços sociais a nível federal, estadual e municipal voltados para pessoas vulneráveis e em risco social, garantindo acesso aos direitos de cidadania. O horário de funcionamento do mesmo é de segunda a sexta, das 8h às 18h. Diante desse

cenário, permanece o questionamento acerca de possíveis limitações de acesso ao serviço, seja em decorrência do horário ou mesmo da carência de uma informação efetiva sobre o fluxo de atendimento do equipamento para as mulheres em situação de rua e dependentes químicas, por exemplo. No tocante às mulheres refugiadas, essa dificuldade torna-se mais intensa se considerarmos que muitas delas não conhecem a cidade de São Paulo e os caminhos para chegar ao serviço com confiança; além de possíveis entraves de comunicação.

O projeto de pesquisa em questão se inseriu nos esforços de inclusão de dois dos critérios da iniciativa do Hospital Amigo da Mulher e da Criança: (1) Liberdade de alimentação para mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e (5) Cuidado culturalmente competente. O primeiro critério, na parte referente à possibilidade de ingestão de alimentos e bebidas no pós-parto imediato, mostrou-se de certa forma contemplado uma vez que a instituição de saúde não impõe restrições no que diz respeito à oferta e ao consumo de alimentos ao longo de toda assistência prestada à mulher. Entretanto, em contextos culturais mais específicos para os quais as adaptações já realizadas no serviço não suprem suas particularidades alimentares, a maternidade é clara em vetar a entrada de alimentos, bebidas e preparações de fora do Serviço de Nutrição e Dietética, mesmo que possam atender a exigências de segurança alimentar. Valeria a pena pensar em estratégias de viabilizar essa liberação principalmente em contextos nos quais restrições alimentares sejam culturais ou baseadas em preferências das mulheres possam leva-las a não consumir os alimentos ofertados pela maternidade.

Quanto ao segundo critério, referente ao cuidado culturalmente competente, no âmbito da alimentação em si, a maternidade demonstrou um esforço em respeitar certas tradições alimentares, principalmente as culturalmente vivenciadas no puerpério, e em traçar estratégias para incorporá-las na realidade do Serviço de Nutrição e Dietética. Porém, de modo mais amplo, a ambição do local não favorece completamente o acolhimento efetivo de mulheres de outras culturas, uma vez que os materiais disponibilizados e dispostos nos espaços coletivos da instituição não se apresentam de forma adaptada linguística e visualmente. Por outro lado, a instituição conta com a presença de intérpretes, bastante utilizados na assistência de grupos como as chinesas; e também iniciou o desenvolvimento de folhetos informativos em outras línguas com o intuito de ampliar o alcance desse tipo de material, considerando a variedade de culturas acolhida pela instituição.

Por fim, de modo geral, algumas limitações do projeto de pesquisa em questão podem ser destacadas, como: ausência de um público mais significativo de puérperas

estrangeiras na segunda etapa da pesquisa que possibilitasse a comparação da incorporação de estratégias de cuidado culturalmente respeitoso entre as duas etapas; a redução da abrangência de tradições familiares e culturais seguidas no puerpério em razão de as entrevistas terem sido realizadas principalmente com mulheres brasileiras; a carência de tempo hábil para a tradução da cartilha educativa em outros idiomas para maior alcance do material, representando uma aspiração futura do projeto; a restrição de tempo de pesquisa para avaliar os possíveis efeitos da implantação da cartilha educativa no Alojamento Conjunto e seus impactos no conhecimento e no empoderamento das puérperas.

6. CONCLUSÃO

Pela diversidade de públicos acolhidos, incluindo mulheres de várias regiões do país e do mundo, as instituições de saúde e maternidades brasileiras devem começar a se abrir para pensar em estratégias de cuidado culturalmente competente, como, por exemplo, o resgate do aspecto cultural da alimentação, especialmente no pós-parto. A alimentação e a cultura representam um binômio inseparável. Em qualquer fase da vida, entender a simbologia, a tradição e os valores que cada alimento ou preparação apresentam concede aos mesmos uma característica inigualável que vai além do atendimento de necessidades fisiológicas puramente. Ela atende as necessidades de amparo emocional, de empoderamento e de conforto, expresso na forma de pertencimento a um coletivo que agrupa e busca deixar viva a história de geração em geração.

Em todas as fases da vida mulher, em especial na gestação, parto e pós-parto, esse fortalecimento faz diferença e impacta na forma como a mulher vivencia cada etapa. Isso porque ter referências de sua cultura e de seus laços familiares derrete a frieza e a impessoalidade, frequentemente típicas de algumas maternidades. Mulheres das mais diversas regiões e nacionalidades, ao viverem esse processo fora de sua cidade natal ou país de origem, perdem essas referências, as quais poderiam ser facilmente resgatadas se tivessem suas demandas entendidas e atendidas, com uma simples alteração dos cardápios dessas instituições, a realização de atividades como oficinas culinárias ou mesmo a inclusão de materiais educativos adaptados; agregando elementos fundamentais de suas culturas alimentares. A experiência descrita neste trabalho mostra que tais vivências são possíveis e contribuem para promover uma experiência de assistência ao período perinatal mais positiva e inclusiva.

A valorização do conhecimento e das tradições culturais das mulheres na fase do puerpério ajuda na construção de relações horizontais e acolhedoras com os profissionais de saúde, possibilitando assim que estes compreendam suas reais demandas em saúde, fortaleçam o vínculo e garantam o fornecimento de um suporte realmente efetivo. Deve haver um esforço por parte dos profissionais de saúde para enxergar que as usuárias do sistema não são apenas “folhas em branco”, mas que apresentam histórias, vivências e relações sociais e familiares, tornando-as protagonistas dos seus processos fisiológicos. Qualquer tipo de suporte destinado a essas mulheres e suas famílias deve estar em consonância com suas necessidades globais, lançando um olhar integral principalmente em uma fase da vida em que empoderamento e acolhimento se mostram palavras-chave nesse processo. Como vistos ao longo das entrevistas, o saber popular pode ser um cenário riquíssimo de conteúdos que deve ser trabalhado junto com a mulher de modo a dar um sentido nas suas vivências e usá-las como motor para a transmissão de orientações efetivamente relevantes.

Alguns obstáculos no que concerne ao atendimento dos dois critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança, englobados no projeto em questão, fornecimento de alimentos e bebidas ao longo do trabalho de parto e pós-parto e cuidado culturalmente competente; foram encontrados ao longo do processo, como: o aumento da amplitude dos cardápios fornecidos às puérperas estrangeiras ou com restrições alimentares, para além da retirada ou da substituição de alguns itens que não são consumidos em seus contextos alimentares; a impossibilidade de entrada de alimentos externos à instituição, mesmo que não impactasse na saúde da mulher em termos sanitários, para a qual poderia se pensar na formulação de um termo de responsabilidade a ser assinado pelas mulheres internadas quando suas particularidades alimentares efetivamente não fossem contempladas por qualquer adaptação da instituição e assim a liberação fosse necessária, diminuindo a insegurança do corpo de profissionais envolvido com a assistência; a baixa frequência de ações como as oficinas culinárias muitas vezes em razão de questões de carência de recursos financeiros e humanos para seu planejamento e execução; a presença de falhas estruturais importantes como a ausência de mesas auxiliares de alimentação. Apesar do alto fluxo de estrangeiras, alguns hábitos culturais mais específicos valorizados pelas mulheres e os entraves comunicacionais ainda podem causar certo estranhamento no corpo de profissionais e por essa razão, pode não motivar com mais força a inserção de práticas culturalmente respeitosas. Por outro lado, os esforços de muitos profissionais da instituição devem ser reconhecidos, como o caso das nutricionistas, a anterior que possibilitou a realização da oficina culinária e a atual

que diante de dificuldades promoveu uma série de mudanças bastante significativas para a satisfação das usuárias e para o desenvolvimento das atividades do Serviço de Nutrição e Dietética.

Por fim, cuidado culturalmente competente no âmbito da alimentação e também em outros contextos da assistência em saúde deve ser uma pauta presente tanto na esfera individual e relacional entre profissional e paciente quanto na esfera coletiva por meio de propostas de ambientes, recursos comunicacionais e educativos adaptados e de modo mais amplo, na formulação de políticas públicas e programas que atendam demandas culturais específicas. Deve haver um planejamento ativo de ações de acolhimento por parte das instituições de saúde, de modo que um atendimento baseado no respeito e na inclusão seja uma constante e não um evento pontual na agenda do serviço.

Respeitar integralmente o direito das mulheres a uma alimentação de qualidade no pós-parto é respeitar sua cultura, sua tradição e sua história!

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

Ao longo de meus anos de graduação, ficou evidente que a atuação do profissional da Nutrição é bastante ampla. Em todos os campos possíveis, a (o) nutricionista apresenta o compromisso fundamental de deixar vivo o direito de cada cidadão a uma alimentação adequada e saudável e enfatizar que a alimentação, além da função de nutrir, possui sentidos muito mais amplos e simbólicos na vida das pessoas: representa emoção, compartilhamento, comensalidade e cultura. No contexto de uma equipe multiprofissional, a (o) nutricionista que atua na interface entre as áreas clínica e de Saúde Pública mostra-se um elemento fundamental no planejamento, implantação e monitoramento de ações e vivências que lancem um olhar humano e integral à população, acolhendo suas particularidades e as utilizando como motor na construção de um cuidado respeitoso e adequado.

Na área de Nutrição Materno-Infantil, na qual este trabalho está inserido, referente aos cuidados destinados à mulher e ao bebê nos períodos pré-gestacional, gestacional e pós-gestacional, a (o) profissional da Nutrição apresenta um papel chave nos mais variados cenários: no diagnóstico e na prescrição nutricional; na transmissão de orientações nutricionais e alimentares tanto para a mulher, gestante ou não, quanto para o bebê ou criança; no auxílio à mulher e à criança na construção de uma relação mais saudável com sua

alimentação; no acolhimento e orientação sobre amamentação para a dupla mãe e bebê; na elaboração de atividades de Educação em Saúde a nível individual e coletivo; na valorização dos aspectos socioculturais que envolvem a alimentação da gestante, nutriz e suas famílias; no contexto da equipe multiprofissional, na elaboração de ações integradas para promoção da saúde para esse público e em outras inúmeras atividades que auxiliem a mulher e a criança a se tornarem protagonistas em seus cuidados em saúde, utilizando a Nutrição como caminho de empoderamento e bem-estar. Entretanto, considerando a ambivalência, as dúvidas e as diversas interferências que essas fases podem proporcionar à mulher, torna-se fundamental que o profissional de Nutrição antes de ofertar uma assistência pertinente à sua área de atuação represente mais um elemento da rede de suporte da mulher, apoiando-a em suas tomadas de decisão e mostrando que os desafios presentes podem ser superados.

Sob essa perspectiva de cuidado, a fase do puerpério em especial representa um momento de reestruturação da mulher em seus diversos papéis e a responsabilidade de nutrir seu bebê através do aleitamento materno coloca em prova sua capacidade de promover o processo de forma bem sucedida, considerando-se sua complexidade e influências. Diante disso, a (o) profissional da Nutrição mostra-se fundamental no direcionamento das puérperas e suas famílias quanto à importância do aleitamento materno para a saúde do neonato, para a saúde da mulher, para o vínculo mãe-bebê e de modo mais amplo para a sociedade como um todo, devendo desenvolver ao longo de suas condutas e rotina de trabalho uma série de habilidades que se estendem para além do olhar clínico. Dentre essas habilidades, têm-se: comunicação eficiente, para adaptar sua linguagem, orientar e sanar dúvidas e questionamentos de maneira eficiente e horizontal ao longo de todo o processo do aleitamento materno; escuta ativa, para acolher as demandas maternas e das famílias e de maneira compreensiva pensar em conjunto em alternativas; espírito de equipe, entendendo que todos os profissionais de saúde podem e devem ser habilitados em aleitamento materno, para integrar ações com base em uma atuação multiprofissional; respeito, para sempre levar em consideração desejos, crenças e cultura das puérperas e suas famílias; disponibilidade, para trazer segurança e apoio às puérperas e suas famílias; empatia, para compreender que a fase da gestação, parto e puerpério representa uma fase completamente nova e desafiadora para a mulher e sua família e que é normal que sentimentos negativos e conflitantes estejam presentes, como cansaço, estresse e tristeza; devendo ser acolhidos com sensibilidade.

Ainda nesse cenário, a (o) nutricionista apresenta uma multiplicidade de ações tanto individual, quanto coletivamente; ambas sendo a base para uma assistência ampla e integral.

No plano individual, o profissional deve agregar aos aspectos clínicos do atendimento elementos da cultura, do entorno social e de experiências de vida da mulher, de modo a compreender com acolhimento suas reais demandas e promover assim soluções e possibilidades factíveis dentro de seu contexto de vida; sem deixar de lado a percepção de que cada mulher é única, cada bebê é único e cada família é única. No plano coletivo, levando em consideração certo grau de similaridade na vivência da gestação e pós-parto por parte das mulheres, a promoção de ações em saúde que possam as unir em uma coletividade marcada pela diversidade, mas também pelo compartilhamento de ideias, sentimentos e emoções; pode representar uma via muito importante de cuidado e fortalecimento integral das mulheres. Essas demandas coletivas podem ser atendidas por meio da elaboração de grupos nos mais diversos equipamentos de saúde ou mesmo de materiais educativos disponíveis no mais diversos meios, presenciais ou digitais. Também cabe ao profissional da área da Nutrição, viabilizar a entrada, o usufruto efetivo e a participação ativa das mulheres e suas famílias no sistema de saúde, seja ao longo dos atendimentos ou mesmo por meio da busca ativa no ambiente domiciliar, reforçando que o sistema abarca espaços de saúde, educação e bem-estar, que devem ser bem aproveitados.

De modo mais amplo, o profissional da Nutrição também apresenta papel elementar no fortalecimento da luta pelos direitos das mulheres, especialmente gestantes e puérperas, e das crianças; na garantia da vivência adequada e saudável dessas fases, no apoio e promoção ao aleitamento materno, no apoio e promoção a uma alimentação adequada e saudável e no acolhimento e valorização dos aspectos culturais da alimentação. Essa demanda pode atendida por meio da valorização e da execução de direitos já conquistados pelas mulheres e pelas crianças, como, por exemplo: presença de acompanhantes ao longo de toda a assistência da mulher (gestante e puérpera) e da criança, licença maternidade, licença paternidade, espaços públicos e de trabalho com ambientes favoráveis à prática do aleitamento materno, seguimento dos preceitos de proteção à criança em Hospitais Amigos da Criança, seguimento dos preceitos legais dispostos na NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1^a Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras), seguimento das boas práticas de assistência à mulher dispostas nas evidências científicas e outros. Além disso, considerando a necessidade de cuidado integral destinado a esse grupo, o profissional da Nutrição pode ser protagonista na formulação de novas políticas públicas que auxiliem na redução de disparidades e dificuldades que comprometam o bom estabelecimento dessa fase. Nesse sentido, o projeto em questão mostrou que ações de saúde que fortaleçam o

elo existente entre alimentação, cultura e saúde da mulher são possíveis dentro dos serviços de saúde desde que as equipes de profissionais estejam alinhadas e dispostas a promoverem mudanças de cultura institucional, compreendendo a relevância dessas ações na vida da mulher e de suas famílias.

Realizar a minha graduação em Nutrição na Faculdade de Saúde Pública modificou completamente minha visão acerca da área e de modo mais profundo acerca da alimentação. Desde o inicio do curso, o contato com o campo de políticas públicas possibilitou o entendimento de que para estudar Nutrição e atuar nessa área deve-se olhar também para as coletividades e promover ações que consigam ter alcance, voz e vez. A percepção da alimentação, para além da ideia de nutrientes, patologias e calorias, e sim como cultura, comensalidade e identidade; é transformadora para qualquer estudante e mostra que nosso papel é muito mais significativo e desafiador do que meros “prescritores” de dietas para a população; colocação rasa e desanimadora que muitos profissionais da área recebem. A temática desse Trabalho de Conclusão de Curso englobando alimentação, cultura e puerpério teve sua escolha motivada, primeiramente pelo fato de eu ser obstetriz, e também pelos vários conteúdos apresentados ao longo do curso: disciplinas envolvendo a interface Nutrição e Cultura ministradas no bloco das Integradoras e Técnica Dietética, mostrando o quanto esses dois elementos são completamente inseparáveis e totalmente comunicáveis quando uma pessoa ou população escolhe o que e como comer. Além disso, o novo Guia Alimentar para a População Brasileira, revisitando tantos conceitos por vezes esquecidos e fundamentais na alimentação como comensalidade, ingestão de alimentos menos processados, cultura e resgate das habilidades culinárias. E por fim, o grupo de pesquisa e projeto voluntário de iniciação científica que, além de minimizar distâncias com a área de pesquisa científica, também proporcionou embarcar intensamente na área de Saúde da Mulher, dando visibilidade às suas demandas e mostrando que uma assistência acolhedora, humanizada e culturalmente respeitosa nos mais diversos cenários é possível e deve ser sempre valorizada e tomada como padrão-ouro. Assim, ao longo de minha formação, eu tive a oportunidade de fortificar valores e adquirir ricos conhecimentos com professores e colegas que transformaram minha visão pessoal e profissional do campo e representarão motores para uma atuação que buscará também transformar outras vidas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altuntug K, Amk Y, Ege E. Traditional practices of mothers in the postpartum period: evidence from Turkey [internet]. African Journal of Reproductive Health March. 2018;22(1):94-102 [acesso em 30 fev de 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325259815_Traditional_Practices_of_Mothers_in_the_Postpartum_Period_Evidence_from_Turkey.
- Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério [internet]. Rev de Nutrição. 2006;2(19):245-253 [acesso em 17 fev 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf>.
- Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais [internet]. Em Tese. 2005;1(3):68-80 [acesso em 24 out 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>.
- Brasil. RDC nº216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Diário Oficial da União. 16 set 2004. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388704/RESOLU%25C3%2587%25C3%2583O - RDC%2BN%2B216%2BDE%2B15%2BDE%2BSETEMBRO%2BDE%2B2004.pdf/23701496-925d-4d4d-99aa-9d479b316c4b>.
- Brasil. Resolução Nº41, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre a proibição de uso de bisfenol A em mamadeiras destinadas a alimentação de lactentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 ago 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0041_16_09_2011.html.
- Brito Júnior LC, Estácio AG. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos reimosos [internet]. Rev da Associação Médica Brasileira. 2013;59(3):213-216 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.04.001>.
- Brotto LDA, Marinho NDB, Miranda IP, Lima EFA, Leite FMC, Primo CC. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura [internet]. Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2015;1(7):2169-2180 [acesso em: 15 mar 2019]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.
- Cardoso VMB, Moraes A. Ergonomia hospitalar: atividades de alimentação e deficiências dos equipamentos disponíveis [internet]. Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 1998;1-8 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep1998_art353.pdf.
- Cashion K, Perry SE, Lowdermilk DL. Cuidados Comunitários: A família e a cultura. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 1024.
- Castiogliani CM, Wilhelm LA, Prates LA, Cremonese L, Demori CC; Ressel LB. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. Rev de Enfermagem UPFE OnLine. 2016;10(10):3751-3759 [acesso em 14 set 2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/Val%C3%A3ria/Downloads/11440-26316-1-PB.pdf>.

Castro CM, Oliveira RC, Custódio MCS. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo [internet]. Civitas. 2015;15(2):59-74 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17563/13406>.

Cherubini KA. Associação entre alimentação materna e cólica em lactentes: uma revisão sistemática [monografia na internet]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011 [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37213/000820567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil [internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(4):1073-1083 [acesso em 02 nov 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>.

Diniz CSG. Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC). 2018:1-25 [acesso em: 08 fev. 2019].

Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health and proposals for its prevention [internet]. Journal of Human Growth and Development. 2015;25(3):377-384 [acesso em 02 nov 2019]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/19.pdf>.

Dodou HD, Oliveira TDA, Oriá MOB, Rodrigues DP, Pinheiro PNC, Luna IT. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers [internet]. Rev Bras Enferm. 2017;70(6):1250-1258 [acesso em 14 set 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0136>.

Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas [internet]. Educar. 2004;24: 213-225 [acesso em 24 out 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>.

Engeström, Y. Intervenções formativas para aprendizagem expansiva. In: Virkkunen J, Newham DS. O Laboratório de Mudança: Uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora; 2015. p. 26-31.

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics, WRA - White Ribbon Alliance, IPA - International Pediatric Association, WHO - World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities [internet]. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015;128(2):95–99 [acesso em: 08 abr. 2019]. Disponível em:
<https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/MBFBF-guidelines.pdf>.

Galego DS, Fujiwara MEY, Freitas PV, Barrios WD. Manual de Lactários: Lactário nos estabelecimentos assistenciais de saúde e creches. São Paulo: ILSI BRASIL; 2017. Lactário em estabelecimentos de saúde e creches; p. 15-19.

González C. Manual Prático de aleitamento materno. São Paulo: Editora Timo; 2018. Alimentação da mãe; p. 40-50.

Gross FM, Van Der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Cabral FB. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras [internet]. Acta Paulista de

Enfermagem. 2011;4(24):534-540 [acesso em 15 mar 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a14v24n4.pdf>.

Handtke O, Schilgen B, Mosko M. Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision [internet]. PLoS ONE. 2019;7(1):1 – 24 [acesso em 14 set 2019]. Disponível: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0219971&type=printable>.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte [internet]. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;3(5):355-362 [acesso em 15 mar 2019]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5052/3258>.

Machado CMD. O cuidado educativo transcultural no processo puerperal [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002 [acesso em: 08 abr. 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/83099/189023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Magini, R. Nunca recusar ninguém: as muitas vidas da maior maternidade de assistência pública do país. São Paulo: 3MB Propaganda; 2011. A fundação; p. 29-37.

Manzini EJ. Entrevista semiestruturada: Análise de objetivos e de roteiros [internet]. Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. 2004;2:1-10 [acesso em: 08 abr 2019]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2012/03/MANZINI-Jos%C3%A9-Eduardo-Entrevista-semi-estruturada-An%C3%A1lise-de-objetivos-e-de-roteiros.pdf>.

Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araujo RMA. Representações sociais da alimentação da nutriz [internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;10(16):4267-4274 [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a32v16n10.pdf>.

MS- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso em 30 mar 2019]. O ato de comer e a comensalidade; p. 91-102. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

MS- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília (DF); 2001 [acesso em 24 fev 2019]. Assistência à mulher no puerpério; p.175-176. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

Mónico LS, Alferes VR, Castro PA, Pedro MP. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa [internet]. Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. 2017;3:724-730 [acesso em: 08 abr. 2019]. Disponível em: <http://cienciascognicao.org/cecnudcen/wp-content/uploads/2018/03/A-Observa%C3%A7%C3%A3o-Participante-enquanto-metodologia-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-qualitativa.pdf>.

Morgado AC. As múltiplas concepções de cultura [internet]. Múltiplos Olhares em Ciência da Informação. 2014;4(1):1-8 [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/gpcie/files/2018/04/multiplas-concep%C3%A7%C3%B5es-cultura-1.pdf>.

Nakano MSA, Beleza AC, Gomes FA, Mamede FV. O cuidado no "resguardo": as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas [internet]. Rev Bras de Enfermagem. 2003;3(56):242-247 [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a06v56n3.pdf>.

Oliveira GCP, Araújo JVS, Conde Júnior AM, Palombit K. Bisfenol A: Possíveis efeitos e danos ao organismo – Revisão de Literatura [internet]. Jorn Inter Bioc. 2017;2(2):11-16 [acesso em 22 set 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321954301_Bisfenol_A_Possiveis_Efeitos_e_Danos_ao_Organismo_-_Revisao_de_Literatura.

Padovani RM, Amaya-Farfán J, Colugnati FAB, Domene SMA. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais [internet]. Rev de Nutrição. 2006;19(6):741-760 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n6/09.pdf>.

Patrício KP. Alimentação sustentável nos hospitais: um guia para inspirar, empoderar e transformar. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu/Hospital das Clínicas, Centre for Sustainable Healthcare; 2015 [acesso em 14 set 2019]. Sustentabilidade nos cuidados à saúde: novos caminhos; p. 6-10. Disponível em: http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/08/Guia-Portugu%C3%AAs_-Dra-Karina-2.pdf.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) [internet]. [acesso em 30 set 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/cras/index.php?p=1906.

Silva A, Cunha DE, Gaspari E, Moura G, Figueira KK, Horbe TAN. Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica [internet]. Conhecimento interativo. 2017;11(1):168-184 [acesso em 25 jun 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322012000_ANALISE_DE_CONTEUDO_FAZEM_OS_O_QUE_DIZEMOS_UMLEVANTAMENTO_DE_ESTUDOS_QUE_DIZEM_ADOTAR_A_TECNICA.

Silva AFM, Galva MAM, Bittencourt RM. Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família [internet]. Rev da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2011;3(12):574-581 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a18v12n3.pdf.

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Nascidos vivos no município de São Paulo [internet]. Município de São Paulo (SP); 2018 [acesso em 06 out 2019]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sinasc/nascido.def>.

Sousa AS, Salles RK, Ziliotto LF, Prudêncio APA, Martins CA, Pedroso CGT. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras [internet]. Demetra:

Alimentação, Nutrição & Saúde. 2013;8(2):149-162 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.5281>.

Souza CKS, Spinelli MGN, Matias ACG. Temperaturas das dietas de pacientes servidas em um hospital [internet]. Rev Univap. 2016;22(39):5-16 [acesso em 22 set 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306248273_TEMPERATURAS_DAS_DIETAS_D_E_PACIENTES_SERVIDAS_EM_UM_HOSPITAL.

Udoji NA. Culturally competent care in postpartum period [dissertação na internet]. Finlândia: JAMK University Applied Sciences; 2014 [acesso 24 jun 2019]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/78c7/3c5063cc3644c8b31b320e9800256621aab6.pdf>.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância, OMS – Organização Mundial da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado [internet]. Editora MS. 2008;1-78 [acesso em 04 nov 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianc_modulo1.pdf.

Vieira F, Salge AKM, Bachion MM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA período pós-parto imediato e tardio [internet]. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010;1(14):83-89 [acesso em 24 fev de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13.pdf>.

Vilela R, Querol MAP, Almeida IM. Apresentação da Edição Brasileira. In: Virkkunen J, Newnham DS. O Laboratório de Mudança: Uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora; 2015. p. 20-25.

Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2014. Recomendações para a nutriz; p. 143-146.

Yajahuanca RSA. A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo [tese na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-13112015-105147/publico/RosarioDelSocorroAvellanedaYajahuancaREVISADA.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1 – TCLE USUÁRIAS



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 – Cerqueira César
CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – hsm@fsp.usp.br
Tel: (011) 3066-7703 / 3081-2451 / Fax: (011) 3085-0240

Projeto de pesquisa:

COMIDA DE MULHER PARIDA: INOVAÇÃO E SENSIBILIDADE TRANSCULTURAL NA ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PARTO EM UMA MATERNIDADE DE SÃO PAULO - SP

Pesquisadora:

Valéria Cláisse de Oliveira

Coordenadora:

Profa. Dra. Simone G. Diniz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIAS DA INSTITUIÇÃO

Olá, mulheres! Meu nome é Valéria.

Antes de começar a responder a entrevista abaixo, vamos ler com calma o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual você poderá entender melhor o objetivo do trabalho em questão e consentir sua participação.

Estou realizando meu projeto de Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) “*Comida de mulher parida: Inovação e sensibilidade na alimentação no pós-parto em uma maternidade de São Paulo – SP*”. Esse projeto tem por objetivo compreender possíveis maneiras de resgatar o aspecto cultural na alimentação de puérperas em uma maternidade de São Paulo – SP, no âmbito de uma iniciativa para tornar o serviço mais culturalmente sensível; e representa um subprojeto derivado de um projeto de pesquisa maior denominado “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança”. A pesquisa em questão tem como benefício saber quais estratégias facilitam a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto e pós-parto, por meio de uma intervenção piloto de uma nova iniciativa internacional, chamada “Hospital amigo da mulher e da criança”. Ela está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e tem financiamento da Fapesp.

Para isso, gostaríamos de convidá-la a participar de uma entrevista breve, com duração de aproximadamente 20 minutos, para compreender melhor quais as tradições alimentares culturalmente seguidas em sua cultura /etnia durante o período do pós-parto. Nessa entrevista, vamos perguntar sobre tradições familiares relacionadas à alimentação no pós-parto, quais os principais alimentos consumidos, como a disponibilidade desses alimentos ainda no ambiente hospitalar poderia melhorar sua vivência do pós-parto, qual o tipo de suporte seria importante para você nessa fase, habilidades culinárias e sugestões de receitas.

Para melhor captura e análise dos dados obtidos, suas respostas serão gravadas e posteriormente transcritas. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser) e você pode deixar de participar quando quiser. Se você não quiser participar da pesquisa, isso não tem nenhum problema para você. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar, visando assim preservar sua identidade e sua privacidade. Os riscos para a sua saúde física e mental são mínimos, pois às vezes algumas pessoas podem se sentir emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista.

Você ficará com uma via deste documento, que traz, no final, os contatos da entrevistadora-pesquisadora, da orientadora da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa, caso de você deseje contatar o mesmo.

Você tem alguma dúvida?

- NÃO
 SIM (Anotar e responder, eventualmente incluir como esclarecimento, por escrito).

Consentimento para a entrevista:

- SIM, consinto NÃO consinto

Como você quer que seu nome apareça (escolha um nome falso):

Nome da usuária por extenso:

Assinatura da usuária:

Contato da usuária (telefone ou email):

Assinatura da entrevistadora:

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Contatos da pesquisadora – entrevistadora:

Nome: Valéria Clarisse de Oliveira

Telefone: (11) 96139-1571

e-mail: lerinha_clarisso@gmail.com

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Simone G. Diniz

Tel: 3061-7124 – 9991-0697 – e-mail: sidinizg@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo

Assessoria Acadêmica – Comitê de Ética

Tel: 3061-7779 / 3061-7742 – e-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 2 – TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 – Cerqueira César
CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – hsm@fsp.usp.br
Tel: (011) 3066-7703 / 3081-2451 / Fax: (011) 3085-0240

Projeto de pesquisa:

COMIDA DE MULHER PARIDA: INOVAÇÃO E SENSIBILIDADE TRANSCULTURAL NA ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PARTO EM UMA MATERNIDADE DE SÃO PAULO - SP

Pesquisadora:

Valéria Cláisse de Oliveira

Coordenadora:

Profa. Dra. Simone G. Diniz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

Antes de começar a responder a entrevista abaixo, vamos ler com calma o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual você poderá entender melhor o objetivo do trabalho em questão e consentir sua participação.

Estou realizando meu projeto de Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) “*Comida de mulher parida: Inovação e sensibilidade na alimentação no pós-parto em uma maternidade de São Paulo – SP*”. Esse projeto tem por objetivo compreender possíveis maneiras de resgatar o aspecto cultural na alimentação de puérperas em uma maternidade de São Paulo – SP, no âmbito de uma iniciativa para tornar o serviço mais culturalmente sensível; e representa um subprojeto derivado de um projeto de pesquisa maior denominado “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança”. A pesquisa em questão tem como benefício saber quais estratégias facilitam a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto e pós-parto, por meio de uma intervenção piloto de uma nova iniciativa internacional, chamada “Hospital amigo da mulher e da criança”. Ela está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e tem financiamento da Fapesp.

Para isso, gostaríamos de convidá-la a participar de uma entrevista breve, com duração de aproximadamente 20 minutos, para compreender melhor quais as modificações realizadas no cardápio da instituição para o período do pós-parto nos últimos anos, considerando a diversidades de culturas /etnias que acessam o serviço diariamente. Nessa entrevista, vamos

perguntar sobre o histórico da alimentação servida pelo serviço às puérperas atendidas na instituição.

Para melhor captura e análise dos dados obtidos, suas respostas serão registradas e posteriormente transcritas. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser) e você pode deixar de participar quando quiser. Se você não quiser participar da pesquisa, isso não tem nenhum problema para você. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, visando assim preservar sua identidade e sua privacidade. Os riscos para a sua saúde física e mental são mínimos.

Você ficará com uma via deste documento, que traz, no final, os contatos da entrevistadora-pesquisadora, da orientadora da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa, caso de você desejar contatar o mesmo.

Você tem alguma dúvida?

- () NÃO
() SIM (Anotar e responder, eventualmente incluir como esclarecimento, por escrito).

Consentimento para a entrevista:

Nome da profissional por extenso:

Assinatura da profissional:

Contato da profissional (telefone ou email):

Assinatura da entrevistadora:

São Paulo, 20 de

Contatos da pesquisadora – entrevistadora:

Nome: Valéria Clarisse de Oliveira

Telefone: (11) 96139-1571

e-mail: lerinha_clarisso@gmail.com

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Simone G. Diniz

Tel: 3061-7124 – 9991-0697 – e-mail: sidinizg@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo

Assessoria Acadêmica – Comitê de Ética

Tel: 3061-7779 / 3061-7742 – e-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 3 – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS

- Onde você nasceu?
- Você saiu do local em que você nasceu? Se sim, por qual motivo?
- Qual o local em que você mora atualmente?
- Culturalmente, você vai seguir ou já seguiu alguma tradição familiar relacionada à alimentação no pós-parto? Se sim, qual (is)?
- Quais alimentos e preparações são estimulados e quais são desestimulados a serem consumidos nessa fase na sua cultura?
- A disponibilidade dessas preparações ainda no ambiente hospitalar, durante sua internação, melhoraria sua vivência do pós-parto?
- **Agora, eu vou listar para você algumas tradições familiares relacionadas à alimentação no pós-parto e você vai me contar se já ouviu falar e o que pensa a respeito de cada uma delas:**

Consumir alguns alimentos como: canja de galinha, canjica de milho e cerveja preta ajudam a aumentar a produção de leite materno.

Consumir alguns alimentos considerados "reimosos" como peixes, frutos do mar e carne de porco gordurosa podem atrapalhar a recuperação da mulher.

Consumir alguns alimentos pode aumentar o sangramento vaginal no pós-parto.

Consumir alimentos como: café, chocolate, refrigerantes à base de cola, chá preto, pimenta e verduras escuras podem dar cólicas no bebê nos primeiros meses de vida.

Consumir alimentos do grupo das leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, fava, etc.) pode deixar o bebê com gases.

Consumir água durante a amamentação do bebê faz com que o leite materno fique mais diluído.

Consumir grande quantidade de um alimento incomum na dieta materna muda o sabor do leite materno e pode fazer o bebê rejeitá-lo.

- De modo geral, que tipo de suporte (exemplos: ajuda profissional, material educativo, apoio familiar, habilidades culinárias) você considera que lhe ajudaria a melhorar sua alimentação no pós-parto?
- Você considera importante a disponibilidade de um material educativo com temáticas de Alimentação, Nutrição e Aleitamento Materno na alta para ser consultado em casa?
- Se sim, quais temáticas sobre Alimentação, Nutrição e Aleitamento Materno você julga relevantes de estarem presentes nesse material educativo?
- Como você avalia suas habilidades culinárias? Ou: você diria que sabe cozinhar? Muito bem, bem, mais ou menos, mal, nada.
- Você tem alguma sugestão de receita consumida no pós-parto na sua cultura?

ANEXO 4 – CARTILHA EDUCATIVA “COMIDA DE MULHER PARIDA”

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**



**COMIDA
DE
MULHER PARIDA**



Valéria Clarisse de Oliveira

2019

Objetivos dessa cartilha...

Agora que sua gestação chegou ao fim, uma nova fase de sua vida se inicia ao lado de seu bebê e de sua família: a fase do puerpério ou pós-parto!

Muitas dúvidas e questionamentos podem surgir e por isso, um suporte profissional e o apoio e a presença de familiares e amigos podem representar pontos fundamentais para seu empoderamento e fortalecimento, garantindo uma vivência mais tranquila e positiva dessa fase.

O resgate de aspectos valorizados em sua cultura ao longo do puerpério possibilita o resgate de sua identidade como mulher e de seu pertencimento a um coletivo rico de beleza e diversidade.

Pensando nesse suporte profissional, essa cartilha foi desenvolvida com o intuito de discutir tópicos relevantes para a fase do pós-parto, especialmente no que diz respeito à Alimentação e Nutrição, buscando sempre respeitar a sua cultura e os valores importantes para você.

Aqui, você vai encontrar diversos assuntos, como:

- ✓ Definição de Puerpério
- ✓ Cultura, tradições familiares e puerpério
- ✓ Necessidades nutricionais
- ✓ Amamentação
- ✓ Retenção de peso no pós-parto
- ✓ Necessidades globais de alimentação
- ✓ Necessidades do cotidiano
- ✓ Sugestões de receitas típicas



A ideia é que você utilize essa cartilha como material de consulta sempre que tiver dúvidas ou quiser relembrar determinados assuntos importantes nesse período!

1. GANHEI MEU BEBÊ: E AGORA? O QUE É PUERPÉRIO?

Agora que você e seu bebê passaram pela etapa do nascimento, você fecha o ciclo da gestação e inicia o ciclo do puerpério ou pós-parto... Mas você sabe o que é ser uma *mulher parida*?

Mulher parida representa toda mulher, pertencente às mais diversas etnias, nacionalidades, origens e culturas; que passou pelo processo de parir e que, portanto se encontra no período do pós-parto ou puerpério.

Representa a mulher que atravessou o período da gestação, esse período de espera, por que não dizer de esperança, período de preparação, período de transformação... Como entoa Alceu Valença, período de anunciação!

*Na bruma leve das paixões que vêm de dentro
Tu vens chegando pra brincar no meu quintal
No teu cavalo, peito nu, cabelo ao vento
E o Sol quarando nossas roupas no varal...*

*Tu vens, tu vens
Eu já escuto os teus sinais
Tu vens, tu vens
Eu já escuto os teus sinais!*

*A voz do anjo sussurrou no meu ouvido
Eu não duvido, já escuto os teus sinais
Que tu virias numa manhã de domingo
Eu te anuncio nos sinos das catedrais...*

(Anunciação – Alceu Valença)

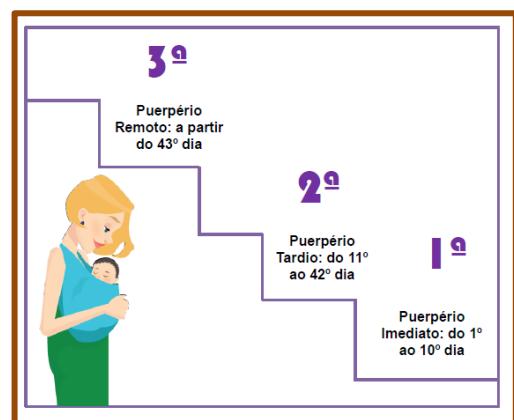


E o que significa puerpério?

O Puerpério (do Latim PUERPERALIS, “relativo a dar à luz”, de PUER, “criança”, mais PARERE, “parir, dar à luz”)³³ engloba o período que se estende de uma a duas horas após a saída da placenta até 6 a 8 semanas após o parto, com o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado anterior à gravidez^{30,40}.

Para mulheres que amamentam, o seu término é incerto, uma vez que elas ainda estarão passando por modificações da gestação e pela própria amamentação em si, que influencia o retorno ao seu ciclo menstrual habitual^{30,40}.

Ele pode ser dividido em três fases: **puerpério imediato**, das 2 primeiras horas após o parto até o 10º dia, **puerpério tardio**, entre o 11º dia e o 42º dia e o **puerpério remoto**, a partir do 43º dia^{30,40}.



Em termos populares, o puerpério recebe algumas nomenclaturas como o **período do resguardo, dieta e quarentena**, por durar cerca de quarenta dias, sendo repleto de grande significação cultural²⁰.

Você provavelmente já deve ter escutado algum deles, não? Como ele é chamado em sua família?

(Escreva aqui) _____

2. CULTURA, TRADIÇÕES FAMILIARES E PUERPÉRIO

Como a cultura de uma comunidade, cidade ou país; pode ser rica e especial, não é mesmo?

Cultura representa um conceito tão amplo, grandioso e simbólico que se torna um desafio tentar defini-la por completo, não é mesmo? Ela está no **compartilhar** de tradições de uma geração para outra, na forma como nos expressamos e vivenciamos as diversas fases de nossas vidas, nas roupas que vestimos, no modo que preparamos e comemos nossos alimentos^{20,22}...

“Simboliza tudo o que é aprendido e partilhado pelos indivíduos de um determinado grupo e que lhe confere uma identidade dentro do grupo a que pertence. É um conjunto complexo dos códigos e padrões que regulam a ação humana individual e coletiva, não existindo culturas superiores, nem inferiores uma vez que a cultura é relativa”²²!

Assim, quando falamos de cultura, ela pode ser compreendida como um aspecto que está ligado fortemente tanto à nossa alimentação quanto ao período do puerpério em si.

No contexto da alimentação, a cultura se reflete não somente no tipo de preparação a ser produzida e consumida, mas também no modo de preparar, no modo de comer, no modo de compartilhar o alimento e no modo de trocar experiências. Como sabemos, as diferentes culturas apresentam características que as tornam únicas e a sua alimentação reflete bem isso²⁰...



Você sabia que diariamente mulheres, assim como você, de diferentes culturas dos mais diversos países e nacionalidades têm seus bebês no Brasil?

Após a experiência do parto, cada mulher vivenciará novos momentos com os cuidados do bebê, com a amamentação e com a construção de seu novo papel de mãe^{2,20,42}.

A oportunidade de resgatar nesse momento uma alimentação culturalmente respeitosa e compartilhada com sua família lhe proporcionará acolhimento e empoderamento, atendendo às suas demandas tanto fisiológicas quanto emocionais^{2,20,42}.

De geração em geração, as tradições relacionadas à alimentação após o parto são transmitidas como valores simbólicos fundamentais, na forma de alimentos permitidos e alimentos “proibidos”, visando ao bem-estar e à saúde da mulher e do bebê^{2,20,42}.

Na sua cultura, você segue alguma tradição relacionada à alimentação no pós-parto? Como você se sente em relação a ela? (Escreva aqui).

Em muitas culturas, tradicionalmente, a mulher parida costuma seguir certos hábitos alimentares específicos cuja finalidade é garantir a sua recuperação e a qualidade do leite materno para o recém-nascido. Você já ouviu falar de algum deles? (Marque aqueles que você já ouviu).

- Consumir alguns alimentos considerados "reimosos" como peixes de couro, frutos do mar e carne de porco gordurosa podem atrapalhar a recuperação da mulher².
- Consumir alguns alimentos como: canja de galinha, canjica de milho e cerveja preta ajudam a aumentar a produção de leite materno^{20,40}.
- Consumir alguns alimentos pode aumentar o sangramento vaginal no pós-parto⁶.
- Consumir alimentos como: café, chocolate, refrigerantes à base de cola, chá preto, pimenta e verduras escuras podem dar cólicas no bebê nos primeiros meses de vida⁷.
- Consumir alimentos do grupo das leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, fava, etc.) ou verduras como repolho pode deixar o bebê com gases¹⁵.
- Consumir água durante a amamentação do bebê faz com que o leite materno fique mais diluído¹⁵.
- Consumir grande quantidade de um alimento incomum na dieta materna muda o sabor do leite materno e pode fazer o bebê rejeitá-lo¹⁵.



Você já ouviu falar do conceito “reima” ou “alimentos reimosos”?

Em algumas culturas, certos alimentos são considerados “perigosos ou reimosos” e não devem ser consumidos nesse período do puerpério. Os principais alimentos considerados reimosos são: peixes de couro, frutos do mar, como camarão e caranguejo; carnes de porco e de pato².

A dieta desses animais normalmente é baseada em alimentos em decomposição, em que há grande quantidade de bactérias. Embora o cozimento possa destruir essas bactérias, suas toxinas não são completamente eliminadas e podem agravar processos inflamatórios no nosso organismo².

Assim, durante o puerpério, o consumo desses alimentos pode comprometer a sua recuperação e a cicatrização de suturas ou pontos cirúrgicos que você possa ter recebido durante o parto².

Na sua cultura, quais alimentos ajudam na sua recuperação no pós-parto? Quais alimentos não ajudam? Faça uma listinha aqui para você recordar!

Resgatar as tradições e o aspecto cultural da alimentação no pós-parto é uma maneira muito especial de valorizar a identidade e empoderar todas as mulheres, estando ou não em seus países de origem! Isso deve começar desde cedo, ainda nas maternidades e instituições de saúde onde ocorreu o nascimento do seu bebê... O que você pensa sobre isso?

Nas instituições de saúde, muitas vezes, as mulheres paridas brasileiras, africanas, sírias, chinesas, andinas, bolivianas e haitianas têm suas particularidades culturais esquecidas e acabam recebendo o mesmo tipo de alimentação, mesmo sabendo-se da rica cultura alimentar que possuem e das tradições alimentares que nesse momento podem levá-las a certas restrições e preferências⁴².

Se essas tradições não são respeitadas ou minimamente consideradas nas maternidades brasileiras, muitas mulheres acabam isentando-se de um de seus direitos mais fundamentais, a uma alimentação de qualidade, em um momento em que ela e seu bebê fisicamente apresentam muitas demandas energéticas e nutricionais⁴².



3. NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Você sabia que nosso corpo, em cada fase da vida, incluindo o puerpério, apresenta uma necessidade específica de cada nutriente para executar todas as suas funções? Mas o que são essas tais **necessidades nutricionais**?

Necessidades nutricionais referem-se ao atendimento das quantidades de nutrientes e energia, determinados para uma população saudável de acordo com algumas características como sexo, estágio de vida, atividade física e medidas corporais³².



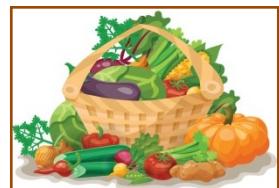
Você sabia que as suas necessidades nutricionais ficam aumentadas na fase do puerpério?

Durante o período do pós-parto, especialmente para mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo, ocorre um aumento expressivo das suas necessidades nutricionais²³.

Durante a amamentação de seu bebê, ocorre grande gasto de energia. Assim, o baixo consumo de calorias ao longo do dia pode reduzir o volume de leite materno produzido e consequentemente ter impacto no crescimento do seu bebê²³.

Assim, uma alimentação inadequada nessa fase impacta na sua saúde! Por exemplo, se você tiver uma ingestão baixa de proteínas, isso pode levar à perda de sua massa muscular e ao comprometimento da sua recuperação^{11,41}.

Nesse momento, então, é fundamental o consumo de uma alimentação variada e fracionada contendo todos os grupos alimentares, visando assim atingir as suas necessidades de proteínas, vitaminas e minerais e garantindo que os seus estoques de nutrientes não sejam completamente utilizados para a produção do seu leite materno^{11,41}.



Além disso, nenhuma restrição de alimentos deve ser estimulada nessa fase! Você sabia?

Em uma alimentação saudável, a comida apresenta sentidos que vão além da nutrição. Significa também prazer, conforto, compartilhamento e amor... Vontade de comer algum alimento específico? Por que não tentar? Sem exageros e respeitando a sua cultura e suas tradições familiares relacionadas à alimentação, todos os alimentos são permitidos!

Uma alimentação variada, baseada em alimentos *in natura* ou pouco processados, evitando o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados ou industrializados, pode representar uma ótima escolha, você não acha?²⁹

Mas você sabe a diferença entre alimentos *in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados?

Alimentos *in natura*: esse grupo de alimentos se origina diretamente de plantas e animais e vem da natureza para o nosso prato sem sofrer alterações. Exemplos: legumes, verduras e frutas²⁹.



Alimentos minimamente processados: esse grupo de alimentos engloba os alimentos *in natura* que passaram por processos simples, como limpeza, porcionamento, pasteurização e refrigeração; sem a adição de outros ingredientes. Exemplos: arroz, milho, feijão, frutas secas, carnes, farinhas no geral, leites e café²⁹.



Alimentos processados: esse grupo de alimentos é produzido pelas indústrias, na qual ocorre a adição de sal, açúcar e outros ingredientes para tornar o produto mais durável e modificar seu sabor. Exemplos: legumes conservados em salmoura, extrato de tomate, frutas em calda, sardinha e atum enlatados, queijos e pães²⁹.



Alimentos ultraprocessados: esse grupo de alimentos é produzido nas indústrias utilizando como base alguns produtos, como: óleos e gorduras, açúcar, gorduras hidrogenadas, amido modificado, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos. Esses produtos têm a capacidade de tornar os alimentos mais atraentes aos olhos, mas infelizmente nem sempre à saúde. Exemplos: biscoitos, sorvetes, balas, barra de cereal, macarrão e temperos instantâneos, produtos congelados, *nuggets*, salsichas e embutidos²⁹.



Os alimentos ultraprocessados não somente impactam na saúde em razão de sua composição pouco nutritiva, mas também impacta na cultura. Esses produtos em geral apresentam características muito parecidas, sendo reconhecidos em qualquer lugar do mundo²⁹.

Você já parou para pensar que há redes de *fast foods* e certas marcas de produtos em vários locais do mundo? A forte publicidade que promove as vendas desses produtos e sustenta seu consumo cria a falsa ideia de que são muito mais interessantes e atrativos do que preparações e alimentos típicos de culturas alimentares tradicionais²⁹.

Diante disso, fica mais que evidente basear a alimentação em alimentos *in natura* e alimentos minimamente processados também é uma forma de resgatar e respeitar sua cultura, não é mesmo?

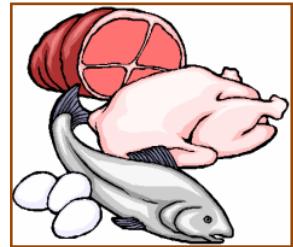
Mas como saber na prática o que realmente eu preciso?

Durante o período do puerpério, as necessidades de energia, proteínas e algumas vitaminas e minerais ficam aumentadas²³.

Por isso, recomenda-se o fracionamento das refeições ao longo do dia: desjejum ou café-da-manhã, colação ou lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia; dando preferência a lanches compostos por laticínios e frutas²³.

Aqui, temos alguns **nutrientes** que são importantes para você nessa fase:

Proteínas: as proteínas são essenciais para a formação dos músculos, para o processo de produção do leite materno e para o crescimento e desenvolvimento do seu bebê. Tanto alimentos de origem animal quanto alimentos de origem vegetal apresentam proteínas²³.



Você já deve ter ouvido falar que a combinação de feijão e arroz, ambos os alimentos de origem vegetal, proporciona a você todos os componentes das proteínas que o seu corpo necessita, não é mesmo?

Alimentos fonte: carnes como carne bovina, carne suína, peixes e aves; ovos, laticínios e derivados; sementes e castanhas, leguminosas (feijão, grão-de-bico, lentilha, ervilha) e vegetais²³.

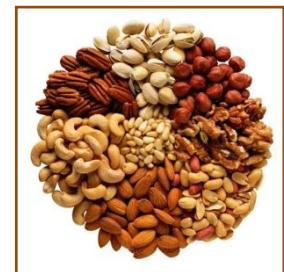
Carboidratos: nesse grupo, estão inclusos: massas (macarrão, pão), cereais (arroz, milho, aveia) e raízes (batatas, mandioca, inhame). Os carboidratos podem ser **complexos** e ricos em fibras como os cereais integrais (aveia, quinoa, centeio), as frutas e os legumes ou **simples** presentes naqueles alimentos ultraprocessados, que comentamos anteriormente, lembra? É interessante evitar alimentos ricos em carboidratos simples nessa fase como: açúcar refinado, refrigerantes, doces e derivados, dando preferência aos carboidratos complexos²³.



Gorduras totais: você sabia que dependendo do tipo de gordura que você consome em sua alimentação, podem ocorrer alterações da composição de gorduras presentes no leite materno que vai para o seu bebê²³?

Entretanto, como dito antes, nada de restrições nessa fase, a redução de gorduras adicionadas aos alimentos como manteiga e óleos vegetais pode causar sinais de deficiência no bebê e comprometer seu ganho de peso²³.

Assim, um grupo interessante de gorduras que deve ser consumido durante esse período é o das gorduras poli-insaturadas. Elas estão presentes em alimentos como: castanhas, sementes e óleos vegetais, como azeite de oliva. Se for possível dentro da sua realidade, compatível com seus hábitos alimentares e com sua cultura, você pode tentar inserir no dia-a-dia de sua alimentação²³.



Por outro lado, as gorduras *trans* presentes em muitos alimentos ultraprocessados, olha eles aí de novo, devem ser evitadas nessa fase²³.

Fibras: esse nutriente é fundamental para o bom funcionamento do intestino¹⁴.

Porém, para que sejam bem aproveitadas no nosso corpo, elas não trabalham sozinhas, sempre precisam estar acompanhadas por um bom consumo de líquidos, especialmente de água mineral¹⁴.

Alimentos-fonte: frutas, vegetais folhosos, cereais integrais (aveia, quinoa, centeio) e feijão¹⁴.

Vitaminas e Minerais: em relação a esse grupo de nutrientes, uma alimentação balanceada e baseada em alimentos naturais ou pouco processados já proporciona um bom aporte de vitaminas e minerais necessários a você nessa fase. Você sabe quais os alimentos-fonte de cada uma das vitaminas e minerais que você precisa?²³

Vitamina A: a vitamina A é fundamental para a saúde da pele, ossos e visão bem como para fortalecimento da imunidade e da saúde de seu bebê. Assim, juntamente com o leite materno, os alimentos ricos em vitamina A ajudam na proteção do seu bebê contra doenças²³.

Alimentos-fonte: cenoura, salsinha, batata-doce, espinafre e fígado²³.

Ácido fólico: essa vitamina auxilia no desenvolvimento e amadurecimento do sistema nervoso do seu bebê. Você chegou a tomar durante a gestação?²³

Alimentos-fonte: cereais (arroz, milho, aveia), leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico), fígado, espinafre, laticínios, ovos, carnes²³.

Vitamina C: a vitamina C é importante para produção de colágeno, substância que deixa a pele bem firme; funcionamento das células dos ossos e absorção do ferro. *Você lembra no pré-natal quando era recomendado tomar suco de laranja para absorver o ferro da alimentação ou o sulfato ferroso? Está aí a explicação²³.*



Alimentos-fonte: frutas, hortaliças, raízes (cenoura, beterraba, rabanete, batata doce, inhame) e fígado²³.

Vitamina D: a vitamina D é fundamental para a manutenção dos ossos, tanto seus quanto de seu bebê²³.

Alimentos-fonte: leite integral, fígado, óleos de peixe e gema de ovo. *Você já ouviu falar que tomar sol também é fundamental para a obtenção dessa vitamina?²³*

Cálcio: é importante na formação e na manutenção de ossos e dentes, na contração dos músculos e no processo de coagulação do sangue²³.

O cálcio é um mineral fundamental também para o crescimento do bebê, por isso, deve-se consumi-lo ao longo de toda a gestação e a amamentação²³.

Ao longo do período de amamentação, seu corpo utiliza cálcio para a produção do leite materno que será ofertado ao seu bebê. Assim, uma alimentação adequada garante que tanto as suas necessidades quanto as necessidades de seu bebê sejam atendidas²³!

Alimentos-fonte: laticínios, peixes enlatados como sardinha, espinafre, mandioca e quiabo²³.

Ferro: é importante na formação da hemoglobina, substância que carrega oxigênio no nosso sangue; e da mioglobina, substância que carrega oxigênio nos nossos músculos²³.

Durante a gestação, você chegou a tomar sulfato ferroso? Essa suplementação acaba sendo recomendada em razão das altas demandas desse mineral ao longo desse período da sua vida. Além disso, o consumo de alimentos-fonte de ferro auxilia na recuperação do sanguineo perdido durante o parto²³.

Alimentos-fonte: fígado, carnes vermelhas, peixes, feijão, batata-doce e espinafre²³.

Sódio: apesar de esse nutriente participar do funcionamento do nosso corpo, o seu excesso pode contribuir para a ocorrência de algumas doenças, como hipertensão arterial, ou, a famosa, pressão alta. Por isso, o equilíbrio quando falamos de alimentação, é fundamental, não é mesmo?²³

Alimentos-fonte: sal e alimentos industrializados com adição de sal²³.

Água: você já percebeu que quando está mamando é normal sentir muita sede?^{15,23}

Isso se dá por alguns motivos: a oxitocina, hormônio envolvido com a ejeção ou saída do leite materno, costuma causar grande sensação de sede. Além disso, ocorre perda de líquidos que vão para o leite materno ao longo do processo de amamentação, fazendo parte de sua composição básica.



Essa água que compõe o leite materno vem da sua ingestão de líquidos ao longo do dia^{15,23}.

Por essa razão, tenha bons hábitos de hidratação e deixe sempre disponível um copo de água, suco natural ou leite durante a amamentação do seu bebê²³.



4. AMAMENTAÇÃO

Amamentar é mais do que nutrir o bebê e por isso, você precisa de uma rede de suporte!

Uma etapa muito marcante do puerpério é o estabelecimento da amamentação. Assim como a alimentação nessa fase, a amamentação também é cercada de muitas tradições e muitos mitos.

A amamentação pode ter seu início estimulado precocemente se outras práticas também forem realizadas logo após o parto, como por exemplo, a realização do contato pele-a-pele da mulher com seu bebê, o qual ativará seu reflexo de procura pelo seio materno²¹. Você vivenciou essa experiência após o seu parto?



Diferentemente do que se possa imaginar, o ato de amamentar, embora faça parte da espécie humana (afinal somos mamíferos também, não é mesmo?), é social e culturalmente dependente. O que isso significa? Significa que amamentar é uma habilidade a ser aprendida por você e seu bebê, respeitando o tempo, ritmo e cultura de ambos^{7,21}.

Por essa razão, é normal que surjam dificuldades em estabelecer o processo no início e o suporte de um profissional de saúde pode ser fundamental.

Por que o leite materno é um alimento tão especial assim para o seu bebê?

Você sabia que o seu leite é produzido especificamente de acordo com as necessidades do seu bebê? Nenhum outro alimento é tão completo e específico, tanto é que até os 6 meses de idade do bebê nenhum outro alimento ou bebida, incluindo água e chás; é necessário! Vamos entender os motivos²⁴.

4.1. Fases do leite materno^{24,25}:

Leite materno	COLOSTRO	LEITE DE TRANSIÇÃO	LEITE MADURO
Período	Até o 3º a 5º dia após o parto	Descida do leite materno ou Apojadura 3º/5º até 14º dia após o parto	A partir do 14º dia após o parto
Coloração	Amarelada (presença do pigmento betacaroteno)	Menos amarelado	Esbranquiçado
Composição predominante	Alta concentração: Proteínas, vitaminas e minerais e imunoglobulinas (anticorpos). Quase uma vacina, hein?	Menor concentração: Proteínas, vitaminas e imunoglobulinas. Maior concentração: Lactose (açúcar do leite) e gordura.	Fase anterior: maior concentração de carboidratos e água. Fase central: maior concentração de proteínas. Fase posterior: maior concentração de gorduras.
Características	Pequeno volume rico em fatores imunológicos. Aproveite essa riqueza!	Maior volume. Aumento do conteúdo energético.	Equilíbrio das quantidades de nutrientes de acordo com as necessidades do seu bebê.

Ao longo do processo, você pode observar essas características! Após os primeiros dias após o parto, ocorrerá a descida efetiva do leite materno, também chamada apojadura; e você sentirá suas mamas mais pesadas, quentes e preparadas para nutrir seu bebê^{24,25}!

4.2. Como amamentar – Posicionamento da mãe e do bebê³⁷

Como já comentamos, a prática da amamentação é um aprendizado para você e seu bebê... Juntos, vocês irão encontrar a maneira mais confortável e apropriada para fazê-la acontecer!

Alguns pontos são importantes:

- ✓ Separe um local confortável e tranquilo para vocês iniciarem o processo. Busque deixar os seus pés, costas e braços bem apoiados para você não se cansar. Quanto mais confortável e relaxado o bebê estiver, mais facilmente ele se concentrará em mamar!
- ✓ **Posição tradicional:** Coloque o bebê virado de frente ao seu seio, com a cabeça apoiada em seu antebraço, com o nariz na altura de seu mamilo, barriga com barriga, bem encostado ao seu corpo e com a sua mão correspondente à mama ofertada no bumbum do bebê. Quando o bebê abrir bem a boca, traga-o em direção ao seio. Para auxiliar, com a mão oposta, você pode fazer uma pinça com os dedos, indicador e polegar, para direcionar a região da areola à boquinha dele!



- ✓ É importante que o bebê abocanhe a maior parte da aréola. É normal que ele abocanhe mais a parte inferior da aréola e menos a parte superior, possibilitando assim que o queixinho dele encoste-se à sua mama, seu nariz fique livre e ele respire direitinho e com conforto.
- ✓ Ao abocanhar a aréola, o bebê deve ficar com os lábios voltados para fora, como um peixinho. Você verá que as bochechas dele ficarão cheias de leite e ele fará movimentos de deglutição, de engolir o alimento. Aproveite para sentir se de fato a succão dele está acontecendo adequadamente, ou seja, se o movimento dele realmente retira leite da sua mama.



- ✓ Oferte sempre uma mama por completo até esvaziar. Ao sentir que a esvaziou (ela ficará mais leve, mais amolecida e flácida!), oferte a outra mama se assim o bebê a solicitar. Na próxima mamada, oferte sempre a última mama da mamada anterior! Assim, você conseguirá esvazia-la também!
- ✓ Lembra que falamos da fase posterior do leite materno ser rica em gordura? Por essa razão, é fundamental que você sempre esvazie toda a mama, garantindo que essa parte do leite tão importante para o ganho de peso do bebê seja de fato ofertada para ele.

- ✓ Aproveite as mamadas, para trocar olhares com seu bebê e fortalecer mais ainda o vínculo e o amor entre vocês!
- ✓ Para finalizar a mamada, normalmente o bebê, quando saciado, solta a mama sozinho e acaba adormecendo. Se não o fizer, você pode colocar a ponta do seu dedo menor no canto da boca do bebê e, ao abri-la, você o afasta lentamente.
- ✓ Após esse momento, deixe o bebê verticalizado com a cabeça apoiada no seu ombro por alguns minutos, caso ele deseje arrotar.

Sabia que existem diversas posições para amamentar o seu bebê? Observe aquela que lhe deixa mais confortável e tente!



4.3. Temos nosso próprio tempo...

Durante essa fase, o ideal é estabelecer **amamentação em livre demanda**, ou seja, nos momentos em que o bebê solicitar! É importante que o bebê não permaneça por mais de 3 horas sem mamar, devendo ser acordado caso ele não faço sozinho⁷!

Não há um tempo limite em que o bebê deve permanecer no peito... Os bebês são muito espertos e eles sabem reconhecer quando estão saciados e quando ainda estão com fome. Como ainda não falam, eles dão diversos sinais de fome e saciedade que, com o tempo, conhecendo pouco a pouco o seu comportamento, você aprenderá a identificar cada um deles⁷...

O ideal é que você amamente seu bebê nos sinais iniciais de fome, também chamados de sinais precoces⁷!

Sinais de fome do bebê

Sinais precoces - “Estou com fome”



Mexendo-se



Abre a boca



Vira a cabeça
Procurando/buscando

Sinais moderados - “Estou realmente com fome”



Esticando-se



Aumentando
o movimento do corpo



Mão na boca

Sinais tardios - “Acalme-me primeiro, então me alimente”



Choro

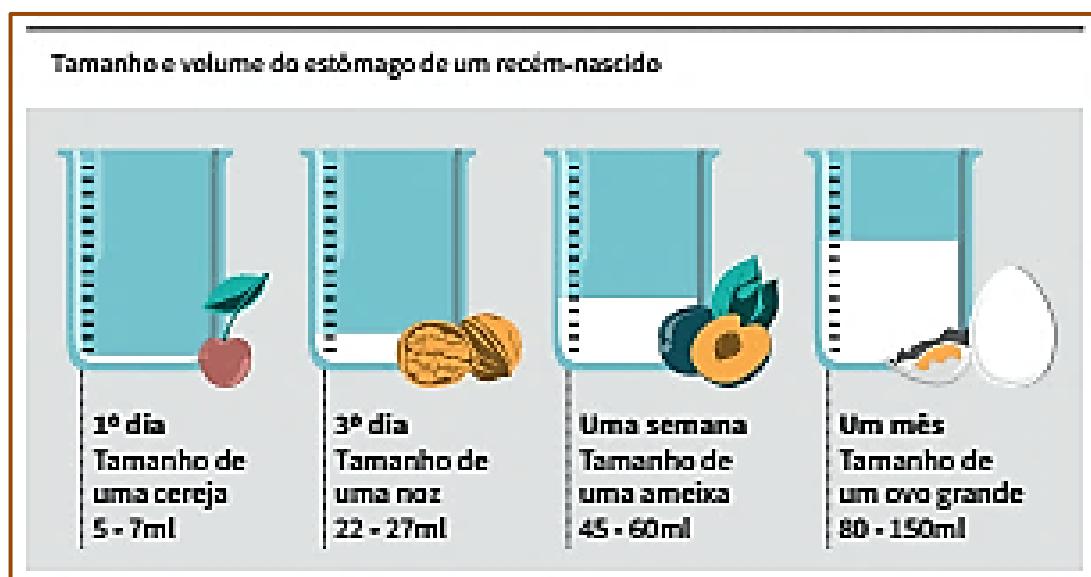


Movimentos corporais
agitados



Coloração vermelha
da pele

No primeiro mês, se o bebê estiver em aleitamento materno exclusivo, ele pode mamar de **8 a 12 vezes por dia**. Isso porque seu estômago ainda é pequeninho e comporta pouco leite materno em seu interior. À medida que ele vai crescendo e a capacidade do seu estômago aumentando, ele consegue comportar mais leite e assim mamar em menor frequência⁷.



Você já deve ter ouvido falar ou mesmo visto alguém recomendar um tempo fixo de permanência do bebê no peito, não? E sobre intervalos fixos de mamada, por exemplo, de 3 em 3 horas?

Pois é, muito se fala sobre fixar o tempo de permanência e a frequência do bebê no seio materno. Mas essas são **práticas inapropriadas** e comprometem o estabelecimento da amamentação em livre demanda; o ritmo de alimentação do bebê e a sua capacidade de reconhecer sinais de fome e saciedade de seu filho⁷.

Cada bebê tem seu ritmo e o mais importante para vocês dois é que ele consiga esvaziar sua mama, tomar a fase posterior do leite, mais rica em gordura e com maior impacto em seu ganho de peso; e possa assim se sentir saciado. Com isso, você também estará protegida contra condições negativas relacionadas ao não

esvaziamento das mamas, como ingurgitamento, mastite e a redução da produção de leite materno⁷.

Por outro lado, deixar o bebê um tempão na mama não significa que a mamada está sendo ótima... É fundamental que você observe se o posicionamento e a pega dele estão corretos e se ele está deglutiindo adequadamente o leite⁷.

4.4. Produção de leite materno

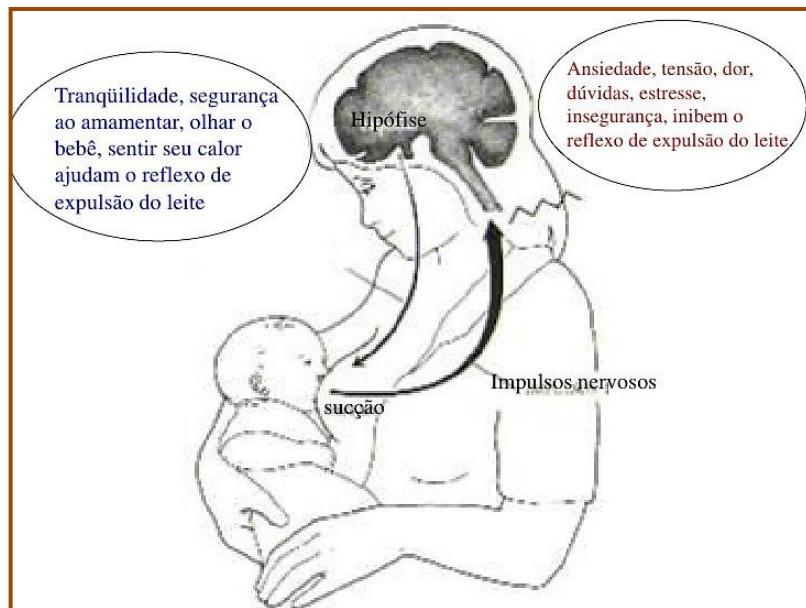
Você sabia que a sua produção de leite materno pode ser influenciada por diversos fatores?

Estar com o bebê nos braços desperta uma infinidade de sentimentos, não é mesmo? Para a produção de seu leite, a sucção do bebê representa o estímulo mais significativo para mantê-la firme e forte! Isso porque quando o bebê suga o peito, ocorre grande estímulo para a liberação de prolactina, hormônio envolvido com a produção do leite materno pelas células alveolares das mamas²¹.

Nesse mesmo sentido, a ordenha frequente do leite materno das mamas, manualmente ou com uso de bombas elétrica ou manual, também representa um fator bastante importante, uma vez que induz a liberação de mais prolactina por meio do esvaziamento da mama e da redução da tensão que o leite provoca na parede dos alvéolos mamários⁷.

Por outro lado, como você já deve ter percebido, a fase do puerpério é marcada por muitas dúvidas, questionamentos e adaptações relacionadas ao seu novo papel de ser mãe⁷!

Nesse contexto, marcado pelas mais diversas interferências, seja de amigos ou familiares, pode culminar em um cenário de bastante estresse, cansaço, ambiguidade e instabilidade emocional para a mulher parida⁷.



Todos esses fatores podem interferir em sua produção de leite materno. Mas como?^{7,21}

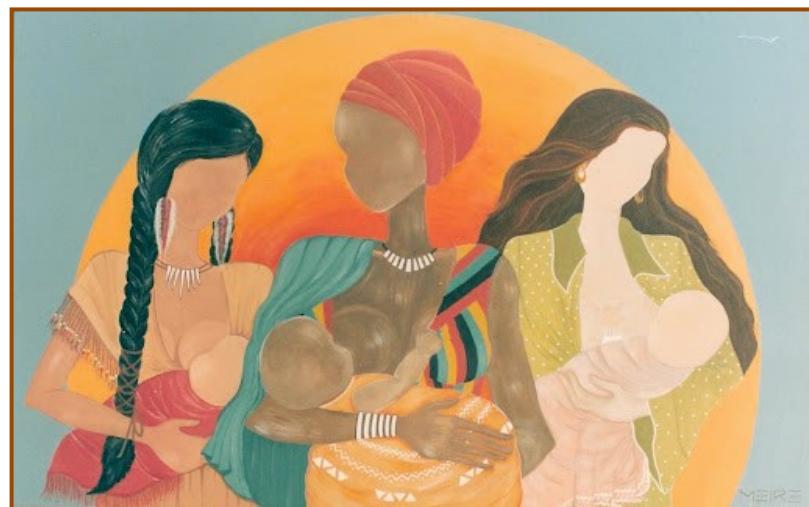
A resposta para essa pergunta está novamente nos hormônios!

Quando estamos muito estressadas, ocorre a liberação expressiva de um hormônio chamado adrenalina^{7,21}.

A adrenalina interfere diretamente na ação do hormônio ocitocina, hormônio envolvido na contração das células musculares dos alvéolos mamários e consequentemente com a ejeção ou saída do leite materno. Assim, na ocorrência desses sentimentos, a descida e a ejeção do leite podem ficar comprometidas^{7,21}.

Por isso, mais do que nunca, a presença de um suporte, seja uma ajuda profissional ou mesmo ajuda de familiares e amigos, ao seu lado ao longo desse período é fundamental!⁷

“Para a amamentação bem sucedida, há necessidade da intensificação da relação materna infantil, que não é só biológica, mas também cultural e, portanto, cultivável. Só assim serão aproveitados não apenas os benefícios nutricionais e imunológicos do leite, mas também todas as vantagens da amamentação”²¹.



4.5. Alimentação materna

Como já comentamos, nessa fase, nada de restrições alimentares devem ser estimuladas. Sua alimentação deve ser baseada em alimentos variados e pouco processados; e condizente com seus gostos, hábitos e principalmente com os aspectos valorizados em sua cultura! Assim, ela favorecerá fortemente sua recuperação e trará também sentimentos de pertencimento e identidade²⁹.

Você sabia que alguns alimentos e substâncias podem causar alterações na produção ou na composição do seu leite materno?^{7,23}

- ✓ **Substâncias presentes no fumo:** podem reduzir a produção de leite materno^{7,23}
- ✓ **Cafeína:** principal substância presente no café; pode causar irritabilidade e ausência de sono no bebê^{7,23}
- ✓ **Álcool:** pode comprometer as células nervosas do bebê, diminuir seu apetite e impactar no seu ganho de peso^{7,23}

✓ **Medicamentos:** alguns medicamentos são incompatíveis com o aleitamento materno, porque podem passar para o leite materno e causar consequências à saúde do bebê. Por isso, caso você esteja tomando ou venha a tomar algum medicamento, consulte seu profissional de saúde para saber se ele não atrapalha a amamentação^{7,23}!

É importante que você entenda o comportamento de seu bebê e observe quais alimentos da sua dieta provocam desconforto nele; se você percebeu qual alimento é, é interessante que ele seja eliminado da sua alimentação por enquanto^{7,23}.

Alguns alimentos e condimentos, como pimenta, alho, cebola, nabo, couve e brócolis; podem modificar o sabor e o odor do leite materno^{7,23}.

Já alguns alimentos formadores de gases, como: feijões não deixados de molho, refrigerantes, algumas frutas, preparações que englobem ar (ex. suflês e bolos); podem causar cólicas no bebê^{7,23}.

Porém, se culturalmente esses produtos já fazem parte dos seus hábitos alimentares, fique tranquila, porque não haverá influência na aceitação do leite materno pela criança, uma vez que, quando consumidos na gestação, eles atravessam a placenta e atingem o líquido amniótico; levando à exposição do bebê a esse conteúdo previamente^{7,23}.

Você sabia que o leite de vaca apresenta substâncias que podem passar para o seu leite materno e causar cólicas no bebê?

Por isso, o consumo de leite de vaca deve respeitar o hábito alimentar e cultural que você já tem, não devendo ser aumentado ao longo desse período para quantidades que você não está acostumada⁷.



Mas você sabe qual a relação entre sua alimentação e a amamentação?

Os alvéolos mamários, tecido onde estão as células que produzem o leite materno, são irrigados por vários vasos sanguíneos²¹.

Quando o leite materno é produzido, os nutrientes vindos da sua alimentação são transferidos do seu sangue ao leite ao longo do processo, fazendo parte assim de sua composição e impactando em seu sabor e odor²¹.

Por isso, comidas muito condimentadas e bebidas alcóolicas não são recomendadas. Além disso, todos esses fatores podem impactar também em longo prazo nas escolhas alimentares que seu bebê fará no futuro²¹.

Você sabia que algumas células do sistema imunológico contendo bactérias vivas do seu intestino e células produtoras de anticorpos para essas bactérias são liberadas tanto no colostro quanto no leite materno³⁹?

Assim, seu bebê fica protegido contra diversas bactérias que podem causar doenças e, além disso, consegue por meio do leite materno formar sua própria microbiota intestinal (conjunto de microorganismos presente no intestino)³⁹!

4.6. Hidratação

Você já percebeu que durante a mamada é normal sentir muita sede?

Como já comentado, a ocitocina, hormônio envolvido com a saída do leite materno, costuma causar grande sensação de sede. Além disso, ocorre perda de líquidos para compor o leite materno produzido ao longo da amamentação^{7,23}. Nos primeiros seis meses de amamentação, o leite é composto por 80% de água^{7,23}!

Por essa razão, ter bons hábitos de hidratação é fundamental nessa fase. Entretanto, não é interessante exagerar na quantidade de líquidos, porque pode haver diminuição na sua produção de leite materno. Por isso, respeite seus sinais de sede^{7,23}!

4.7. Lactogogos

Você já ouviu falar no termo “lactogogos”?

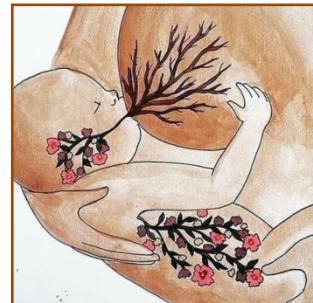
Lactogogos nada mais são do que alimentos e bebidas consumidos bem como qualquer tipo de estratégia com a finalidade de aumentar a produção de leite materno. Pela etimologia da palavra, *lac* ou *lactis* significa leite e *agogo* significa aquilo que guia ou conduz^{3,16,17,35}.

Na sua cultura, existe algum alimento ou bebida com essa finalidade em sua cultura? Escreve aqui:

Dentre os alimentos e bebidas, métodos não farmacológicos mais frequentemente utilizados como lactogogos, têm-se: canja de galinha, frutas, verduras e legumes, caldo de cana, canjica de milho, fubá, milho, alimentos ricos em amido de milho, ovos, chá de algodoeiro, feijão, cerveja preta, mingau, abacate, arroz doce, leite de coco, bebidas à base de cereais quentes e o próprio leite de vaca^{3,16,17,35}.

Você deve estar se perguntando: mas como esses alimentos poderiam aumentar minha produção de leite materno?

Como já comentado, a estratégia mais eficaz para manter e aumentar a produção de leite materno é a succção de seu bebê e também a extração do leite, seja manualmente ou com o uso de bomba de extração manual ou elétrica^{3,16,17,35}.



O consumo desses alimentos não é obrigatório nessa fase, mas pode ser positivo ao longo de seu processo de produção, uma vez que poderão fornecer nutrientes essenciais para sua composição^{3,16,17,35}.

Todos esses alimentos e preparações apresentam boas quantidades de proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas e sais minerais em sua composição

nutricional, fundamentais para a produção de leite materno tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos. Além disso, esse aporte extra de nutrientes garante que as suas reservas não sejam esgotadas^{3,16,17,35}.

Os alimentos derivados do milho, por exemplo, por sua vez ao serem digeridos produzem altos teores de glicose, também fundamental para a síntese de leite, cujo gasto energético é suprido principalmente pela ingestão alimentar materna^{3,16,17,35}.

4.8. Problemas possíveis na amamentação

Como já comentado, a amamentação é um processo aprendido por você e seu bebê e com frequência, alguns problemas podem acontecer nessa fase. Essas intercorrências podem estar relacionadas a dificuldades no manejo da lactação, principalmente, à pega incorreta do bebê. A detecção desses problemas pode ser precoce ou tardia, mas de qualquer forma o apoio de um profissional de saúde é fundamental para ajudar você a resolvê-los³⁷.

Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário ou empedramento é uma intercorrência caracterizada pelo acúmulo de leite materno nos canais das mamas que conduzem o leite, resultando na modificação de sua consistência, que deixa de ser líquido e passa a ser mais viscoso³⁷.

Ele ocorre geralmente nos primeiros 5 dias e pode decorrer da produção excessiva de leite, demora no início da amamentação, intervalos longos entre as mamadas, pega incorreta e/ou sucção ineficaz do bebê³⁷.

Em casos mais leves, a realização de massagens circulares nas mamas, a ordenha manual e a sucção do bebê podem ajudar na sua resolução. A massagem deve iniciar na região mais próxima da aréola (mamilo) e seguir em

direção à base da mama. Assim, aos pouquinhos, você liberará o caminho para a passagem do leite parado nas mamas³⁷.

Em casos mais graves, ocorre endurecimento das mamas e dor, sendo necessário deixar o leite mais fluido por meio de massagens constantes, esvaziamento das mamas e o uso de compressas frias por no máximo 15 minutos após a mamada³⁷.



Traumas mamilares

Os traumas mamilares, como as fissuras ou rachaduras, podem ocorrer por algumas razões: pega incorreta do bebê, posição inadequada na amamentação, ingurgitamento mamário, disfunção oral do bebê, sucção ineficaz, uso de chupetas e intermediários como bicos de silicone, interrupção abrupta da mamada e o uso de cremes e pomadas nas mamas³⁷.

Geralmente, são acompanhados por desconforto e dor³⁷.

Para evitar esses traumas, é importante realizar uma boa pega, amamentar em livre demanda, evitar retirar a lubrificação natural das mamas com lavagens constantes ou aplicação de cremes e pomadas e ordenhar um pouco do leite antes da mamada para deixar a aréola mais macia para ser abocanhada pelo bebê³⁷.

Outra estratégia interessante é passar um pouco de leite materno na aréola para auxiliar na cicatrização do ferimento³⁷.



Mastite

Mastite é um problema tardio, após segunda ou terceira semana do parto, e grave caracterizado pela ocorrência de um processo inflamatório nas mamas que pode evoluir para uma infecção³⁷.

Geralmente, ocorre quando outros problemas, como os anteriores, não são tratados de maneira adequada; à queda da imunidade da mulher, falta de higiene adequada das roupas, mãos ou objetos ou na presença de qualquer outro fator que favoreça a parada do leite materno nas mamas³⁷.

Alguns sintomas presentes nessa condição são: dor, hiperemia, calor, endurecimento e edema das mamas e mal estar geral³⁷.

Mesmo nessa condição, a amamentação não precisa ser interrompida, porque as bactérias presentes no local não causam riscos ao bebê. Podem ser prescritos antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos, além do reforço no descanso e hidratação³⁷.



Confusão de bicos

Quando o bebê já recebeu leite na mamadeira, ele pode apresentar dificuldades em fazer a pega correta quando está sendo amamentando no peito^{5,8}.

Isso ocorre por alguns motivos:

- ✓ Os movimentos da língua do bebê são diferentes quando amamentado na mama (movimento da língua para dentro) e na mamadeira (movimento da língua para fora)^{5,8};
- ✓ O fluxo de saída do leite da mamadeira é mais rápido que o da mama, cujo fluxo vem em pulsos devido à ação do hormônio ocitocina; e o bebê se acostuma a esse esforço reduzido^{5,8};
- ✓ O bebê faz a associação que seu alimento provém de um bico artificial de plástico e por essa razão, ao sentir a aréola da mãe em sua boca, pode causar certo estranhamento^{5,8}.

Assim, o bebê fica com dois aprendizados diferentes gravados em sua mente e acaba por ficar confuso a respeito de como se posicionar corretamente para pegar o peito materno^{5,8}.

Dessa maneira, é fundamental evitar o uso bicos artificiais para assim promover de forma mais bem sucedida o processo da amamentação^{5,8}.



4.9. Extração de leite humano

Em algumas situações, a extração de leite materno, com o uso das mãos ou com auxílio de bomba elétrica ou manual, pode ser uma alternativa importante para continuar ofertando leite materno ao seu bebê²⁸.

Dentre essas situações, têm-se:

- ✓ Quando a mulher quer estocar leite para ser oferecido por outra pessoa e assim ter um tempinho para si: para ir ao cinema, encontrar as amigas, ir ao supermercado, ou para apenas tentar colocar o sono em dia²⁸.
- ✓ Quando a mulher apresenta hiperlactação ou produção de leite materno maior que a necessidade do bebê: a extração pode ser recomendada tanto para alívio da mãe quanto para ser doado aos bancos de leite materno da sua região²⁸.
- ✓ Quando mulher e bebê estão separados por alguma razão específica, por exemplo, em seu retorno ao trabalho: a extração pode ser recomendada tanto para ser ofertado ao bebê em copinhos quanto para ser armazenado sob refrigeração ou congelamento²⁸.
- ✓ Quando o bebê apresenta dificuldade de sucção: a extração pode ser recomendada com a finalidade de deixar as mamas mais macias e fáceis de serem corretamente abocanhadas pelo bebê²⁸.
- ✓ Quando a mãe deseja aumentar ou favorecer a manutenção da produção de leite materno²⁸.

Como extrair manualmente meu leite?²⁸

- Separar um local confortável e limpo para realizar a extração, evitando ambientes como o banheiro devido ao risco de contaminação do leite a ser ordenhado.
- Prender os cabelos e evitar falar ou tossir durante o processo.

- Separar um recipiente adequado para armazenamento, preferencialmente um frasco de plástico ou de vidro com tampa, previamente fervido em água por 5 minutos antes do uso e devidamente seco com papel toalha.
- Fazer massagens nas mamas com a palma de uma mão e a com outra a apoiando na parte inferior, em movimentos circulares, começando da base em direção ao mamilo. Essa prática auxiliará na descida do leite e também, permanecendo mais tempo nas áreas doloridas, auxiliará na drenagem do leite parado nos ductos.
- Apoiar a ponta do dedo polegar e indicador nas regiões acima e abaixo da areola e pressionar em direção ao tórax, abrindo e fechando os dedos. Não deslize os dedos!
- Armazenar no frasco separado para essa finalidade.
- Ao final do processo, anotar a data e o horário final da extração e armazenar o frasco na prateleira superior da geladeira por no máximo 12 horas e no freezer por 15 dias.
- Se o frasco não estiver cheio e você fizer uma nova extração, pode armazenar o novo leite no mesmo frasco, porém a validade do conteúdo será correspondente ao primeiro leite extraído.
- Para descongelar: o descongelamento do leite materno deve ser feito em banho-maria (esquentar a água, ao levantar fervura, desligar e colocar o recipiente com o leite para descongelar) e ser colocado em copinhos para ser ofertado ao bebê.



- A extração do leite materno também pode ser feita com o uso de bomba de extração manual ou elétrica.

4.1.0. Bancos de leite humano¹³

Caso você deseje doar seu leite materno para outras mães, você pode entrar em contato com um Banco de Leite Humano próximo da sua região de moradia.

Nos bancos de leite, uma equipe preparada auxiliará você ao longo de todo o processo de extração e doação do seu leite e será responsável pelo processamento do mesmo, tornando-o adequado para ser ofertado para os bebês de outras mães.

Aqui você encontra os endereços dos principais Bancos de Leite Humanos de cada região da cidade:

ZONA LESTE

Centro de Referência de São Paulo ~ Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros

Av. Celso Garcia, 2477-3º andar; Belém - São Paulo/SP

Telefone: 11~ 6292-4188

Hospital Municipal de Guarulhos

Travessa Orsi, 47; Vila Pedro Moreira - Guarulhos/SP

Telefone: 11~2408~4991

Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Netto

Ala Rodrigo de Brum, 1.989 ~ 3º andar; Ermelino Matarazzo - São Paulo/SP

Telefone: 11~3394~8046 ~ Fax: 11~3394~8110

ZONA SUL

Hospital São Paulo – HU Unifesp

Rua Dr. Diogo de Faria, 395; Vila Clementino - São Paulo/SP

Telefone: 11~5539~0155

Hospital do Servidor Público Estadual

Rua Pedro de Toledo, 1.800 ~ 5º andar; Vila Clementino - São Paulo/SP

Telefone: 11~4573~8172

Hospital Ipiranga

Avenida Nazaré, 28 – 8º andar; Ipiranga ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~2067~7866

Hospital Regional Sul

Rua Senador Flaquer, 239; Santo Amaro ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~5694~8207

ZONA OESTE**Hospital Universitário da USP**

Avenida Professor Lineu Prestes, 2.565; Cidade Universitária ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~3091~9210

Hospital Municipal e Maternidade Amador Aguiar

Avenida Getúlio Vargas, 1260; Jardim Piratininga ~ Osasco/SP

Telefone: 11~2183~3449

ZONA NORTE**Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha**

Avenida Deputado Emílio Carlos, 3100; Cachoeirinha ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~3986~1011

Hospital Geral Vila Penteado

Avenida Ministro Petrônio Portela, 1642; Freguesia do Ó ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~3976~9911

ZONA CENTRAL**Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**

Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112; Vila Buarque ~ São Paulo/SP

Telefone: 11~2176~7390

4.9. Licença Maternidade

Você sabia que aqui no Brasil as puérperas têm direito à licença maternidade?

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, toda mulher trabalhadora tem direito a uma licença maternidade de 120 dias (4 meses), sem perda do emprego ou prejuízo do salário⁹.

Durante esse período, o pagamento da licença maternidade é realizado pela Previdência Social. Se não houver adiantamento da licença por problemas de saúde ao longo da gestação, a mulher pode solicitá-la no primeiro dia do nono mês⁹.

Algumas empresas cadastradas no Programa Empresa Cidadã apresentam prazo prorrogado para até 180 dias, o que favorece o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo ao longo dos seis primeiros de vida do bebê. Esse benefício também se aplica a mulheres que adotaram seus bebês⁹.



5. SEU CORPO DEPOIS DO BEBÊ: RETENÇÃO DE PESO CORPORAL

Após o nascimento do bebê, muitas mulheres podem enfrentar dificuldades em retornar ao peso que tinham antes da gestação.

O grande problema relacionado a essa retenção de peso no pós-parto é que ela pode representar um fator importante para a ocorrência de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis no futuro (DCNTs)^{10,12,19,31}.

Alguns fatores estão associados à ocorrência de retenção de peso no pós-parto, dentro eles^{10,12,19,31}:

- ✓ Ganho de peso gestacional acima do recomendado para cada mulher
- ✓ Ocorrência de gravidez quando a mulher é muito jovem ou mais velha
- ✓ Primeiro parto da mulher (primiparidade)
- ✓ Intervalo curto entre partos
- ✓ Baixa prática de atividade física pela mulher no pós-parto
- ✓ Baixa duração do aleitamento materno pela mulher

Mas você sabe o que é retenção de peso?

Retenção de peso no pós-parto refere-se à diferença entre o peso em determinado momento após o nascimento do bebê e o peso antes da gestação. Quando maior for essa diferença, maior é a retenção de peso de mulher^{10,12,19,31}.

O estado nutricional anterior à gestação representa um fator importante na ocorrência ou não de retenção de peso pós-parto, mostrando que mulheres que ganharam mais peso ao longo da gestação tendem a reter mais peso após o nascimento do bebê independentemente do IMC (Índice de massa corporal) de antes da gestação^{10,12,19,31}.

Assim, quando alguns cuidados com alimentação e a prática de atividade física são deixados de lado, a gestação pode representar um momento marcante para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade na mulher no pós-parto^{10,12,19,31}.

Além disso, é comum o surgimento de disfunções na forma como a puérpera encara sua própria imagem corporal no pós-parto, definida como a maneira pela qual o corpo se mostra para a própria pessoa^{10,12,19,31}.

Se você tiver se sentido assim, fique calma e procure o suporte de algum profissional de saúde: uma nutricionista poderá auxiliar você a melhorar sua alimentação e dar suporte na amamentação, a qual tem impacto positivo na aceleração da sua perda de peso; e uma psicóloga poderá auxiliar você a lidar com as emoções bagunçadas dessa fase e a melhorar sua relação com a sua alimentação^{10,12,19,31}!

Na prática, o que eu poderia fazer se me encontro nessa situação?

Algumas estratégias podem contribuir para reduzir os impactos da retenção de peso na vida da mulher parida:

- ✓ **Alimentação saudável** baseada em alimentos in natura e minimamente processados e com poucos alimentos ultraprocessados e boa hidratação, como já citado anteriormente³⁴.
- ✓ **Prática de atividade física**: a fase do pós-parto pode ser um excelente momento para retomar ou iniciar a realização de atividades físicas de sua preferência; além de contribuir com o retorno de seu peso pré-gravídico, elas também contribuem para melhoria do humor, diminuição dos sentimentos de depressão e ansiedade, melhoria da capacidade cardíaca e respiratória, redução do risco de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes³⁴.

Sugestão: saia para caminhar com o bebê no carrinho, de manhã cedinho ou no final da tarde, em alguma área agradável perto de sua casa. Se tiver alguma amiga ou conhecida que também ganhou bebê, convide-a, ou leve seu companheiro ou companheira³⁴.

Embora não haja um consenso, alguns estudos recomendam o início da prática de atividade física após 30 dias do parto, se tiver sido parto normal, e após 6 a 8 semanas do parto, se tiver sido parto cesariano.

Caso tenha dúvidas se já se encontra apta para começar, consulte seu profissional de saúde³⁴.

- ✓ **Tempo de sono adequado:** no puerpério, um dos maiores problemas é a privação de sono. Peça o máximo de ajuda às pessoas ao seu redor para ajudar com os cuidados do bebê e assim poder dormir o suficiente. A privação de sono aumenta o risco de obesidade e depressão, além de deixar você sem a energia necessária para cuidar de si e do bebê³⁴.
- ✓ **Realização da amamentação em livre demanda:** graças ao gasto energético que ocorre na produção do leite materno, a amamentação em livre demanda nos primeiros meses após o parto contribui para diminuição do peso retido após o parto. Mais um motivo para focar nela, não é mesmo?³⁴



6. NECESSIDADES GLOBAIS DE ALIMENTAÇÃO

Agora entendemos melhor porque o consumo de determinados alimentos nessa fase do puerpério é fundamental para vivencia-la com mais saúde e tranquilidade. Sabemos também que comida representa muito mais que nutrir o corpo. Com isso em mente, quais são todos esses sentidos presentes na alimentação?

Em primeiro lugar, você sabia que ter uma alimentação adequada e saudável representa um direito humano básico?

“O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva”¹.

Esse direito engloba a garantia de um acesso permanente e regular a alimentos, o respeito a aspectos biológicos e sociais do indivíduo, a valorização da cultura alimentar e das dimensões de gênero, raça e etnia, sendo financeiramente acessível, com base em princípios como variedade, equilíbrio e prazer e práticas produtivas adequadas e sustentáveis¹.

Em seu conceito mais amplo, alimentação representa muito mais que a ingestão de nutrientes e energia; envolve também a forma como os alimentos são combinados e preparados; os modos de comer e a comensalidade e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares; influenciando assim na saúde e bem-estar da população²⁶.

6.1. Você sabe o que é comensalidade?

Como comentado anteriormente, a alimentação apresenta papéis que vão além do nutrir. Também representa estreitamento de laços sociais, fortalecimento das relações de afeto, valorização dos aspectos culturais e compartilhamento do alimento, mas também de ideias e sensações²⁶.

“Compartilhar o comer e as atividades envolvidas neste ato é um modo simples e profundo de criar e desenvolver relações entre pessoas. Dessa forma, comer é parte natural da vida social”²⁹.

Esse trecho resume bem o significado de comensalidade! Tanto a preparação do alimento quanto o ato de comer em si realizado de maneira compartilhada torna esses momentos mais ricos e cheios de significado!

Por essa razão, nessa fase do puerpério, se possível, procure comer em companhia de seus familiares e amigos e assim resgatar os sentimentos de pertencimento e segurança que isso pode lhe proporcionar²⁶!



6.2. Quando falamos de alimentação, os modos de comer são fundamentais, mas e os modos de preparar? Você tem habilidades culinárias?

Habilidades culinárias representam todas as atividades envolvidas com a seleção, pré-preparo, colocação do tempero, cozimento, combinação e preparação dos alimentos. Ou seja, as ações que aplicamos nos alimentos *in natura* e minimamente processados para torna-los prontos para serem consumidos e apreciados²⁷.

Essas habilidades culinárias normalmente são transmitidas de geração em geração e aprimoradas, lapidando assim o aroma, consistência e aparência que serão valorizados em uma sociedade e em uma cultura²⁷.

Da mesma maneira que a comensalidade tem o poder grandioso de unir as pessoas em torno do alimento, o cozinar também apresenta o mesmo efeito!

Cozinhar junto possibilita o compartilhamento de conhecimentos, a divisão das tarefas, a valorização dos alimentos e das matérias-primas em sua completude e o resgate da ligação da cultura e da alimentação, uma vez que os aspectos culturais não estão somente presentes nas preparações em si, mas também na forma como as mesmas são preparadas²⁷.

Infelizmente, em muitos cenários pelo mundo, o ato de cozinar perdeu sua força, sendo muitas vezes substituído pelo consumo de alimentos já prontos para consumo e ultraprocessados. A grande disseminação desse grupo de alimentos e a alta publicidade impactam negativamente no desenvolvimento das habilidades culinárias da população e criam a falsa ideia de que eles são os mais adequados para a nossa saúde por reproduzirem os mesmos ingredientes e os passos das preparações culinárias²⁷.

Entretanto, somente quando “*colocamos a mão na massa*”, reconhecemos exatamente os alimentos ali presentes e podemos considerar as preparações “*comidas de verdade*”.

“Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las com as pessoas com quem você convive, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias, e isso vale para homens e mulheres; procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar! Como todas as habilidades, a habilidade no preparo de alimentos melhora quando é praticada. Você vai se surpreender com os progressos que pode fazer em pouco tempo e com o prazer que o preparo de alimentos pode acrescentar à sua vida. Sempre que possível, cozinhe em companhia. O prazer compartilhado é redobrado²⁷”.

Você tem habilidades culinárias? O que você gosta de cozinhar? Anote aqui!
Quem sabe, você ou seus familiares não se animam a preparar...



Se você não está na sua cidade, estado ou país de origem, talvez ache difícil encontrar alguns ingredientes utilizados nas preparações típicas do seu local de origem. Aqui, na cidade de São Paulo, você pode encontrar diversos mercados especializados na comercialização de produtos nacionais e internacionais a preços variados. O que acha de tentar?

NORTE E NORDESTE

Mercado Municipal de São Paulo

Rua Cantareira, 306 – Centro Histórico de São Paulo, São Paulo/SP

Mercado Municipal da Lapa

Rua Herbart, 47 – Lapa, São Paulo/SP

Mercado Municipal de Pinheiros

Rua Pedro Cristi, 89 – Pinheiros, São Paulo/SP

AMÉRICA LATINA

Feira Kantuta – Feira Boliviana

Rua Pedro Vicente, 600 ~ Canindé, São Paulo/SP

Feira típica de Produtos Bolivianos

Rua Coimbra entre as ruas Bresser e Dr. Costa Valente ~ Brás, São Paulo/SP

ÁFRICA

BIYOU'Z Restaurante Afro

Alameda Barão de Limeira, 19 ~ Campos Elíseos, São Paulo/SP

ÁSIA

Urizun – Produtos orientais

Avenida Conselheiro Carrão, 2673 – Vila Carrão, São Paulo/SP

Marukai – Mercado Oriental

Rua Galvão Bueno, 34 – Liberdade, São Paulo/SP

Itidai – Produtos Orientais

Rua Rodrigo Cláudio, 138 – Liberdade, São Paulo/SP



7. NECESSIDADES DO COTIDIANO

7.1. Suporte familiar, amigos e terceiros

Você sabia que, aqui no Brasil, toda mulher tem direito a um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério?

Pois é, você tem sim, sendo brasileira ou estrangeira, a lei nº8080 de 1990 e a lei nº11108 de 2005 amparam você e lhe garantem a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde⁹.

Mas qual a real importância em ter um acompanhante nesse período?

A presença de alguém de sua escolha e confiança ao longo desse período pode ajudar você a se sentir mais segura e empoderada, além de ser uma figura importante para apoiar você em suas escolhas em relação ao trabalho de parto e parto, como posição, intervenções consentidas, contato pele-a-pele com o bebê e corte tardio do cordão umbilical; e pós-parto, como os alimentos que deseja consumir ao longo desse período e a prática de aleitamento materno precoce, ainda na maternidade¹⁸.

“Qualquer atividade que possa garantir mais tranquilidade confiança à mãe durante o trabalho de parto e parto oferecerá uma qualidade maior no período que se segue. Dessa forma, fica claro que o suporte continuado, oferecido pela família, amigos ou por uma doula ajuda a cobrir a lacuna deixada em aberto pela institucionalização do nascimento”¹⁸.

Por todas essas razões, é fundamental que você faça seu direito valer!

Ambiente domiciliar

Todo esse suporte deve se estender também e principalmente ao ambiente doméstico, no qual você precisará de apoio para as novas adaptações que estarão por vir! Conte com o suporte das pessoas ao seu redor!

Atenção: peça muita ajuda! Quando for receber visitas para o bebê, peça para (1) virem apenas nos horários que não atrapalhe seu descanso; (2) tragam comidas nutritivas e prontas, frescas ou congeladas, de forma a poupar seu tempo de trabalho doméstico, facilitando uma nutrição saudável mesmo em um tempo muito atribulado!

7.2. Sono e descanso



Como já comentado, para sua recuperação completa e adequada e melhor passagem pelo período do puerpério, seu descanso mostra-se uma atividade essencial! Sempre que possível aproveite os momentos em que seu bebê dorme para descansar também nessas primeiras semanas⁷.

Além disso, não deixe de contar com a ajuda das pessoas ao seu redor, familiares e amigos, para realizar as atividades domésticas no geral. Assim, você ficará mais tranquila para dedicar seu tempo para cuidar de você e de seu bebê⁷!

No que diz respeito à amamentação, durante sua estadia na maternidade e em casa, seu descanso e sono são fundamentais para a manutenção de sua produção de leite materno⁷.

Diante de tantos motivos, a falta de sono e descanso apresentam impactos intensos na sua vivência do puerpério, não é mesmo?

Assim, embora os primeiros dias de adaptação do bebê em casa possam ser um pouco conturbados, é importante o estabelecimento de uma rotina, na qual você procure dormir à noite e repousar durante o dia, pelo menos uma vez entre as mamadas do bebê⁷.

8. RECEITAS TÍPICAS

Culturalmente, algumas preparações são tipicamente consumidas no puerpério por estarem associadas à melhor recuperação da mulher parida e à garantia de todos os nutrientes necessários nessa fase, como anteriormente comentado.

Abaixo seguem algumas dessas receitas caso você sintia vontade de experimentar.



SOPA DE MULHER PARIDA³⁶



Ingredientes:

1 unidade média de galinha caipira inteira limpa e cortada

2 ½ xícaras de farinha de milho em flocos torrada (preferencialmente aquelas bem artesanais)

1 maço de salsinha

½ cabeça de alho

½ xícara de óleo de soja

Sal a gosto

Rendimento: 12 paridas.

Modo de preparo:

Cortar a galinha em pedaços.

Colocar os pedaços de frango e o alho descascado em uma panela de pressão com um pouco de óleo e deixar fritar um pouco até a pele da galinha estiver bem dourada.

Adicionar 3 litros de água quente, fechar a panela de pressão e deixar cozinhar por uns 40 minutos após pegar pressão.

Na sequência, coar o caldo quente, passando-o por uma peneira, levar para outra panela e deixar em fogo baixo.

Reservar os pedaços de frango em outro recipiente.

Colocar a farinha de milho no caldo de galinha aos poucos, mexendo sempre.

Continuar acrescentando a farinha até a canja ficar levemente consistente e começar a desgrudar da panela.

Desligar o fogo, acertar o sal e acrescentar a salsinha picadinho fresca e pedaços da galinha reservada.

CANJICA DE MULHER PARIDA⁴



Ingredientes:

2 xícaras de canjica branca (deixada de molho de um dia para o outro)

300 mL de leite de coco

½ xícara de chá de açúcar mascavo

3 unidades de canela em pau

5 cravos-da-índia

Modo de preparo:

Cozinhar a canjica com água na panela de pressão por aproximadamente 30 minutos.

Escorrer a água e voltar para a panela com os demais ingredientes.

Mexer até engrossar.

Polvilhar canela em pó e servir

TORTILLAS TORRADAS³⁸



Ingredientes:

3 xícaras de farinha fina de milho

2 xícaras de água morna

1 colher de chá de sal

Farinha de trigo para polvilhar

Modo de preparo:

Em uma tigela grande, juntar todos os ingredientes secos.

Acrescentar a água aos poucos até formar uma massa compacta.

Amassar por mais 5 minutos e deixar descansar por 1 hora, cobrindo a tigela com um pano.

Dividir a massa em 24 bolinhas do tamanho de um limão.

Para abrir a massa, polvilhar um pouco de farinha de trigo na mesa e abrir com um rolo, deixando-as redondas e finas.

Em uma frigideira quente e antiaderente, em fogo alto, colocar a tortilha e deixar até dourar.

Virar a tortilha para dourar os dois lados.

Servir.

FUFU – POLENTA COM PEIXE, COSTELA BOVINA E FRANGO

Essa receita pode ser consumida com três diferentes tipos de carne: peixe empanado, frango frito e costela bovina cozida com quiabo; além de feijão branco cozido bastante temperado.



Ingredientes

- 1/2 xícara de farinha de fufu (amido de milho, inhame ou banana-da-terra)
- 3/4 xícara de água

Modo de Preparo

Colocar a água em uma panelinha antiaderente e ferva em fogo médio.

Quando estiver fervendo, adicionar a farinha de fufu e mexer sempre com uma colher.

Sovar a massa com uma colher por uns 4 minutos e colocar um pouquinho mais de água se precisar.

Desligar o fogo, esperar amornar e modelar como quiser.

Servir.

Respeitar integralmente o direito das mulheres a uma alimentação de qualidade no pós-parto: é respeitar sua cultura, sua tradição e sua história!

Referências bibliográficas

1. ABRANDH - Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (BR). O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [internet]. Brasília (DF); 2013. A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada; p. 10-42. Disponível: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf
2. Brito Júnior LC, Estácio AG. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos reimosos [internet]. Rev da Associação Médica Brasileira. 2013;59(3):213-216 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.04.001>.
3. Brotto LDA, Marinho NDB, Miranda IP, Lima EFA, Leite FMC, Primo CC. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura [internet]. Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2015;1(7):2169-2180 [acesso em: 15 mar 2019]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.
4. Canjica de mulher parida. <http://babydicas.com.br/sobre-mesas-para-que-m-esta-amamentando/>.
5. Carvalho GD, Chiaradia DL, Chiaradia R. Saúde Oral e Enfoque Odontológico. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 85-107.
6. Cashion K, Perry SE, Lowdermilk DL. Cuidados Comunitários: A família e a cultura. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 1024.
7. Castanhel MSD, Delziovo CR, Araújo LD. Promoção do leite materno na atenção básica [Recurso eletrônico]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública; 2016. Mitos e verdades sobre o processo da amamentação e do desmame precoce; p. 23-31.
8. Castanhel MSD, Delziovo CR, Araújo LD. Promoção do leite materno na atenção básica [Recurso eletrônico]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública; 2016. Manejo das principais intercorrências na amamentação na Atenção Básica; p. 59-86.
9. Castanhel MSD, Delziovo CR, Araújo LD. Promoção do leite materno na atenção básica [Recurso eletrônico]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública; 2016. Marcos legais que protegem o aleitamento materno; p. 15-20.
10. Chagas DC, Silva AAM, Ribeiro CCC, Batista RFL, Britto e Alves MTSS. Efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA [internet]. Cad. Saúde Pública. 2017;30 [acesso em mar 2019]; 33(5):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00007916.pdf>
11. Cherubini KA. Associação entre alimentação materna e cólica em lactentes: uma revisão sistemática [monografia na internet]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011 [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37213/000820567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. Colebrusco LDO. Fatores determinantes da variação de peso no pós-parto [dissertação na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-19102010-142022/publico/Dissertacao_Mestrado_setembro_2010.pdf
13. Fiocruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [publicação online]; 2019 [acesso em 09 set 2019]. Disponível em <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=440>.
14. Gallangher ML. Ingestão: os nutrientes e seu metabolismo. In: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause – Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 38-39.
15. González C. Manual Prático de aleitamento materno. São Paulo: Editora Timo; 2018. Alimentação da mãe; p. 40-50.
16. Gross FM, Van Der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Cabral FB. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras [internet]. Acta Paulista de

- Enfermagem. 2011;4(24):534-540 [acesso em 15 mar 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a14v24n4.pdf>
17. Ichisato SMT, Shimo AKK. Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte [internet]. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;3(5):355-362 [acesso em 15 mar 2019]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5052/3258>.
 18. Jones RH. Amamentação e o Continuum da Humanização. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 185-209.
 19. Linhares MF, Amaral ACS, Costa ACM, Gonçalves ACS, Rezende MRF, Abreu NS. Imagem corporal no pós-parto. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; s/d.
 20. Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araujo RMA. Representações sociais da alimentação da nutriz [internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;10(16):4267-4274 [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a32v16n10.pdf>.
 21. Mello Júnior W, Santos TM. Anatomia e Fisiologia da Lactação. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 3-17.
 22. Morgado AC. As múltiplas concepções de cultura [internet]. Múltiplos Olhares em Ciência da Informação. 2014;4(1):1-8 [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/gpcie/files/2018/04/multiplas-concep%C3%A7%C3%A7%C3%B5es-cultura-1.pdf>.
 23. Moura EC. Nutrição e Bioquímica. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 49-72.
 24. MS - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. Brasília (DF); 2015 [acesso em 08 set 2019]. Produção de leite materno; p. 25-26. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_criancas_aleitamento_materno_cab23.pdf.
 25. MS - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. Brasília (DF); 2015 [acesso em 08 set 2019]. Características e função do leite materno; p. 29-30. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_criancas_aleitamento_materno_cab23.pdf.
 26. MS - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [internet]. Brasília (DF); 2015. O ato de comer e a comensalidade; p. 91-102. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
 27. MS - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [internet]. Brasília (DF); 2015. A compreensão e a superação de obstáculos; p. 103 -124. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
 28. MS - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno [internet]. Brasília (DF); 2007 [acesso em 9 set 2019]. Retirada do leite das mamas (ordenha); p. 24-25. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf.
 29. MS- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso em 30 mar 2019]. A escolha dos alimentos; p. 25-51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
 30. MS- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília (DF); 2001 [acesso em 24 fev 2019]. Assistência à mulher no puerpério; p.175-176. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
 31. Nogueira JL. Fatores associados à retenção de peso em mulheres no pós-parto em municípios do Rio de Janeiro [dissertação na internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12978/1/ve_Jamile_Lima_ENSP_2014.pdf.

32. Padovani RM, Amaya-Farfán J, Colugnati FAB, Domene SMA. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais [internet]. Rev de Nutrição. 2006;19(6):741-760 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n6/09.pdf>.
33. Palavra “Puerpério”. <https://origemdapalavra.com.br/palavras/puerperio/>
34. Reinaux CMA. Atuação da Fisioterapia. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 132-144.
35. Silva AFM, Galva MAM, Bittencourt RM. Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família [internet]. Rev da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2011;3(12):574-581 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a18v12n3.pdf.
36. Sopa de mulher parida. <http://www.eujacomi.com.br/sopa-demulher-parida/>.
37. Tavares CBG. Técnicas de amamentação. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação – Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 145-162.
38. Tortillas de milho. <https://gshow.globo.com/receitas-gshow/receitas/tortillas-de-milho-4e9f239d2769603cec00335a.ghtml>
39. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krusevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida [internet]. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016;1-24 [acesso em 08 set 2019]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>.
40. Vieira F, Salge AKM, Bachion MM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA período pós-parto imediato e tardio [internet]. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010;1(14):83-89 [acesso em 24 fev de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13.pdf>.
41. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2014. Recomendações nutricionais para a nutriz; p. 143-146.
42. Yajahuanca RSA. A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo [tese na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-13112015-105147/publico/RosarioDelSocorroAvellanedaYajahuancaREVISADA.pdf>.

BIBLIOTECA DIGITAL DE TRABALHOS ACADÊMICOS – BTDA

Título do TCC: *Centro de Mulher Párida: Inovação e Simpatia na Cuidarização no Pós-Parto em uma maternidade de São Paulo-SP*

Autor(es):

Nome: *Valéria Clarisse de Oliveira*

Nome:

NUSP: *7131722*

NUSP:

Email: *LERINHA.CLARISSE@GMAIL.COM*

Email:

Telefone: *(11)96139-1571*

Telefone:

De acordo com a Resolução CoCEx-CoG nº 7497, de 09 de abril de 2018, este trabalho foi recomendado pela banca para publicação na BDTA.

A Comissão de Graduação homologa a decisão da banca examinadora, com a ciência dos autores, autorizando a Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP a inserir, em ambiente digital institucional, sem resarcimento dos direitos autorais, o texto integral da obra acima citada, em formato PDF, a título de divulgação da produção acadêmica de graduação, gerada por esta Faculdade.

São Paulo, 26 / 11 / 2019



Prof. Dr. Ivan França Junior
Presidente da Comissão de Graduação

Recebido pela CG em: ___ / ___ / ___	por: _____
Liberado para submissão em: ___ / ___ / ___	por: _____
Recebido pela Biblioteca em: ___ / ___ / ___	por: _____
Disponível na BDTA em: ___ / ___ / ___	por: _____