



ORIGINAL ARTICLE

KNOWLEDGE, ACTIONS AND BELIEFS OF RIVERSIDE WOMEN REGARDS TO
CONCEPTION AND CONTRACEPTIONCONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS DE MULHERES RIBEIRINHAS FRENTE À
CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃOCONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CREENCIAS DE MUJERES RIBEIRINHAS FRENTE DE LA CONCEPCIÓN Y
CONTRACEPCIÓNLeila Rangel da Silva¹, Raquel Faria da Silva²

ABSTRACT

Objective: to describe the knowledge and attitudes of the riverside women from Vila Nova Maringá, Amazonas, regards to conception and contraception. **Method:** this is about an exploratory and descriptive study, from qualitative boarding, in the Vila Nova Maringá riverside community, in Maués city, Amazonas, from July to August 2008. Participated of these study 15 riverside women above eighteen old years. Data were collected through interviews with semi-structured script. After transcribing the data, was chosen the content analysis (thematic analysis), giving support to the qualitative research of the interviewees' speech. The study has been approved by the Committee of Ethics in Research of the São Francisco de Assis College of the University Federal of Rio de Janeiro (54/2008). **Results:** still the women suggested ideal age to be a mother is between eighteen and twenty years old, the majority experienced the pregnancy in the adolescence, with family conflicts. Concerning to conception and contraception the women majority know and act influenced by the simply popular knowledge. **Conclusion:** to take care of these women is necessary associate the popular knowledge to scientific knowledge, enabling the women to exercise the justice to sexuality exercise released of the procreation. **Descriptors:** nursing, culture, reproduction, women health.

RESUMO

Objetivo: descrever o conhecimento e as atitudes das mulheres ribeirinhas de Vila Nova Maringá, Amazonas, frente à concepção e contracepção. **Método:** estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, na comunidade ribeirinha Vila Nova Maringá, na cidade de Maués, Amazonas, entre julho e agosto de 2008. Participaram do estudo 15 mulheres ribeirinhas, com idade acima de dezoito anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado. Após transcrição dos dados, optou-se pela análise de conteúdo (análise temática), que deu suporte à investigação qualitativa das falas das entrevistadas. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (54/2008). **Resultados:** embora a idade ideal sugerida pelas mulheres para a maternidade seja entre 18 e 20 anos, a maioria vivenciou a gestação a adolescência, acompanhada de conflitos familiares. Referente à concepção e a contracepção grande parte das mulheres conhecem e agem influenciadas simplesmente pelo saber popular. **Conclusão:** para cuidar dessas mulheres faz-se necessário associar o saber popular ao saber científico, capacitando-lhes para exercer o direito ao exercício da sexualidade desvinculado da procriação. **Descritores:** enfermagem; cultura; reprodução; saúde da mulher.

RESUMEN

Objetivo: descrever el conocimiento y las actitudes de las mujeres ribeirinhas de Vila Nova Maringá, Amazonas, frente de la concepción e contracepción. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo, en la comunidad ribeirinha Vila Nova Maringá, en la ciudad de Maués, Amazonas, entre Julio y Agosto de 2008. Participaran del estudio 15 mujeres ribeirinhas, con más de dieciocho años. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas grabadas con guión semi-estructurado. Después de transcribir los datos, fue elegido por el análisis de contenido (análisis temático), dando apoyo a la investigación cualitativa de la expresión de las entrevistadas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela São Francisco de Assis de la Universidad Federal del Rio de Janeiro (54/2008). **Resultados:** aunque la edad ideal sugerida por las mujeres para la maternidad sea entre 18 y 20 años, la mayoría vivencio la gestación precoz en la adolescencia, acompañada de conflictos familiares. Referente la concepción y la contracepción grande parte de las mujeres conocen y actúan influenciadas simplemente por el saber popular. **Conclusion:** para cuidar de esas mujeres es necesario asociar el saber popular al saber científico, capacitando la mujer para ejercer el derecho al ejercicio de la sexualidad desvinculado de la procreación. **Descriptores:** enfermería; cultura; reproducción; salud de la mujer.

¹Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rangel.leila@gmail.com; ²Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestranda do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Bolsista REUNI. E-mail: kel_fp@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Durante o período de coleta de dados para a dissertação de mestrado em enfermagem escolhi para o desenvolvimento da pesquisa a comunidade ribeirinha Vila Nova Maringá em Maués, Amazônia, uma comunidade no rio Parauari, com o objetivo de conhecer os aspectos culturais que envolvem a criação de filhos entre ribeirinhos. Durante a coleta de dados e a vivência na comunidade ribeirinha, especialmente com as mulheres, pude me deparar com informações referentes ao conhecimento, ações e crenças frente à concepção e contracepção.

A comunidade Vila Nova Maringá, é uma comunidade onde encontramos um número considerável de grandes múltiparas que iniciaram a maternidade no período da adolescência, e acabam tomando para si a responsabilidade na criação de filhos, quantos ter e a escolha do método contraceptivo. E por não terem oferta de assistência a saúde na sua região, estando distantes da rede básica ou hospitalar, muitas delas se apropriam do saber popular adquirido de gerações, como a utilização de chás e tabelas sem fundamento científico, na tentativa de controlar a reprodução.

Mesmo estando isolada logisticamente e possuindo características possivelmente exóticas aos profissionais da saúde oriundos dos grandes centros, esta comunidade merece atenção especial da saúde pública. Dentre eles, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, como também o de planejar ter, ou não filhos. É sabido que a qualidade de atenção inclui seis elementos fundamentais: escolha livre de métodos, informação para usuárias, competência técnica, relação usuária-serviço; acompanhamento de usuárias e integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva.¹

Entendido como um direito humano, a saúde é um direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, artigo 196, garantida mediante políticas sócio-econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.²

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social completo em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e com suas funções e processos; e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. Portanto, implica na capacidade que a pessoa tem de ter uma vida sexual satisfatória e sem riscos; capaz de

procriar e a liberdade de decidir sobre se, quando e quantas vezes o pretende fazer.²

Os direitos reprodutivos correspondem aos direitos já reconhecidos em legislações nacionais e internacionais e que são frutos de consensos, em que todos os casais e indivíduos possuem o direito de decidir livremente e com discernimento sobre o número de filhos, e o intervalo entre eles; dispor de informações necessárias para tal e do direito de ter acesso ao melhor nível de saúde em matéria de sexualidade e reprodução.³ Entretanto, essa não é a realidade de inúmeras comunidades nos recôncavos do Brasil, como Vila Nova Maringá, onde encontramos grandes múltiparas que desconhecem os métodos contraceptivos e por seguinte vivem a gravidez não desejada.

O enfermeiro cuidando dessas mulheres deve ter ciência de que ao trabalhar com direitos sexuais e reprodutivos, irá se deparar com a realidade cultural de cada mulher, como cada uma conhece e age frente à concepção e contracepção, reconhecendo seus saberes populares, fazendo a intercessão com o saber científico, ocupando o papel de cuidador direto, que tem o maior contato com o cliente, realizando a ligação entre eles e os profissionais de saúde, um comunicador/educador.⁴

Madeleine Leininger, enfermeira e antropóloga, explora a importância do enfermeiro conhecer os saberes populares de cada cliente e como eles podem ser articulados para a prestação do cuidado. O saber popular é o cuidado genérico, o conhecimento que é aprendido e transmitido, indígena, tradicional ou popular, local, com o intuito dar assistência, suporte, capacidade e facilidade aos atos para ou dirigidos a outros com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas a fim de melhorar o bem-estar ou para ajudar em caso de morte e outras condições humanas.⁴

O saber popular faz parte da cultura de cada mulher a partir do momento que a cultura segundo Leininger são valores, crenças, normas e modos de vida apreendidos, partilhados e transmitidos, que orienta o pensamento, decisões e ações, de modo padronizado e freqüente entre gerações.⁴

A cultura também pode ser vista como a lente com a qual o homem vê o mundo, ou seja, um conjunto de princípios explícitos e implícitos herdados por indivíduos membros de uma sociedade, princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo que os cerca, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se nas relações.⁵ Madeleine Leininger associa cultura à enfermagem

Silva LR da, Silva RF da.

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

quando a define como uma profissão focalizada no fenômeno e nas atividades do cuidado e comportamento humano e suas variações determinadas pela cultura.⁴

Como enfermeira e pesquisadora na comunidade ribeirinha Vila Nova Maringá vi como as crenças culturais influenciam na forma como as mulheres conhecem e agem frente à concepção e contracepção, e como é importante estar sensível a esses valores para prestar um cuidado eficiente. Mulheres que desconhecem seus próprios corpos, como ocorre a concepção e contracepção, e que por falta de conhecimento e cuidado profissional, não planejam o número de filhos ou o fazem de forma incorreta. Sendo assim, traçou-se como objetivo do estudo: Descrever o conhecimento e as atitudes das mulheres ribeirinhas de Vila Nova Maringá - Amazonas, frente à concepção e contracepção.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, o que possibilita a análise subjetiva dos dados. O estudo foi realizado com mulheres moradoras da comunidade ribeirinha Vila Nova Maringá, na cidade de Maués - AM, Brasil. Vila Nova Maringá é uma das comunidades ribeirinhas da cidade de Maués, situada às margens do rio Parauari. Composta por 42 famílias, com apenas 18 famílias vivendo na vila e o restante dentro da mata cultivando predominantemente a mandioca para a fabricação da farinha.

Após reunião com o líder comunitário, todas as casas foram visitadas e as mulheres das 18 famílias moradoras da vila foram convidadas a participar da pesquisa. Após as visitas encontramos uma amostra de 15 mulheres, sujeitos do estudo, e que atenderam aos seguintes critérios: 1) moradoras da comunidade ribeirinha Vila Nova Maringá; 2) maiores de 18 anos; 3) mães em idade fértil e, 4) que espontaneamente quiseram participar desse estudo ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo excluídas todas aquelas que não atenderam a esses critérios.

Para coleta dos depoimentos foi utilizada a entrevista semi-estruturada, contemplando um roteiro com dados: sócio-econômico-educacional; obstétricos e sobre os conhecimentos e crenças frente à concepção e contracepção, no período de Julho e Agosto de 2008, após o cumprimento das seguintes etapas: autorização do líder da comunidade escolhida para a pesquisa; análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ / Hospital Escola

São Francisco de Assis sob o protocolo n° 54/2008; obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em observância à determinação da resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas foram realizadas em local reservado escolhido pelas mulheres na própria comunidade e gravadas em MP3, de modo a favorecer o diálogo entre as participantes e o entrevistador. A fim de assegurar a privacidade das depoentes os nomes das mulheres foram substituídos por codinomes indígenas de língua Tupi ou Guaraní, justificando-se pela origem indígena da cidade, sendo os significados dos nomes relacionados com características físicas ou de personalidade das mulheres, escolhidos pela pesquisadora.

A análise das informações foi fundamentada na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.⁶ O material foi transcrito e, posteriormente, realizamos a análise que inclui os seguintes passos: leitura inicial, procurando ter uma compreensão global do material; identificação das unidades de significado que emergiram das falas das entrevistadas; descoberta de núcleos, interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados.

RESULTADOS

Traçando o perfil das características sócio-econômico-educacional das 15 mulheres entrevistadas, observamos que as mesmas têm idade que varia entre dezoito e quarenta e seis anos, sendo que 66.6% (10) encontram-se na faixa dos 36 a 46 anos, 80% (12) possuem o ensino fundamental incompleto, apenas 13.3% (02) são estudantes.

No que diz respeito à renda familiar, 53.3% (08) das entrevistadas têm renda familiar abaixo de 400 reais, sendo que, 20% (03) dessas mulheres têm renda de até 50 reais por mês. Quanto ao número de pessoas que residem na mesma casa, incluindo a mulher, 40% (06) das entrevistadas vive com três a seis pessoas, 33.3% (05) com sete a dez pessoas, e 26.6% (04) declaram residir em casa com mais de dez pessoas.

Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria das mulheres, 80% (12) foi mãe com idade entre 13 e 18 anos. 46.6% (07) das mulheres são grandes múltiparas, com 05 a 10 filhos. 40% (06) das mulheres sofreram abortos espontâneos e (01) tentou provocar aborto.

O processo analítico dos dados empregado foi a análise temática, onde foram identificadas duas categorias temáticas centrais: 1) A idade ideal para a maternidade

Silva LR da, Silva RF da.

e a primeira gestação de mulheres ribeirinhas;
2) O olhar da concepção e contracepção das mulheres ribeirinhas.

● A idade ideal para a maternidade e a primeira gestação de mulheres ribeirinhas

Todas as mulheres acreditam que a idade ideal para maternidade é acima dos dezoito, vinte anos, no entanto, a maioria das mulheres foram mãe antes dos dezoito anos, como podemos ver na fala de Guaraciaba, que embora tenha sido mãe aos 13 anos diz:

A idade boa é dos vinte e cinco anos pra cima. Porque muito nova dá muito trabalho, ate que elas não são formadas, tem que estudar muito... (Guaraciaba, 26 anos)

Guaraciaba se lembra de sua experiência de vida ao falar da sua primeira gravidez e refere que o estudo foi o maior prejudicado com a vinda dos filhos na adolescência. Guaraciaba, como todas as mulheres da comunidade que foram mães na adolescência, vivenciou a gravidez como um fator de limitação no que tange à educação e perspectivas futuras.

Eu sonhava ter um bebê, depois de eu ter, não foi fácil não, eu me arrependi muito, eu me arrependo de não ter capacidade de estudar, oportunidade de estudar, eu me arrependo por isso. Se pudesse voltar atrás mudaria que filho não queria mais, só estudar, nem compromisso com homem eu queria, se voltasse atrás não queria. (Guaraciaba, 26 anos)

Assim como Guaraciaba, Maiara ressalta a vinda dos filhos na adolescência como um empecilho para os estudos e as alegrias e diversões da mocidade:

Eu acho assim, a menina assim até os 16 anos eu acho que ela tem que esperar pra uma coisa melhor, não se deixar levar, ela tem que aproveitar bem seu estudo, aproveitar mais seu divertimento, brincadeira, porque se ela for se deixar levar demais cedo, logo aparece filho ai ela não pode mais sair de casa, já não vai mais poder se divertir como ela se divertia antes, eu acho que pra mim é por isso. (Maiara, 37 anos)

O que chama a atenção na comunidade é que essas mulheres na adolescência realmente desejavam ser mãe e, no entanto atualmente se arrependem do quantitativo de filhos, enxergam as dificuldades da maternidade na adolescência e não desejam a gravidez precoce para suas filhas. O que podemos ver na fala de Japira, que foi mãe aos 14 anos e tem oito filhos:

Eu acho que menina nova de 13 anos não é futuro, se eu fosse nascer pra ficar moça eu ia ter filho lá pros 25 anos pra lá, é que

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

muito novinha não é bom não. Eu via criança, achava bonitinha demais, mas ter filho não é fácil não, a gente criar um filho é muito difícil. Eu acho que filho é bom até dois, mas te assim como eu tenho seis, eu acho que não é futuro ter muito filho. Eu acho que não é futuro, é difícil. (Japira, 39 anos)

Em relação à gravidez na adolescência, nove mulheres sentiram-se novas e despreparadas para a maternidade na adolescência, podemos ver isso quando, Jaciaba e Piatã nos falam que a idade ideal para maternidade é acima dos vinte anos, pois segundo elas, a mulher estará madura para a maternidade. Piatã ainda nos fala a respeito de responsabilidade:

Eu penso que uma idade mínima é de 20 anos pra lá, porque de 20 anos pra lá a pessoa tem mais uma consciência, tem pessoas que não, não pensa no futuro pra frente, só pensa em vaidade, é difícil ter uma pessoa nova que tenha uma responsabilidade, é difícil. (Piatã, 45 anos)

Eu não me baseio assim por mim, porque eu fui mãe muito nova, com 14 anos, ainda era uma menina, eu acho assim que uma mocinha deve se guardar pelo menos até os 18 anos, ai eu acho assim, de 18 pra diante, 20 que já ta mais madurinha. (Jaciaba, 38 anos)

Vemos também que seis mulheres não receberam apoio do parceiro sexual na primeira gestação. Uma dessas mulheres foi Yara que teve seu primeiro filho aos quinze anos nos diz a respeito da primeira gravidez:

Quando eu engravidei dela foi muito ruim, porque era só eu, não tinha quem me ajudasse... O pai dela não queria ficar comigo. (Yara, 18 anos)

Em relação à vida conjugal, nove relataram ter companheiro, sendo que 03 dessas sofreram violência doméstica após a primeira gravidez. Cunhaporá que foi mãe aos dezesseis anos, é uma das mulheres que passou a sofrer maus tratos neste período:

Quando eu apareci de barriga ele começou a ser ruim comigo, começou a beber, a me bater, naquele tempo não tinha essa lei né, negócio da Maria da Penha. (Cunhaporá, 46 anos)

Além da violência doméstica perpetrada pelo parceiro durante a gestação, podemos ver que a maioria das mulheres teve relações conflituosas na família neste período por causa da gravidez. Jurema, mãe aos quinze anos e Irani, mãe aos vinte anos, não receberam apoio dos parceiros, e ainda foram duas das mulheres postas para fora de casa após a primeira gestação e precisaram trabalhar para sustentar os filhos:

Silva LR da, Silva RF da.

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

Ele (padrasto) era muito ruim, aí apareci grávida, ele disse que não me queria lá, tenho que criar meu filho só eu, tenho que trabalhar pra criar meu filho. (Jurema, 40 anos)

Irani ainda recebeu ameaças do pai após a gestação:

Eu não tive ajuda dele (pai), ele não quis que eu ajudasse ele, nem ficar na casa dele, ele me jogou de casa depois que eu engravidei, queria me matar e um monte de coisa. (Irani, 39 anos)

Vale considerar que, na gravidez, independente da idade, a mulher enfrenta um processo de mudanças físicas, psíquicas e no âmbito social. Infelizmente a maioria das mulheres experimentou também na sua primeira gestação o abandono dos parceiros, a violência doméstica e falta de apoio dos pais, uma maioria que começou a maternidade de forma não planejada e precoce.

● O olhar das mulheres ribeirinhas em relação à concepção e contracepção

Durante a vivência na comunidade conheci muitas crianças com cerca de dez anos, que me falavam de seu desejo de iniciar a vida sexual antes mesmo da menarca, e outras já haviam iniciado a sexarca. Quinze (15) mulheres, 03 disseram ter dado início à vida sexual antes da menarca, uma delas foi Yara, que iniciou a prática sexual aos treze anos, sem nenhuma orientação satisfatória sobre concepção, ela sabia apenas que depois que menstruasse poderia engravidar, mas não sabia como acontecia.

Eu sabia que engravidava, mas não sabia como, se a gente fosse fazer logo se engravidava, depois soube que era só na menstruação, só se menstruasse, aí depois que eu fiquei menstruada eu fiquei com medo de fazer. (Yara, 18 anos)

Cunhapora é uma das mulheres que mais falou sobre a concepção, no entanto como podemos ver em sua fala seus conceitos sobre o ciclo menstrual estão equivocados. Podemos ver em sua fala, que Cunhapora acredita que a concepção ocorre no período do ciclo próximo a menstruação, quando segundo ela o útero está forte para receber uma criança.

Quando ela tá pra menstruar o útero tá forte, aí o marido vem mexe ali e pronto a menstruação já voltou, nem desce já, não vem mais, porque já engravidou, porque o útero tá forte. (Cunhapora, 46 anos)

Jaciaba também faz referencia ao útero forte relacionado à concepção. No caso de Jaciaba, ela utiliza o termo útero forte para o mais resistente a gravidez, que não concebe fácil, essa é forma como ela explica a concepção.

O útero fraco é rapidinho pra engravidar e o mais forte custa um pouco. (Jaciaba, 38 anos)

Outra forma de explicar a concepção é ser este um ato de Deus puro e simplesmente. O relato de Apuã acompanha a crença da maioria das mulheres da comunidade.

Eu era muito nova, muito nova, mas foi a época que eu me engravidei, foi o que Deus faz é bom, eu fiquei contente assim... quero que Deus me dê só esse daí mesmo. (Apuã, 19 anos)

Em relação a contracepção, apenas seis das 15 mulheres utilizam algum método anticoncepcional: uma utiliza a pílula, uma utiliza a camisinha, uma utiliza a tabelinha e duas utilizam chás para contracepção e uma informou que realizou laqueadura. Todas essas seis mulheres usavam voluntariamente métodos contraceptivos, conscientes e desejosas pelo planejamento familiar satisfatório. As grandes multiparas estão entre as mulheres que não fazem uso de contraceptivos, exceto por Jurema que utiliza chás como método contraceptivo e tem dez filhos.

As 12 mulheres que foram mães com idade entre treze e dezoito anos, desconheciam métodos contraceptivos neste período da vida.

Tingá que foi mãe aos dezessete anos e tem hoje quatro filhos, nos disse que só após o primeiro filho soube como ocorria a concepção e como poderia fazer a contracepção. Tingá atualmente com quatro filhos, é uma das poucas mulheres da comunidade que viaja por onze horas de barco ao centro da cidade de Maués para pegar o método contraceptivo no Posto de Saúde em que faz parte do grupo de planejamento familiar, com o intuito de controlar o número de filhos.

Depois que eu tive ele que eu fui sabendo como eram as coisas, aí não marquei mais assim de qualquer jeito não... Camisinha, eu uso camisinha. (Tingá, 36 anos)

Cunhapora é a única mulher que utiliza a tabelinha como método, no entanto seu conhecimento sobre o método está incorreto. Segundo a fala de Cunhapora o período para se ter a relação sexual seria justamente no período fértil, ou seja, no meio do ciclo menstrual, esse conceito advém de um saber popular de que o colo do útero estaria aberto para a descida de menstruação e com isso facilitaria a entrada de espermatozóides no útero.

Quando ela menstrua e quando ela fica boa ela também não pode ter relação, porque o útero tá aberto, ainda não fechou o nosso

Silva LR da, Silva RF da.

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

útero, ainda ta aberto, o colo ta aberto ainda da menstruação, porque nós estávamos menstruadas, aí nosso colo de útero só vai fechar quando a gente fica boa três dias, aí ele fecha, com quatro dias você pode ter a relação sexual com seu marido e não há perigo. (Cunhapora, 46 anos)

Jurema é uma das mulheres que utilizam chás como métodos anticoncepcionais. Jurema explica porque utiliza os chás de copaíba, carapanauba e erva de passarinho, ela justifica a utilização dos remédios caseiros tradicionais por ser este o único método à que ela tem acesso na comunidade.

Eu tomo remédio amargo carapanaúba, copaíba, eu tomo pra não pega filho... Eu fiquei boa ontem, eu tomo o remédio hoje pra evitar a criança, porque a copaíba não deixa a gente pega criança não, porque é amargo. Não tem outro remédio pra evitar né, vai esse remédio da terra mesmo... pra evitar um pouco, pra não ter um em cima do outro também, tem muito trabalho, buchuda não é fácil não, esse que é o remédio da terra, copaíba, é carapanauba, erva de passarinho, tudo a gente toma pra evitar. (Jurema, 40 anos)

Já Jaciaba utilizou chás no passado e nos explica que deixou de utilizar os chás devido a um de seus efeitos adversos que é a taquicardia, hoje em dia não utiliza nenhum método anticoncepcional e tem sete filhos aos trinta e oito anos, o filho mais novo tem dois anos.

Eu tomava assim chá de carapanaúba na água, carapanaúba ficava magro aí eu tomava, mas era só. Depois eu deixei de tomar, que o carapanaúba é muito forte. Da muito baque forte no coração. (Jaciaba, 38 anos)

Japira é uma mulher que embora soubesse sobre os métodos anticoncepcionais, o marido não permitia que ela os utilizasse, infelizmente essa realidade de Japira é a mesma de muitas mulheres no Brasil.

Eu sabia, mas eu não tomava nada de remédio, meu marido era bravo, se a gente tomasse remédio ele ficava bravo, tomar remédio pra não ter filho, eu ficava com medo né, que ele era ruim, tomava não. (Japira, 39 anos)

Diante desses dados podemos ver que a temática da contracepção precisa ser abordada nesta comunidade urgentemente, garantindo as mulheres o direito reprodutivo. Dando a essas mulheres a oportunidade de conhecer seus corpos e métodos contraceptivos corretamente, podendo planejar a maternidade, optando pelo melhor método anticoncepcional para elas, ou seja, o mais apropriado às necessidades do casal,

eficaz, de fácil uso, que atenda a demanda e seja de fácil acesso.

DISCUSSÃO

A idade para o início da vida sexual e para a maternidade é altamente influenciado pela cultura da comunidade em que mulheres estão inseridas. É a cultura delas a responsável pelos valores e normas para o que julgam ser a idade ideal para a maternidade.⁵

Para as mulheres a faixa etária considerada ideal para a primeira gestação seria entre 18 e 20 anos sendo que a maioria (12) das mulheres deste estudo teve sua primeira gestação entre 13 e 18 anos, antes do período considerado ideal para a gestação.

A gravidez na adolescência pode ser um fator de limitação para a adolescente no que tange à educação, ao trabalho, ao matrimônio e a perspectivas futuras. Muitas mulheres comprovaram isso relatando sonhos frustrados devido a uma gravidez precoce, o que chamamos de rito de transição, ou seja, a transição de “status” da menina em mulher.⁷ No entanto, estudos recentes mostram que a gravidez na adolescência tem sido algo almejado pelas jovens, sendo um projeto de vida.⁸

Todas as mulheres desejaram ser mães, independente da idade, no entanto, depois dos filhos a maioria se viu despreparada para a maternidade e arrependidas. Cabe-nos então, refletir se esse desejo de ter o filho não representa uma fuga da realidade ou uma necessidade de auto-realização, é como se essas mulheres não tivessem consciência real do que seria a maternidade, com suas vantagens e desvantagens, até vivenciá-las.

A maternidade é um processo de grande transformação na vida das mulheres. Este processo se torna mais complexo, quando se trata da mãe adolescente que, além de vivenciar os questionamentos e conflitos próprios da idade, se coloca frente à maternidade, tendo insegurança no cuidado com o bebê, decorrente de sua inexperiência e imaturidade.⁹

Além da gravidez na adolescência, grande número de mulheres (07) é formado de grandes multíparas, com cinco a dez filhos, casos assim são mais incidentes em populações de baixa renda.¹⁰ Em nosso estudo, identificamos que, na maioria das famílias entrevistadas, a renda familiar média era de 300 reais para oito pessoas, em casas de apenas um cômodo. O número de filhos e a gravidez precoce interferem na possibilidade de estudar.¹¹ Indícios dessa desestruturação são observados entre as mulheres do estudo

Silva LR da, Silva RF da.

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

em que a maioria (12) possuía apenas o ensino fundamental incompleto.

A gravidez precoce pode dar origem a diversos problemas como os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação da família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade da menina mulher adolescente.¹² Grande parte das mulheres entrevistadas viveu esses conflitos familiares, principalmente a falta de apoio do parceiro, da família e relações conflituosas com a família devido a gravidez precoce. E algumas mulheres ainda sofreram violência doméstica na primeira gravidez.

Infelizmente, as gestantes não estão livres da violência doméstica: em revisão de literatura, foram observadas prevalência de 0,9% a 20,1%.¹³ Dentre os fatores associados à violência doméstica no período gestacional estão a baixa escolaridade, uso frequente de álcool, desemprego e baixa renda.¹⁴ Algumas mulheres disseram que os homens passaram a ser agressivos depois da gestação, levando-nos a pensar que pelo fato da gravidez aumentar a relação de dependência da mulher para com o homem, ele sente-se mais seguro para agredir sabendo que a mulher irá suportar a agressão.

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil. Por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional, a violência na gestação exige atenção especial dos serviços de saúde.¹³

No que tange a temática da concepção, para algumas mulheres ela pode ser um mistério, uma ação divina ou ainda que elas procurem explicar, seus conhecimentos populares vão muito além do que ocorre verdadeiramente em seus corpos no processo da concepção. Faz-se necessário conhecer os saberes populares dessas mulheres e procurar adaptá-los para que elas recebam um cuidado culturalmente coerente.⁴

Neste caso, o enfermeiro ao trabalhar com essas mulheres deverá utilizar práticas educativas de caráter participativo; permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo, respeitando a sua cultura. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa, muitas vezes, é necessário traduzir uma linguagem técnica para uma linguagem coloquial, para que essas mulheres

assemelhem seus saberes populares ao científico.¹⁵

Na prática, a questão da falta de conhecimento das mulheres sobre a concepção é uma questão simples de ser solucionada, além da criação de programas de atualização, informação para profissionais e clientes, é necessário a abordagem da temática da concepção, contracepção e sexualidade já no ensino fundamental¹⁶, pois sabemos que a falta de orientação sexual tanto na escola, como também, principalmente na família, leva o adolescente à desinformação, e conseqüentemente ao perigo de uma DST ou a gravidez precoce.¹²

A falta de conhecimento da maioria das mulheres sobre a concepção reflete na contracepção, apenas 06 mulheres conhecem e utilizam métodos contraceptivos. Como vemos no estudo, algumas mulheres estão utilizando os conhecimentos aprendidos e transmitidos, indígena, tradicional ou popular, que receberam a cerca de métodos contraceptivos quando usam chás e tabelas sem fundamento científico. Vale destacar que as mulheres ribeirinhas de Vila Nova Maringá estão impossibilitadas de negociar seus saberes sobre a contracepção com os profissionais de saúde, já que nesta região não existe nem ao menos assistência básica à saúde.

É sabido que a utilização de plantas medicinais é uma das mais antigas práticas populares em saúde, advinda da sabedoria popular, conhecida predominantemente por mulheres.¹⁷ Na realidade da Comunidade Vila Nova Maringá esses conhecimentos populares são utilizados pelas ribeirinhas na contracepção. Dentre as entrevistadas, duas utilizam chás de carapanaúba, copaíba e erva de passarinho como contraceptivos. A eficiência dessas ervas na contracepção é comprovada cientificamente, no entanto, existem efeitos adversos para seu uso contínuo¹⁸ ou durante a gestação. Segundo o guia SUS cidadão¹⁹ esses chás não podem ser ingeridos durante a gestação, pois podem provocar má formação no recém-nascido ou mesmo o aborto, apesar disso muitas mulheres o utilizam, pois é a única forma de controle de natalidade.

Todas as mulheres que tiveram gravidez precoce, com a idade entre 13 e 18 anos, desconheciam qualquer método anticoncepcional neste período da vida. A anticoncepção na adolescência é um tema de grande relevância social pela ocorrência da gravidez nessa faixa etária, já que 79,5% das internações de mulheres com idade entre 15 e 19 anos na região Norte do Brasil é devido à

Silva LR da, Silva RF da.

Knowledge, actions and beliefs of riverside women...

gravidez, parto e pós-parto.²⁰ E os motivos pelos quais adolescentes engravidam são diversos destacando-se a falta de informação sobre os métodos contraceptivos.

Por meio desse estudo detectamos que a maioria das mulheres desconhece a concepção, assim como métodos contraceptivos, embora o Ministério da Saúde reafirme a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o direito a informações, assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter de forma livre, sem discriminação, coerção ou violência.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer as carências das mulheres ribeirinhas de Vila Nova Maringá no Amazonas, uma população que se mostra não somente isolada logisticamente do centro urbano, como também da assistência do SUS no que tange direitos reprodutivos, a partir do momento que encontramos mulheres que conhecem muito pouco seus próprios corpos e como ocorre a concepção.

Conhecemos muitas mulheres que enfrentaram gestações inesperadas, difíceis, sem apoio e no período da adolescência, fora do que seria pra elas a idade ideal para a maternidade, o que de acordo com as falas seria acima de dezoito, vinte anos, devido ao desconhecimento de métodos contraceptivos. Grandes multiparas que não sabem como ocorre a concepção e como podem fazer a contracepção de forma eficiente em pleno século XXI. Mulheres que diante das necessidades utilizam chás que prejudicam suas saúdes, ou mesmo de tabelinhas incorretas na tentativa de controlar a natalidade.

Este ambiente torna-se um desafio para o profissional de saúde, quando sua maior dificuldade será associar os saberes populares ao científico, com uma linguagem simples tentando adaptar alguns dos conhecimentos que essas mulheres trazem em suas experiências e modificando outros que são prejudiciais a sua saúde, sensíveis aos valores culturais delas e seus modos de vida orientados pelos saberes populares acerca da contracepção e concepção.

E acima de tudo faz-se necessário dar a essa mulher o conhecimento sobre seu próprio

corpo, seu ciclo menstrual e o direito da escolha em ter ou não filhos, quantos e o momento em que quer tê-los, um direito que possibilita o exercício da sexualidade desvinculado da procriação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar. Área técnica da saúde da mulher. 4ª ed. Brasília (DF); 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.
3. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. New York: Oxford University Press; 2003.
4. Leininger MM, Farland MR. Culture care diversity and universality - a worldwide nursing theory. 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.; 2006
5. Helman C. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Minayo MC. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 4ª Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1996. 269p.
7. Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem. São Paulo: Ed. Robe;1997.
8. Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um relato da realidade. O mundo da Saúde. 1999 Mar-Abr; 23(2):93-105.
9. Folle E, Geib LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Rev Latino-am Enfermagem. 2004 Mar-Abr; 12(2):183-90
10. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev Saúde Pública. 2001 Fev; 35(1):74-80
11. Rea MF. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: Berquó E, organizador. Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas (SP): Editora da UNICAMP; 2003. p.197-227.
12. Ximenes Neto FRG, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev Bras Enferm. 2007 maio-jun; 60(3):279-85
13. Audi CAF. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(5):877-85.

14. Heise L. Violência e gênero: uma epidemia global. Cad Saúde Publica. 1994; 10(Supl 1):135-45.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar. Área técnica da saúde da mulher. 4ª ed. Brasília (DF); 2002.
16. Moreira LMV. Perda fetal espontânea: avaliação do nível de conhecimento e influência dos fatores de risco (Dissertação). Bauru: Faculdade de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração; 2001.
17. Ataíde RA, Oliveira RAG, Araújo EC, Vasconcelos EMR. Uso de remédios caseiros por mulheres do programa de saúde da família. Rev Enferm UFPE On line. 2007; 1(2):97-103.
18. Ribeiro JELS. Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra firme na AM central. 19ª ed. Manaus: Midas Printing; 1999.
19. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília/DF 2008. [Acesso em: 12/04/2009]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf.
20. Cavasin S, Arruda S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p.110-8

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Raquel Faria da Silva

Rua Xavier Sigaud, 290- sala 508 – Urca

CEP: 22290-180 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil