

**Guilherme de Carvalho**

## **GESTAÇÃO DE RISCO**

**Maternidade e redes sociais em um programa de pré-natal**

### **Tese de Doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador(a): Terezinha Féres-Carneiro

**Rio de Janeiro  
Março de 2011**



**Guilherme de Carvalho**

**Gestação de risco: Maternidade e redes  
sociais em um programa de pré-natal**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção  
do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do  
Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.  
Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof<sup>a</sup>. Terezinha Féres-Carneiro**

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof<sup>a</sup>. Andrea Seixas Magalhães**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof<sup>a</sup> Denise Streit Morsch**

IFF – FIOCRUZ

**Prof<sup>a</sup>. Maria Lucia Seidl-de-Moura**

UERJ

**Prof<sup>a</sup>. Simone Biangolino Rocha**

FAMATH – RJ

**Prof<sup>a</sup> Denise Berruezo Portinari**

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação e  
Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências  
Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 25 de março de 2011

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, do autor e da orientadora.

### **Guilherme de Carvalho**

Graduou-se em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 1998. Especializou-se em Gestalt-Terapia pelo ENCONTRO (Núcleo de Estudos e Treinamento em Gestalt-Terapia) em 2001. Formou-se Mestre em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UERJ em 2001. Exerce o cargo de psicólogo hospitalar em instituição pública estadual desde 2001. É professor da Universidade Veiga de Almeida e das Faculdades Integradas Maria Thereza, em Niterói. Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) das referidas instituições acadêmicas. Tem participado de diversos congressos de Psicologia Clínica, na área de Gestalt-Terapia, assim como atuado na área de saúde pública com atendimento à gestação de alto-risco.

### Ficha Catalográfica

Carvalho, Guilherme de

Gestação de alto-risco: maternidade e redes sociais em um programa de pré-natal / Guilherme de Carvalho ; orientadora: Terezinha Féres-Carneiro. – 2011.

237 f. : il. (color.) ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui referências bibliográficas

1. Psicologia – Teses. 2. Redes de suporte social. 3. Maternidade. 4. Pré-natal. 5. Promoção de saúde. 6. Gestação de alto-risco. 7. Políticas de saúde. I. Féres-Carneiro, Terezinha. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para minha mãe.  
A solução para o passado chega com o perdão do presente  
e o orgulho do futuro.

## Agradecimentos

À vida, pela excepcional oportunidade de aprendizado sobre meus limites reais e pela possibilidade de crescimento como acadêmico e como pessoa.

À professora Terezinha Féres-Carneiro pelo encontro e por todo o aprendizado, companheirismo, dedicação e disponibilidade.

Ao André Luiz Teixeira, pela incansável paciência, tolerância com meu mau humor, pelos sorrisos ternos e cumplicidade eterna.

À Maria Lucia Seidl de Moura, pelo aprendizado e pelo eterno carinho por todos estes anos de caminhada acadêmica.

Aos membros da Banca pela disponibilidade, gentileza e contribuições acadêmicas.

Aos amigos Simone, Ligia Claudia, Sueli Ávila e Daniel Barcellos pelas trocas durante tantos anos.

À Marcelina, pela gentileza e pelo auxílio inteligente e bem humorado durante os quatro anos do doutorado.

Às amigas e alunas Soyane Sidaco e Cristiane Oliveira pela dedicação, trabalho árduo e incansável durante a escrita do meu texto, sem os quais talvez não conseguisse estar aqui.

Ao amigo André Luis Codea, pela ajuda técnica, precisão e olho clínico para os detalhes...

Ao Dedeco, especialmente, por ter mergulhado nesta etapa junto comigo. Este e tantos outros projetos só traduzem nosso sentimento de doação. Obrigado.

## Resumo

Carvalho, Guilherme de; Féres-Carneiro, Terezinha (Orientadora) **Gestação de risco: maternidade e redes de apoio social em um programa de pré-natal.** Rio de Janeiro, 2011. 237p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este estudo dá continuidade ao histórico de pesquisas do autor sobre o tema da maternidade, entendida enquanto um fenômeno humano relacional e situada enquanto etapa normal no ciclo de vida da mulher. O interesse atual repousa sobre a questão da gestação de alto-risco e as relações possíveis com a noção de rede de apoio social. A investigação tem como objetivo a apreciação da experiência do risco gravídico e as repercussões para a vivência da gestante no interior de um programa de pré-natal em uma unidade de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 12 mulheres, gestantes regularmente inscritas no programa de pré-natal, e seus relatos submetidos à análise de conteúdo. Foram aplicados dois instrumentos — Roteiro de Avaliação da Gestação (RAG) e a Ficha Biográfica (FB) —, com intuito de coletar informações sobre a composição e a função de redes sociais de apoio utilizadas pelas gestantes, identificar a concepção de risco gravídico adotada pelas mesmas e conhecer alguns dados pessoais e familiares. Os resultados apontam para uma relação entre a concepção de risco e a conscientização das gestantes acerca da necessidade de mudanças comportamentais para o enfrentamento da situação. A concepção de risco identificada pressupõe forte influência e controle do discurso biomédico hegemônico, contudo, a utilização do apoio oferecido por redes sociais parece relativizar este domínio e atuar como instrumento de promoção de saúde para as gestantes. De forma estrutural, figuras próximas e, preferencialmente, do sexo feminino, são mais consultadas e solicitadas para aquisição de suporte. A presença do companheiro é mais solicitada na qualidade de apoio instrumental e a mãe da gestante no que tange ao apoio afetivo. De forma paralela, utilizou-se o conceito de resiliência psicológica como aspecto relevante para a discussão na medida em que variáveis intrapsíquicas foram identificadas como mais intimamente relacionadas ao sucesso da experiência de gestação de risco rumo à saúde, como

autonomia, sentimento de auto-eficácia e perseverança. Verificou-se uma forte crença no apoio informacional da equipe e em sua capacidade como agente de promoção de saúde, auxiliando a gestante em sua jornada cotidiana e agindo como fator de proteção diante do diagnóstico clínico de risco gravídico. A rede de apoio social, as variáveis relativas à resiliência psicológica e a equipe de saúde apresentam-se como agentes de promoção de saúde e atuam de forma a diminuir os fatores de risco associados ao diagnóstico clínico, ao participarem da criação de estratégias eficazes de enfrentamento da situação de adversidade.

## **Palavras-chave**

Redes de suporte social; maternidade; pré-natal; promoção de saúde; gestação de alto-risco; políticas de saúde.

## Abstract

Carvalho, Guilherme; Féres-Carneiro, Terezinha (Advisor). **Risky pregnancy, motherhood and social support network in a pre-birth program.** Rio de Janeiro, 2011. 237p. Doctorate Theses – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study continues the author research on motherhood as a human relational phenomenon in a normal stage of a woman life cycle. The present interest concerns the problem of high risk pregnancy and the possible relations with the notion of social support network. The investigation focuses the experience of risky pregnancy and the consequences for the life of the pregnant woman in a pre-birth program of a health service of the state of Rio de Janeiro. 12 women regularly enrolled in the pre-birth program have been interviewed and all accounts have been fully analysed. Two instruments – pregnancy evaluation schedule and biographic card - have been used to collect the information concerning the organization and the work of the social support network used by the pregnant, identify the ideas of pregnancy risk and get some personal and family data. The results show a strong relation between the risk consciousness and the awareness concerning the necessary behaviour changes to face this situation. The idea of risk supposes a strong influence and control of the hegemonic biomedical speech but the use of the social support network seems to reduce this problem and acts as a health promotion instrument for the pregnant woman. Structurally, close friends, preferably women, are requested for help and support. The presence of the companion is rather requested for instrumental support while the mother of the pregnant woman gives emotional support. In the same way, it has been used the concept of psychological resilience as a relevant aspect for the discussion since intra-psychological variables have been identified as closely related to the success of the risky pregnancy experience for the good health as autonomy, feeling of self efficiency and perseverance. Despite the significant influence of the medical speech through the use of technical instruments by the pre-birth health service staff, it has been identified strong belief in the informational support of this staff and its capacity as an agent to promote health helping the pregnant woman daily and acting as a protection against the pregnancy risk. The social support network,

the variables concerning psychological resilience and the health staff act as a health promotion agent and work to reduce the risk factors associated to clinic diagnosis when participating of the creation of creating good strategies to face the situation of adversity.

## **Keywords**

Social support network, motherhood, pre-birth, health promotion, high risk pregnancy, health policies

## Sumário

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Introdução                                                                                  | 16  |
| 2. Sobre a construção do corpo feminino                                                        | 20  |
| 2.1. Maternidade em sua construção histórica                                                   | 24  |
| 2.2. A relação entre natureza e cultura: o surgimento das ciências da mulher                   | 31  |
| 2.3. O processo de medicalização da sociedade                                                  | 49  |
| 3. Gestação: da saúde ao risco                                                                 | 78  |
| 3.1. Sobre a ideia da maternidade e o ato da gestação                                          | 79  |
| 3.2. O panorama das políticas de saúde                                                         | 79  |
| 3.2.1. Políticas públicas para mulheres                                                        | 85  |
| 3.2.2. A caracterização do Serviço de Pré-natal na área de Saúde Pública                       | 91  |
| 3.3. A aproximação entre o paradigma da promoção de saúde e as equipes de saúde                | 96  |
| 3.4. A concepção de risco                                                                      | 105 |
| 3.4.1. A contextualização do estado gravídico de risco                                         | 109 |
| 3.5. A proposta de resiliência como conceito auxiliar                                          | 113 |
| 3.5.1. Histórico do termo                                                                      | 115 |
| 3.5.2. Indivíduo e família: duas facetas do conceito de resiliência em uma Psicologia Positiva | 118 |
| 3.5.3. Resiliência e risco                                                                     | 120 |

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4. A rede de suporte social como oposição ao risco                                                          | 125 |
| 4.1. Rede social de apoio: constituição e manutenção                                                        | 127 |
| 4.2. Família, casamento e parentalidade: alternativas<br>de suporte social para a maternidade contemporânea | 140 |
| 4.3. A constuição da rede de apoio como fator de proteção                                                   | 154 |
| <br>                                                                                                        |     |
| 5. Metodologia                                                                                              | 161 |
| 5.1. Participantes                                                                                          | 163 |
| 5.2. Instrumentos                                                                                           | 165 |
| 5.3. Procedimentos de coleta                                                                                | 166 |
| <br>                                                                                                        |     |
| 6. Resultados                                                                                               | 168 |
| <br>                                                                                                        |     |
| 7. Discussão dos dados                                                                                      | 194 |
| <br>                                                                                                        |     |
| 8. Considerações finais                                                                                     | 202 |
| <br>                                                                                                        |     |
| 9. Referências Bibliográficas                                                                               | 208 |
| <br>                                                                                                        |     |
| Anexos                                                                                                      | 234 |

## Lista de Quadros

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: Competências e atribuições | 86  |
| Quadro 2 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção                            | 100 |
| Quadro 3 – Componentes do suporte social                                                 | 132 |
| Quadro 4 – Dimensões do suporte                                                          | 132 |
| Quadro 5 – Eixos analíticos e categorias temáticas                                       | 171 |
| Quadro 6 – Heranças familiares/maternidade                                               | 173 |

## Lista de Tabelas

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 – Distribuição de questões por conjuntos – RAG      | 162 |
| Tabela 2 – Constituição familiar por existência de filhos    | 168 |
| Tabela 3 – Categorias temáticas por concepção de risco       | 172 |
| Tabela 4 – Modalidade de apoio informacional                 | 179 |
| Tabela 5 – Justificativas quanto à função da equipe de saúde | 182 |
| Tabela 6 – Aspectos positivos da personalidade               | 186 |
| Tabela 7 – Aspectos negativos da personalidade               | 188 |

## Lista de Gráficos

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 – Idade e situação conjugal                                       | 165 |
| Gráfico 2 – local da residência                                             | 166 |
| Gráfico 3 – Escolaridade atual                                              | 166 |
| Gráfico 4 – Situação profissional                                           | 167 |
| Gráfico 5 – Identificação clínica do risco gravídico                        | 169 |
| Gráfico 6 – Idade gestacional e experiência de maternidade                  | 169 |
| Gráfico 7 – Categoria temática Saúde Materna/Saúde Fetal                    | 173 |
| Gráfico 8 – Modalidades de apoio afetivo e instrumental                     | 180 |
| Gráfico 9 – Referência à equipe de saúde                                    | 182 |
| Gráfico 10 – O risco como limitação para o trabalho                         | 185 |
| Gráfico 11 – Necessidade de mudança comportamental<br>diante do diagnóstico | 185 |

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas  
Quando amadas se perfumam, se banham com leite,  
Se arrumam, suas melenas  
Quando fustigadas não choram, se ajoelham, pedem,  
Imploram mais duras penas, cadenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Sofrem pros seus maridos, poder e força de Atenas  
Quando eles embarcam soldados,  
Elas tecem longos bordados, mil quarentenas  
E quando eles voltam, sedentos,  
Querem arrancar, violentos, carícias plenas, obscenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Despem-se pros maridos, bravos guerreiros de Atenas  
Quando eles se entopem de vinho  
Costumam buscar um carinho de outras falenas  
Mas no fim da noite, aos pedaços  
Quase sempre voltam pros braços  
De suas pequenas, Helenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas  
Elas não têm gosto ou vontade, nem defeito,  
Nem qualidade, têm medo apenas  
Não têm sonhos, só tem presságios  
O seu homem, mares, naufrágios  
Lindas sirenas, morenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Temem por seus maridos, heróis e amantes de Atenas  
As jovens viúvas marcadas e as gestantes  
abandonadas,  
Não fazem cenas  
Vestem-se de negro, se encolhem,  
Se conformam e se recobrem as suas novenas, serenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
Secam por seus maridos, orgulho e raça de Atenas*

*Mulheres de Atenas (Chico Buarque / Augusto Boal)*

# 1

## Introdução

Este estudo é fruto do histórico de investigações acerca do tema da maternidade, pelo seu autor, desde sua graduação em psicologia, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Na qualidade de aluno bolsista de iniciação científica, desde a primeira metade do curso, um grande interesse se formava a respeito da área de desenvolvimento materno-infantil, com o estudo de díades mãe-bebê e, especificamente, um olhar atento às idiossincrasias da condição materna.

Assim, em um segundo momento acadêmico, o alvo dos estudos configurou-se em torno dos aspectos cognitivos da construção da maternidade, resultando em uma dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da mesma universidade.

Os anos seguintes foram marcados por uma vivência intensa em psicologia hospitalar em uma unidade de saúde pública, com atendimentos especializados na área denominada de atenção materno-infantil da unidade em questão. A partir do trabalho com o público atendido — mulheres puérperas, gestantes internadas por complicações clínicas e expectativa de aborto, díades em busca de entendimento por ser o recém-nascido prematuro, dentre outros —, e da apresentação de estudos científicos em congressos nacionais de psicologia da saúde e psicologia hospitalar, consolidou-se definitivamente a decisão de tomar a gestação de alto-risco como temática-chave para o projeto de doutoramento.

A escolha pelo contexto teórico em psicologia clínica e da família ocorreu naturalmente, pois percebíamos a presença muito forte de traços de personalidade que se destacavam durante as entrevistas clínicas e atendimentos de rotina, em especial no que diz respeito ao público gestante. Se bem manejados, obtínhamos melhores resultados em nossa abordagem psicológica, o que nos despertou curiosidade. Em quais condições resultados melhores poderiam ser alcançados? Que fatores estariam envolvidos a partir do diagnóstico realizado e no sucesso da alta hospitalar?

Assim, delineamos este estudo tendo como objeto de investigação o fenômeno da maternidade em sua correlação com o conceito de resiliência a partir da observação de mulheres em situação de maternidade de alto-risco, em uma

Unidade de Saúde da Baixada Fluminense, ligada à Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. A noção de rede social de apoio assume a qualidade de elemento teórico de suporte para a compreensão da realidade de vida das gestantes usuárias do Programa de Acompanhamento Pré-natal de Alto-Risco da unidade de saúde pesquisada.

Partindo da necessidade de maior precisão conceitual, são identificados alguns aspectos relacionados à experiência de maternidade, de forma a contribuir para a sua elucidação. A maternidade tem na gestação a representação da esfera biológica do fenômeno e é atravessada, assim, por uma série de discursos sociais e ideológicos com o intuito de regulação das práticas relacionadas ao tema.

Em acréscimo, crenças e hábitos familiares podem representar importantes transmissores e/ou efeitos de uma transgeracionalidade (Almeida, 1987). O pressuposto defendido aqui é o da transmissão familiar como um fenômeno, fruto de um trabalho interpósíquico e intrapsíquico familiar constante, também relacionado a condições sócio-históricas (Carreteiro & Freire, 2005). Desta forma, temos a construção de espaços de negociação em relação ao contexto sociocultural em prol de relações mais positivas e de troca.

A proposta conceitual sobre redes sociais (Uchino, 2004; Feijó, 2006; Libório, Castro & Coêlho, 2006) fundamenta a discussão na medida em que legitima a importância das relações travadas com outros elementos de um sistema – rede — com as funções de apoio, de troca, de benefícios à saúde individual e de regulação social.

A questão da gestação, em especial a considerada de alto-risco, é permeada por um debate na área de saúde pública, tanto em termos de gestão como em termos de atuação da equipe de saúde. Neste trabalho, o interesse está no foco específico nas temáticas de prevenção e promoção de saúde (Czeresnia, 2003) relacionadas ao momento da atuação da equipe profissional no programa de pré-natal.

No que diz respeito à esfera do público, o atendimento que promova atenção integral em termos de saúde da mulher, por meio de um serviço especializado de pré-natal, pode representar também um importante suporte durante sua experiência de maternidade de risco.

Neste sentido, pensou-se na articulação possível entre o conceito de resiliência e maternidade de alto-risco na tentativa de avaliação dos graus de

interferência das modalidades intersubjetiva e intrassubjetiva (Carreteiro & Freire, 2005) na resolução do momento de crise vivenciado pela gestante da forma o mais satisfatória possível.

Temos como interesse neste trabalho o intuito de investigar eventuais correlações entre maternidade de alto-risco e uma atitude resiliente, de forma que gestantes consideradas mais resilientes possam apresentar formas mais positivas de enfrentamento durante e ao final do processo gestacional. Entendemos que o próprio serviço de pré-natal, representado pela equipe de saúde, assume um elemento de suporte e proteção, características básicas, segundo a literatura da área, para um resultado considerado favorável (Infante, 2005; Assis, Pesce & Avanci, 2006; Cervený & Souza, 2006).

De forma prática, nosso interesse consiste em buscar um mapa da rede de apoio social disponibilizada com intuito de estabelecer possíveis relações entre altos níveis de resiliência apresentados e uma rede social estruturada e útil. De forma paralela, tencionamos localizar, em usuárias do pré-natal de alto-risco citado, a existência de níveis de resiliência diante da gravidade do diagnóstico e da perspectiva de perda da gestação.

No capítulo 2, para o entendimento e contextualização do fenômeno da maternidade, necessitamos retratar o conceito de gênero, em suas diferenciações conceituais, e apresentar a incorporação da temática mulher enquanto objeto de estudo e análise nos discursos social e científico (Laqueur, 2001; Martins, 2004; Martin, 2006).

A partir da noção de corpo e seu uso por atores inscritos em um discurso social, avançamos para a concepção na qual a medicina, na qualidade de campo de saber e ideologia, localizou o corpo da mulher enquanto objeto de discussão, em um processo de medicalização social.

Em contrapartida, ressaltamos um conjunto de estudos de destaque, no que concerne à temática do desenvolvimento humano sob o prisma da biologia da evolução. Neste sentido, a noção de gênero e suas implicações mais diretas são relativizadas durante a construção de um cenário que deve levar em consideração aspectos biológicos, sociocognitivos e afetivos (Bjorklund & Pellegrini, 2002; Seidl de Moura & Ribas, 2009).

Em retorno à experiência de risco enfrentada pela gestante, alvo maior desta investigação, a definição da concepção de risco e suas articulações teóricas e

práticas no interior da situação de gestação — de forma a definir o que é chamado de gestação de alto risco — e do cenário atual da saúde pública nacional formam o capítulo seguinte, que oferece a noção de promoção de saúde como um potente instrumento de proteção e manutenção de saúde em relação às usuárias do programa.

O conceito de resiliência encerra o capítulo com a intenção de representar um elemento significativo para a contextualização da experiência de maternidade de alto-risco na medida em que é articulado, aqui, em termos de atitudes e crenças mantidas pela gestante de forma a dispor de elementos cognitivos e afetivos para o enfrentamento da situação de adversidade, corporificada pelo diagnóstico de risco e pelo período gestacional conturbado.

No capítulo 4, apontamos para a existência de ampla literatura sobre redes de apoio social e seu fator protetivo em relação a doenças, (Hagerty & Williams, 1999; Andrade & Vaitsman, 2002; Baptista & Oliveira, 2004; Uchino, 2004). Frente ao contexto de enfermidade, o conceito de apoio social organizado em redes estruturadas traz luz para a influência de aspectos familiares, conjugais e contextuais para o indivíduo, oferecendo ferramentas mais efetivas para a superação das dificuldades relativas ao diagnóstico de risco.

Tencionamos organizar uma arena de debates acerca da temática da maternidade, observada enquanto uma constelação de fatores — sociais, biológicos, culturais e afetivos —, a partir da problematização da concepção de risco e de redes de apoio social, utilizando o conceito de resiliência psicológica como auxiliar no intuito de enriquecimento do cenário do estudo.

Após a operacionalização dos pressupostos teóricos do estudo, apresentamos a proposta metodológica, baseada na análise de conteúdo (Bardin, 1995; Rocha & Deusdará, 2005), seguida da discussão sobre os resultados alcançados na pesquisa de campo realizada com doze gestantes, no capítulo 7. Finalizamos o estudo com algumas considerações sobre a articulação entre os pressupostos teóricos e os achados da pesquisa de campo, e sugestões para futuros estudos.

## 2

### Sobre a construção do corpo feminino

A discussão acerca do papel desempenhado pelas mulheres nas sociedades ocidentais é antiga e pode ser apresentada de diferentes maneiras. De toda forma, cabe às mulheres o grande desafio de conciliar as diversas funções que a sociedade, de maneira geral, lhes atribui em forma de estados de ser. Estes estados, existenciais, sociais e biológicos, com sua força ideológica, conferem-lhes identidade: de ser mulher, profissional, esposa-companheira, ser filha, ser mãe, etc.

A ordenação de seus papéis dessa forma não foi ao acaso. Ao nascermos, somos inseridos — e por que não adotados — em um sistema intrincado de símbolos e representações que nos oferece identidade, nomeação e pertencimento.

Esse poderoso sistema de atribuição de significados é agenciado, prioritariamente, pela unidade familiar e, em momentos posteriores, por outras agências como o Estado, influências de grupos socioculturais e pelos ditos “especialismos”, representados por seus agentes socializadores: educadores, profissionais da saúde, elementos pertencentes ao contexto da fé e da religião e, especialmente, médicos.

Nossa infância é marcada por diferentes saberes acerca do nosso bem-estar (e manutenção deste), do bem-fazer, do bem-portar, do bem-ter, do bem-ser. Especialistas de toda sorte inundam as prateleiras de livrarias, bibliotecas e nossas estantes com tratados de conduta, avaliando, medindo e sugerindo práticas que criem, garantam e sustentem estados saudáveis, em diferentes estágios do ciclo vital humano. Tais especialistas são convocados pelo conjunto do tecido social e legitimados formalmente através do discurso científico, que orienta suas hipóteses e métodos.

Atualmente acompanhamos discursos ideológicos de diferentes naturezas, tais como as vertentes feministas, e suas influências mais ou menos marcantes em alguns estratos da sociedade, debatendo a inserção das mulheres no mercado de trabalho e no mundo fracionado entre público e privado, entre o trabalho e as tarefas ditas domésticas, entre a passividade e a atividade.

Vislumbramos, igualmente, o surgimento e desenvolvimento de estudos científicos sistematizados em torno das temáticas da conjugalidade e dos arranjos

familiares na contemporaneidade. O debate e a avaliação das influências transgeracionais já podem ser consideradas alvo também de debate no cenário científico contemporâneo.

Os estudos, sobre a questão de gênero, informam-nos a respeito de uma forte discussão — marcada pelo feminismo e centrada em torno da sexuação do discurso político, ideológico e científico — sobre a construção social do sexo e o uso dos corpos.

De outra forma, acompanhamos outro argumento distinto que localiza adistinção entre homens e mulheres no interior de um discurso evolutivo (Bjorklund & Pellegrini, 2000; Seidl de Moura & Ribas, 2009). Biologia e cultura estariam intimamente ligadas, neste sentido, para a compreensão do desenvolvimento humano em diferentes níveis de análise, como o ontogenético, o filogenético e o histórico. Neste sentido,

(...) O desenvolvimento individual é probabilístico e imprevisível, resultando da articulação de influências bidirecionais entre ambiente (físico, social e cultural), comportamento, atividade neural e atividade genética.

(Seidl de Moura & Ribas, 2009, p.78)

Segundo as autoras, o histórico de debates a respeito do desenvolvimento humano foi marcado por um conflito de interesses entre tal perspectiva biológica e o argumento ambientalista, especialmente a partir das primeiras décadas do século passado. Os indivíduos, assim, herdam um “ambiente” típico da espécie, tais como a gestação, a amamentação e o cuidado com a prole. Sem dúvida, devemos concordar com a existência de uma série de características típicas da espécie, mas também devemos ressaltar a construção de cenários diferenciados onde tais características ganharão particularidades sociais, políticas e ideológicas, através de atravessamentos culturais.

Parece-nos pertinente iniciarmos nosso debate a partir deste ponto, com o intuito claro de desnaturalização (tema a ser discutido mais aprofundadamente em seção posterior) e reorganização de temáticas como maternidade, reprodução, sexualidade, aborto, contracepção, todas tidas como naturais ao sexo feminino, isto é, pertencentes à natureza feminina.

Correlato a esse debate, temos a consolidação do conceito de gênero (de origem anglo-saxã) e seu equivalente conceitual francês de relações sociais de

sexo (Laborie, 2009). Adotamos ambas as nomenclaturas para esta construção epistemológica de forma a potencializarmos os caminhos rumo à compreensão do fenômeno que chamamos de condição do feminino. Tal condição é compreendida de forma relacional, multifatorial, envolvendo discursos ora advindos de fontes socioculturais, ora produtos de disciplinas biológicas e naturais, normatizadoras de uma realidade concreta.

Temos disponíveis algumas entradas analíticas em relação ao tema: a diferenciação entre natureza e cultura; a problemática do corpo e sua apropriação/construção pelo tecido social, especialmente o corpo feminino; o poderio ideológico do modelo biomédico; a construção da diferença sexual na medicina e a repercussão acerca do surgimento das chamadas ciências da mulher; a construção das relações sociais de sexo enquanto mediadores da apropriação realizada pelo discurso médico a respeito dos corpos; e um franco projeto de naturalização e medicalização do corpo feminino, lançando um duplo ideário, de natureza paradoxal, envolvendo o incentivo à contracepção por um lado, e as vantagens da natureza feminina quanto ao ato de gestar, por outro.

Obviamente, o controle sobre o corpo feminino parece ser fundamental para o sucesso desse projeto social e a noção de risco ganha especial destaque como um possível analisador, isto é, um instrumento de natureza complexa — social, biológica, moral e normativa — que baliza as condições, normais ou não, para que a mulher execute sua característica mais própria, a gestação de uma criança.

Neste estudo, temos a intenção de debater a questão da maternidade — traduzida no ato de gestar uma criança, parir e torna-se mãe — à luz do risco associado à gestação.

Para o entendimento quanto ao contexto no qual a gestação é compreendida, é necessário nos situarmos historicamente, em especial, no que concerne às transformações percebidas quanto à ideia de família. Singly (2007) localiza a natureza dessas transformações do núcleo familiar a partir das mudanças nas relações entre os dois sexos segundo um ponto de vista transgeracional. Articula mudanças sociais e suas repercussões para a família contemporânea, caracterizando esta última enquanto um fenômeno relacional que assume uma postura de individualização das relações internas do grupo familiar.

O autor complementa seu raciocínio a partir da compreensão da família enquanto: (a) dependente do Estado através de elementos reguladores das relações

entre seus componentes constitutivos; (b) responsável pela função de reprodução, tanto biológica quanto social e; (c) sensível às transformações de uma geração para outra. Destacamos a importância da intervenção estatal simbolizada através da figura do especialista — agente regulador estatal —, especialmente a partir da segunda metade do século XX (Singly, 2007).

Mudanças nas relações internas do conjunto familiar, na contemporaneidade, parecem afetar todos os elementos componentes e a qualidade de suas relações. Observamos grandes transformações quanto a diferenciações entre trabalho doméstico e público, inserção dos cônjuges no mercado de trabalho e relações referentes ao cuidado com os filhos. A própria divisão sexual do trabalho, além da representação de papéis sociais através de atitudes, usos morais e expectativas de desempenho de mulheres e homens, parecem ter alterado qualitativamente também o trinômio sociedade-pessoa-corpo.

Observamos hoje algumas cobranças inéditas quanto a um corpo belo e saudável, traduzidas em um combate estético em prol da juventude, da boa forma física e da beleza (Goldenberg, 2005; 2007); relações conjugais baseadas em um modelo igualitário e individualizado (Singly, 2007); e novas relações de parentalidade (Mizhahi, 2004).

Goldenberg (2007) realiza uma interessante análise sobre a questão da construção social do corpo através da metáfora de que o corpo é a imagem de uma sociedade. Assim, que modelo de corpo possui prestígio? Quais critérios devemos observar para a valoração de um tipo corporal, e não de outro? Quais as expectativas sociais são mais intensamente percebidas e quais não?

Em seu caso específico, a autora realiza um trabalho de investigação acerca da sociedade brasileira, em especial das camadas médias cariocas, e faz a associação entre corpo e prestígio, ou seja, fica claro o íntimo relacionamento entre o aspecto central da noção de *corpo* enquanto objeto de análise e a construção de gênero para uma cultura (Goldenberg, 2007).

A aproximação que sustentamos está inserida na articulação entre a noção de corpo, a expectativa quanto à maternidade e a consequência direta para a construção de um mapa que traduziria a condição feminina. Temos, portanto, dois eixos de análise iniciais: o entendimento do fenômeno da maternidade e o aspecto construcionista da noção de corpo, visto como um híbrido entre sociedade e biologia.

## 2.1

### Maternidade em sua construção histórica

Para tentarmos compreender os mistérios da maternidade, é preciso considerá-la em um emaranhado de múltiplas relações. Atores sociais, *scripts*, expectativas pessoais e sociais de desempenho quanto ao exercício da maternidade e da função da maternagem são peças-chave nesta discussão. Assim, buscamos, neste estudo, contextualizar o fenômeno na sua rede de relações.

Todavia, de acordo com uma caracterização do tema, são trazidos à discussão alguns elementos históricos que possam fundamentar a posição ideológica de que a maternidade é compreendida como fruto de uma construção social. Apesar de não desconsiderarmos aspectos intrapsíquicos, condições ou disposições familiares, momentos específicos do ciclo vital da mulher, ressaltamos a base eminentemente social da construção da ideia de maternidade.

A definição de maternidade e suas decorrências práticas trazem diversos impasses conceituais, na medida em que envolvem um grande número fatores relacionados, e uma certa falta de consenso quanto a uma definição única. O termo maternidade significa um estado, “qualidade de ser mãe; laço de parentesco que liga a mãe aos filhos; ação de dar à luz”(Rodrigues & Nuno, 2005). Diferentemente da noção de gravidez, maternidade possui uma característica relacional ampla, envolvendo tanto a ideia de um estado geral físico, assim como também uma natureza emocional e representacional, ao contrário da noção de gravidez, cujo principal norteador é o plano biológico, referente apenas a alterações físicas resultantes do ciclo gestacional.

Quanto ao tema da maternidade, Badinter (1985) realiza um modelo de análise histórica acerca da construção do mito do amor materno e localiza no período posterior ao ano de 1760 um grande volume de publicações que recomendam às mulheres (mães) cuidar pessoalmente de seus filhos, o que não ocorria anteriormente. A partir do início do século XVII, os adultos começam a transformar a concepção de infância existente. Estas obras, na sua maioria, escritas por médicos, foram responsáveis pela construção, em certa medida, do mito do amor materno e, como consequência prática, de um novo perfil para o papel da mulher.

Em meados do século XVIII, ocorre uma modificação significativa na imagem de mãe, no que diz respeito ao seu papel e à sua importância. Médicos, administradores e moralistas introduzem o mito do amor materno, segundo uma perspectiva higienista, recomendando às mães que cuidem pessoalmente de seus filhos, amamentando-os, inclusive. Na luta contra a indiferença materna, traduzida basicamente pela recusa do aleitamento, médicos e moralistas são responsáveis por inserir novos conceitos e valores, alterando, por conseguinte, o próprio papel social da mulher. O mito, então, alcança sua dimensão de modelo ideológico, político e social, na medida em que caracteriza o amor materno enquanto valor natural e imprescindível à sociedade.

A nova concepção de maternidade, diferentemente da anterior que atribuía os cuidados a outros cuidadores que não a mãe, trouxe alguns encargos, que, via de regra, ultrapassavam os nove meses tradicionais de gestação e envolviam novas preocupações de natureza social, afetivo-emocional e cognitiva.

Assim, o percurso histórico seguido por essa mulher-mãe moderna, no que diz respeito às suas funções básicas e deveres, pode ser evidenciado através de algumas ilustrações metafóricas. Segundo Badinter (1985) a mulher, no século XVIII, era a auxiliar do médico; no século XIX, torna-se a colaboradora do padre e do professor (de acordo com uma ideologia educativa e disciplinadora); e no século XX, com a difusão da psicanálise, é creditada à mãe a responsabilidade pela vida e saúde psíquica de seu filho, havendo um resgate, portanto, da importância dos aspectos mais afetivos relacionados à maternidade.

Assim, a partir do século XVIII, as transformações da imagem materna refletiam uma maior preocupação com a higiene e a saúde do bebê — já que era uma época de grande mortalidade de crianças. A nova mãe, responsável pelo bem-estar de sua criança, estabelece uma parceria com o médico, fonte de conselho e informação e soma, aos seus novos afazeres, o início de um compromisso com o estabelecimento de laços afetivos com a criança.

Os cuidados maternos proliferam em relação aos filhos e tornam-se condenáveis, no século XIX, por exemplo, práticas como internatos e conventos onde as condições de higiene e cuidado não eram seguras. Para a formação moral desse novo indivíduo-cidadão, é necessária a proximidade com a figura materna, fonte da boa educação, dos valores morais e éticos.

Quanto ao século XX, a psicanálise traz algumas considerações pertinentes acerca da construção da mulher normal, de sua feminilidade, rumo à categoria de boa mãe. Vale ressaltar, mais uma vez, a importância social da psicanálise nos tempos atuais para a compreensão da subjetividade moderna ocidental.

Com seus conceitos, facilmente apropriados pelo senso comum (algumas vezes erroneamente), a psicanálise possibilitou uma certa “abertura de mentes”, isto é, a construção de novas subjetividades, mais sensíveis às transformações — sociais e internas — e mais conscientes de certas responsabilidades.

Enfim, alguns pontos foram levantados quanto à noção de maternidade e seu processo histórico de formação em sociedades modernas ocidentais. Estudos teóricos com base em uma análise histórica contribuem, em muito, para a discussão sobre um tema científico, na medida em que identificam suas transformações dinâmicas. No entanto, caracterizam-se apenas por ser perspectivas de análise e devem merecer especial análise crítica, a fim de evitar generalizações distorcidas.

Assim, uma vez exposta uma breve visão histórica do papel da mulher ao longo dos últimos séculos, em especial a partir do século XVIII, na interação com os chamados especialistas, representantes de uma maciça influência dos discursos médicos e educacionais para a construção moderna da maternidade e dos cuidados e atribuições às mulheres-mães, faz-se necessário especificar claramente onde este trabalho se insere e qual o ângulo de análise proposto.

A noção de maternidade, como entendida aqui, detém em sua órbita inúmeros temas relacionados em uma intensa rede de significados. Aspectos de origem afetiva, por exemplo, são recorrentemente citados pela literatura na área (Rocha, 2001; Maldonado, 1985, 1996), e entendidos como inerentes à experiência de maternidade. A construção psíquica do novo estado materno e os temas decorrentes desse processo (Benincá & Gomes, 1998; Julien, 2000; Carreteiro & Freire, 2005; Passos 2005; 2007) configuram, sem dúvida, um importante ângulo de análise em relação ao tema, mas não o único.

O fenômeno da maternidade pode ser vislumbrado a partir da consideração de dois aspectos: (1) o modo como as mulheres se preparam para a maternidade e (2) como definem seu papel de mãe. Em ambas as considerações, no entanto, a maternidade é vista como intrinsecamente relacionada com a noção de papel social (Barnard & Martell, 1995).

No que se refere ao repertório da maternidade, são envolvidos outros papéis específicos, como técnicas de cuidado, de conforto e consolo, e até o próprio papel paterno. Infelizmente, como aponta Radke-Yarrow, (1991), raramente os diversos papéis e contextos nos quais ocorrem a maternidade são examinados ou contemplados, numa mesma pesquisa. Aspectos cognitivos associados à experiência de maternidade também constam como temas pertinentes na pesquisa da área (Carvalho, 2001; Bassin, Horney & Kaplan, 1994).

Nossa intenção consiste em oferecer um panorama ampliado do fenômeno da maternidade através do ponto de vista da figura central que é a mulher. A maternidade, em sua dimensão relacional, ocorre e afeta um corpo, e as consequências deste fato são vivenciadas, negadas ou afirmadas pela mulher. Acompanhamos as transformações bruscas e intensas das relações sociais na contemporaneidade (Bilac, 2002; Magalhães, 2003; Wagner, 2002; Mizhahi, 2004; Passos, 2005, 2007; Jablonski, 2003; Chaves, 2006; Rocha-Coutinho, 2005, 2006, 2007; Carvalho, 2009) e, certamente, dentre estas, a transformação do que chamamos conceito-vivência da maternidade.

Utilizamos como aspecto analisador desta tendência o fenômeno da gestação — e em especial a considerada de risco — para uma aproximação mais coerente com a experiência de tornar-se mãe. A localização da condição materna concretizada em um corpo parece-nos bastante frutífera.

O corpo, dotado de concretude biológica, surge como elemento passível de apropriação cultural e social (Rodrigues, 2006). Encerra em si todo um conjunto de sistemas de significação que representam um projeto veiculado pela cultura em busca de organização e ordenação do mundo para assegurar a construção e manutenção do grupo social.

Nossa consideração neste estudo parte do pressuposto de que o discurso da medicina vem servindo como forte agência social para a definição dos limites e alcances deste corpo, suas limitações, erros mais comuns, regras e moralidade. A situação da gestação serve como um excelente cenário para este modelo de intervenção social, ideológica, política, cultural e moral. Apesar da natureza fundamentalmente biológica da situação de gravidez, ao corpo da mulher são direcionados inúmeros e diferentes vetores de influência, ou atravessamentos, com destaque para a influência cultural do grupo de pertencimento.

O autor defende o argumento sobre o qual a concepção de corpo também sofreu transformações ao longo da história e esta natureza corporal, como vemos atualmente, é fruto de um longo período de significações e resignificações até os dias atuais. O autor complementa esta ideia ressaltando que:

(...) a cultura se constitui como um sistema de representações, uma atividade que consiste em estabelecer as rupturas, os contrastes e as distinções indispensáveis à constituição do sentido do mundo, das coisas e das relações sociais.

(Rodrigues, 2006, p.28)

Ainda sobre a ordenação do fenômeno biológico pela sociedade, o que se desvela é uma noção de ordem social que seja lançada ou atribuída à natureza. A gestação encaixa-se nesta proposta teórica de maneira harmoniosa, pois formaliza um encontro perfeito entre sociedade e natureza, entre cultural e biológico. Este ponto será alvo de nossa discussão mais adiante.

As modificações da representação de corpo ao longo da história informam-nos sobre modos distintos de vivenciar o corpo. Rodrigues (2006) relata que o homem medieval, por exemplo, não possuía a mesma representação (relação) que nós temos hoje com o substrato corporal. Nesta medida, antagoniza-se com o modelo pensado pelo capitalismo burguês, mais próximo de nossos dias.

A vivência e as interações entre os corpos, pessoas e conjunto social não faziam distinções entre o individual e o social, isto é, a relação entre as categorias de pessoa e corpo era ao mesmo tempo íntima, intensa, mas também devassada, pública. Como o autor sustenta, o corpo medieval não possuía uma separação clara entre o interior e o exterior. Tal separação constitui o substrato físico do corpo, com seus limites e fronteiras, significando uma diferença entre o aspecto individual e o coletivo. Os hábitos de vestir, comer, banhar, morrer, reproduzir eram ações que traduziam um corpo aberto aos olhares, sem distinção de intimidade.

Definitivamente, no interior deste cenário, podemos distinguir claramente o *modus vivendi* do corpo medieval e do corpo contemporâneo. Embora unidos por um denominador comum — o espetáculo e a exposição — as significações e a forma como este corpo é capturado pelo sistema social, linguístico e moral são diversas.

Observamos uma alteração profunda neste paradigma a partir da inserção e consolidação de um sistema de pensamento com um enorme destaque em nossa sociedade contemporânea ocidental, a saber, o individualismo moderno (Velho, 2004). Contudo, nosso foco desloca-se para o entendimento prioritariamente moral, de controle, sobre os corpos, de seu exercício e sobre as expectativas relacionadas aos mesmos.

Ao longo do percurso da história moderna, principalmente com o Iluminismo, o valor atribuído ao corpo deslocou-se de uma expressão ampla e assumiu um aspecto mais localizado, funcional. À mulher, neste novo estado de coisas, foram atribuídas ações biológico-sociais específicas. Assim como outros grupos (idosos, crianças, deficientes), a mulher também é alvo de apropriação pelo discurso cultural de maneira a produzir funções direcionadas e classificadas de acordo com estas mesmas ações específicas, ou com as expectativas relacionadas a estas.

Rocha-Coutinho (2007) aponta ainda que a família tem sofrido transformações significativas a partir do processo de modernização da sociedade e a família hierárquica, baseada em papéis definidos segundo gênero e geração, tem visto a diluição gradativa de seus valores diante de uma perspectiva mais igualitária.

Com o advento da modernização, fruto de um marco fundamental para as sociedades atuais — o processo de industrialização —, o rompimento da unidade casa-trabalho das antigas sociedades dá lugar a uma certa desvalorização do trabalho da mulher em casa e separa os elementos do binômio produção-reprodução. Além da atribuição de um valor maior ao trabalho externo, público, a partir deste momento, criou-se uma nova categoria formal, a saber: a mulher-mãe (Rocha-Coutinho, 2007).

Hoje, o que observamos é a contínua tendência de distinção e separação entre sexualidade e maternidade. Mudanças nas últimas décadas, especialmente no que concerne a avanços na área da contracepção (Schor, Ferreira, Machado, França, Pirotta, Alvarenga & Siqueira, 2000; Borlot & Trindade, 2004; Laborie, 2009), tanto no aspecto tecnológico quanto no que se refere ao debate sócio-político, além de avanços feministas (Yannoulas, 2001; Sorj, 2002; Sarti, 2003) capacitaram a mulher a poder abrir mão do projeto da maternidade — inscrito tanto em uma dimensão social quanto em uma biológica.

O estudo sistemático e direcionado para as mulheres, no século XX, inscreveu o tema definitivamente no ideário científico (Tedeschi, 2008). A preocupação da ciência a respeito do corpo feminino, debates promovidos pelo movimento feminista e a intensificação das discussões referentes ao gênero — na tradição francesa, relações sociais de sexo — completaram o panorama perfeito para que o termo feminino entrasse para a pauta de debates acadêmicos do século passado e deste.

Segundo Tedeschi (2008), o tema do feminino precisa de especial destaque na história humana e precisa ser mediado pela discussão acerca da articulação entre história e gênero. Ao longo da historiografia, a mulher sempre refletiu um conjunto de imagens, expectativas comportamentais e representações, em geral, desqualificantes.

De forma “natural”, os atributos femininos foram associados a elementos culturais característicos de inferioridade, seja por atributos físicos mais frágeis em relação aos homens, seja por qualidades mais ou menos constitutivas de sua natureza mais íntima, em geral obscura (Hertz, 1980).

Ainda em relação a uma localização histórica, para Tedeschi (2008), as primeiras representações do feminino possuíam dois contornos: um discurso com uma matriz de pensamento filosófica grega e outro discurso baseado na moral cristã. A razão grega via a mulher como um ser sem cogito, com a necessidade de ser guiada em razão da sua irracionalidade. Todas as representações construídas veiculavam uma imagem de fraqueza, desproteção e inferioridade em relação ao mundo masculino. O sistema judaico-cristão de pensamento localiza a figura feminina em um perigoso binômio, onde a figura de uma mulher pura, com seu corpo intocado, representado pela Virgem Maria, contrasta com uma imagem poluída, de perigo, marcada pelo pecado da carne, personificado pelo mito de Eva.

O impasse entre sociedade e natureza forma-se a partir deste ponto e necessita esclarecimentos. Com referência ao que este trabalho denomina de condição do feminino, torna-se íntima a relação entre temáticas como sexualidade, gênero, corpo, representações históricas e socioculturais, acerca do que é ser mulher e interagir, em um contexto social, enquanto mulher, dotada de instrumentais, biológicos e culturais que delineiam uma forma específica e lhe oferecem identidade.

## 2.2

### **A relação entre natureza e cultura: o surgimento das ciências da mulher**

A ciência contemporânea, em especial a medicina, apreende a questão de gênero como um dos critérios marcantes para a constituição de seu objeto de estudo. Neste mesmo sentido, as ciências biológicas (em especial a perspectiva evolucionista, que avalia as características adaptadas de nossa espécie), humanas e sociais identificam o tema como alvo de debates e de investigação crítica.

Como sugere Citelli (2001), desde Darwin, um árduo debate tem sido travado entre duas tendências (antagônicas): a primeira nega a disposição das ditas ciências biológicas para explicar formações sociais, enquanto a segunda atribui importância para o estudo sobre diferenças sexuais de forma a explicar comportamentos humanos e, basicamente, diferenças e usos sociais referentes ao corpo da mulher e do homem. A autora complementa sua ideia lançando ao debate o questionamento acerca da articulação entre meios de informação e as ciências biológicas para a formação de ideias acerca do masculino e do feminino.

Desta forma, o interesse do atual trabalho pela discussão sobre gênero, e em específico o feminino, pressupõe também a desconstrução necessária de uma ideia, mais ou menos estável, na qual, a despeito das diferenças entre homens e mulheres, estas últimas estariam em desvantagem devido à sua natureza de fragilidade.

Assim, como foi visto anteriormente, uma linha histórica tem sido traçada com o intuito claro de distinguir o masculino do feminino, atribuindo ao primeiro toda sorte de bônus e ao segundo a natureza do ônus.

Fundamentamos tal discussão através da diferenciação básica entre a ciência do valor e o valor da ciência. O discurso da medicina, em seu histórico pregresso e atual, viabiliza um conjunto de valores e expectativas que formam, a nosso ver, uma concepção articulada de desempenho de papéis sociais referentes aos usos dos corpos, tanto para homens quanto para mulheres.

As afirmações das ciências biológicas sobre os corpos femininos e masculinos (...) não podem ser tomadas como espelho da natureza porque as ciências, como qualquer outro empreendimento humano, estão impregnadas pelos valores de seu tempo.

(Citeli, 2001, p. 133)

Por conseguinte, tal influência maciça do discurso biológico, médico, acerca dos usos corretos e normatizados dos corpos, garante à ciência certo grau de imunidade e status, legitimando assim a hegemonia do seu discurso (Latour, 1999), ou seja, atribuindo-lhe valor e status.

Latour (1999) aposta em duas premissas: (a) a primeira afirma que existe uma articulação entre o natural e o social; (b) a segunda de que a ciência é a mediadora desta articulação.

Neste trabalho pretendemos o entendimento especializado (científico) de gestação e à caracterização da noção de risco. Tal compreensão nos permite avaliar mais apuradamente o fato de que a classificação produz, de certo modo, o fenômeno a ser visto, e não o contrário.

Se o corpo atribui uma identidade à pessoa que o possui — e entendemos a categoria denominada de pessoa como um modelo geral para a compreensão de qualquer sociedade, categoria coletiva de representação, central para a formação/organização de um ou outro grupo social — podemos incluir em tais atribuições aspectos como etnia, classe, nacionalidade, identidade sexual e de gênero. De acordo com Louro (2007), dentre todas as identidades sociais, a de gênero e a sexual são menos transitórias e, portanto, possuem maior grau de estabilidade/segurança, mas também menos maleabilidade.

(...) Os corpos são significados pela cultura e são, continuamente, por ela alterados. Talvez devêssemos nos perguntar, antes de tudo, como determinada característica passou a ser reconhecida (passou a ser significada) como uma “marca” definidora da identidade; perguntar, também, quais os significados que, nesse momento e nessa cultura, estão sendo atribuídos a tal marca ou a tal aparência.

(Louro, 2007, p.14)

A autora cita o exemplo da menarca para a menina, em seu desenvolvimento normal do ciclo vital. Muitas meninas, principalmente no âmbito do ambiente escolar, têm como tema de roda de conversas, troca de confidências e, sobretudo, uma troca possível e salutar de informações sobre sexualidade e sobre o necessário aumento do conhecimento de cada uma delas sobre seus corpos de mulher. Para o menino, podemos notar uma maior cumplicidade entre as gerações, ou seja, tios, sobrinhos, netos, filhos, pais se ajudam e compartilham representações acerca de seus corpos, de forma mais livre. E, certamente este é

um fator complicador, a ciência foi escrita por cientistas homens, logo, as representações e imagens de gênero possuem este viés.

Segundo Smith (2003), os objetos historicamente importantes, refletidos pelo *Espelho da História*, em geral focalizam o masculino:

Na iconografia ocidental o sujeito conhecido — juntamente com os objetos historicamente importantes que o espelho apresenta para escrutínio — é quase sempre masculino, acrescentando complexidade ao que aparenta ser uma simples imagem. (...) Sempre que a pessoa diante do espelho é uma mulher, sua auto contemplação tem parecido repetitiva, até mesmo obsessiva e indicativa da vaidade ou amor pela luxúria — conotando o sensual no lugar do racional (p. 16-17).

A figura da mulher, em diferentes momentos da história humana, assumiu variações de uma mesma imagem — de oposição ao masculino — em um jogo de polaridade. O resultado deste embate de forças entre feminino e masculino, bem e mal, ganha concretude ao associarmos ao debate a ideia de assimetria orgânica (Hertz, 1980).

Em seu clássico texto *A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa*, Hertz nos alerta sobre a crença da assimetria orgânica, ilustrada a partir da dicotomia entre a mão direita e a mão esquerda, e suas implicações cotidianas e ideológicas, isto é, algo que poderia ser considerado “natural”, na verdade, está repleto de conteúdos e significados culturais. Acreditamos que a experiência de maternidade é fruto de um processo de naturalização desta assimetria, impondo, de certa forma, uma hierarquia social, que alimenta e é alimentada pela diferença dos corpos e, por conseguinte, por suas práticas e usos diversos. A assimetria está intimamente ligada, desta forma, a diferenças de valor.

Não existe necessidade de negar a existência de tendências orgânicas para a assimetria, mas, fora os casos excepcionais, a vaga disposição para a dexteridade, que parece estar espalhada por toda a espécie humana, não seria suficiente para fazer surgir a preponderância absoluta da mão direita se isto não fosse reforçado e fixado pelas influências estranhas ao organismo.

(Hertz, 1980, p.102)

Rohden (2003) discute a distinção entre homens e mulheres em termos de uma proposta mais ampla que considera o impacto do contexto social e localiza a dicotomia natureza/cultura como elemento central para a discussão sobre ciência.

No interior desta dicotomia, um questionamento pode ser levantado: qual a relação possível? Existe alguma relação, entre a categoria concreta do sexo e a construção simbólica do gênero? Butler (2007) argumenta que é atribuída ao corpo a materialidade e ao gênero a performatividade. Tal distinção é inspiradora na medida em que circunscreve no concreto do substrato corporal uma série de notas e/ou regulações sociais. O sexofunciona, enquanto categoria imposta, como norma e prática regulatória, ou seja, produz os corpos que governa. Assim, a força regulatória produz, demarca, e, sobretudo, diferencia os corpos que controla (p.154-155).

De acordo com este argumento, é possível distinguir duas proposições: (1) os corpos não se conformam tão facilmente ao processo de materialização e (2) é característica do discurso produzir consequências concretas para o objeto nomeado e, assim, o processo cultural normatiza, limita e dispõe da materialidade dos corpos conforme seus ideais.

O termo convencionado de cultura — ou cultura(s) — possui diferentes acepções. Inicialmente destacamos a importância da cultura enquanto a principal característica humana. Não é possível, contudo, dissociarmos a construção cultural do aparato fisiológico (biológico) humano. Segundo Laraia (2009), a utilização do corpo pode ser considerada diferenciada em função do sexo. De acordo com o autor:

(...) todos os homens são dotados do mesmo equipamento anatômico, mas a utilização do mesmo, ao invés de ser determinada geneticamente (todas as formigas de uma dada espécie usam os seus membros uniformemente), depende de um aprendizado e este consiste na cópia de padrões que fazem parte da herança cultural do grupo (p.70).

Neste sentido, o tema da maternidade comprova um uso eminentemente social dos corpos de mulheres em diferentes culturas. Badinter (1985) aponta para críticas ao exercício da maternidade incondicional de uma mãe por seu filho, descrevendo com detalhes o surgimento de um discurso científico (sobretudo, moral), normatizando práticas e criando expectativas de desempenho social.

A dimensão afetivo-emocional, articulada a um ato marcadamente como social pode ser exemplificada através da concepção de infância em transformação à luz da perspectiva da criação de laços íntimos (Áries, 1981). Temos dos séculos XVII até o XVIII os chamados atos de abandono: a entrega à ama da criança; a

existência da governanta e do preceptor e; o internato. Com *Emile*, Roussau propõe uma nova ideologia familiar, marcada por bases fundamentadas no amor materno (Badinter, 1985).

Em retorno ao universo feminino, mais uma vez constatamos a sutil articulação entre discurso social e o uso legitimado do corpo da mulher como composto por idiossincrasias que o diferenciavam em relação ao corpo masculino. Como ilustração, enquanto dispositivo de controle social, a *Lei Sálica* era uma instituição jurídica que, por todo o Renascimento atribuiu o caráter sagrado à monarquia, afirmando a autoridade masculina como princípio unificador de uma concepção de Estado (Craveri, 2007).

A possibilidade que surge aqui elege as questões relativas ao gênero em articulação com a própria organização social. Mais especificamente, podemos incluir uma certalinguagem do corpo nesta sutil equação de modo a visualizarmos a atual sociedade pós-moderna.

Marcel Mauss, em seu clássico texto *As técnicas do corpo* (versão revisada, 2003) demonstra com brilhantismo algumas especificidades de expressão corporal como relacionadas a um uso socialmente esperado tais como o nado, a corrida, as posições da mão, dentre outros

“(...) há posições de mão, em repouso, convenientes ou inconvenientes. Assim, podeis adivinhar com certeza, se uma criança conserva a mesa os cotovelos junto ao corpo e, quando não come, as mãos sobre os joelhos, que ela é inglesa. Uma criança francesa não se comporta mais assim: abre os cotovelos em leque e os apoia sobre a mesa, e assim por diante” (p. 404).

Nesta obra, o autor discorre sobre ações do cotidiano e aponta para as sutis apropriações corporais pelo grupo cultural. Por exemplo, dentre atos simples como o nadar, o correr, etc., as ações humanas, mesmo que em parte naturais, são organizadas por técnicas, ou práticas, reguladas culturalmente.

As técnicas do nascimento e da obstetrícia podem ser variáveis e realizadas de diversas formas. Algo conhecido na nossa cultura como o parto, onde a mulher se posiciona deitada de costas, não se assemelha às mulheres indianas que têm o parto em pé como prática comum. Na órbita do fenômeno do parto (e suas técnicas), podemos incluir outros, tais como: a forma de receber a criança, o corte do cordão umbilical e os cuidados com a díade, priorizando um ou outro membro, ou não.

Desta forma, o corpo assume a qualidade de um importante analisador, palco para o espetáculo onde a cultura pode ser visualizada, demarcada e identificada. Mello (2009) defende o argumento sobre o qual cultura não é passivamente adquirida, mas sim, o resultado de transformações por acréscimo, descoberta e inovações. O objeto natural (da natureza), conhecido pelo homem, passa a ser considerado/apropriado pelo sistema de pensamento denominado de cultura. Este objeto recebe, necessariamente, significado e passa a compor todo o escopo cultural.

A cultura possui algumas características das quais ressaltamos duas, a saber: (1) consiste em um processo ao mesmo tempo dinâmico e também estável; (2) possui uma dimensão externa (material) e outra interna (subjéitiva); e é determinada e determinante (Mello, 2009).

A relação entre a qualidade dinâmica da cultura e, em contrapartida, seu aspecto de estabilidade pode ser debatida à luz da evolução das sociedades. Tais transformações não são uniformes, nem constantes, mas são reais, e podem ser avaliadas através de mudanças mais ou menos nítidas dos instrumentos (materiais), valores e expectativas (subjétivas), em seu processo evolutivo. Seja por mecanismos internos ou através de choques interculturais, todos os sistemas de pensamento de um grupo social são vulneráveis a transformações, inclusive quanto à interação entre os seus membros.

O paradoxo se instala, no entanto, quando chegamos à conclusão de que a cultura, além de se impor aos indivíduos, também é composta pela soma de ações sociais e consensuais dos mesmos. Assim, cultura e indivíduos podem influenciar-se mutuamente. Apoiamos nossa discussão no ponto de vista semiótico para definir, então, a noção de cultura.

(...) o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

(Geertz, 2008, p.4)

Em retorno à discussão sobre o binômio cultura/natureza, cabe a distinção entre uma característica baseada na atividade e o resultado enquanto substantivo para o termo cultura. A etimologia da palavra nos informa que há uma íntima relação com cultivo agrícola, ou seja, o cultivo do que cresce naturalmente

(Eagleton, 2005). Parece-nos que também a cultura necessita de ser cultivada (atividade) através de ações sociais realizadas por seus membros-produtores. Ao mesmo tempo, ganha status de Verdade (entidade), de transcendência e superestrutura, sendo maior que a simples soma de indivíduos.

Assim, trata-se menos de uma questão de desconstruir a oposição entre cultura e natureza do que de reconhecer que o termo cultura já é uma tal desconstrução. Numa outra virada dialética, os meios culturais que usamos para transformar a natureza são eles próprios derivados dela.

(Eagleton, 2005, p. 11)

Cultura é, em última instância, a natureza trabalhada sobre a qual todos os conteúdos formais são baseados, para a formação de um conjunto denominado sociedade. Os processos corporais traduzem de forma exemplar a intersecção entre ambas as dimensões, natural e cultural, em um conjunto de redes de significado e expectativas que os traduzem.

De acordo com Douglas (1976), o corpo humano é um símbolo da sociedade. Reside aqui a ideia de ordem, de uma tendência de atribuir à cultura o poder de sistematizar e organizar. Ao separarmos, demarcarmos, o puro e o impuro, este ato tem como função impor ordem a algo aparentemente desordenado. Assim, pressupomos que a ciência ganha, ou assume, um importante papel neste contexto a partir do momento em que na busca pela pureza, na luta contra a poluição, classifica e toda classificação envolve, sobretudo, valor.

Assim, o nascimento das chamadas ciências da mulher<sup>1</sup> reflete, neste sentido, um discurso centralizado em um binômio físico/moral, localizando a mulher como representante de um conjunto de elementos mais sujos, dependente de cuidados médicos específicos, de higiene, em prol da beleza e da estética, de seus atributos naturais. Por isso, podemos considerar os corpos, neste sentido, como frutos de uma ordenação específica, de natureza física e moral.

Neste trabalho, tencionamos confeccionar algumas breves considerações acerca desta afirmação e elevar o fenômeno da maternidade enquanto cenário privilegiado para a discussão das condições de classificação e uso dos corpos femininos, a serviço de uma ordenação, a partir da medicina, e da experiência de maternidade.

---

<sup>1</sup>Este tema será discutido em momento posterior do texto.

Será que, no exercício da maternidade, não há um *certoscript*, um roteiro oculto referente ao seu bom desempenho? E as novas tecnologias de contracepção e parto, não serão típicas representantes de uma tendência de assepsia dos corpos e mentes? Tanto a figura do especialista, quanto do seu instrumental, estão hoje diretamente associadas à gestação, parto e puerpério. O momento do pré-natal constitui evento familiar nos dias atuais e mesmo em classes mais baixas e menos favorecidas, é fato comum uma média de três consultas com o médico em uma unidade básica de saúde do município.

Neste sentido, devemos concordar com Latour (1999) acerca da articulação entre elementos de ordem natural e aspectos de natureza social, mediados pela ciência. Natureza e cultura configuram-se como polaridades das quais ganham significação todos os fenômenos humanos. A noção de corpo pode ser utilizada aqui como instrumental.

Le Breton (2003) propõe uma análise social usando representações sobre o corpo como fio condutor. A partir da noção de que o corpo é construído socialmente, e que além de evidenciarmos uma concepção de corpo, é possível lançar luz à ideia de uma materialidade dos corpos, isto é, cada sociedade possui uma concepção/matriz nativa a respeito do corpo e, em um nível individual, o homem da contemporaneidade responsabiliza-se pela construção do seu próprio corpo.

A relação do indivíduo com o seu corpo ocorre sob a égide do domínio de si. O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou a fragilidade, manter sua 'saúde potencial'.

(...) O próprio sujeito é o mestre-de-obras que decide a orientação de sua existência. O corpo tornou-se um empreendimento a ser administrado da melhor maneira possível no interesse do sujeito e de seu sentimento de estética.

(Le Breton, 2003, p. 31-32)

O autor continua o argumento associando-o agora à assistência médica, à procriação e a uma modificação nas relações entre a procriação e o discurso médico, mecanizado, que altera a natureza ambivalente, por exemplo, da mulher e/ou do casal em relação à autoeficácia para os cuidados com o bebê.

Com a avançada tecnologia médica, as escolhas individuais ficam em suspenso, com destaque para a saída do homem (progenitor) do debate a respeito da reprodução, que se realiza, agora, entre dois entes — médico e mulher. A

assistência médica da procriação é responsável, assim, por um processo de ordenamento, organização e reorganização dos procedimentos e das etapas do processo, relegando, muitas vezes as percepções femininas, quanto ao uso de seu instrumental corporal a uma mera massa de manipulação e especulação.

A assistência médica à procriação quase não leva em conta a dimensão simbólica da procriação. Muitas vezes basta-lhe uma declaração de vontade, bem diferente do desejo arraigado no inconsciente. A medicina do “desejo” negligencia a ambivalência da mulher, do cônjuge, do casal em sua dinâmica afetiva, ignorando a base do desejo inconsciente que urde a fecundidade humana. Sendo para ela um problema de conjunção de gametas, só considera uma resposta técnica.

(Le Breton, 2003, p. 70)

A medicina utiliza, em seu projeto ideológico e social, o artifício da materialidade em seu discurso prático e cotidiano. De acordo com Butler (2007), a respeito da ideia de materialidade, é discutida a forma de sua construção a partir da norma. Esta última envolve-se na construção daquela primeira, regula e produz os corpos materializados.

Partimos do pressuposto que a maternidade se inscreve no interior desta dimensão apresentada à medida que evidencia uma série de práticas e expectativas sociais representadas no corpo, alvo de manutenção, pesquisa e controle, a fim de permitir as condições ótimas para as situações de intervenção técnica, como o pré-natal, o parto (e suas condições ótimas, enquanto procedimento), controlando, assim, o delicado período do puerpério, inclusive.

Nosso eixo teórico identifica, na dicotomia natureza/cultura, a partir das considerações realizadas, uma relação marcada pela complexidade. Segundo Rohden (2003):

(...) podemos identificar uma complexa relação entre aquilo que é definido como as marcas dadas pela natureza e o que é apresentado como as intervenções da ordem da cultura. A natureza teria definido o que distingue homens e mulheres. Mas as influências do meio podem intervir no processo de estabelecimento e cristalização das diferenças (p. 2).

Para a autora, a questão sobre as diferenças sexuais pode ser caracterizada como uma temática que envolve a construção de um discurso científico, médico, e que descreve as diferenças entre os sexos levando em consideração as especificidades femininas.

A interrogação, afinal, consiste no que deve ser, ou não, avaliado como natural ou social para mulheres e homens? Para as primeiras, a partir de um período histórico, mais ou menos preciso, o século XIX, começam a surgir possibilidades de abertura para o mundo do trabalho, maior autonomia e papéis outros que não apenas o exercício “natural” da maternidade (procriação).

Observamos, neste sentido, mais uma vez a relação possível entre natureza e cultura no que concerne ao fenômeno humano. Para a mulher, o ato “natural” de procriar possui, hoje, novas conotações, já que a partir do surgimento de tecnologias contraceptivas, é facultativo às mulheres o exercício da maternidade. Este simples fato pode estar relacionado a mudanças nas atuais configurações de família, lutas de movimentos sociais, como as diferentes etapas do conjunto feminista (Sarti, 2003) e novos padrões de conjugalidade (Passos, 2005, 2007).

Desta forma, a própria dicotomia entre natureza e cultura não pode ser avaliada em termos absolutos, pois parece conter em si certa mobilidade e/ou permeabilidade decorrentes de variações temporais e contextos específicos.

Hoje, como comenta Martins (2004), o que importa é a adequação dos corpos e comportamentos a modelos de produtividade, eficácia e competitividade.

Embora a normatização dos corpos e comportamentos atinja homens e mulheres, são estas os principais alvos-objetos dos diferentes tipos de discursos que, à sua maneira e com formas de expressão fundamentalmente visuais, procuram ‘enquadrar’ as mulheres, transformando-as, na sua corporalidade e subjetividade em mulheres ‘normais’ (p. 12).

A autora complementa o debate atribuindo graus de semelhança entre a representação da mulher-corpo e a representação médico-científica, frutos de uma história de produção de saberes e práticas sobre o corpo feminino. Ocorre, então, uma certa objetificação do corpo feminino no interior de um saber especializado, científico, médico. Usando a maternidade como suporte para a discussão, ampliamos a questão de uma dimensão meramente biológica (reprodução) para a constatação de que a maternidade possui algumas funções, a saber: natural, moral e política.

O corpo feminino como objeto de conhecimento parece manter estreita relação com a criação de discursos normativos para o desempenho desse mesmo corpo. A prática de objetificação, e sua consequente mensuração, encontra-se

intimamente relacionada com o surgimento da chamada medicina da mulher, representada pelas disciplinas da obstetrícia e ginecologia.

Atualmente, verificamos uma gama enorme de especialistas, e seus especialismos, referentes ao cuidado com o corpo da mulher e a área de abrangência supera em muito o desempenho exclusivo e ótimo de ovários e útero, enquanto itens concretos.

Acorporalidade nos tempos atuais ganha ares de tirania e demonstra outras materialidades. Os chamados discursos normativos do corpo feminino (Martins, 2004) alcançam diferentes segmentos sociais, transformando e gerenciando formas de ser em diferentes domínios sobre os corpos. Doenças como bulimia, vigorexia e anorexia são um exemplo real acerca do “peso dos corpos”.

Boltanski (2004), dentre outras contribuições, como a interessante proposta diferencial entre o discurso científico e o discurso popular, como apreensão livre do primeiro, defende a ideia de que o uso do corpo depende, em certa medida, dos comportamentos físicos dos agentes sociais (cultura somática), no interior de uma ordem cultural, ou seja, existe uma relação íntima entre o uso “correto” do corpo pelos indivíduos conforme a variação da classe social à qual pertencem. Sobre as combinações/distinções entre homens, mulheres e classes sociais, o autor exemplifica:

(...) tudo se passa como se a oposição entre a relação com o corpo dos membros das classes populares e dos membros das classes superiores reproduzisse a oposição da relação com o corpo dos homens e das mulheres. Assim, as mulheres fazem um consumo médico maior do que os homens. (...) mulheres parecem mais atentas que os homens às sensações doentias, escutam-se mais do que eles, da mesma maneira que os membros das classes superiores se escutam mais facilmente que os membros das classes populares e mantêm, mais frequentemente do que os homens, uma relação sensível com o corpo.

(Boltanski, 2004, p.162)

Neste sentido, o argumento se baseia em um preparo/interesse de mulheres pelo cuidado com seus corpos. Observamos, sem dúvida, uma familiaridade entre o espaço de uma consulta médica e a disponibilidade feminina para utilizar-se de todas as vantagens informacionais sobre o seu corpo, oferecidas pela figura do médico. Pelo menos, esta cena é comum em nossa cultura brasileira dos grandes centros urbanos, onde tal cenário é comum. É de nosso interesse, contudo,

investigar as razões desta relação ótima entre discurso médico e práticas corporais femininas.

Como debate Martin (2006), em sua obra controvertida *A mulher no corpo*, a medicina trabalha com um formato instrumental baseado na hierarquia e controle. A autora discute a relação entre processos culturais e a concepção das mulheres acerca de seus corpos, de forma a traçar um paralelismo entre representações sobre os corpos femininos e o contexto social mais amplo.

Martin (2006) localiza o corpo no interior do que chama de metáfora de produção. O corpo feminino é visto como um sistema de produção. A menopausa e a menstruação caracterizam-se por falhas neste sistema, por exemplo. “Estaria a reprodução sendo tratada como uma forma de produção, da mesma maneira que vimos a menstruação e a menopausa tratadas como fracasso na produção?” (p.108).

Neste ponto, é útil traçarmos uma articulação com a obra de Laqueur (2001), que sugere a análise do corpo segundo sua centralidade para a ordem social. Outra característica também deve ser reconhecida — a de ser alvo de construção (Rohden, 1998). Para Laqueur (2001), a ideia de dois sexos é constituída historicamente. O autor traça um percurso a partir de uma concepção de um sexo único, biológico, sendo a única diferença expressada em termos de graus de perfeição, em um modelo hierárquico entre gêneros, e avança até o Renascimento quando ocorre uma passagem para dois sexos, oferecendo uma diferença real, de matéria, entre homens e mulheres.

Desta forma, concordamos com o pressuposto de Laqueur segundo o qual o corpo (e no nosso caso, o feminino) ocupa um lugar central no sistema ordenador da sociedade e, ao mesmo tempo que é paciente, também é agente de transformações. Assume uma perspectiva de um campo de forças onde elementos culturais e biológicos/naturais digladiam em torno da proposta máxima da vida.

O autor nos orienta para a promoção, então, de uma desnaturalização dos objetos. Centraliza a noção de corpo em relação à discussão social e a articula ao surgimento de demandas políticas e culturais, com a consequente formação de discursos sociais modeladores de práticas.

Como Mauss (2003) reforça, em sua obra, o corpo situa-se na zona fronteira entre os planos sociológico, psicológico e biológico, ou seja, enquanto objeto de estudo configura uma excelente noção, transitando livremente entre o

pólo do indivíduo (natureza), de um lado, e o da sociedade (cultura), de outro. Destacamos o efeito do controle exercido sob o corpo, tanto pela esfera individual quanto pela esfera social, traduzida em influências do próprio grupo.

Cabe ressaltarmos a importância da consideração acerca das estruturas de poder que disciplinam os corpos. Tal processo de disciplina não ocorre simplesmente através de práticas coercitivas ou de punição, mas também é responsável pela produção das práticas e dos saberes a partir do objeto corpo (Foucault, 1987, 1997). As naturezas destes saberes configuram disciplinas inteiras, dotadas de saberes e metodologias próprias, como a medicina, a antropologia cultural, dentre outros.

Elias (1990) complementa o raciocínio teórico ao afirmar que o processo civilizador contém em si a função de desenvolver os indivíduos para o autocontrole emotivo e também corporal. Estes processos socializadores deixam inscrições específicas desde a infância dos indivíduos e garantem o terreno fértil para o exercício prático-moral de inúmeras disciplinas técnicas, tendo como exemplo maior a disciplina biomédica.

Para a mulher, nos parece pertinente destacar o grande impacto de tais afirmações para a sua constituição, tanto intrapsíquica quanto interpssíquica, já que o fenômeno da gravidez considera, necessariamente, transformações no e para o corpo. Nas sociedades contemporâneas ocidentais, o corpo da mulher grávida é tangenciado por agências sociais e expectativas quanto ao desempenho do papel da maternidade sob a égide das características típicas — naturais — da feminilidade. Há a união, nem sempre harmônica, entre a função da reprodução e as novas exigências de afeto, em relação à condição da gravidez, e em relação ao feto.

Em paralelo à temática da maternidade, verificamos a existência de relações intrínsecas entre a experiência tida por mulheres gestantes e o surgimento/consolidação de discursos (médicos e cotidianos), que regem a sua prática, oferecendo suporte informacional adequado e, ao mesmo tempo, regulando seus corpos de acordo com um discurso físico e moral, eminentemente de valor.

Se é possível localizarmos a diferença, como sugere Martin (2006), entre o mundo do trabalho (produção) — marcado pelo domínio público, pela produção de bens, por homens — e o domínio do privado (reprodução) — do conteúdo

afetivo, por mulheres —, como categorizar o “trabalho de parto”? Certamente essa expressão não é ingênua e por isso mesmo gera inquietação para muito além da dimensão semântica.

Martin (2006) localiza alguns momentos específicos para a vida das mulheres tais como: exames ginecológicos; o pré-natal; e a condução do parto. Ao nosso ver, estes fatos são marcantes e refletem o caráter de construção social da maternidade.

A articulação com o discurso médico-científico oferece novas configurações para a concepção mulher-corpo, discutindo papéis e scripts relativamente recentes para a “prática” da maternidade. Instrumentais inéditos como as novas tecnologias de imagem (ultrassonografia, por exemplo) modificam a experiência da maternidade e traduzem o fenômeno enquanto espetáculo (Chazan, 2005). Novas tecnologias relacionadas ao parto, como anestésias e procedimentos obstétricos, transformam a própria concepção de maternidade e esta, por conseguinte, válida e legítima tais instrumentos culturais.

De acordo com este estado de coisas, resta-nos a pergunta: Que corpo será inventado agora? A resposta para esta pergunta pode estar relacionada, mais intimamente ou não, a um conjunto complexo de aspectos, produtores e produtos de demandas socioculturais e políticas, além, é claro, dos laboratórios e seus cientistas.

Antes de comentarmos a respeito das ciências consideradas “da mulher”, cabe a reflexão sobre o próprio discurso científico, suas idiossincrasias, seus percursos, seus agentes e, o que nos parece ainda mais importante, seus conteúdos. É surpreendente como o impacto do discurso científico, com expressiva especialização a partir do século XX, transformou as relações sociais vigentes, sobretudo as da atualidade. As novas tecnologias de imagem — ausentes durante o início da medicina moderna — alteraram definitivamente a relação com a doença, os processos de cura e restabelecimento da saúde, o mapeamento genético e as tecnologias reprodutivas (Chazan, 2005).

Boltanski (2004), comentando a respeito da difusão do conhecimento médico, alerta para a necessidade de diferenciação entre o conhecimento médico e o popular, em especial das classes baixas, que seriam agentes de uma transformação do conhecimento da medicina científica em formulações passíveis de compreensão e entendimento no cotidiano dos indivíduos.

Incapazes de emitir um discurso que reproduza o do médico ou mesmo de repetir textualmente o discurso deste, os membros das classes populares constroem, com o discurso do médico, um outro no qual exprimem quase que apesar deles próprios e, como se verá, através do jogo das reinterpretações, suas representações da doença.  
(Boltanski, 2004, p.62)

Sobre a formulação desta categoria científica, ou melhor, do pensamento médico-científico, Barros (2002) lista quatro tipos evolutivos das concepções e práticas sobre a doença e a saúde ao longo da história: (a) a medicina mágico-religiosa (pertencente à antiguidade, sua natureza envolvia um íntimo relacionamento com o sobrenatural e o adoecimento significava a transgressão, individual ou coletiva, ao divino); (b) o galenismo (as doenças possuíam causas internas, de predisposições, externas, causadas por excessos, ou conjuntas); (c) a contribuição de Paracelso (modelo intermediário entre o período de Galeno e o modelo biomédico atual, cuja ideia de doença era explicada por uma delicada relação entre o micro e o macrocosmo, geralmente traduzida por reações inadequadas ao excesso ou a falta de um dos elementos constitutivos do mundo) e; (d) o modelo biomédico (ou também chamado de mecanicista, com fundamentos históricos vinculados ao período do Renascimento, criação de inúmeros instrumentos para um novo paradigma técnico-científico.

(...) o alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, isto é, (...) de uma abordagem *biográfica* para uma outra, *nosográfica*. Grande parte das descobertas da medicina moderna foram sendo, paulatinamente, validadas pela abordagem biomédica.  
(Barros, 2002, p. 73-74)

Obviamente, não se trata aqui de uma tentativa franca de desqualificação do conjunto de contribuições da disciplina médica, pois é notória sua contribuição para a evolução da sociedade humana. Figuras históricas como Copérnico (a descentralização da Terra em relação ao Sol), Darwin (perspectiva evolucionista), Freud (proposta do inconsciente humano) e Pasteur (evidenciação de processos bacterianos), dentre outros, traduzem a genialidade do espírito humano e sua capacidade para a organização de ideias em propostas teóricas e práticas que tragam uma renovação de pensamento, de ideais e ofereçam maior qualidade para o grupo social humano.

Neste sentido, o período entre os séculos XIX e XXI traduziu este espírito de liberdade de ideias de maneira exemplar, e através da construção do conjunto articulado da ciência, pudemos vislumbrar as maravilhas da obra humana e a melhoria sensível da qualidade de saúde da sociedade.

No que tange à gestação, a partir e ao longo do século XIX, com a própria transformação da ciência médica, a prática de cuidados com a saúde da mulher e com o bem-estar da mãe e de seu bebê recém-nascido resultaram em duas especialidades denominadas de ciências da mulher, respectivamente, a ginecologia e a obstetrícia.

Engana-se aquele que pensa ter sido este percurso retilíneo e uniforme. Ao mesmo tempo em que uma nova ideologia baseada em pressupostos de igualdade consolida-se com a emergência da nova classe burguesa no século XVIII, paradoxalmente, desponta uma outra lógica, agora marcada pela diferença.

Sobre este novo elemento — da diferença —, Rohden (2006) aponta para duas dimensões do conhecimento médico no que tange à sexualidade e gênero: (1) a primeira nos questiona sobre o como as concepções de sexualidade e gênero têm influenciado a produção do conhecimento médico, que representa um determinado modelo de relação social marcado pela diferença entre homens e mulheres, ocidentais e não-ocidentais, adultos ou jovens; (2) a segunda inverte, de certa forma, o pensamento e tem como objetivo investigar em como a medicina tem investido efetivamente para a conformação das noções de sexualidade e gênero.

Tal debate converge [em direção ao](#) conteúdo de nossa discussão anterior, na medida em que as temáticas da sexualidade e de gênero (relações sociais de sexo) estão articuladas inevitavelmente à corporeidade e ao feminino.

Acreditamos que determinados sistemas coletivos de pensamento devem ser observados com um olhar de desnaturalização, pois algumas concepções vistas como naturais e óbvias não são tão naturais assim. Neste sentido, a “verdade” do conhecimento científico deve ser relativizada, ou posta em suspenso, até a devida compreensão do tipo de agenciamento que a mesma veicula. Existe, por exemplo, uma forte relação entre o conhecimento médico e uma determinada proposta histórica de concepção de gênero.

(...) talvez seja possível introduzir questionamentos necessários e produtivos sobre a natureza e o lugar do saber médico em nossa sociedade, atentando para como

certos avanços ou certas especialidades não se desenvolveram apenas em razão de determinados progressos científicos, mas também em virtude das influências e das pressões vindas dos contextos sociais em jogo

(Rohden, 2006, p. 159).

O interesse da racionalidade biomédica pela mulher, surgido a partir do século XIX, de forma operacional, não exclui um histórico de aproximações com o tema. O argumento da diferença retorna em um lugar de centralidade, considerando as especificidades entre homens e mulheres, e localiza no corpo feminino a qualidade da reprodução, traduzida em expressões concretas da concepção, gestação, parto, puerpério e aleitamento. Desta forma, a medicina é obrigada a considerar a necessidade de construção e operacionalização de especialidades que dêem conta do corpo feminino.

Segundo Knibiehler & Fouquet (1983), o interesse pelo corpo em geral, e pelo corpo feminino, em particular, é uma construção histórica com explicações possíveis a cada novo momento, com condições específicas que proporcionem um entendimento sistematizado e coerente acerca do tema. No entanto, é possível localizar uma importante transição entre uma definição religiosa da mulher (pecadora) e uma definição médica da mulher (reprodutora).

Partimos de observações curiosas sobre o adoecimento clínico, segundo o conhecimento dos egípcios, do corpo feminino devido à má posição do útero; da concepção da saúde como o equilíbrio de humores e a regulação dos fluxos no interior do corpo da mulher; a ideia da mulher como vaso receptor de uma semente masculina, segundo uma perspectiva aristotélica; a proposta galênica em virtude da falta de calor, responsável pela não exteriorização dos seus órgãos genitais durante a gestação; até a associação dos discursos teológicos aos naturalistas na figura do padre, porta-voz da fraqueza não só dos corpos, mas também das almas das mulheres (Knibiehler & Fouquet, 1983). De acordo com Rohden (2006), o corpo feminino estaria mais propenso ao mal, pois possuía mais orifícios de entrada, daí a ideia de fraqueza da alma feminina.

Neste percurso histórico, as dissecações realizadas por anatomistas, como Vesalius (Chazan, 2005), geralmente cirurgiões, eram fruto de polêmicas a favor e também contra, e ofereciam destaque para outra problemática: o médico e o cirurgião tinham objetivos diferenciados, metodologias diversas e concepções de

corpo divergentes. Foi necessário que a Igreja perdesse seu poder de influência e interdição sobre os corpos para que a medicina pudesse ganhar mais autonomia.

No que concerne ao nascimento e à reprodução, no interior de uma perspectiva histórica, o cuidado com o momento do parto era exclusivo de mulheres, tanto pacientes quanto agentes do ato de parir. A figura da parteira, que dispõe apenas de sua experiência, torna-se alvo de tentativas, mais ou menos diretas, de regulação. Inicialmente pelo clero e pelo poder do monarca, como na França do século XVI — com o argumento do combate ao aborto, protestantismo e o infanticídio, considerado formalmente, pelos agentes da lei, como o mais perverso comportamento possível para uma mulher, no século XIX (Rohden, 2002), e posteriormente pela influência dos cirurgiões e médicos. Sobre a luta contra as parteiras,

Enquanto os cirurgiões e médicos só eram chamados para atender os partos difíceis, as parteiras tinham atividades tão extensas como fazer exames de virgindade, requeridos em caso de estupro ou impotência, além de muitas vezes transmitir ao casal as normas quanto ao tolerável pela Igreja em termos de práticas sexuais. E além da gravidez e do parto, tratavam, por extensão, das doenças femininas. Exigia-se delas uma conduta exemplar, uma vez que se encontravam muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio. Essa fragilidade moral ao lado das acusações de superstição e imperícia vão servir de motivos para que os cirurgiões passem a atacá-las em prol da sua maior competência.

(Rohden, 2006, p.171)

Com as transformações sociais e morais, e a possibilidade da entrada do médico e do cirurgião no cenário do parto, além da implementação de novas técnicas e instrumentais não existentes ainda, como o fórceps (a partir de 1730), configuraram um novo estado de saber e um terreno fértil para a consolidação da disciplina da obstetrícia e a organização dos conhecimentos em torno do corpo feminino para a formalização do estatuto de cientificidade da ginecologia enquanto disciplina.

Segundo Martins (2004), a constituição da ginecologia, da mesma forma que a obstetrícia, implementou uma série de transformações quanto à consideração do corpo feminino. A cirurgia instalou um novo regime de visibilidade, que auxiliou enormemente o processo de esquadrinhamento do corpo feminino, redirecionando a atenção dada anteriormente ao externo rumo à preocupação com o conhecimento do interior. Esta mudança de ponto de vista

resultou em um dos maiores avanços do paradigma médico até os dias atuais, tratando de transformar suposições e especulações baseadas muitas vezes no acaso em conclusões técnicas, objetivas, operacionalizadas em uma programação de intervenção em relação aos corpos, no caso, o feminino. A autora comenta:

Os tratados de ginecologia são, portanto, representações destas transformações no campo dos saberes ao mesmo tempo em que nos informam sobre as realidades corporais das mulheres do passado. (...) Mais do que a obstetrícia, a ginecologia precisou aperfeiçoar a conjugação dos sentidos do olhar e do tato, principalmente do olhar, para observar alterações dos órgãos internos e também para realizar aplicações medicamentosas.

(Martins, 2004, p.121)

Neste sentido, observamos a consolidação de um processo maior, denominado aqui de medicalização da sociedade. De início, podemos sugerir apenas que tanto o processo de medicalização quanto o de naturalização devem ser postos em xeque, de forma a podermos vislumbrar quais as apropriações realizadas pela medicina acerca do corpo da mulher e o impacto de tais apropriações sobre o fenômeno da gestação, em especial através do uso da nomenclatura de risco.

Com o crescimento das teorizações científicas em torno da biologia da gestação, configura-se o cenário do cuidado pré-natal e toda uma série de normatizações, engendramentos e regulações, a respeito da saúde da mulher, dos riscos associados ao seu estado gravídico e de sua autonomia.

### **2.3.**

#### **O processo de medicalização da sociedade**

A consolidação da medicina enquanto área legítima da Ciência e sua maior representante, a partir do século XIX, em pleno alvorecer de um novo paradigma, aponta para algumas problemáticas. De acordo com Birman (2005), a partir da revolução industrial, configuraram-se duas vertentes na área da saúde: a primeira diz respeito à saúde individual e a segunda à saúde social. O autor realiza uma distinção entre saúde pública — a chamada medicina moderna do final do século XVIII, focada em um investimento político e policial da medicina, com ênfase na dimensão social das doenças — e saúde coletiva — baseada na crítica direta ao

universalismo do saber médico naturalizado. A ideia de naturalismo médico foi a responsável pela legitimação de processo de medicalização do conjunto social.

Sob este último ponto de vista, podemos localizar a saúde individual sob a dimensão do corpo singular, na clínica, e a saúde social apoiada sobre o discurso sanitário, da prática médica.

As descobertas biológicas multiplicam o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias.

(Birman, 2005, p.12)

Ao contrário da posição simplista da saúde pública, a concepção da saúde coletiva tem como objetivo maior a crítica sistemática à perspectiva naturalista do discurso médico, trazendo contribuições de diferentes âmbitos, como a Psicologia, a Pedagogia, para o ambiente da saúde.

Segundo Birman (2005), torna-se fundamental uma leitura crítica sobre o que se denomina de projeto médico-naturalista, como produção maior do surgimento das sociedades industriais. Compartilhamos da concepção baseada em aspectos mediáticos, relacionais e históricos, necessários às construções de discursos e práticas simbólicas, suportados sob códigos consensuais, culturais, acerca da doença e da saúde.

A partir do uso da metáfora (ou figuração) do corpo — argumento do nosso trabalho para a aproximação com a gestão de risco — podemos argumentar a favor do aperfeiçoamento das relações sociais.

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem com ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos.

(Birman, 2005, p.13)

Neste sentido, a problemática da saúde não deve se restringir somente ao registro do biológico, mas sim, incluir em seu conjunto a valorização de modelos teóricos e práticos que reconheçam a diferença, a diversidade dos registros

simbólicos de diferentes grupos sociais, de redes de significação e de representações.

A questão da ordenação do corpo (Elias, 1990; Foucault, 1987, 1997; Laqueur, 2001; Martin, 2006; Costa, 2006), especialmente no que tange à sexualidade (Laqueur, 2001; Rohden, 2003) e à reprodução (Schor et al, 2000; Laborie, 2009) necessita de especial atenção, pois se tal ordenação for alvo da atenção exclusivamente do Estado, na condição de regulador e gestor da área da saúde, trabalharemos segundo a hegemonia do biológico sobre o cultural. Em contrapartida, com o apoio teórico-prático da saúde coletiva, inserida em uma leitura relativizada e com suporte histórico, teremos uma avaliação nítida a respeito da problemática da saúde e do processo de adoecimento.

A função da medicina cumpre, com rigor, seu papel de mediação entre o que se convencionou chamar de natural e o social, ou cultural, no entanto, devemos avançar com reservas quanto ao resultado, e/ou impacto, prático de tal processo de mediação.

Conforme Luz (2003) nos aponta, a medicina contemporânea assumiu uma postura especializante e tecnocientífica, e esta racionalidade médica, na sua intrincada relação com o panorama pós-moderno atual, tem sofrido certo abalo, particularmente quanto à relação médico-paciente.

Proponho (...), como hipótese suplementar, a questão da própria racionalidade médica em sua relação com a cultura contemporânea como um dos elementos básicos explicativos da dupla crise que analiso, bem como da fuga da clientela, em busca de outras racionalidades terapêuticas, que priorizem em seu modelo o sujeito doente e seu cuidado. Acredito que o surgimento de novos paradigmas em medicina esteja ligado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica (p.40).

O autor complementa seu argumento levantando a proposição de que a medicina atualmente encontra-se em crise. Certamente não pelo avanço tecnológico e instrumental que demonstra, nem pelo conhecimento adquirido em si, mas sim, pelo distanciamento ocorrido em relação ao indivíduo doente, em prol do aspecto absoluto do saber médico em relação a qualquer outra instância de debate que discorde da representação homem-máquina da sociedade contemporânea.

Nosso interesse, no entanto, afasta-se deste formato analítico e assume outro aspecto — o da consideração da relação entre a construção da diferença sexual na medicina e a origem da especificidade das chamadas ciências da mulher.

O ponto de vista segundo o qual a racionalidade biomédica aposta na diferença entre os sexos está diretamente relacionada à própria construção da ciência, em seu modelo de pensamento, e retorna nossa atenção para a dicotomia natural/cultural. De acordo com esta ideia de dimorfismo (Laqueur, 2001; Rohden, 2003), mudanças de ordem paradigmática, política e sociocultural são inevitáveis. A ideologia baseada na materialidade corpórea, da mesma forma, também sofre transformações.

A fundação desta diferença estaria não em algo transcendental, mas *no* fato da diferença sexual e suas implicações utilitaristas, ou seja, a constatada força superior dos homens e a freqüente incapacidade das mulheres em decorrência de suas funções reprodutivas. O corpo, que para a visão de mundo centrada na ‘grande cadeia do ser’ era o signo, passa agora a ser o fundamento da sociedade civil.

(Rohden, 2003, p.203)

O paradigma anterior denominado de “grande cadeia do ser”, que não fazia distinção entre corpo e cosmos, em uma ampla relação de signos, cede lugar a uma proposta baseada exclusivamente em uma explicação natural, reducionista, do sexo como fator único (Rohden, 2003). Mas se a diferença entre homens e mulheres alcançava a qualidade de obviedade, já a partir do século XIX, por que esta questão ainda surge enquanto impasse? A justificativa plausível para este fato parece ter um fundamento social, isto é, a manutenção de um equilíbrio social entre os sexos (e mais tarde entre gêneros) dependia da qualidade e manutenção desta diferença e de seus significados implícitos.

A partir do destaque da preocupação com a distinção sexual, de acordo com a autora, tal argumento é gerador de instabilidade, tanto de discursos quanto de corpos. Assim, a passagem de um pensamento coletivo baseado no isomorfismo para um nível superior — o dimorfismo — também é causador de uma sensação de instabilidade entre os sexos quanto ao impacto de sua concretude para a malha social. Instabilidade pode gerar ambiguidade e todo o processo de equilibração realizado pelo discurso dito científico pode ruir.

A influência do meio ambiente para o pensamento do século XIX — especificamente o pensamento médico — criou um argumento sob o qual não há

questionamento: a ideia da vulnerabilidade. Ora, o surgimento de especialidades médicas com objeto claro sobre o corpo feminino parece estar de acordo com este raciocínio. A vulnerabilidade foi direcionada ao corpo feminino, confirmando a diferença esperada, no entanto, inaugurando um discurso perigoso, baseado na assimetria e em um pensamento hierárquico, solicitando um necessário monitoramento. No entanto, ambos os sexos ainda poderiam ser considerados vulneráveis, dependendo do ponto de vista. Assim como poderíamos observar uma medicina para a mulher, da mesma forma ofereceríamos uma específica para o homem, o que não aconteceu, pelo menos até os dias atuais, com a andrologia.

O recurso usado para a consolidação deste estado de coisas — o corpo vulnerável é o feminino, e não o masculino — foi o da reprodução. O corpo feminino agora visto oficialmente como vulnerável, depende de cuidados direcionados de forma específica. Suas ações precisam ser monitoradas e o agente que assume a responsabilidade por tal monitoramento é o discurso médico. De uma forma ilustrativa, o corpo pertenceria à mulher, e a razão, ao homem.

As mulheres eram descritas na literatura médica como seres estranhos, capazes de perverter a ordem do mundo, em função de toda essa instabilidade. Ao mesmo tempo, contudo, elas eram fundamentais para a garantia dessa ordem, em virtude do seu papel como procriadoras. Era dando à luz novos seres que cumpriam a função de renovar as gerações e conservar a humanidade.

(Rohden, 2003, p.206)

Apesar do projeto de estabelecimento da diferença entre os sexos apresentar certo êxito, Laqueur (2001) alerta para o fato de que esta diferença natural, biológica, não está garantida. Neste ponto, precisamos salientar o papel central da cultura, como instrumento de demarcação da obra humana e de suas normas. Destacamos como exemplo máximo deste argumento a nomeação da menstruação feminina como “regras”, em uma clara tentativa de imposição da dimensão cultural sobre a materialidade biológica, natural.

Através de agências de conformação, como dispositivos educacionais e influências sociais diversas, e a própria medicina, a natureza do corpo feminino, de impura e perigosa (Douglas, 1976), passa a ser controlada, monitorada, com o intuito de garantir sua segurança e — o que parece ser central nesta questão — a qualidade da sua capacidade reprodutiva.

A medicina, portanto, serve plenamente enquanto dispositivo de controle para garantir que a instabilidade do corpo feminino, traduzida em um maior risco, ou vulnerabilidade, não seja deletéria ao conjunto e à ordem sociais. De fato, a dicotomia natureza/cultura prova ser um dos maiores operadores das sociedades ocidentais, pelo menos deste o século XIX.

O surgimento histórico da obstetrícia, e logo depois a ginecologia, — enquanto conjunto estruturado de conhecimentos, atores, ações e instrumentais — oferece subsídios para pensarmos a proposição da denominada vulnerabilidade feminina. Como vimos anteriormente, com o surgimento, e logo após a consolidação das chamadas ciências da mulher, existe uma íntima relação entre o objetivo intrínseco do discurso biomédico e a concepção da noção de corpo.

Martins (2005), sobre a chamada ciência dos partos, atenta para o processo histórico de construção de diferentes aproximações entre cultura e corpo. Enquanto para o Renascimento a nudez feminina era considerada uma virtude, algo belo e digno de evidenciação, o século XIX inaugura formalmente a observação do corpo da mulher como base concreta para a construção de um conjunto de saberes sobre o corpo feminino.

A autora comenta a respeito do hiperrealismo dos tratados de obstetrícia europeus entre os séculos XVIII e XIX. O corpo feminino era considerado como real, cabível de observação, e os canais para tal feito constituíam-se na atividade da autópsia e através do exame obstétrico. A partir de informações reais, desvelava-se a feminilidade (Martins, 2005).

Podemos concluir que esta etapa histórica foi de fundamental importância para os rumos da aproximação da ciência em relação à mulher. Neste sentido, Dois aspectos devem ser destacados: (1) Segue em franca progressão o processo de produção de um saber especializado sobre o corpo feminino e; (2) o modelo de análise metodológica utilizado é o de visualidade médico-científica (Chazan, 2005, Martins, 2004, 2005; Ortega, 2006).

(...) a partir do século XIX que surgiram inúmeras publicações médicas sobre o corpo feminino procurando explicar a singularidade de sua anatomia e fisiologia, prescrevendo condutas através da higiene (...) A principal diferença entre os tratados publicados entre os séculos XVIII e XIX e aqueles publicados em épocas anteriores encontra-se na preocupação em definir a especificidade feminina a partir de critérios objetivos (...).

(Martins, 2005, p. 650)

O argumento da reprodução foi o aspecto central sobre o qual a medicina debruçou-se para o surgimento da especialidade obstétrica, isto é, o obstetra (ou inicialmente médico-parteiro) ingressou no ambiente familiar para veicular um conjunto de elementos ideológicos, eminentemente higienistas, de forma a garantir que a gravidez e o parto fossem eventos passíveis de controle, planejamento e observação sistemáticos e baseados nos avanços da ciência. No entanto, a então chamada ciência dos partos circunscreveu um espaço no entorno da situação da gestação e do parto, somente, pois o fenômeno da concepção ainda estava distante de uma revelação científica convincente.

Neste cenário destaca-se o médico enquanto intérprete dos sintomas dos corpos doentes, fortalecendo a sua autoridade no decorrer do século graças à reorganização epistemológica da medicina que, por sua vez, definiu o corpo como objeto de seu domínio.

(Martins, 2005, p.652)

A despeito do claro interesse sobre um novo objeto a ser investigado e perscrutado, o corpo feminino foi tomado de assalto por uma série de instruções normativas sobre amamentação materna, importância dos laços afetivos entre mães e seus filhos, utilizando como argumento técnico maior o combate contra a mortalidade infantil. Aliás, tal argumento histórico é recorrente no pensamento ocidental contemporâneo e mantém suas raízes fortemente fincadas nesta modalidade de discurso normativo e de conotação informacional. Assim, tanto o status do médico, quanto a natureza de sua formação se renovam, de maneira a legitimar a sua nova condição técnica.

A observação se dava, então, em duas direções, rumo à superficialidade do corpo — no caso da gravidez e nos exames clínicos obstétricos—, e em suas profundezas — o realismo do detalhe anatômico dos cadáveres e dos tratados obstétricos.

O interesse do médico-cientista já havia se deslocado para o controle também do ambiente do parto, das condições ótimas para a boa evolução corporal da mulher e da criança. Desta forma, em nome da proteção, gradualmente, a cena do parto foi transferida para um novo território — o ambiente do hospital, onde se dava o ensino da medicina — e a figura da parteira, com suas ações consideradas caóticas, foi substituída pela segurança da técnica e do instrumental médicos.

Contudo, as vantagens deste processo progressivo devem ser contabilizadas com o devido merecimento: avanços na área da fecundação, da reprodução (ciclo menstrual), gravidez e cuidados pré-natais foram notáveis.

O resultado óbvio deste movimento ideológico foi uma proximidade muito maior com o cotidiano feminino. Surge uma variação acerca do interesse pelo corpo feminino e suas vicissitudes — a ginecologia. Em sua definição básica, seria considerada como um ramo da medicina que trata do corpo da mulher e de seu aparelho genital (Rodrigues & Nuno, 2005).

Já a obstetrícia, ocupa uma posição mais contingente à gestação, ao parto e posteriormente, ao puerpério, ou seja, funções ligadas à reprodução (Rohden, 2002). De acordo com a autora, a principal diferença entre a obstetrícia e a ginecologia se baseia no fato da primeira depender da prática clínica e da segunda ter surgido enquanto especialidade cirúrgica. Esta nova modalidade científica baseava-se no conhecimento natural da mulher, ou seja, o estudo sobre o seu corpo e a sua mente ocorria através do recurso de sua função sexual.

A relação desses temas mostra como a identificação de características supostamente naturais e observáveis cientificamente traçava as bases para a justificação das diferenças entre os sexos quanto aos seus papéis sociais. (...) Trata-se de um conhecimento elaborado a partir das mulheres, da percepção de como são distintas em relação aos homens.

(Rohden, 2002, p.122)

Paralelamente à aproximação da ciência médica em relação ao sexo feminino, Costa (2006) defende a ideia sobre a qual a divisão dos sexos não é fruto de uma revolução científica, mas de uma revolução política, sobretudo, de natureza social, surgida do pensamento de Jean-Jacques Rousseau. A medicina, neste sentido, forneceria os argumentos técnicos para uma chamada discriminação político-moral. A busca pelas diferenças entre homens e mulheres foi iniciada por áreas fronteiriças entre o saber médico e o senso comum, pois na própria medicina tais argumentos, e/ou interesses, ainda pertenciam a áreas menos centrais do conjunto teórico médico.

Assim, a divisão entre os indivíduos não encontra-se na natureza própria, mas sim em torno do modo como valoramos e selecionamos certos fatos, tornando-os fatos morais (Costa, 2006). Características físicas denotam, então, certas características morais e sociais.

A medicina ocupa exemplarmente sua função de controle técnico dos fatos naturais e, em nome de um progresso técnico, o espírito de cientificidade avançava enquanto disciplina historicamente vencedora.

Enquanto projeto político-social, a naturalização da desigualdade pode ser considerada enquanto instrumento de dominação, atribuindo ao feminino um elemento de perigo e desordem. Dentre as consequências imediatas de tal construção podemos observar a necessidade de controle sobre a sexualidade feminina (Martin, 2006), o estabelecimento de papéis sociais fortemente delimitados para mulheres e homens (Pitanguy, 2006) e o surgimento fundamental de um debate em torno da questão do gênero, definida enquanto:

(...) um conceito relativamente recente que se refere aos papéis sociais e expectativas de comportamento atribuídos a homens e mulheres em determinada sociedade. Trata-se de uma categoria relacional que, apesar de apoiada nas diferenças biológicas entre homens e mulheres, aponta para a produção social de identidades masculinas e femininas que incorporam valores culturais e desigualdades de poder e prestígio atribuídas a cada sexo(p. 148).

A constituição de um campo amplo de estudos sobre gênero deve ser destacada neste ponto. A discussão a respeito dos direitos da mulher pode ser destacada enquanto possuidora de duas valências: uma positiva e outra negativa. A primeira trouxe avanços, novos arranjos e espaços para a condição feminina; e a segunda, consequência da primeira, implica em novos papéis, atribuições e uma certa perda de referenciais tidos como certos e irrefutáveis, valores e crenças.

Historicamente, sem dúvida, o século XIX foi um período de conquistas para a mulher, de avanços sociais, tecnológicos, ideológicos e sociais. Tal período está relacionado também à revolução industrial e todas as repercussões advindas da mesma, afetando a vida das mulheres.

Tais conquistas variaram de um contínuo que fluiu de transformações essencialmente sociais até mudanças simples de costumes, como vestimentas que localizavam nos corpos uma função social ou uma classe. Com isto, temos uma aproximação da condição feminina do mundo externo, do trabalho, da convivência, anteriormente masculino e hoje, pelo menos idealmente, igualitário entre homens e mulheres.

O movimento feminista trouxe para o centro do debate a discussão sobre a identidade/essência da mulher e com isso, ainda durante o século XIX e início do

século XX, avanços na esfera social e econômica reconheceram direitos à figura da mulher, como o direito ao voto, liberdades sexuais, independência econômica e amor sexual. Enfim, até a maternidade poderia não ser amparada pelo matrimônio.

Durante a segunda metade do século XX, a anticoncepção significou uma alternativa tão libertadora que a maternidade não representa mais abandonar as aspirações profissionais.

De forma não diretamente ligada ao feminismo, ou às consequências do mesmo, mas favorável, está a liberação dos trabalhos domésticos (Jablonski, 1998). Assim, toda a carga de trabalho pode ser minimizada com tais instrumentais. Tarefas domésticas hoje, e a partir da década de 50 tornaram-se, em geral, mais baratas e econômicas em termos de tempo gasto com os cuidados com a casa. Novamente mais uma justificativa/convite para a saída da mulher do lar, ou de sua casa/refúgio.

Ainda segundo este autor, a emancipação feminina conjuga duas realidades conflitantes, ou seja, o ato de cumprir certo número de papéis aprendidos de forma transgeracional e, da mesma forma, acompanhar (no máximo) mudanças racionais, sociais, econômicas.

Este fenômeno representa, segundo Almeida (1987), um estado de descontinuidade, exemplificado por seu estudo comparativo entre grupos de duas gerações de mulheres em relação ao tema da maternidade. A conclusão é esclarecedora e afirma que a percepção de descontinuidade é devido ao conceito de desmapeamento, isto é, existem dois ou mais mapas referenciais que coabitam juntos em um determinado conjunto ou sistema de crenças, gerando conflito. Obviamente, o cenário que envolve esta discussão é complexo e mantém em seus domínios variáveis intrasubjetivas e intersubjetivas.

A mulher contemporânea encontra-se liberada e legitimada para ocupar outros espaços inéditos no conjunto do social, saindo do confinamento do privado e assumindo responsabilidades, direitos e deveres no que tange ao público, ao compartilhado pelo mundo produtivo do capitalismo e das novas relações com o trabalho. No entanto, um antigo debate ainda configura uma ambivalência cultural constituinte entre o exercício da maternidade, da reprodução e da parentalidade e a coexistência com alguns atributos, talvez nem um pouco “femininos”, tais como a agressividade, a conquista e a competitividade.

De todo modo, de forma paralela e autônoma, a história do saber médico assume, sem dúvida, uma dimensão hierárquica, oferecendo ao homem uma postura de perfeição e à mulher a incompletude. O saber sobre o corpo da mulher é amparado sobre este pressuposto — o da imperfeição —, e não o da complementaridade. Como exemplo, Pitanguy (2006) nos oferece um aspecto relacional entre o conjunto social e a concepção de corpo adotada:

Existem laços estruturais entre o corpo e a sociedade e, para compreendermos este binômio saúde/enfermidade, devemos ter em conta que o corpo a ser tratado tem as marcas físicas e psíquicas de sua inserção social. E ter presente que também os processos de diagnóstico e tratamento incorporam valores e relações de poder vigentes na sociedade (p. 150).

A ciência médica como sistema cultural utiliza-se de alguns pressupostos culturais subjacentes ao seu discurso e sua prática. Na verdade, a medicina possui ampla capacidade de intervenção nos corpos das mulheres (Martin, 2006). Da discussão sobre gênero à contribuição do feminismo; da metáfora da menstruação aos direitos reprodutivos; das expectativas particulares às coletivas quanto à condição do feminino, a cultura médica apropriou-se do corpo feminino de forma tão contundente que obtivemos todo um conjunto histórico de estudos próprio acerca do que convencionamos chamar neste trabalho de dimensões do feminino.

Ao longo deste estudo, discutiremos amplamente o resultado técnico desta articulação entre medicina-ciência-mulher na atualidade, tanto em termos de resultados e consequências práticas — legislação, saúde pública e intervenção governamental —, como em termos das implicações cotidianas para a correta interpretação de mulheres sobre seus próprios corpos. A conclusão que se chega, a princípio, diz respeito à existência de um “filtro” através do qual o corpo feminino é observado, classificado e conduzido — o da biomedicina.

De acordo com Martin (2006), a medicina é definida como uma ciência ligada à hierarquia e controle e o corpo feminino é ligado a uma ideologia produtiva. A partir deste ponto, vamos nos ater especificamente ao debate relativo a este corte analítico.

Vimos que a concepção hierárquica do corpo da mulher acompanha a mesma lógica social assimétrica. O corpo, assim, assume uma organização hierárquica da mesma forma como o próprio conjunto social. A autora utiliza a

uma construção metafórica para comparar o corpo feminino a uma ideologia de produção. Afirma que os textos médicos não são nada além da tradução final desta ideologia. No interior do corpo feminino, observamos uma sequência lógica e hierárquica de cérebro-ovários-hormônios (Martin, 2006).

A tese sobre a qual a função feminina (nos corpos) envolve a produção e reprodução social, localiza os fenômenos naturais da menstruação e da menopausa como aspectos culturalmente apreendidos, e, em acréscimo, sugere que tais fenômenos são falhas, interrupções, no sistema produtivo.

A forma como o corpo da mulher vem sendo abordado pela biomedicina traz consigo o tema da medicalização (Nagahama & Santiago, 2005). A medicalização, a grosso modo, consiste em um processo de tornar elementos cotidianos em objetos do discurso médico.

Se considerarmos o corpo feminino como alvo direto de manipulação, objeto e prática do discurso médico, cabe a colocação, ainda atual, de Foucault (1982) a respeito do controle dominante através da manipulação dos corpos, ou seja, a medicina possui uma natureza política intrínseca à sua práxis, e a estratégia hegemônica utilizada para este fim é o controle dos corpos. Desta forma, a natureza política da medicina nas sociedades capitalistas possuiria a função social de controle, através do controle dos corpos.

A operacionalização do saber médico através do estudo da sexualidade e da reprodução possui implicações sociais de destaque, tais como o controle populacional, a reprodução da força de trabalho e a reprodução dos modos de relações sociais (Foucault, 1997). Tal prática hegemônica ocorre através de práticas de implantação de saberes por intermédio de políticas de saúde, da criação de um saber médico (formação, ensino e pesquisa) e formas de atuação e atenção médicas (Luz, 1981, 2003).

O processo de medicalização da sociedade é alvo da atenção acadêmica desde o clássico texto de Illich<sup>2</sup> (1975). Sua crítica feroz não passou despercebida e certamente gerou frutos.

A medicina, em sua dimensão social, utiliza como matéria-prima a natureza orgânica do corpo feminino e a articula com a condição social acerca de gênero. O

---

<sup>2</sup> Este tema será discutido mais adiante, por ocasião do debate a respeito da crítica ao processo de medicalização social.

corpo, assim, assume condições específicas, notadamente dispostas em direção ao caminho da reprodução como função central.

É neste contexto que olhamos para a medicalização do corpo feminino, entendendo-a como um dispositivo social que relaciona questões políticas — como o controle populacional — aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

(Vieira, 1999, p.67-68)

A consolidação do saber médico acerca do parto, enquanto um ato controlado tecnicamente, foi responsável por um novo paradigma, intervencionista. O capitalismo industrial (Nagahama & Santiago, 2005), o corpo enquanto metáfora mecanicista, o parto como um ato perigoso à saúde, configuraram estratégias poderosas para o monopólio médico da dimensão feminina. Com a assistência ao parto territorializada no ambiente hospitalar, a posição do médico consolida-se enquanto detentor das condições próprias à saúde feminina. O processo de hospitalização, segundo Nagahama & Santiago (2005) foi,

(...) em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do *cerimonial de internação* — separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada com uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional(p.656).

Segundo este ponto de vista, podemos determinar um corte analítico, a saber: (a) a preocupação com a mulher assume um argumento em prol da saúde e contra a mortalidade materna e neonatal; (b) o processo de hospitalização é comparado a uma linha de produção, com regras rígidas a serem cumpridas para um resultado satisfatório e; (c) o corpo feminino é traduzido em um objeto, e sua autonomia é suspensa, assim como todos os aspectos que o individualizam.

Dois princípios podem ser deduzidos a partir desta classificação inicial: o primeiro descansa sobre a tese de que o corpo feminino assume uma qualidade de objeto e, o segundo discute a própria atenção à saúde da mulher, no intuito de sua manutenção e cuidado.

Interessa-nos, particularmente, o aspecto da assistência<sup>3</sup> médica à mulher. Se o surgimento e consolidação da obstetrícia serviram para a normatividade do discurso médico do século XIX, de acordo com Vieira (1999), é no século XX que são organizadas as ações em saúde e assistência médica formais.

O processo histórico de medicalização acerca do corpo feminino agiu a partir do entendimento sobre a natureza biológica da condição feminina (de certa maneira, determinante) e este fato (biológico), traduzido *no* corpo através das atividades de gestar, parir, amamentar, justifica as questões sociais que envolvem tal manifestação corporal (Vieira, 1999). Este caráter essencialista atribui ao sexo uma condição natural. A maternidade surge, neste contexto, como uma temática vítima deste movimento, traduzida em máximas como instinto materno e qualidade maior de cuidados em relação aos filhos por parte da mulher.

A medicalização intensa que sofre o corpo feminino no século XIX, quando aliada ao discurso de exaltação da maternidade, compõe um processo que, segundo alguns autores, teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental, na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevivência materna.

(Vieira, 1999, p. 70-71)

A questão da medicalização do corpo feminino traz, em sua manifestação maior, outro elemento secundário — o processo de naturalização (Costa, Stotz, Grynszpan & Souza, 2006). A atuação da medicina como a única detentora do conhecimento sobre os corpos, sua ordenação e normatização traduz-se em uma ação absolutamente naturalizada nas sociedades ocidentais contemporâneas. Seu histórico, como visto anteriormente, contém os elementos constitutivos de seu formato atual: ideologia dominante, controle hegemônico, saber técnico e científico e higienização dos espaços, intrasubjetivos e intersubjetivos.

Atualmente, a maior articulação traçada por este conjunto de valores sociais prioriza a importância do tema da reprodução para a dimensão do feminino (Vieira, 1999; Schor et al, 2000; Costa et al, 2006). Dentre tantas temáticas evidenciadas no percurso histórico do processo de medicalização, como a medicalização do parto, da sociedade, a consolidação da ginecologia e as lutas das feministas, destacamos a medicalização do corpo feminino como importante

---

<sup>3</sup> Este tópico será alvo do terceiro capítulo a partir do enfoque das políticas públicas de saúde direcionadas à mulher no Brasil.

analisador. O aspecto reprodutivo evidenciado pelo discurso biomédico assume, então, a face técnica mais clara de tal apropriação do corpo feminino.

Martin (2006) nos direciona para a temática da reprodução enquanto um aspecto da apropriação dos corpos femininos no interior de um debate maior onde gênero e ciência organizam-se em um par dialético. A ciência constitui-se enquanto um sistema cultural organizado, hegemônico, onde encontram-se representações ideológicas, cotidianas, sobre os corpos femininos. Estabelece uma classificação interessante quanto a níveis de análise sobre o problema: o nível que abrange o todo social; o nível da pessoa e; o nível que abrange o corpo. Desta distinção, observamos algumas conclusões.

A primeira divide o mundo social em público e privado. O primeiro seria destinado à produção de bens, ao masculino, à luta pelo controle da natureza e seu subjulgo, enquanto o segundo estaria destinado à mulher e à reprodução. De acordo com o recorte pessoal, podemos deduzir que a experiência humana entre homens e mulheres seria distinta de forma a priori: às mulheres caberia a experiências relacionadas ao natural, ao sexo e à procriação. Em uma dimensão mais ampla, associada à maternidade, ao afeto e ao cuidado do lar e dos componentes da família. Ao homem, a transformação da natureza através da produção de um saber científico, legitimando tal saber a partir de um olhar, ou filtro, masculino.

(...) muitos elementos da ciência médica tem sido considerados responsáveis, em parte, pela fragmentação da unidade da pessoa. Quando a ciência trata a pessoa como máquina e pressupõe que o corpo pode ser consertado por meio de manipulações mecânicas, ela ignora, e nos incentiva a ignorar, outros aspectos do nosso eu, como nossas emoções e nossas relações com as outras pessoas.

(Martin, 2006, p.58)

O nível corporal reproduz, de certa forma, a ideologia impingida pelos outros dois níveis na medida em que configura o último campo de batalha entre sistemas ideológicos coletivos e pessoais. Nosso entendimento, neste ponto, chega à conclusão de que o corpo, entendido como unidade mínima de análise social, intersecção entre público e privado, entre pessoal e o impessoal, foi apreendido pela ciência — moderna e contemporânea — enquanto instrumento de agenciamento.

Rodrigues (2006) contribui positivamente para este raciocínio ao defender a ideia de que o corpo é socialmente construído enquanto realidade, e como tal, representa, em última instância, um canal de acesso à estrutura de uma sociedade particular. Aventa-se, aqui, para a possibilidade de entendermos o mundo como dotado de representações, onde forças coletivas e forças materiais ou naturais influenciam-se mutuamente. Assim, a cultura opera, marcadamente, a qualidade da relação social que travamos com nossos corpos. Este último é concebido como bem, patrimônio, valor, capital, isto é, o que há de mais concreto na experiência humana por uma ampla literatura (Knibiehler & Fouquet, 1983; Le Breton, 2003; Rodrigues, 2006; Goldenberg, 2005, 2007).

De acordo com Rodrigues (2006), é vasto o interesse pela antropologia pelo registro dos símbolos atribuídos por diferentes grupos sociais em relação ao corpo. Destacamos o valor atribuído, dentre tantas comparações possíveis, ao sangue. Como já dito anteriormente, a tendência das sociedades modernas ocidentais para a valoração do corpo feminino é atravessada por um argumento padronizado — o reprodutivo. A metáfora utilizada por Martin (2006), por exemplo, confirma esta hipótese ao sugerir que a medicina atribui um modo específico de leitura sobre fenômenos corporais femininos, a saber: a menstruação, o parto e a menopausa.

Ora, todos os fenômenos citados acima envolvem a observação, a manipulação, o controle, a higiene e o gerenciamento do sangue feminino. A utilização do simbolismo das tais “regras” femininas sugerem que este insumo deve ser controlado, como prova da primazia do cultural em relação ao natural, ou biológico.

O sangue está sempre presente na vida social. (...) Em certas sociedades a primeira menstruação é objeto de importantes cerimônias e em outras um acontecimento íntimo que deve ser escondido. A mulher menstruada é muitas vezes considerada doente e fora de seus juízos normais. (...) A exemplo da menstruação, a gravidez é também quase sempre objeto de atitude ritual.

(Rodrigues, 2006, p.78-79)

O resultado final da manipulação sobre o corpo feminino, através da produção de insumos, vistos como poluídos ou como dignos de higiene imediata, traz em si uma preocupação com a aceitação social, no interior das regras daquele coletivo de pensamento. No caso dos partos, o entendimento sobre o corpo da criança, como extensão imediata provisória do corpo da mãe, também pede

higienização imediata e só após este procedimento, é posta em contato com sua genitora. No caso da menstruação, Rodrigues (2006) nos contempla com mais um exemplo, segundo o ponto de vista antropológico:

Fundamentalmente, para muitas culturas, a mulher, mais que o homem, tem a potencialidade de funcionar simbolicamente como perturbador dos sistemas sociais de classificação (...). Nessas oportunidades seu estado fisiológico e seu estado social são incompatíveis. Às culturas se abrem três alternativas básicas para solucionar o problema: banir a mulher, esconder a menstruação ou desconhecer-la e tratar nessa fase como faz normalmente (p.81).

De toda forma, por intermédio da concepção de limpeza ou poluição, a ideia da concepção/manipulação do sangue feminino parece ilustrar a apropriação cultural sobre o fenômeno, sua consideração enquanto fato relevante ao grupo social e digno de controle sobre a sua administração (Douglas, 1976; Natansohn, 2005).

O controle reprodutivo parece, neste sentido, ser o instrumental mais efetivo até então utilizado culturalmente e as concepções baseadas na racionalidade biomédica ocidental normatiza o processo de reprodução segundo uma classificação específica, baseada atualmente sob redes neuronais, intrincadas conexões neuroquímicas onde o corpo feminino pode ser considerado como um conjunto sistemático de sinalizações. Sinais e sintomas transformados em canais de *input* e *output* informacionais, capazes de instrumentalizar apenas determinado olhar especializado e capaz de decifrar os segredos das mensagens enviadas — a racionalidade biomédica.

Em retorno às metáforas da menstruação, parto e menopausa, propostas por Martin (2006), em torno das representações médicas sobre o corpo da mulher, a autora, diferentemente de Laqueur (2001), entende a concepção de corpo como fundamento, reduzindo-o, infelizmente, a uma alvo da dominação masculina. A primeira considera que tais atos — biológicos —, como o de parir uma criança, não são atos controlados pela mulher, ou seja, ocorrem no seu corpo, com elas, de forma que não são ações intencionais, realizadas pelas mesmas ativamente.

De certa maneira, decanta-se a ideia de que tais fatos foram apropriados pela ciência, através do instrumental biomédico, e, portanto, passam a ser realizados em co-autoria entre profissional-especialista e mulher-paciente. No entanto, reafirma a tese de que as funções corporais ainda continuam pertencendo ao corpo

concreto, e este à mulher que o porta. Sua perspectiva feminista assume um ponto de vista radical, mas é inspiradora, sem dúvida.

Comparando o corpo feminino à ideologia de produção, localiza a menstruação — dentro do ponto de vista da produção — como, ao mesmo tempo o início da possibilidade de participação do processo produtivo, mas também um ato de “falha”, de “desperdício”, já que um óvulo seria descartado inutilmente. Neste ponto específico, acusa a literatura da área como tendenciosa ao enfocar os aspectos passivos da ovulação em relação à produção farta e pró-ativa de espermatozoides (Martin, 2006). A menopausa segue o mesmo princípio atribuído à menstruação e é concebida enquanto uma interrupção real no processo de reprodução feminino.

É evidente que há a necessidade de se considerar, mais atentamente, o aspecto da tecnologia, para a compreensão mais apurada deste cenário (Chazan, 2005; Dantas, 2009; Diniz, 2009). Martin (2006) articula o tema da tecnologia ao espetáculo da dominação masculina:

Nosso enfoque na tecnologia e em suas necessidades exigências que estão sempre mudando distrai nossa atenção das relações sociais de poder e dominação que estão presentes sempre que os seres humanos usam máquinas para produzir bens em nossa sociedade.

Podemos nos projetar para longe de nossa tendência em aceitar a tecnologia como ela é oferecida se mudarmos a natureza de seu uso (p.110).

Esta discussão pode ser ambientada no interior da cena do parto, onde é solicitado da parturiente, por exemplo, um conjunto de condutas, posições, procedimentos e respostas comportamentais que nem sempre são coerentes com o intenso momento de dor e de envolvimento emocional. Desta forma, o ato biológico é conduzido por um fazer tecnológico, através de um saber que inaugura uma posição de poder entre a figura do médico e a cooperação da mulher, e de seu corpo.

Parece-nos coerente tal posição, se basearmos nosso entendimento de acordo com uma perspectiva produtiva. O corpo objetificado pela prática obstétrica deve ter sucesso em sua empreitada, e é com este ideário que a saúde pública em nosso país organiza sua programação em saúde, propõe estratégias de ação, prognósticos e lida com os dados epidemiológicos racionalmente. Contudo, é válida a proposição, ainda que radical, de Emily Martin, sobre a necessidade de

alteração quanto ao imaginário da gestação, do parto, da amamentação, em prol do combate à alienação das mulheres em relação aos seus corpos, devido ao afastamento conduzido pela tecnificação biomédica.

Vieira (1999) localiza a medicalização da anticoncepção como um marco regulatório. A autora defende a ideia na qual a década de 60 significou um importante período de mudança paradigmática quanto à saúde pública em termos da capacidade reprodutiva da mulher. Anteriormente, a atenção médica privilegiava o ciclo gravídico-puerperal com o objetivo de controle da mortalidade infantil. A partir deste período, a justificativa volta-se para os altos índices de natalidade, responsabilizando-os pela baixa qualidade de vida populacional.

(...) nos anos 60 as agências internacionais começam a investir maciçamente no desenvolvimento da pesquisa de métodos anticoncepcionais, principalmente a partir da divulgação de estatísticas alarmantes relativas ao crescimento populacional no Terceiro Mundo. (...)

A disseminação de ideias e práticas referentes ao desenvolvimento e à necessidade de tecnologia realizada pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas foram fundamentais para consolidar e ampliar a medicalização no que se refere ao controle da reprodução.

(Vieira, 1999, p.75)

Em termos nacionais, apesar das políticas públicas ainda privilegiarem o ciclo gravídico-puerperal, a tendência do entendimento a respeito da saúde da mulher associou-se às ações de planejamento familiar. Deduz-se daí a íntima relação entre anticoncepção e planejamento familiar. No que tange a apropriação do corpo feminino na articulação com sua capacidade reprodutiva deu-se de forma direta e literal, transformando friamente o ato do nascimento, o sentimento da maternidade e a emoção do parto em um procedimento técnico.

Ressaltamos, neste ponto, o surgimento de uma mudança radical quanto à concepção técnica e do senso comum acerca do envolvimento concreto da mulher em seu parto e nas etapas que o sucedem. A gestação, assim, também sofre os efeitos processo de tecnificação, e suas etapas são então classificadas, esquadrihadas e programadas.

A mulher perde, então, o controle sobre seu processo gestacional e parturiente, distanciando-se do potencial funcional do seu corpo em prol da operacionalização do discurso biomédico baseado no sucesso do procedimento cirúrgico.

De acordo com Franklin (1997), outro complicador neste cenário para a disseminação da prática intervencionista sobre o controle do corpo feminino, nas etapas da concepção e da gestação, é a inserção de forças e interesses comerciais sobre tais processos.

O controle interno da mulher sobre as condições ditas naturais de seu corpo passa, cada vez mais, a ser atribuído a agências de controle biomédico, medicalizante. Inúmeros aspectos ajudam a compreendermos este complexo processo de medicalização, tais como anseios sociais quanto às soluções possíveis para a área da saúde (Vieira, 1999), os avanços técnicos da medicina diagnóstica (Cardoso, Santos & Mendes, 2007), formação profissional do médico e consolidação definitiva da obstetrícia, intensificando o parto hospitalar como procedimento técnico institucionalizado (Oliveira, 2001).

A relação de poder do profissional médico sobre o corpo feminino, transformando o fenômeno fisiológico em categoria passível de intervenção (Santos, 2003) e a consecutiva intervenção do Estado sobre o processo pré-natal e a hospitalização do parto (Brasil, 2001b; Tornquist, 2004) complementam a listagem de aspectos relacionados ao processo de medicalização.

No que tange à gestação — e concepção — seu processo evolutivo sede à padronização de um saber especializado, baseado na regularidade das consultas médicas e no monitoramento da saúde da mulher e do feto. Segundo Tornquist (2004), a gestação passa a migrar de um saber fundamentalmente feminino em direção a um domínio masculino, sendo medicalizada e transferida para o território hospitalar. Tal controle pode ser vislumbrado pelo amplo desenvolvimento de instrumentais como a ultrasonografia (Chazan, 2005), que transforma o fenômeno natural em um procedimento visual e técnico. No entanto, até os recursos tecnológicos não afetam as sociedades, ou grupos sociais, de igual modo.

Em outros termos, trata-se do fato de que, no processo de medicalização do feminino social (o que de resto cabe à medicalização em geral), não se dá a consciência das contradições inerentes à própria medicalização. No âmbito da reprodução humana criaram-se expectativas qualitativas e quantitativas que não são cumpridas nos mesmos termos (...).

(Vieira, 1999, p.76)

Enquanto a medicina dita antiga se constitui enquanto portadora de um limitado arsenal, e/ou instrumental, diagnóstico, para a intervenção, o papel da medicina hoje se dá através do que se convencionou chamar de normalização social.

A medicina moderna viabilizou uma grande mudança de paradigma, organizando formas inéditas de pesquisa e intervenção, e tal mecanismo de normalização propõe transformações de ordem moral, dos hábitos cotidianos e de higiene (Costa et al, 2006).

O corpo, na qualidade de realidade biopolítica, cria uma disciplina médica especializada, capaz de viabilizar um projeto audacioso de higienização dos espaços, públicos (das cidades) e privados (das famílias) (Costa, 1989). O médico assume, assim, um papel social de destaque a medida em que acumula uma dupla função: a de cura e a política (Martins, 2005, Tesser, 2006).

Assim, a medicina moderna é constituída por uma intrincada rede de temas organizados sobre alguns pilares, a saber: da produção (de um modelo nosológico), da política (baseada em objetivos em torno do controle social) e da tecnologia (instrumental).

No que tange ao corpo, especificamente o da mulher, utilizado como possibilidade de recorte analítico, podemos observar algumas implicações conceituais relevantes. Sobre o pilar da produção, cria-se a própria diferenciação entre o estado saudável e o adoecido, isto é, delimita-se o espaço atribuído à doença, organizada em uma estrutura nosológica que atribui sentido ao fenômeno observado e auxilia na atividade de classificação.

Ao mesmo tempo, além da produção de sentido para a doença, organiza-se a própria disciplina acadêmica, através de um projeto produtivo centralizado na lógica do corpo e em um padrão de racionalidade. Como sugere Tesser (2006):

O processo de medicalização social transforma o papel social do médico e da medicina, mas também a construção das doenças (nosologia) e o corpo médico, que passa a se organizar profissionalmente. A consolidação do ensino universitário garante a competência e regula a atividade técnica pela instalação de um código moral (p. 366).

O pilar político sugere uma constelação de fatores que variam de uma dimensão macropolítica — baseada em um aumento do saber biomédico enquanto valor social e um estilo de pensamento (Fleck, 1986; Tesser, 2006)— até uma

dimensão micropolítica, relativa às práticas individuais, cotidianas, da relação dos sujeitos com seus próprios corpos (Boltanski, 2004). Os papéis educativo e moral são atribuídos ao profissional médico, organizados segundo princípios de uma estratégia biopolítica de sucesso, concretizada nos corpos individuais (Foucault, 1982). Sobre a criação de um estilo de pensamento, Tesser (2006) define:

Um estilo de pensamento é um conjunto entrelaçado de tradição, valores, crenças metafísicas, modelos abstratos, representações simbólicas (...), são unidades de análise fundamentais para a compreensão da construção e transformação do saber e sintetizam em si fatores de ordem sociopsicológica, cognitiva, histórica, filosófica e cultural (p. 67).

O estilo de pensamento veiculado pelo saber médico trás em seu bojo a super especialização, a valorização da sofisticação em detrimento do procedimento simples e direto e prioriza alguns tipos de ação/intervenção, em detrimento de outros. Enquanto projeto político, em última instância, a medicalização pode ser considerada enquanto um feito de sucesso, isto é, um representante máximo da vitória da ciência sobre a natureza.

Quanto ao terceiro pilar a ser exposto — o da tecnologia —, obviamente, o argumento utilizado para a sua consolidação acompanha o sucesso da biomedicina, através da criação de um instrumental efetivo para o controle das condições consideradas não-saudáveis rumo ao controle dos riscos, das condições anômalas e de toda sorte de efeitos relativos ao bem-estar humano. No que diz respeito à mulher, núcleo central de nossa discussão, a consolidação da tecnologia científica teve como alvo a temática da concepção, da reprodução e das práticas educativas da puericultura e amamentação (Almeida, 1999; Brasil, 2000, 2001b; Corrêa & Guilam, 2006) através de um processo de naturalização da medicalização.

Destacamos o papel da ginecologia neste processo enquanto fator fundamental para a medicalização do corpo feminino, veiculando valor social ao ato da contracepção. Como Costa et al (2006) apontam, em plena consonância com os pilares expostos acima:

(...) o que fica evidente, mais uma vez, é o processo de naturalização do corpo feminino como base de sua medicalização, o que possibilitou a apreensão desse corpo por especialistas com finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos. A reprodução, cada vez mais, deixa de ser um assunto de âmbito privado e assume uma face pública (p.370-371).

Dantas (2009) reforça nossa preocupação com o ritmo do avanço do que se convencionou chamar de tecnificação a vida, nas sociedades ocidentais. Na tentativa de elencar algumas características deste processo, a autora nos oferece uma possibilidade rica de articulação entre a materialidade do corpo feminino, o entendimento de sua subjetividade e o surgimento de um largo espectro de substâncias com a finalidade primeira de amenização do sofrimento, através da ação em um emaranhado de redes neuronais, responsáveis pelo desequilíbrio trazido pelo adoecimento.

Assim, o processo de medicalização da sociedade, definido sumariamente como a expansão do campo da biomedicina, interpretando os comportamentos humanos como cabíveis de resolução médica (Tesser, 2006), expõe um mecanismo cotidiano, amplamente disseminado e reproduzido de tecnificação das ações humanas e merece especial atenção.

Vimos, até então, um panorama contextual da medicalização da sociedade como um fenômeno com diferentes entradas epistemológicas. No entanto, enquanto processo, deve ser revisto em suas bases mais cotidianas, pois representa um certo reducionismo técnico, à medida em que — por mais homogêneo que possa parecer — não se dá da mesma forma em todos os estratos sociais, recortes demográficos e nem em termos da sua apropriação sobre os corpos, feminino e masculino.

Illich (1975) realizou uma crítica severa contra a medicalização social do início do século XXI. Atribui à medicalização a responsabilidade social pela institucionalização, industrialização e expansão da biomedicina. Alerta-nos sobre a importância da conscientização a respeito do processo de naturalização atrelado à medicalização, a definição de sofrimento e o aspecto iatrogênico gerado como consequência do processo de medicalização social. Associa, de forma complementar, a iatrogênese — clínica, social e cultural — e a história da noção de corpo e práticas relacionadas a este último.

Para a correta compreensão da contribuição de Illich, é preciso definir, com mais propriedade o seu sentido para o conceito de iatrogênese. A medicina e sua institucionalização configuram, para o autor, em última instância, numa ameaça à saúde (Illich, 1975; Tesser, 2006). Tal processo iatrogênico configura-se em três modalidades: clínica, social e cultural.

A iatrogênese clínica resulta dos danos causados pelo uso da tecnologia médica, excessiva administração de drogas e implementação de alta tecnologia. A definição de iatrogênese social (diretamente ligada à medicalização social), refere-se ao grau de dependência do grupo social dos produtos e medidas apresentadas pela medicina. Segundo Nogueira (2003), a iatrogênese social anula a questão da saúde como responsabilidade do indivíduo, atribuindo a este um caráter apassivado em relação à figura e autoridade médicas. Finalmente, a iatrogênese cultural diz respeito à problemática criada pelo extermínio da autonomia e potencial cultural dos grupos humanos quanto ao enfrentamento das enfermidades e dos danos a partir de um histórico de conhecimentos, baseado no conjunto de experiências armazenadas e vivenciadas por um grupo social.

As práticas tradicionais e o saber espontâneo que lhes acompanham foram, nos últimos séculos, substituídos pela figura plenipotente do médico e de sua técnica profissional heterônoma, que trazem a promessa ilusória de estender indefinidamente a existência das pessoas.

(Nogueira, 2003, p.186)

Utilizando-se do viés do corpo em sua argumentação, Illich (1975) retorna ao histórico da compreensão de corpo como resultado de um processo longo de sucessivas construções e reconstruções, surgido na modernidade, com o advento da preocupação sanitária e do Estado-Nação, ambientado enquanto imagem coletiva e, posteriormente, como objeto portador de direitos. Dentre estes direitos, sobretudo, direito à saúde.

Atualmente, o corpo, em associação com a noção de iatrogênese cultural, é relacionado à busca incessante pela saúde. Ou seja, como Nogueira (2001) destaca, ocorre uma preocupação extremada, patogênica, pela condição de saúde corporal, ou higiomania. Acompanhamos a cultura de massa veiculando a imagem corporal como o palco de uma série de necessidades de saúde a serem satisfeitas pelos indivíduos. A saúde, complementa o autor, é acessada por duas vias: a da medicina, através de seus profissionais e por meio de uma cultura corporal, que de certa forma, promove automatismos, robotização, etc.

A crítica que se sustenta diz respeito ao próprio fundamento da medicalização — a concepção de mundo a partir de uma racionalidade biomédica. Na verdade, o entendimento sobre a dor, o sofrimento e o adoecimento humanos da biomedicina destoa radicalmente da definição cotidiana, concreta, dos

indivíduos que experienciam tais aspectos. Sobre a dor, Illich (1975) afirma que é um acontecimento que supera a expectativa médica, baseada em uma realidade orgânica, rumo a um entendimento de incomunicabilidade da dor, lançando o indivíduo a uma experiência singular e solitária. O sofrimento torna-se uma ampliação multifacetada da dor, ou seja, a partir de concepções de mundo, representações culturais, etc, o sofrimento dá forma à experiência de dor. A cultura, enquanto matriz explicativa, dá sentido e organiza o vivenciado (Tesser, 2006).

Assim, o discurso médico, tecnocrata, dissemina o valor da objetivação da dor e dos seus sintomas e tenta, de forma direta, evitá-los através de processos como o adormecimento, a anestesia, bloqueando a experiência da dor e dos sintomas. Seria tolo desconsiderarmos todo o avanço tecnológico quanto ao controle dos elementos físicos envolvidos na experiência de dor em um quadro de adoecimento, agudo ou crônico. Contudo, o que ressaltamos é a crescente e necessária preocupação com as consequências sociais, históricas, da exacerbação deste movimento. Tal processo de tecnificação da vida (Dantas, 2009) cria uma oposição categórica entre o desenvolvimento tecnológico exponencial dos dias atuais e uma sensação de vulnerabilidade entre os indivíduos.

A cultura medicalizada deixa o homem desamparado e incompetente, pondo-o nas mãos do trato médico profissional (...). Assim, a compaixão (fonte de consolo, conforto, distração e esperança) e o conhecimento cultural sobre a saúde (tradicional, popular ou de outras medicinas), de gerações anteriores e do entorno social do doente (fonte de tratamento integrado à cultura e à vida do paciente e dos seus), transformaram-se em virtudes obsoletas e muitas vezes indesejadas.

(Tesser, 2006, p.66)

Se na primeira versão da obra de Illich, o autor critica a inibição social da autonomia dos indivíduos diante das crenças e práticas biomédicas, em um segundo momento, o destaque está na identificação de um quarto tipo de iatrogênese — a do corpo. O auto-cuidado com o corpo passa a configurar, paradoxalmente, um modelo iatrogênico a partir do movimento incessante de busca pela saúde pelos indivíduos, traduzidos agora em consumidores (Tesser, 2006; Nogueira, 2003).

É interessante observar que a saúde, atualmente é tida como obrigação e os comportamentos saudáveis são, em geral, prescritos por profissionais especializados. No entanto, para Illich (1975), a saúde só pode ser considerada

enquanto aumento da liberdade, abarcando ideias como a responsabilidade sobre si mesmo e a autonomia dos indivíduos sobre seus processos de adoecimento. Este estado de coisas configura o que o autor chama de contraprodutividade. Sua definição abarca um conjunto de fatores que passam a exercer efeitos paradoxais, funcionando em oposição aos seus objetivos e funções iniciais.

É necessária alguma notícia sobre ações chamadas heterônomas e autônomas em saúde, para a melhor compreensão da noção de contraprodutividade (Tesser, 2006, p.67). Uma ação denominada de heterônoma é realizada por agentes profissionais institucionalizados, enquanto a autônoma diz respeito a todas as ações em saúde realizadas pelo próprio indivíduo, em conjunto com seus pares, em seu ambiente cotidiano. O problema ocorrido está na larga produção de ações heterônomas e estas aumentam a produção de contraprodutividade. A partir de um processo de retroalimentação, para corrigir o erro causado por esta última, aumentam-se ainda mais as ações heterônomas com o intuito de controlar suas consequências nocivas.

No caso da atenção à saúde, a ação especializada, em vez de promover a autonomia do doente, para que este possa necessitar menos de novas ações heterônomas e melhor usufruir de ações eventuais ou necessárias, destrói a autonomia, reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral.

(Tesser, 2006, p.67)

Sobre este ponto, levantaremos uma possibilidade de contribuição do atual estudo a partir do conceito de rede de apoio social com o intuito de reverter tal quadro, promovendo apoio real, percebido, inclusive da equipe de saúde, na situação da gestação de risco, quando ações de saúde autônomas e heterônomas se atravessam, nem sempre de forma harmônica.

A esse respeito, relembremos a íntima relação entre natureza e cultura exposta anteriormente; o processo de medicalização social através do viés da naturalização da prática médica; a noção de corpo e os atravessamentos culturais e de pertencimento sentidos por este; além da repercussão sobre o corpo feminino e suas funções (naturais, ou não) quanto à reprodução e à maternidade.

Russo (2006) propõe uma interpretação curiosa sobre a articulação entre corpo e cultura, entre os pressupostos da medicina e a realidade concreta do sofrimento humano. A partir do fio da desnaturalização do discurso médico, tece

uma rede de pressupostos organizados em dois pares dicotômicos — o corpo-objeto e o corpo-pessoa.

Afinamo-nos intimamente com seu entendimento baseado na desnaturalização de alguns processos tidos como corretos e universais, isto é, na preocupação quanto ao rumo da aproximação do discurso biomédico das ações reais em saúde e das pessoas (doentes) propriamente ditas, no nosso caso, mulheres, gestantes, consideradas de alto-risco. Nas suas palavras:

Por que a introdução à medicina como prática e como profissão ocorre através da transformação do corpo tal como é vivido no cotidiano de todos nós num corpo-objeto que só existe naquele contexto? Será essa transformação necessária à prática da medicina? O corpo entendido como objeto ajuda ou atrapalha a futura prática desse estudante?.

(Russo, 2006, p.183)

Essas perguntas são lançadas enquanto questionamentos acerca do processo de objetificação do corpo — em corpo-objeto — realizado pelo discurso médico durante o ensino ao estudante de medicina. Desde cedo, durante as aulas de anatomia, o corpo é oferecido como objeto de construção de saber, representado em uma “peça”, que pouco lembra, na verdade, a entidade pessoa. E é assim que a medicina moderna ocidental se configurou, transformando forçadamente corpos-pessoas em corpos-objetos.

A relação entre esta discussão e o especialismo técnico da disciplina médica fica clara, neste ponto, quando ocorre um esquadrinhamento sistemático do corpo, para melhor entendê-lo, em detrimento da compreensão sobre o adoecimento como um projeto humano global e multicausal.

Russo (2006) argumenta que a tentativa de transformação do corpo-pessoa em corpo-objeto é um dispositivo utilizado sistematicamente pela ciência médica, tanto para a formação quanto para a reprodução de seu conhecimento técnico. No entanto, tal projeto é impossível.

(...) a medicina tal como a conhecemos depende de algum grau de *objetificação do ser humano* para poder existir. Essa objetificação, radical nas aulas de anatomia, se verifica de modo mais suavizado na prática médica de um modo geral (p.184, grifo da autora).

Interpretamos esta impossibilidade como correlata à noção de contraprodutividade de Illich, pois o projeto maior da medicina acaba, então, por

se tornar um grande engano. A observação do problema orgânico, localizado em uma falha mecânica, ou em seu funcionamento considerado normal, distancia evento observado da cura proposta.

A figura do médico busca a cientificidade do encontro entre seu conhecimento — sobre o corpo repartido — e a aplicação concreta do mesmo em um corpo visto como total. Sem dúvida, é um projeto dado ao fracasso. Daí podemos concluir sobre a existência de inúmeras problemáticas entre a suposição de um saber e a aplicação do mesmo a um evento concreto.

Boltanski (2004), neste sentido, alerta a respeito de certa dificuldade na decodificação entre a relação doente-médico e na enunciação do discurso sobre a doença. Embora focalize sua discussão no que tange às classes populares e o distanciamento entre o discurso do especialista e o discurso popular, sua contribuição é consistente quanto às diferenças entre o discurso médico e a realidade concreta do doente.

Como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que — ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos — limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como único representante da ciência legítima (...).

(Boltanski, 2004, p.33)

O problema parece estar justamente na transposição do discurso em direção ao real. A regulação que o discurso da disciplina biomédica parece justificar depende, em muito, da apropriação pelos grupos e indivíduos, segundo uma série infinita de leituras, conforme atributos culturais, ou como Russo (2006) denomina, aspectos bioculturais. Valores sociais são veiculados através de condutas corporais e através de tais condutas são reproduzidos hábitos e formas estáveis de adestramento corporal.

Práticas relacionadas ao corpo feminino, por exemplo, como gestar, o parir, o amamentar e até o ato do desmame são fenômenos considerados como bioculturais. Assim, a aproximação entre cultura e hábitos corporais deve ser levada em conta, necessariamente, ao discutirmos a aplicabilidade do discurso biomédico ao ambiente social (Douglas, 1976; Mauss, 2003; Rodrigues, 2006).

Douglas (1976), a partir da sua classificação e ordenação em elementos considerados sujos e outros limpos, nos oferece um excelente exemplo a respeito

da definição de doença, pois classifica o sujo como algo fora do lugar, disposto de forma incomum. A doença, assim, é considerada como suja, impura, o que ocupa um lugar que não deveria ocupar.

Desta forma, deduzimos um forte conteúdo moral no discurso médico, que avalia, classifica e considera a doença como algo a ser combatido, extirpado, e por isso mesmo desqualifica a qualidade maior da doença enquanto expressão de sofrimento e dor, fruto de engendramentos não só naturais, mas também bioculturais (Russo, 2006).

Esse desconhecimento ativo do próprio modo de funcionamento leva a prática médica a uma espécie de confronto com a demanda e as necessidades dos sujeitos que procuram a ajuda do médico. (...) O médico que acredita na realidade inquestionável do corpo-objeto (...) não tem como lidar com a dimensão moral do sofrimento de seu paciente (p.192).

O processo de medicalização da sociedade parece oferecer avanços e retrocessos em uma espiral dialética, onde um modelo de classificação ordena o mundo segundo princípios baseados em uma relação naturalizada. Os corpos dos indivíduos, segundo estes princípios, estariam qualificados enquanto objetos, dignos de serem analisados e perscrutados, com o objetivo de consolidação de um saber considerado vencedor sobre a natural/biológico. Enfim, a dominação da cultura em relação à natureza.

A questão que se levanta — no que diz respeito ao fenômeno da gestação — está intimamente relacionada aos rumos dados pela ciência biomédica aos corpos femininos, suas funções e idiossincrasias. Assim, o discurso atribuído ao risco enquanto elemento de controle sobre os corpos grávidos requer especial atenção e cuidado.

A íntima relação entre gênero e saúde, cultura e natureza, controle e autonomia, parece configurar o núcleo central do debate a respeito da avaliação do risco gestacional e do valor atribuído ao fato pela ciência e os impactos, sociais e individuais, sobre os corpos de mulheres.

### 3

## Gestação: da saúde ao risco

Em continuidade à proposta deste estudo, observamos o fenômeno da maternidade de forma diferenciada da sua caracterização operacional, definida como estado gravídico, ou gestação.

Avaliamos a condição da mulher como dotada de uma especificidade, tanto física quanto cultural, e precisamos considerar tal estado enquanto objeto de uma análise mais cuidadosa, alicerçada no interesse pela experiência de maternidade — constelação de fatores cognitivos, afetivos, emocionais, socioculturais, hormonais —, assim como em sua forma operatória, exclusiva à experiência feminina: a de gerar uma criança.

Tal jornada, cheia de alegrias, desejos e promessas, também pode ser marcada pelas vivências de frustração, retração e perigo. Este último, traduzido (literalmente) pelo discurso médico enquanto risco, ameaça e perda, precisa ser simbolizado adequadamente pela gestante a fim de representá-lo cognitivamente e afetivamente (Carvalho, 2001; Rocha, 2001), em nome de um esperado sucesso da experiência de gestação.

#### 3.1

### Sobre a ideia da maternidade e o ato da gestação

A questão que se levanta é a de que diferentes discursos sociais inscrevem a mulher contemporânea enquanto mãe, situando a maternidade como tema central e bastante discutido. Optamos por incluir o tema da maternidade enquanto fenômeno multifatorial, relacionado às esferas do público e do privado, do social e do psicológico, do inter e do intrasubjetivo, do trabalho e da maternagem.

A maternidade abarca uma gama de aspectos relativos à figura da mulher. Constitui-se em um fenômeno global, composto por três dimensões: biológica e psicológica e sociocultural (Tedesco, Zugaib & Quayle, 1997; Tedesco, 2000; Rocha, 2001; Carvalho, 2001). Neste capítulo, buscamos averiguar a inter-relação destes aspectos através do que chamamos de temáticas-guia, a saber: promoção de saúde; políticas públicas sobre saúde da mulher; a concepção de risco; a

especificidade da atenção do pré-natal de alto-risco; e o conceito de resiliência psicológica.

### 3.2

#### O panorama das políticas de saúde

Debater o tema saúde requer rever toda a história humana em busca da superação da dor, do sofrimento e da doença, ao longo dos séculos de civilização. Hoje o desafio continua em pauta, contudo, levanta questionamentos e elementos que vão muito além do empírico e concreto. Podemos afirmar que a questão da saúde — e seus atravessamentos — alcançou destaque mundial a partir do fenômeno da globalização e das demandas pós-modernas. De acordo com Carvalho & Buss (2008):

(...) a luta contra a doença e a busca da saúde saíram do âmbito privado de vidas individuais e do emprego empírico de conhecimentos primitivos. Hoje mobilizam progressivamente refinados saberes, produzem e distribuem em larga escala conhecimentos científicos e tecnológicos, em busca de desvendar os complexos processos biológicos e sociais envolvidos. (...) No centro deste processo, está o conceito da saúde como uma complexa produção social, em que os resultados para o bem-estar da humanidade são cada vez mais o fruto de decisões políticas incidentes sobre os seus determinantes sociais (p. 141).

O estudo sistemático acerca do processo saúde-doença nos leva ao conhecimento das medidas de proteção à saúde, viabilizadas socialmente, enquanto políticas públicas, e nos remete às modalidades de impacto nas vidas dos usuários de sistemas de saúde em virtude do ponto de vista adotado pelo modelo de proteção à saúde e pelo seu formato de combate à doença. A partir do modelo adotado, podemos visualizar o modo de organização e de intervenção quanto ao processo saúde-doença, produzindo assim, seres saudáveis/doentes. O conceito de promoção de saúde surge, neste cenário, como um suporte possível para a articulação teórica e prática, propondo modelos de intervenção e aproximação com a temática da saúde.

Segundo Ribeiro, Costa, Pinto & Silva (2004), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem implementado transformações gradativas no campo da saúde no Brasil. Seus objetivos são o de prover atenção integral, hierarquizada e universal à população brasileira, e tal jornada vem acrescida de um planejamento de novos

serviços, rotinas, de maneira a que cada município possa organizar a oferta de serviços de acordo com suas necessidades, populacionais, epidemiológicas e regionais.

A atual política de promoção da saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 2010), em uma visão ainda mais ampliada de saúde, fundamenta sua estratégia de promoção da saúde com o enfoque nos inúmeros determinantes do processo saúde-adoecimento, de forma multicausal, e não única. A partir da consideração de modos de viver, a crítica que se constrói consiste em combatermos o modo cristalizado de se pensar a saúde a partir de uma visão individualizante, segmentada, responsabilizando o indivíduo, e a comunidade, pelas transformações ocorridas ao longo da vida no processo saúde-adoecimento.

Em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS, Lei 8.080/90) e com as Cartas de Promoção da Saúde (Brasil, 2001), a escolha por um modo de viver específico não obedece a uma lógica única, individual, de forma unitária, e sim, organiza a forma de interação do indivíduo e da coletividade rumo a um equilíbrio desejável, ou seja, o modo de viver eleito direciona as escolhas e cria novas possibilidades de satisfação de necessidades e desejos.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros da unidade de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

(Ministério da Saúde, 2010, p. 11)

A organização de sistemas de saúde — estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde (Lobato & Giovanella, 2008) — classifica o(s) serviço(s) de acordo com o critério de complexidade da assistência, de forma a guiar as práticas desenvolvidas, os profissionais envolvidos em tais práticas e orientar suas ações. Destacamos a importância das construções dos serviços, a inserção dos profissionais e a relação destes com outros profissionais e serviços. De acordo com Lobato & Giovanella (2008):

Em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à prevenção, por isso, são sistemas que alcançam melhores condições de saúde com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de

assistência médica, observa-se mais a atenção especializada; são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais (p. 127).

Carvalho & Buss (2008) propõem três modelos de sistemas de saúde: (a) modelo da história natural da doença; (b) modelo social estruturalista e; (c) modelo do campo da saúde. O primeiro é marcado por um modelo de intervenção baseado nos conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Este modelo focaliza a história da doença e é sub-dividido em duas etapas: a pré-patogênese e a patogênese. No período pré-patogênico, embora a doença ainda não tenha se manifestado, as condições para tal já se encontram presentes no ambiente, ou ainda na herança genética do indivíduo.

Quanto ao período patogênico propriamente dito, os sinais e sintomas da doença já estão manifestos e configuram o chamado “horizonte clínico” (Leavell & Clark, 1976). Este período contém alguns momentos em seu processo de instalação: a patogênese inicial, com os primeiros sinais; a doença discernível; a doença avançada e; o final do processo, denominado de convalescença, marcado tanto pela cura da doença, como por uma possível invalidez ou até o óbito.

As políticas de saúde, traduzidas em ações e serviços atuam, assim, em diferentes momentos da história natural da doença. No período pré-patogênico, as ações predominantes compõem a prevenção primária (atuação por meio de medidas de saúde que evitem o aparecimento da doença); no período patogênico são comuns medidas de prevenção secundária (diagnóstico precoce de forma a evitar as complicações decorrentes da doença) e; a prevenção terciária (ações com enfoque na reabilitação e na evitação de seqüelas e da própria morte) (Leavell & Clark, 1976; Carvalho & Buss, 2008).

Podemos observar que tal modelo privilegia os aspectos eminentemente biológicos do processo de adoecimento, baseando seu entendimento única e exclusivamente em um saber científico estruturado a priori. Segundo Buss (2000), este modelo ainda possui forte repercussão no imaginário da população, nas esferas gestoras e na própria comunidade científica, que o legitima.

O segundo modelo, social estruturalista, concentra sua argumentação sobre a determinação social do processo de adoecimento. De acordo com Carvalho & Buss (2008):

(...) Há relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão de fatores de risco a que esse determinado grupo da população está exposto (p. 148).

Tal modelo destaca um conjunto de elementos ou determinações, fruto de uma realidade social concreta, que articula grupos sociais e riscos potenciais para certas doenças traduzidos em perfis (Breihl & Granda, 1986).

A partir de uma clara complexificação do conceito de doença/saúde, com a inserção de um debate econômico e social enquanto determinante do processo de adoecimento do indivíduo, Carvalho & Buss (2008) apontam para um cenário intersetorial mediado por determinadas disciplinas que compartilham o objeto de estudo do conceito saúde/doença.

Os autores pretendem discutir os determinantes deste conceito, a saber: a biomedicina, ancorada sobre elementos estruturais e funcionais a respeito do corpo humano; a epidemiologia, com enfoque na repercussão das doenças propriamente ditas, e suas causas, sobre a população; as ciências sociais, articulando intimamente estudos sobre doenças e as relações sociais associadas e; a psicologia, debatendo a contribuição de processos individuais afetivo-emocionais e cognitivos para o processo de adoecimento dos indivíduos.

O modelo do campo da saúde, surgido a partir dos anos 70, no Canadá (Lalonde, 1974), permite ampliar a discussão de forma a avaliar as condições de saúde enquanto dependentes de quatro áreas ou fatores: (a) condições econômicas, sociais e ambientais; (b) o aspecto biológico e genético; (c) o estilo de vida adotado e; (d) o resultado das intervenções médico-sanitárias (Carvalho & Buss, 2008).

Destacamos, dentre os fatores citados acima, a importância de um debate a respeito da inserção do conceito de estilo de vida e da sua articulação concreta com as ações e serviços de saúde organizados em torno do entendimento do processo de adoecimento e suas consequências.

A intervenção das políticas de saúde, representadas por ações de gestão pública, deve obedecer, assim, alguns princípios ótimos de forma a privilegiar um entendimento mais complexo do processo de adoecimento e de seus determinantes. A saúde parece compor uma área híbrida alicerçada em uma articulação efetiva entre condições de vida potencialmente favoráveis e a

responsabilidade compartilhada entre Estado (poder público, economia e gestão), sociedade (grupos e relações sociais) e indivíduo (estilos de vida) pela manutenção destas condições.

O alcance e a manutenção de um estado saudável aponta para a integração de tais fatores, o que não exclui todo um escopo médico-científico, que orienta tanto os processos de intervenção direta em relação à doença e, de certa maneira, também nos serviços de saúde em torno da figura do médico e do saber estruturalmente associado à concretude corporal e os processos fisiológicos.

A preocupação com a temática da saúde deve encontrar-se na pauta atual da legislação nacional de qualquer país. No caso do Brasil, observamos de fato um conjunto de iniciativas integradas no intuito de organizar um paradigma único, definido a partir de um entendimento intersetorial sobre a questão da saúde.

Contudo, é necessário superarmos a herança do modelo liberal privatista (Paim, 2008; Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007), pautado em um estilo médico que apresenta um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde em relação ao usuário.

O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

(Machado et al, 2007, p.5)

Destacamos, neste ponto, a operacionalização do conceito de promoção de saúde enquanto um analisador importante para a discussão (Brasil, 2001; Buss, 2003; Moysés, Moysés & Krempel, 2004; Campos, Barros & Castro, 2004; Brasil, 2010).

A Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde, aprova a política de promoção de saúde, tornando objetivo e legítimo o histórico do conceito desde as chamadas Cartas da Promoção da Saúde, com início datado em 1986, na Conferência de *Otawa* (Brasil, 2001). Tais cartas constituem-se em documentos formais de referência para gestores e profissionais da área, direcionando suas ações e otimizando seus resultados. Este entendimento busca a compreensão da área da saúde como maior do que a superação da enfermidade física simplesmente, e aponta para a consideração de uma determinação múltipla,

econômica e social, da saúde (Brasil, 2001). Assim, a Portaria propõe uma regulação acerca da temática:

(...) Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a Promoção da Saúde em consonância com os Princípios do SUS e;  
Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS -, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS; resolve:  
Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)  
Art. 2º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

(Brasil, 2010)

A existência de três eixos de análise — Pacto em Defesa da Vida, Pacto de Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto de Gestão — constitui uma importante iniciativa governamental de consolidação de propostas na área da saúde. Oferecemos destaque especial para o primeiro dos pactos no intuito de ressaltar o aspecto da acessibilidade, integralidade e construção de serviços de saúde organizados e efetivos.

O desafio para a gestão federal consiste no estabelecimento de uma política de natureza transversal, intersetorial e integrada, implicando diferentes esferas governamentais e da sociedade, firmando um compromisso de responsabilidade para a saúde da população (Brasil, 2001a; Campos et al., 2004; Brasil, 2010).

Historicamente, a noção de promoção de saúde possui, como ideário, a intenção de opor-se à hegemonia da concepção de doença através do discurso biomédico, apontando para uma natureza social e cultural do processo de adoecimento mais amplo. A partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde de *Otawa*, no Canadá, em 1986, podemos reparar uma crescente e clara mudança paradigmática quanto à necessária superação da concepção tradicional médica baseada na instalação da doença e nas medidas de superação da mesma, uma vez instalada.

A Carta de *Otawa* defende cinco áreas de atuação em prol da manutenção de ações de promoção de saúde: (a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (b) criação de ambientes favoráveis à saúde; (c) reforço da ação comunitária; (d) reorientação do sistema de saúde; e (e) desenvolvimento de habilidades pessoais (Brasil, 2001; Carvalho & Buss, 2008).

Outra contribuição histórica foi o Relatório *Lalonde*, que criticava o tradicional padrão de assistência do campo da saúde e apresentava a tripla

determinação para os componentes biológicos, ambientais e de hábitos de vida (Lalonde, 1974; Brasil, 2001). Destacada esta contribuição, discutiremos em uma seção posterior neste mesmo capítulo os avanços históricos e conceituais acerca do tema promoção de saúde.

### 3.2.1

#### **Políticas Públicas para mulheres**

No interior da Legislação em Saúde no Brasil surge um marco separatório entre um paradigma anterior, centrado na atenção materno-infantil, e uma proposta integradora e inédita denominada de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1984).

Este fato possui uma implicação direta para este estudo na medida em que localiza uma crítica importante quanto às políticas anteriores centradas eminentemente sobre os corpos femininos (mães) de maneira a garantir a vida dos corpos infantis (filhos), refletindo uma clara ênfase no aspecto reprodutivo das mulheres, sem garantir, no entanto, um cuidado específico a este público. A condição do feminino estaria ligada de forma única à reprodução, tanto biológica, em um primeiro momento, quanto social, como consequência direta (Osis, 1998).

Na condição de uma tentativa de reformulação da política pública nacional, o PAISM representou uma abordagem diferenciada da saúde da mulher, propondo uma regulação explícita a respeito da temática da fecundidade, a superação de um modelo anteriormente centrado na cultura de cuidados exclusivos sobre o período gravídico-puerperal e de uma concepção baseada em uma cultura médica, biológica, organizada sob a égide do mecanicismo e do controle das enfermidades. De acordo com Osis (1998):

O texto em questão salientava que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, atuando em duas frentes: expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde (AIS); enfatizar atividades-chaves, identificadas por critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência (p. 3).

De acordo com Serruya, Cecatti & Lago (2004), o PAISM introduz alguns conceitos de fundamental importância para a atenção à saúde feminina, a saber: os de integralidade e de autonomia corporal. Ou seja, a especificidade da condição

feminina é determinante para o rumo do processo saúde-doença. Este estado de coisas direciona nosso olhar para uma mudança visível de paradigma em saúde a partir do entendimento da mulher como sujeito (afetividade como variável legítima) e como detentora de direitos reprodutivos.

Apesar de o PAISM ser alvo de críticas severas que o acusavam de intenções controlistas relacionadas a uma suposta tentativa de controle da natalidade (Osis, 1998), o programa representou uma forma concreta de privilegiar as necessidades do grupo, propondo ações de controle de patologias e a mudança na postura de trabalho das equipes envolvidas através da articulação com o conceito de integralidade do atendimento.

Para o entendimento pormenorizado da noção de integralidade, é necessário realizarmos uma digressão com o objetivo de elencar alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: acesso universal e igualitário aos serviços de saúde; participação regionalizada e hierarquizada; descentralização e; integralidade na assistência, compreendida enquanto um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1988).

A discussão acerca do princípio da integralidade (Serruya, Cecatti & Lago, 2004; Machado et al, 2007) naturalmente coaduna-se com a necessidade de uma oferta organizada de ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e reabilitação de forma articulada com os diferentes níveis da assistência e de acordo com as idiossincrasias de cada usuário, ou de um grupo específico. O atendimento integral, segundo Machado et al (2007):

(...) extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (p.1).

Em retorno à discussão sobre as contribuições do PAISM, seu argumento estrutural apresentava as ações em saúde como necessariamente organizadas em conjunto. No exemplo do serviço de pré-natal, atividades relativas à concepção e contracepção só poderiam ser implementadas simultaneamente (Osis, 1994; 1998).

A dimensão social da implementação do PAISM nos alerta para um debate necessário: suas consequências para a dinâmica social e para a temática relativa ao

discurso de gênero. O direcionamento para o “melhor controle” acerca das ações realizadas por mulheres, no que tange a situações relacionadas à concepção, gravidez, parto, puerpério e contracepção, norteadas, inclusive, o rumo mais adequado da atividade sexual, não serviria para mascarar um discurso ideológico claro, protetivo, quando à especificidade e subordinação do gênero feminino em relação ao masculino?

A proposta formal traduzida na inserção do termo “integral” no texto da lei parece resolver inúmeros problemas e localizar a discussão de gênero no centro deste debate como fundamental para a consideração atual da condição feminina como portadora de singularidades, mas que não excluem sua condição maior de ser humano e, particularmente, de usuárias de saúde. Sobre esta temática, Osiris (1998) afirma:

Nessa interlocução, as mulheres argumentaram que o conceito de integral deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o integral se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Em termos pragmáticos, que o médico, ao prestar assistência, concebesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto sócio-econômico (p.6).

Assim, a criação do PAISM revelou um intenso debate social a respeito do lugar da mulher e dos usos possíveis do seu corpo pelo discurso médico, a respeito da contracepção e do processo reprodutivo como um todo. Eram reivindicados pelas mulheres o acesso à informação sobre seus corpos, conhecimento real sobre medidas contraceptivas seguras e atenção integral na assistência à saúde.

A evolução do interesse governamental pela assistência à saúde da mulher obteve grandes avanços quanto aos períodos do pré-natal, parto e puerpério. A Portaria nº 0569, do Ministério da Saúde, de 1 de junho de 2000, responde à demanda de atenção específica à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. Enquanto política pública de saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN/2000) regulamenta o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério (Brasil, 2000; Coutinho, Teixeira, Dain, Sayd & Coutinho, 2003).

Alguns aspectos merecem destaque pelo mérito do direcionamento dado, através de investimentos programados, à implantação das redes estaduais quanto à assistência à gestação de alto-risco, custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

De acordo com a proposta do PHPN/2000, é legitimado o direito ao acompanhamento humanizado da assistência obstétrica e neonatal. A noção de humanização, associada à assistência obstétrica e neonatal, aponta para dois aspectos: (1) a de criação de um ambiente acolhedor, digno, como dever das unidades de saúde, para a mulher, familiares e o recém-nascido, em detrimento dos procedimentos tradicionais que privilegiam o isolamento da díade mãe-bebê, no peri-natal e; (2) a evitação de práticas de intervenção consideradas extremadas, colocando em risco tanto mãe quanto recém-nascido.

O histórico da preocupação com a assistência pré-natal torna clara a preocupação de integração entre os momentos gestacional (período ambulatorial), do parto e do puerpério (Serruya, Cecatti & Lago, 2004; Serruya, Cecatti & Lago, 2004a), anteriormente vistos enquanto momentos independentes e não como etapas de um mesmo processo associado ao ciclo de vida da mulher. O combate ao desrespeito contra a mulher e aos seus direitos reprodutivos parece compor a base estrutural do PHPN/2000, em sua dimensão nacional.

Em termos de gestão governamental, um plano operacional é organizado e ratifica a importância dos gestores estaduais e municipais, seguindo uma estratégia de programação regional (Plano Regional), em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: Competências e atribuições

| NÍVEL ESTADUAL E DISTRITO<br>FEDERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NÍVEL MUNICIPAL                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a - elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizados em sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal com ações: atenção básica; apoio laboratorial; a atenção ambulatorial especializada; assistência hospitalar obstétrica e neonatal; atenção ambulatorial à gestação de alto risco; assistência ao parto de baixo e alto risco. | a - participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;                                                                                                               |
| b - coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | b - estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal;                                                                                                        |
| c - estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | c - estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar;                                                                                                         |
| d - assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;                                                                                                                                                                                                                                                                                     | d - garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;                                                                                    |
| e - assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;                                                                                                                                                                                                                                                                   | e - identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; |
| f - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | f - estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;                       |
| g - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;                                                                                                                                                                                                                                                                              | g - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;                                                                                                          |
| h - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | h - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal.                       |

(Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000)

Complementarmente, o PHPN/2000 também regula os assim chamados critérios de elegibilidade de inclusão no Programa pelos municípios e orienta acerca do fluxo de recursos de financiamento. Observamos, assim, três direcionamentos claros: (1) quanto à assistência pré-natal, recomendando uma série de cuidados para o serviço de pré-natal; (2) quanto à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da apresentação de centrais de regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; (3) alteração do formato de pagamento para a assistência ao parto, ou seja, revendo o valor pago pelo procedimento técnico, é possível racionalizar os custos e sugerir novas lógicas de investimento (Brasil, 2000).

Enquanto política normativa, o PHPN/2000 atribui ao processo da assistência ao parto e ao pré-natal uma visão integrada, unindo os dois tipos de problemáticas em saúde em torno de um resultado contínuo, interativo e processual. No caso do pré-natal de alto-risco, dispõe de forma coerente sobre a responsabilidade de estados e municípios, de maneira a alcançar a integralidade da assistência e um olhar verdadeiramente humanizado a respeito da vivência da gestação e do parto para a mulher.

Seguindo a orientação de regionalização da oferta de serviços (Brasil, 2001a; Ribeiro et al., 2004), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabelece sete grupos de ações, denominadas estratégicas, para a atenção básica e dentre elas ações de saúde da mulher. Além da necessária citação sobre a especificidade da atenção à mulher, é importante destacar o fato de estas ações já estarem diferenciadas do grupo de ações de saúde relacionadas à criança.

Apostamos no teor transformador deste padrão de organização da assistência, o que auxilia a desvincular a figura da mulher do obrigatório ato de maternidade e sugere, desta forma, uma novidade no campo da gestão pública.

Ribeiro et al (2004) defendem o argumento de avaliarmos a atenção ao pré-natal como um excelente analisador, pois configura um serviço estrategicamente posicionado e ótimo para avaliação das ações das diferentes áreas de preocupação com a saúde da usuária, tais como agendamento de consultas, qualidade e acesso aos serviços de laboratório e a própria organização do serviço de “porta de entrada”, fundamental para o cumprimento do princípio de integralidade da assistência.

Avaliaremos, mais adiante, o cenário do serviço de pré-natal e as articulações específicas propostas pela legislação da área.

### **3.2.2.**

#### **A caracterização do Serviço de Pré-natal na área de Saúde Pública**

A atenção materno-infantil possui, no Brasil, um campo em constante consolidação, a partir de programas e incentivos de gestores nas três esferas de governo — federal, estadual e municipal. No entanto, como discutem Serruya et al (2004a), a atenção específica à mulher durante a gestação e parto permanece como um desafio para a assistência. Os autores atribuem a este fato uma tendência retrógrada e enrijecida inserida em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Em termos de saúde pública, surge nas últimas décadas, como visto anteriormente, um novo paradigma quanto à saúde da mulher, unindo a gestação, parto e puerpério, o que não era uma realidade. A legislação na área, em uma perspectiva federal mais ampla e abrangente, está organizada com base em um tripé: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM – MS), a 8ª Conferência de Saúde, de 1986, e a Constituição de 1988.

Alguns conceitos e princípios foram agregados à causa da saúde da mulher, tais como a questão da integralidade e autonomia corporal, considerando a mulher como detentora de direitos e demandas, em especial reprodutivas e sexuais. Tal feito solicita das equipes de saúde e dos gestores um “deslocamento de olhar” acerca das questões do feminino (Serruya et al., 2004).

Em consequência deste tripé, surge como estratégia de consolidação de uma demanda social e política, no que tange ao campo de assistência à saúde da mulher, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN – Portaria 569/2000). Com esta iniciativa, o Ministério da Saúde pensa organizar uma mudança qualitativa de paradigma quanto à saúde da mulher durante a gestação e parto, trazendo para o núcleo das discussões a noção de humanização como modelo de assistência, de forma a romper com práticas de isolamento hospitalar impostas à mulher e minimizar práticas intervencionistas desnecessárias tanto no período gestacional, quanto no parto e puerpério.

Os critérios instituídos pelo PHPN/2000 surgem como forma legitimada de regulação do atendimento de pré-natal no território nacional e sugerem:

- (1) realizar a primeira consulta até o quarto mês de gestação;
- (2) garantir no mínimo seis consultas de pré-natal distribuídas ao longo do período gestacional (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro);
- (3) uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- (4) exames laboratoriais:
  - a) ABO-Rh, na primeira consulta;
  - b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - c) glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - d) oferta de testagem anti-HIV e;
  - e) aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (Brasil, 2000; Serruya et al, 2004).

Com a consolidação de estratégias consistentes de trabalho em relação ao modelo de assistência pré-natal, avaliamos esse momento como essencial para a manutenção dos padrões de qualidade da saúde da mulher, especialmente em seu ciclo gravídico-puerperal.

Além do pré-natal, o PHPN/2000 também vincula, em suas estratégias, a presença da consulta puerperal, fato que inaugura decisivamente a desvinculação entre recém-nascido e sua mãe, marcando ambos em sua singularidade.

A partir da implementação de estratégias baseadas em diretrizes nacionais para o atendimento de equipes multiprofissionais em pré-natal, podemos compreender os estudos que utilizam o ambiente do pré-natal como marcador/rastreador, ou como defendem Ribeiro et al (2004) – um evento-sentinela.

A escolha pelo serviço de pré-natal, assim, é emblemática, pois caracteriza-se enquanto um contexto bastante satisfatório para estudos dada a sua importância para a atenção básica e por suas características constituintes: oferta mínima e

obrigatória; amplitude nacional; disponibilidade de equipe mínima e exames laboratoriais e de imagem. O serviço de pré-natal encontra-se ligado, portanto, a outros serviços em saúde e programas, constituindo-se, assim, em importante política governamental (Ribeiro et al, 2004).

A partir da lógica da assistência do pré-natal como um dos sete grupos de ações estratégicas em atenção básica, podemos enfatizar a especificidade da situação de risco neste cenário, tema da nossa investigação.

De acordo com Campos & Carvalho (2000), tomando como exemplo o município do Rio de Janeiro, o problema persiste no que diz respeito à discussão sobre o acesso às maternidades. Mesmo com a tendência de integração entre os processos de pré-natal, parto e puerpério, estes três períodos de assistência ainda precisam de maior atenção e investimentos.

De forma ainda mais específica, os autores ressaltam a fragilidade do período do pré-natal, pois a assistência não possui nenhuma retaguarda hospitalar. Ainda sobre este estudo, os autores ressaltam mais alguns problemas estruturais e de fluxo organizacional:

Outra questão a ser levantada é a desigualdade na oferta dos serviços de saúde no município, entre as Áreas de Planejamento (AP) que o compõe. O déficit de leitos públicos é maior nas regiões mais periféricas, não só em relação ao atendimento de gestantes saudáveis, mas também, e principalmente, para gestantes e recém-natos com patologias que exijam atendimentos mais complexos, apesar de já existir substancial incorporação de tecnologias sofisticadas e de alto custo à atenção pré-natal e perinatal. Como agravante, alguns municípios próximos não possuem rede de serviços de saúde adequada, em especial maternidades, sobrecarregando a rede do Município do Rio de Janeiro (p. 413).

Este relato, fruto de dados estatísticos relativos à cidade do Rio de Janeiro, considerada enquanto um grande centro urbano, nos aflige, pois se gestantes tidas como portadoras de baixo-risco já possuem algumas necessidades mínimas em seus pré-natais, as gestantes consideradas de alto-risco geralmente demandam, mais cedo ou mais tarde, exames de alta complexidade, e podem não ter tais serviços disponíveis.

Coutinho et al (2003) relatam a experiência da adequação do processo de assistência pré-natal em Juiz de Fora (MG). Concluem que, apesar da cidade estar cadastrada no PHPN/2000, desde 2001, mantém o padrão insuficiente em

consonância com o perfil nacional da área, com impactantes índices de mortalidade materna e perinatal. Serruya et al (2004) apontam para a mortalidade materna como um importante marcador da saúde feminina e, além de representar um indicador sócio-econômico, representa a necessidade de uma reflexão acerca das estratégias utilizadas em diferentes países para otimizar a saúde de mulheres durante o período gravídico-puerperal.

Parece-nos indicada uma avaliação pormenorizada do Programa no intuito de aprimoramento do processo. Algumas etapas devem ser consideradas com igual relevância para a qualidade do programa, assim como dos serviços, a saber: análise das características e resultados da assistência (Coutinho et al., 2003); avaliação por parte dos gestores sobre o processo (Silveira, Santos & Costa, 2001); avaliação da qualidade da acessibilidade ao serviço de pré-natal (Machado et al., 2007); a redução da taxa de mortalidade materna e infantil (Serruya et al, 2004; Diniz, 2009).

Outros aspectos também devem ser considerados importantes, como a qualidade do conteúdo das consultas (Carvalho, 2009; Shimizu & Lima); as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na assistência à mulher (Duarte & Andrade, 2008), especialmente nas ações da figura do tocoginecologista como parâmetro de análise e de qualidade no serviço (Coutinho et al, 2003) a questão do atendimento baseado nos pressupostos da humanização e da integralidade (Machado et al, 2007; Brasil, 2000), traduzidos no conceito comumente denominado de acolhimento (Costa, Guilhem & Walter, 2005).

Da mesma forma, devemos destacar maior atenção à necessidade do cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais e preenchimento de registros (Silveira, Santos & Costa, 2001) de forma a produzir dados epidemiológicos fidedignos e que gerem estatísticas mais aproximadas da realidade do serviço, para seu aprimoramento

Silveira et al (2001) apontam para a necessidade de estudos que possam avaliar a qualidade dos serviços de pré-natal e ampliar a pesquisa das temáticas avaliadas, pois há uma grande concentração de estudos descritivos das características da atenção médica — número de consultas médicas, tipos de parto e cobertura (Gomes, Bettiol, Silva, Almeida, Barros & Barbieri, 1990; Scochi,

1994; Tanaka, Siqueira & Bafile, 1989) — e uma fragilidade quanto a estudos que visem apreender o processo em sua complexidade.

Como um exemplo ilustrativo deste estado de coisas, no município de Pelotas, apesar da alta cobertura pré-natal, existem desigualdades significativas quanto aos cuidados oferecidos às gestantes. As gestantes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado (25%), na comparação com as consideradas de menor risco (10%). As mais pobres, as adolescentes ou as com idade acima de quarenta anos não receberam nenhum atendimento antes do parto, e tiveram uma incidência de baixo peso do bebê ao nascer, 2,5 vezes maior do que as do grupo de mães que realizaram pré-natal, com uma média de cinco consultas (Diniz, 2009).

As consultas gestacionais, que caracterizam o chamado serviço de pré-natal, são encontros repletos de ansiedade diante do novo, do inesperado, do encontro com ações e procedimentos muitas vezes invasivos. Entendemos o pré-natal como um momento especial onde podem ser veiculadas ações educativas de amplo espectro e de natureza interdisciplinar. Quanto à importância das ações educativas Rios & Vieira (2007) ressaltam que consta no PAISM a dimensão educativa enquanto marca diferencial comparativamente a outros programas.

O espaço do pré-natal oferece, sem dúvida, oportunidades de aumento informacional, *empowerment*, conhecimento sobre o corpo da mulher em suas transformações cotidianas, criando um momento de troca de vivências no que tange à gestação e à maternidade. No que tange ao profissional de saúde, Rios & Vieira (2007) concluem:

Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas (p. 478).

Todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal possuem importância e marcam a experiência da maternidade para a mulher, contudo, o período pré-natal representa o início do processo, avalia o grau inicial de aderência da gestante ao serviço de saúde e às ações desenvolvidas neste, capacita a gestante para o bom

enfrentamento da situação de parto, e promove efeitos benéficos quanto ao puerpério, à amamentação e o auto-suporte afetivo e emocional da mulher. Assim, cabe destacarmos a relevância da equipe de saúde enquanto analisador e agente de transformação, promoção de saúde e integração entre cuidadores e cuidados.

### 3.3

#### **A aproximação entre o paradigma da promoção de saúde e as equipes de saúde**

O fenômeno teórico da promoção de saúde consta como elemento chave no atual cenário de debates da área da saúde no Brasil e no mundo. Apesar da evolução do conceito, observamos uma série de variações teóricas e tendências epistemológicas em torno do termo promoção de saúde. Segundo Carvalho & Buss (2008), a principal característica do conceito é sua visão sanitária em torno dos determinantes gerais da saúde.

Os autores complementam o argumento afirmando que a promoção de saúde é ao mesmo tempo um campo conceitual, de práticas, e um movimento político, devido à intensa agenda de eventos e documentos técnicos produzidos nas últimas décadas, tais como: Carta de *Ottawa* sobre promoção da saúde, 1986; Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis, 1988; Declaração de *Sundsväl* sobre Ambientes Favoráveis à Saúde, 1991; Carta do Caribe para Promoção da Saúde, 1993; Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante, 1997; 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no México, 2000 e; 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Tailândia, 2005.

Historicamente, a construção de iniciativas políticas para a veiculação do conceito teve origem a partir da década de 70, com a divulgação do Relatório *Lalonde*, no Canadá:

(...) O moderno movimento de promoção da saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do documento ‘*A new perspective on the health of Canadians*’, também conhecido como Informe *Lalonde*, então Ministro da Saúde do Canadá. (...) em texto reparado para a *Canadian Public Health Association* (CPHA), foi o primeiro documento oficial a usar o termo ‘promoção da saúde’ e a colocar este campo no contexto do pensamento estratégico (...).

(Buss, 2003, p.21)

Esta iniciativa funda uma corrente de pensamento baseado no planejamento estratégico e, acima de tudo, um marco de referência teórico e conceitual para o cenário da saúde mundial e uma reorientação em termos da dimensão política envolvida. Neste sentido, a contribuição para a construção do conceito de promoção de saúde pelo Informe Lalonde organizou-se em torno de determinadas marcações, ou pilares, de forma que uma estrutura teórica é concebida com base no conceito correlato de campo da saúde.

Consecutivamente, este campo proposto é cabível de decomposição em elementos — (a) biologia humana, (b) ambiente, (c) estilo de vida e (d) organização da assistência à saúde. O primeiro dos elementos/componentes diz respeito à esfera organísmica, dos fatos concretos da constituição genética humana e abarca a fisiologia humana, a herança genética e os processos relacionados ao ciclo vital, como envelhecimento do organismo.

O segundo componente é caracterizado por elementos ambientais. Basicamente, refere-se a eventos relacionados à saúde de forma externa ao organismo, independentes da sua ação ou controle. De alguma forma, ambos os elementos forçam o indivíduo a uma postura passiva diante de aspectos que determinam a saúde — internamente para o primeiro e externamente, para o segundo.

Outro componente, o do estilo de vida, já confere ao indivíduo certa autonomia quanto às escolhas cotidianas, saudáveis ou não, construindo assim um conjunto organizado de decisões com relação à sua saúde. O quarto aspecto que define o campo da saúde diz respeito à organização da assistência, em termos de qualidade e recursos prestados à população, e é definido comumente como sistema de saúde (Buss, 2003).

Para a viabilização destes elementos, o conceito de promoção de saúde oferece sustentação segura a partir do momento que, na forma de uma estratégia de ação, conclama os indivíduos a compartilharem informações, decisões, responsabilidades, em nome de um envolvimento mais próximo com a situação de saúde — adversas ou favoráveis — e com a qualidade de vida.

Buss (2003) afirma que o desenvolvimento de habilidades e/ou atitudes pessoais favoráveis à saúde define o conceito de promoção da saúde. No cenário mundial, o paradigma da promoção da saúde vem assumindo diferentes impactos. Segundo Buss & Carvalho (2008):

Nos países do Primeiro Mundo a tendência é a ênfase nas mudanças comportamentais, na esfera dos indivíduos, e nas regulações sociais orientadas a livrar as coletividades de riscos assumidos por indivíduos (tabagismos, drogas, atividades físicas, alimentação). (...)

Na América Latina, as ideias do movimento da promoção da saúde encontram uma realidade de pobreza e desigualdade que, desde logo, impôs um deslocamento do foco para as questões estruturais. (...) Ademais, desde os anos 70 desenvolvia-se na região um movimento crítico ao modelo médico hegemônico que, com base numa abordagem estruturalista e numa pedagogia libertadora, foi refinando um campo de pensamento e prática que viria a se consolidar no Brasil como o campo da saúde coletiva (p.156).

Na literatura nacional, o conceito apresenta duas tendências principais de análise: a primeira, de orientação comportamental e a segunda baseada na perspectiva de qualidade de vida (Verdi & Caponi, 2005). A perspectiva comportamental foca hábitos e estilos de vida, enquanto a segunda, de qualidade de vida, é guiada pelos determinantes gerais das condições de saúde da sociedade.

Ambas as tendências possuem marcadores concretos cabíveis de avaliação quanto às vantagens e desvantagens de cada perspectiva proposta. A tendência baseada no enfoque comportamental responsabiliza o indivíduo pela sua condição de saúde e tenta transformar hábitos e estilos de vida negativos em outros mais positivos através de uma proposta educativa a respeito dos fatores de risco mais evidentes e potencialmente nocivos para o indivíduo. Assim, todo o processo é controlado pelo indivíduo e é de sua responsabilidade a manutenção e equilíbrio (Verdi & Caponi, 2005).

Quanto à tendência baseada em um olhar múltiplo sobre os determinantes gerais das condições de saúde, localizamos um cruzamento de fatores em torno de aspectos como saneamento básico, acesso à educação, condições de trabalho, apoio social para famílias, dentre outros. Assim, esta alternativa possui uma preocupação ampliada quanto à complexidade da área da saúde e de seus atravessamentos. Ocorre a transformação de um perfil meramente comportamental rumo a uma ênfase na possibilidade de atenção e investimento sobre habilidades e atitudes favoráveis à saúde. Assim, todos os atores envolvidos no processo da saúde/doença são chamados a debater sobre a sua construção, repartindo a responsabilidade pelas esferas envolvidas de forma uniforme.

Verdi & Caponi (2005) operacionalizam a segunda tendência em mais alguns fatores além das habilidades e atitudes favoráveis à saúde, a saber:

implementação de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde e fortalecimento da ação comunitária.

Oferecemos destaque para este último aspecto ressaltando as vantagens de sua efetivação. A noção prática de fortalecimento da ação comunitária sugere a ampliação, efetivação e manutenção do acesso da comunidade, através de redes tecidas por negociações interpessoais, com a característica do apoio social. Se tal configuração possuir a capacidade de auto-sustentar-se, observamos uma participação otimizada, de *empowerment* (Spallici, Costa & Melleiro, 2002), com enfoque na qualidade e frequência de informações e na tomada de decisão do próprio indivíduo (usuário) rumo à qualidade de saúde.

Segundo Verdi & Caponi (2005), ainda que o campo de estudos sobre a promoção da saúde esteja em aberto e que não haja um modelo considerado puro, de toda forma, os autores abraçam a definição de promoção de saúde enquanto um modelo sanitário (práticas, políticas e fluxos de trabalho em saúde), organizado em um conjunto organizado de elementos culturais, teóricos e técnicos em uma determinada sociedade, historicamente situada, em resposta às demandas concretas do campo da saúde.

Em contrapartida, a primeira tendência é comumente acusada de representar um agente de vigilância:

Se de um lado, se evidencia a tendência de responsabilização dos indivíduos pelo eventual risco de adoecer caso não adotem os padrões indicados como saudáveis, chegando, muitas vezes a ponto de culpabilizá-los pela doença, por outro gera a subalternidade às medidas médicas, frente às quais o indivíduo pode articular o consenso ou o dissenso, porém sem a possibilidade de construir a autonomia.

(Verdi & Caponi, 2005, p. 86)

Existem dois cortes de análise necessários neste ponto: o primeiro diz respeito à categoria da autonomia, e o segundo a diferenciação entre prevenção e promoção de saúde. A categoria denominada autonomia parece estar intimamente ligada aos rumos efetivos da noção de promoção de saúde, tanto em seu microcosmo (indivíduo) quanto a um macrocosmo (coletividade). E, em linhas gerais, prevenção e promoção de saúde fazem referência ao ato de vigilância.

Assim, autonomia e vigilância são aspectos paradoxalmente semelhantes, especialmente quando desempenhados por um único agente, no caso, a equipe de saúde do serviço de pré-natal. Já destacamos as vantagens do pré-natal como

analisador e ambiente privilegiado para a circulação de movimentações em saúde, informação (na forma de ações educativas) e cuidado.

O profissional de saúde é chamado, assim, a contribuir decisivamente com o processo, promovendo *empowerment*, prioritariamente, mas também servindo como agente de vigilância, tanto do indivíduo e de seus hábitos, quanto do fluxo de saúde, de suas ações como representações de um cenário baseado em sistemas de saúde, gestão e práticas de cuidados.

A análise das similaridades entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças mostra que prevenir é antes de tudo vigiar, antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis em populações indicadas como de risco, enquanto que promover a saúde, quando não se trata de controlar politicamente as condições sanitárias, de trabalho e de vida da população em geral, mas quando busca hábitos saudáveis, é também uma vigilância (...).

(Verdi & Caponi, 2005)

No que tange à autonomia, consideramos um aspecto básico para a compreensão da noção teórico-prática de promoção de saúde. A consideração do termo promoção da saúde definido como o processo pelo qual os indivíduos (e comunidades) passam a possuir maior domínio sobre os determinantes da sua saúde, inclui e potencializa a categoria autonomia, tornando-a central para a garantia da qualidade da saúde dos indivíduos, tornando-os mais ativos e implicados na manutenção de um estado saudável.

A promoção da saúde possui como eixo temático, portanto, a ampliação do conceito de autonomia dos indivíduos e seus grupos, em nome do fenômeno do *empowerment* (Fleury-Teixeira, Vaz, Campos, Álvares, Aguiar & Oliveira, 2008). Utilizando, como figura ilustrativa, a experiência de enfermeiros em um serviço de pré-natal, Rios & Vieira (2007) recomendam que:

No pré-natal a (o) enfermeira (o) deve ficar atenta (o) para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação à sua experiência de maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. A (o) profissional enfermeira (o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu auto-cuidado (p. 479).

No cenário da promoção de saúde, há uma relação direta entre uma postura autônoma e a preocupação de que os serviços de saúde respeitem aspectos socioculturais próprios dos indivíduos e seus grupos de forma a executar ações em saúde que possam ser úteis, operacionais e funcionais, em prol da qualidade da assistência e de resultados efetivos para os usuários de saúde.

No caso específico de gestantes, é necessário atentar para alguns elementos atrelados à condição da gestação e do feminino, no intuito de levar a proposta de saúde até o usuário (gestante), em seu cotidiano, traduzida em ações simples para a construção de ambientes saudáveis. As equipes de saúde parecem ser um instrumental privilegiado para tal.

As ações da equipe de saúde no período pré-natal oferecem à mulher oportunidades de integração entre os aspectos informacionais, afetivo-emocionais e existenciais, relativos à gestação, traduzidos em uma perspectiva profissional embasada no acolhimento e em ações educativas (Rios & Vieira, 2007).

Promoção e prevenção devem, então, ser diferenciadas no que tange à constituição conceitual e pragmática, no entanto, Verdi & Caponi (2005) propõem um elemento identificatório entre ambas, a saber, o propósito da vigilância. Contudo, diferem amplamente quanto à ênfase dada ao fenômeno do adoecimento, já que a prevenção concentra-se na evitação dos riscos e a promoção prioriza os aspectos favoráveis à saúde. Assim, ambos os conceitos preocupam-se com a manutenção segura de um estado de evitação do risco de adoecimento (prevenção) e de otimização da qualidade de vida (promoção).

A aceitação do conceito de promoção, segundo Czeresnia (2003) foi fecundada no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, pois veicula a necessidade de fortalecer o discurso da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Neste ponto, é preciso atentarmos para o fato de que tal proposta, nestas sociedades, poderia significar uma configuração específica de representações científicas, de senso comum e culturais, sugerindo aos sujeitos uma autonomia regulada (Czeresnia, 2003), baseada em uma lógica de mercado, onde os sujeitos deveriam ter a responsabilidade pelas suas saúdes individuais. Esta poderia ser considerada uma perspectiva conservadora de promoção de saúde.

Em uma segunda perspectiva, mais progressista, avalia a inserção do discurso de promoção de saúde segundo uma estratégia intersetorial, com o envolvimento de outros atores sociais em prol da melhoria da qualidade de vida

da população. São envolvidos neste processo elementos ambientais, governamentais, sociais, econômicos e psicológicos. Esta segunda abordagem possui um nível aparentemente mais complexo e de difícil operacionalização por alguns motivos, dentre os quais destacamos, em concordância com Czeresnia (2003), a ideologia e as representações do próprio discurso médico, que em sua história, focou sua atenção sobre os indivíduos, sob a supervisão especializada do profissional médico.

Portanto, segundo esta lógica de pensamento, todo o conjunto de conhecimentos e as práticas de saúde ocorrem em conformidade com o conjunto de princípios da medicina, representante oficial da legitimidade do discurso científico, lógico e formal. Segundo Czeresnia (2003):

O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença. (...)

O pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis. (...)

Apresentou-se, para o pensamento científico, o desafio da busca da amplitude, valorizando a compreensão da interação entre as partes na direção da unidade e da totalidade (p.41-42).

Podemos observar que o conceito de prevenção coaduna-se mais intimamente com o discurso corrente da medicina, baseado na centralidade da doença, e do processo de adoecimento, que o de promoção (Quadro 2). Prevenir envolve uma ação que antecipa o fato, evitando a possibilidade do dano. As ações de prevenção têm como modelo de intervenção a preocupação com a evitação do surgimento da doença, a utilização da moderna epidemiologia para o controle da transmissão das doenças e a divulgação da informação de cunho científico na forma de recomendações normativas:

QUADRO 2 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

| CATEGORIAS                | PROMOÇÃO DA SAÚDE                                                                                            | PREVENÇÃO DE DOENÇAS                                   |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Conceito de Saúde         | Positivo e multidimensional                                                                                  | Ausência de doença                                     |
| Modelo de intervenção     | Participativo                                                                                                | Médico                                                 |
| Alvo                      | Toda população, no seu ambiente total                                                                        | Principalmente os grupos de alto-risco da população    |
| Incumbência               | Rede de temas da saúde                                                                                       | Patologia específica                                   |
| Estratégias               | Diversas e complementares                                                                                    | Geralmente única                                       |
| Abordagens                | Facilitação e capacitação                                                                                    | Direcionadoras e persuasivas                           |
| Direcionamento de medidas | Oferecidas à população                                                                                       | Impostas a grupos-alvo                                 |
| Objetivos dos programas   | Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente                                                        | Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas |
| Executores dos programas  | Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc. | Profissionais de saúde                                 |

Buss (2003, p. 35)

Segundo Czeresnia (2003), “o ponto de partida e a referência da experiência em saúde e da doença é a intuição primeira do corpo” (p. 47). Este trecho nos serve de inspiração para este trabalho. Qual seria a diferença entre saúde e doença? Entre um estado saudável e um estado adoecido? De que forma a prevenção e a promoção podem servir como instrumentais para a resolução justa deste impasse?

Apesar de termos diferenciado os dois termos quanto às suas metas, o que as aproxima é o discurso científico, baseado no estabelecimento de normas e faixas de normalidade. Parece-nos razoável pensar em uma diferenciação primeira entre doença e saúde, vistas como pólos de um mesmo binômio: o corpo.

É no corpo, constituído pelo concreto, que a doença se instala, seja para interromper o fluxo normal de um estado saudável natural, seja como invasão do externo, alterando seu equilíbrio e suas condições fisiológicas e bioquímicas. Não importa o aspecto, ou dimensão de análise, defendido. O certo consiste na afirmação de que a transformação de sentidos e de formas se dá no substrato concreto do corpo, em sua irrefutável confiabilidade existencial.

A ciência, representada magistralmente pela medicina, veicula seu discurso acerca da saúde através de recursos paradoxalmente contrários, a saber: a doença, o risco, a contaminação. O engano científico, ao se tratar do corpo, parece residir na sua consideração equivocada de que tratando de seus desequilíbrios unicamente na esfera orgânica, teríamos a solução e o restabelecimento de um estado perdido.

No entanto, observamos ao longo das últimas décadas, especialmente no século XX, a consolidação de vários campos de saber que contrariam, direta ou indiretamente, este paradigma. O indivíduo, assim, alcança um status multidimensional, perpassado por atravessamentos de ordem política, ideológica, sociocultural, psicológica, dentre outras.

O pleno entendimento acerca da necessidade atual de revisão de condutas baseadas exclusivamente em uma visão medicalizada e assistencial, rumo a perspectivas mais positivas e integrais, torna a discussão da noção de promoção de saúde, especialmente, indispensável para o campo da saúde.

A questão referente à prevenção permanece relevante no interior do discurso científico atual e no panorama da saúde nacional, no entanto, destacamos a condição fundamentada noção de promoção, como eixo-guia, para a discussão acerca do campo da saúde. Nossa perspectiva é de uma tentativa ativa de resgate de bases mais positivas no que concerne à discussão sobre saúde.

Configura-se um cenário onde o argumento da gestação de alto-risco serve-nos como analisador, ou seja, como elemento de intersecção ente algumas temáticas. Assim como o corpo apropriado pelo discurso científico (e no seu desdobramento, o corpo da mulher), levantam-se duas noções igualmente relevantes para avaliação: a de risco e a de resiliência, que serão discutidas apropriadamente mais a frente.

Por ora, basta enunciarmos o *risco* enquanto temática central para a epidemiologia moderna (Ayres, 1997), preocupada com os grandes grupos

humanos e seus sentidos de vulnerabilidade. Para Giddens, Beck & Lasch (2000), a concepção de risco possui grande destaque para a cultura moderna devido ao seu forte apelo social. Guilham & Castiel (2006) afirmam que a concepção de risco possui diferentes conotações conforme a variedade de campos de saber e no caso da epidemiologia, ressaltam-se os determinantes dos fatores e as situações de risco à saúde. De acordo com Silva & Pepe (2008), a ideia de avaliação e gerenciamento dos riscos tem sido trazida fortemente para o campo da saúde.

A partir da concepção inovadora da saúde como abertura ao risco (Caponi, 2003; Canguilhem, 1990), saúde também busca a superação do mesmo e o retorno das habilidades/capacidades iniciais. A partir destas conclusões, ocorre uma necessária aproximação com o conceito de resiliência, tido como articulado com a promoção da saúde e com recursos pessoais dos indivíduos, na relação com seus grupos de pertencimento, para a superação da situação de adoecimento e/ou risco.

A proposta do conceito de resiliência psicológica, em uma tentativa introdutória de caracterização (Cyrulnik, 2004), envolve, além de questões de temperamento pessoal, também um significado cultural.

Segundo Assis et al (2006), o conceito de resiliência foi assimilado à área da saúde pública recentemente e recebeu uma conotação próxima à promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar. Evolutivamente, tem se transformado de um pólo organizado em torno da ideia de invulnerabilidade até a definição de determinadas capacidades adaptativas de superação das adversidades das experiências vividas. Assim, resiliência e promoção de saúde parecem ter, como foco de análise, aspectos relativos à potencialidade, de indivíduos e grupos, sem negar as problemáticas cotidianas envolvendo riscos, ou a expectativa dos mesmos.

### **3.4**

#### **A concepção de risco**

Durante a situação de alto-risco, a maternidade pode ser discutida enquanto um fenômeno crítico, que traz marcantes alterações para a vivência da própria maternidade e transforma algumas relações vivenciadas por essa mulher, tais como a parentalidade, vida ocupacional, acesso à rede de apoio social e saúde física e emocional. Parece-nos que, a forma como a família (seus membros) surge

como apoio para a mulher/mãe enquanto rede de suporte, favorece o enfrentamento destas demandas e cria oportunidade de eclosão de componentes emocionais favoráveis e de enfrentamento efetivo da situação de crise, traduzida através da noção de risco. Contudo, torna-se fundamental o esclarecimento a respeito das implicações da concepção teórica e de seus usos diretos e indiretos.

Ayres (1997), a partir do estudo com materiais da epidemiologia norte-americana e europeia, traça o histórico da concepção de risco. Localiza algumas etapas conceituais em um processo de evolução constante.

Com o nascimento da *American Public Health Association* (APHA), surge a noção de risco e gradativamente abandona a sua relação com um estado de perigo e ameaça. Assim, o risco estaria muito mais relacionado a condições de susceptibilidade individual. O final da II Grande Guerra marca o surgimento de uma etapa chamada de preventivismo, representando a concepção de uma forma eminentemente tecnicista e de quantitativa, organizada em torno de probabilidades e da suscetibilidade de um indivíduo (ou de um grupo) à exposição a um determinado agente, ou conjunto deles. A partir de 1945 até os dias de hoje, vivemos uma epidemiologia do risco (Ayres, 2002).

Hoje, Caponi (2003) argumenta que, a respeito do uso dos riscos, houve um deslocamento significativo das chamadas intervenções curativas terapêuticas para um gerenciamento preventivo das populações de risco em aliança à noção de promoção de saúde (tendo a autonomia como pilar definatório), para a produção de corpos saudáveis, funcionais e adaptáveis.

O risco se mede pela correlação de critérios associados: alguns são critérios médicos; outros, sociais. Assim, quando nos questionamos, por exemplo, sobre o perigo da mortalidade materna no parto, aparecem fatores, tais como a idade da mãe, se realizou ou não o pré-natal, se é solteira, se trabalha, se é usuária de drogas, etc. Se estes fatores convergem no quadro do que se denomina uma ‘mãe de risco’, então se pedira, mesmo que nem sempre aconteça, a intervenção de diferentes olhares médicos, o assistente social, o psicólogo, o agente comunitário, a enfermeira, etc.

(Caponi, 2003, p.74)

De acordo com Ayres (2002), o modelo de organização da assistência de saúde dos países latino-americanos obedece ainda à lógica segundo a qual as práticas estão centradas na doença, com estratégias curativas, e com enfoque medicalizante. A melhoria geral da qualidade dos serviços e da organização da

saúde está intimamente ligada à observância de elementos que promovam a qualidade de vida, o enfoque na saúde e as práticas educativas mais efetivas e condizentes com o cotidiano e as condições de vida dos usuários.

Em contrapartida, a partir do delineamento do risco e de sua consequência mais imediata — a caracterização do(s) grupo(s) de risco(s) — vemos associado ao conceito a frequência do fator de risco, que afasta o indivíduo de uma média, ou norma, e o torna digno de cuidados, sobretudo veiculados pela medicina, alienando-o novamente do envolvimento pessoal com a manutenção do seu estado saudável. Temos, então, a identificação de um fato, envolvendo o indivíduo, e uma leitura (ou mapeamento) de natureza normativa, ideológica, com impacto social. Assim, a quem o risco interessa?

Segundo o critério temporal, utilizado por Castiel (2003), o risco constitui-se como uma forma presente de descrição do futuro, ou seja, a concepção de risco traz como característica certa gerência, controle ou administração, de forma racional, em busca de vantagens/lucros futuros mais prováveis, a partir da tomada de decisões atuais.

Outro critério consiste em afirmarmos que a noção de risco é proteiforme (Castiel, 2003), ou seja, as conceituações de risco transcendem as discussões no interior do campo epidemiológico, considerado quantitativo. O risco envolve um amplo debate multidisciplinar entre, por exemplo, a economia (desemprego), direito (aspectos criminais), meio ambiente (poluição) e ciências humanas e da saúde (dimensões interpessoais, como relações sexuais/afetivas, e condutas pessoais indevidas) (Lupton, 1999).

Talvez a conceituação da saúde como segurança contra o risco e audácia para corrigi-lo, a separação entre anomalia e patologia e o privilégio concedido ao sofrimento individual possam nos auxiliar a enfrentar o desafio de gerar estratégias de saúde pública mais efetivas e solidárias.

Pouco a pouco, parece surgir um novo discurso que nos fala da aceitação do risco. Embora muitas formas de controle permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização.

(Caponi, 2003, p 76)

Complementarmente, a antropologia da saúde, como disciplina extremamente atual, possui o interesse em buscar a compreensão dos significados que as doenças e os diferentes tipos de riscos representam para cada grupo social.

Menegon & Spink (2006) acrescentam à discussão sobre os riscos a temática da Reprodução Humana Assistida (RHA). Apesar da característica moderna de avaliação e quantificação dos riscos, as autoras sugerem o uso diversificado do conceito, com diferentes sentidos, positivos e negativos. Assim, risco pode significar a possibilidade de perda de algo que possa ter valor para a pessoa, em seu cotidiano, na sua etapa do ciclo vital e nos diferentes grupos e contextos culturais de pertencimento, nos quais determinada concepção de risco faz sentido.

Nas sociedades ocidentais modernas, existem três matrizes para a concepção de risco (Menegon & Spink, 2006): (a) do mundo econômico das trocas e das apólices de seguros; 2) da área dos esportes radicais; 3) e do campo biomédico. Assim, retornamos à característica intrínseca dos discursos sobre riscos em termos de gestão e controle do futuro. Esta é a lógica seguida pelas políticas públicas de saúde, por exemplo, na criação de instrumentos de avaliação e ação estratégica. Assim, tais instrumentos compõem uma rede, de gestão da vida, e devem ser compreendidos como estratégias biopolíticas (Jeolás, 2010), já que envolvem avanços específicos tecnológicos, humanos e de cuidado profissional.

Segundo Menegon & Spink (2006), podem ser identificados três aspectos constitutivos finais, com diferentes consequências, para a definição da concepção de risco: risco-perigo; risco-probabilidade e; risco-aventura. Quanto ao primeiro, risco-perigo, é típico do senso comum e ligado a infortúnios imprevisíveis (temáticas como perigo, sorte, fatalidade, obstáculo).

No que tange ao risco-probabilidade, é relacionado ao controle da saúde, da tecnologia, do meio ambiente e também dos corpos, ou seja, há uma transformação da temática do risco ligado apenas a estratégias de governabilidade rumo a estratégias voltadas para o controle dos corpos, enfatizando a vida privada das pessoas, ações de educação e de intervenção em saúde. Seus eixos temáticos giram em torno da probabilidade e da prevenção.

O risco-aventura é ligado à perspectiva de aventura — de positividade associada ao risco, transmissora de valores associados à liberdade — e de uma perspectiva econômica, no sentido de que apesar da realidade do risco, existe a possibilidade do ganho. Suas temáticas-guia são aventura, desafio, coragem, emoção, ganhos.

A associação da concepção de risco e a área de estudos do gênero ganham destaque em nossa discussão. Riscos são vivenciados de forma característica por diferentes grupos sociais e possuem uma relação íntima com valores relativos às relações de gênero, construídas de forma hierárquica em nossa sociedade (Citeli, 2001; Jeolás, 2010; Lopes & Piscitelli, 2004).

Quanto ao gênero feminino, o ambiente da saúde reprodutiva torna-se um lugar fecundo para a discussão acerca das decisões, responsabilidades e riscos assumidos pela mulher. Como Menegon & Spink (2006) debatem, sobre a RHA, homens e mulheres possuem formas diferentes de reagir ao tema da reprodução e de sua implicação prática. Em geral, a mulher não é incentivada em seu processo de socialização a assumir ou “correr riscos” desnecessariamente, seja por uma normatização moral, ideológica ou biológica. No entanto, no momento de uma eventual gravidez de risco, o ato de enfrentamento da situação é bem visto, incentivado e bem avaliado socialmente.

Como afirma Jeolás (2010), na situação da RHA, apesar dos riscos serem comunicados, o desejo de um bebê suplanta a dificuldade geral da situação e ganha potência comparativamente com as taxas, traduzindo um risco desejado, como satisfação pessoal. Podemos inserir este como próximo da noção de risco-benefício.

Afinal, o que diferencia a natureza do risco? Podemos nos perguntar qual a lógica intrínseca ao fato de determinados atos humanos, relativos à conduta de risco, receberem aprovação social, no caso de esportes radicais (risco de morte), e outros comportamentos não, como a prostituição (risco de contaminação)? A moralização do risco, suas consequências para o cotidiano e o discurso de gênero, a medicalização dos corpos em risco, a intervenção sobre as famílias em risco, etc., parecem ser temáticas relevantes para a compreensão da concepção de risco segundo os atravessamentos socioculturais.

### **3.4.1**

#### **A contextualização do estado gravídico de risco**

Anteriormente à consideração sobre o estado gravídico de risco, cabe retornarmos ao frutífero debate em torno do binômio doença-saúde. De forma contundente, importantes nomes como Nietzsche, Merleau-Ponty e Canguilhem

articulam o tema ao estatuto filosófico para debate. Seja enfatizando uma preocupação com o sofrimento individual, na temática da corporeidade ou a respeito da oposição normal-patológico, respectivamente, todos discutem a temática à luz de um debate mais profundo que o geralmente veiculado (Caponi, 2003).

De acordo com Canguilhem (1990), “o normal é poder viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (p. 146). Tornamos instrutivo para a análise do fenômeno humano o entendimento de que a “doença” deve ser considerada qualitativamente diferente do fato de ser “doente”. Segundo Grmek (1995), o médico, o doente e o entorno desse último devem, ao menos em tese, comungar do mesmo objeto e realidade. Toda a problemática instala-se, paradoxalmente, na tendência à estatística, base dos bancos de dados dos gestores públicos, e tem como consequência mais óbvia um certo esquecimento acerca da vivência do doente.

É esta singularidade “inescapável” que este estudo aborda, na tentativa de, apesar das normatizações mais clássicas da concepção de risco, verificarmos a dimensão pessoal, intransferível, da gestação de risco, da experiência da gestante. Assim, este risco, dos quais tratam os grandes manuais, está inserido no interior de uma tendência biomédica, nosológica.

Desta forma, a caracterização da gestação de risco pelo discurso médico é assumida como uma questão do domínio classificatório, da norma, o que nem sempre inclui, no rol dos seus elementos constitutivos, a vivência do risco, aspecto que deve ser levado em consideração.

Assim, abordamos o risco como a probabilidade que um indivíduo tem de sofrer um dano em sua saúde. Segundo Czeresnia (2003), “(...) risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostos a determinados fatores” (p. 50).

A existência de fatores de risco lança o indivíduo, ou seu grupo, em determinados segmentos vulneráveis e que requerem maior intervenção, seja do discurso médico ou da gestão pública em saúde. O período gestacional possui, como vimos, certas idiosincrasias constitucionais e possui, por isto, um rol de rotinas e elementos que podem se constituir enquanto fatores de risco, ou seja, aspectos com potencialidade para o dano e a doença.

Iniciaremos com uma caracterização simplificada do que é considerado risco gestacional pelo discurso médico atual (Rosenberg, 2007; DiLeo, 2006):

- a) gestantes com menos de 16-17anos e mais de 35-40 anos;
- b) síndromes hipertensivas;
- c) diabete melito;
- d) uso de drogas e álcool;
- e) uso de medicações;
- f) histórico prévio de perdas fetais ou neonatais;
- g) isoimunização Rh;
- h) sangramentos no segundo ou terceiro trimestres;
- i) infecções maternas;
- j) gestação múltipla;
- k) retardo de crescimento intra-uterino;
- l) más-formações fetais;
- m) histórico de doença psiquiátrica;
- n) doença cardíaca

De forma geral, a mulher grávida necessita de acompanhamento especializado por uma equipe de saúde. Segundo Dourado (2005), este encontro entre gestante e equipe proporciona um vínculo de confiança e cuidado. O apoio informacional representa outro objetivo das consultas de pré-natal, de forma a veicular a informação de saúde de maneira organizada, como por exemplo, sobre o ato de amamentar, cuidados de higiene, apoio psicológico e psicossocial, além de informações sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos. Além da função informacional, temos uma terceira função, a gerência da situação de risco, propriamente dita, que elenca as probabilidades de risco para a mãe e/ou para o bebê e estabelece a estratégia de cuidado.

Apesar dos esforços, 21,3% dos óbitos maternos ocorridos no Brasil nos anos de 1996-1997 foram atribuídos às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação. A assistência perinatal adequada e a orientação sobre planejamento familiar pode contribuir para a redução destes óbitos.

Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para ela como para o feto, constituindo o chamado grupo 'gestante de alto risco'.

(Dourado & Pelloso, 2007)

Segundo Nascimento & Radomile (2006), a gravidez de alto risco confirma, então, uma possibilidade real de adoecimento e risco de morte maior que o habitual, tanto para o conceito quanto para a gestante. Complementarmente, Baptista & Forquim (2003) afirma que a gestação é considerada de alto risco quando um membro da díade, ou os dois, estão em situação de risco em função de doença orgânica crônica ou aguda, o que pode significar um desenvolvimento incorreto do conceito e eventual dano à saúde da gestante.

Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. (...) estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para indivíduos de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar este dano, até o máximo, necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrer danos à saúde.

(Brasil, 2000, p.11-12)

Consta ainda, como padronização governamental para a gestação de risco, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000a): (1) características individuais e condições sócio-demográficas; (2) história reprodutiva anterior à gestação atual; (3) doenças obstétricas na gestação atual e; (4) intercorrências clínicas.

São critérios considerados nacionalmente sobre as características e condições sócio-demográficas: idade menor que 17 e maior que 35 anos; ocupação (esforço físico, rotatividade de horário, carga horária, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse); situação conjugal insegura; baixa escolaridade; situações ambientais desfavoráveis; altura menos que 1,45m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

Sobre a história reprodutiva anterior: morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e; cirurgia uterina anterior.

No que concerne a doenças obstétricas na gravidez atual, os parâmetros são: trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; desvio quanto ao aumento uterino, número de fetos e variações no líquido amniótico; ganho ponderal inadequado; pré-eclampsia e eclampsia; diabetes gestacional; óbito fetal; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação e; aloimunização.

E das intercorrências clínicas, temos: a hipertensão arterial (com destaque para a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG); cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias, epilepsia; ginecopatias; doenças autoimunes; doenças infecciosas (Nascimento & Radomile, 2006).

Durante o seguimento da gestação de alto risco, são recomendadas ainda algumas preocupações junto à equipe de saúde: (a) avaliação entre as repercussões mútuas entre a doença e a gravidez; (b) a importância da avaliação clínica, com exames clínicos e laboratoriais; (c) avaliação obstétrica para verificação dos parâmetros corretos, como ganho ponderal, idade gestacional, etc. e; (d) possível antecipação do parto (Brasil, 2000a).

Embora não conste como critério avaliativo para a conduta da equipe de saúde diante da situação de risco na gestação, é sugerido o componente emocional agregado à experiência de gestação de risco. Assim, optamos por sugerir a aproximação com a temática da resiliência psicológica, para a compreensão da articulação entre a concepção de risco, o conceito de resiliência e a ambientação ao cenário da promoção de saúde.

### 3.5

#### **A proposta de resiliência como conceito auxiliar**

A aproximação com o termo resiliência psicológica (Cyrulnik, 2004) é natural dada à ênfase nas pesquisas atuais em articulá-lo a diferentes áreas do conhecimento, tanto em trabalhos que enfocam o indivíduo, quanto grupos, familiares ou não (Souza & Cervený, 2006).

A noção de resiliência psicológica está ligada à analogia de uma tensão/pressão/deformação não permanente dos materiais físicos e a relação com a situação de risco/experiência de adversidade e respostas de adaptação/ajustamento do indivíduo, em sua vivência psicológica. Yunes & Szymanski (2001) discutem a presença, no cenário científico da área, pesquisas com enfoques distintos como os centrados no indivíduo, traços e disposições pessoais, além das adaptações para a idade adulta.

Nas ciências exatas, como a física, engenharia e odontologia, o termo assume sua concepção inicial e, gradativamente, áreas como Ciências Sociais e Humanas estão apropriando-se da noção conforme sua relação idiossincrática com o objeto de estudo de cada disciplina.

Historicamente falando, a noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela Física e Engenharia, sendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young, que em 1807, considerando tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de módulo e elasticidade. Young descrevia experimentos sobre tensão e compressão de barras, buscando a relação entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que essa força produzia. (...) Nos materiais, portanto, o módulo de resiliência pode ser obtido em laboratório através de medições sucessivas ou utilização de uma fórmula matemática que relaciona tensão e deformação e fornece com precisão a resiliência dos materiais. É importante ressaltar que diferentes materiais apresentam diferentes módulos de resiliência.

(Tavares, 2001, p.15)

Quanto às considerações anteriores, concluímos que diferentes materiais possuem diferentes medidas de resiliência. Poderíamos dizer que existe um isomorfismo nesta situação, no entanto, a única relação confiável neste panorama teórico consiste em alguma relação sugerida entre “deformação não permanente” e a situação de risco/adversidade e, mesmo assim, com bastante cautela na transposição de áreas:

Do ponto de vista da psicologia e da sociologia, trata-se também de uma qualidade, de uma capacidade de as pessoas pessoalmente ou em grupo resistirem a situações adversas sem perderem o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodarem e reequilibrarem constantemente (p.46).

Tavares (2001) traça uma linha crítica acerca do impacto do conceito de resiliência nas sociedades denominadas por ele como emergentes. Em tais grupos sociais, atualmente, a função da educação seria tornar as pessoas, inicialmente crianças e, em um segundo momento, adultos, mais resilientes, como que preparados para o enfrentamento das situações cotidianas de dificuldade e desafio. Em suas palavras:

Mas o desenvolvimento da qualidade dessa *invulnerabilidade*, como temos igualmente referido, não deverá fazer-se à custa do aumento de carapaças, de muros, de grades, de mecanismos de defesa que tornem as pessoas insensíveis, passivas, conformadas. Antes, pelo contrário, tudo deve encaminhar-se no sentido de as tornar mais fortes, mais equipadas para poderem intervir, de um modo mais eficaz e adequado, na transformação da própria sociedade em que vivemos para que ela seja menos violenta, mais segura, mais justa, mais pacífica, em que uma verdadeira cordialidade seja possível (p.47-48, grifo nosso).

Quanto ao histórico do conceito, especificamente no campo da Psicologia, Yunes & Szymanski (2001) alertam sobre a existência de termos mais frágeis conceitualmente, como a invulnerabilidade. Sobre este tópico, Rutter (1985, 1993) discute a pertinência e a natureza do conceito de invulnerabilidade chamando

nossa atenção para a necessária consideração do fenômeno de resiliência, articulado a um processo relativizado, multifatorial, composto tanto por situações constitucionais quanto ambientais.

### 3.5.1

#### Histórico do termo

A dificuldade conceitual e metodológica de apreensão do conceito de resiliência psicológica tem impulsionado um grande número de pesquisas em busca de uma operacionalização que torne o conceito estável para o uso científico e cabível de generalização para assuntos diversos da experiência humana.

Ao longo do histórico do conceito, nos últimos 30 anos, alguns temas têm sido fruto de investigações sérias, referentes a populações expostas a situações de pobreza (Garmezy, 1993) e de doença mental (Rutter, 1985), dentre outros.

Segundo uma classificação introdutória, existem pesquisas que priorizam o estudo do fenômeno de resiliência sob uma perspectiva individual, favorecendo um discurso em torno da psicopatologia, e apontando para referências a fatores de risco e de proteção, além de características individuais das pessoas envolvidas (Silva, 2003).

Em contrapartida, estudos sobre a resiliência familiar (Ravazzola, 2005; Garcia & Yunes, 2005; Yunes, 2006) enfatizam características específicas das famílias, segundo uma perspectiva geralmente sistêmica, e não somente em termos das singularidades de cada membro; aspectos como coesão, comunicação e estabilidade são, assim, avaliados.

Outra possibilidade metodológica é transpor o conceito de resiliência para um nível coletivo maior, também utilizando o instrumental da noção de fator de proteção e de risco, só que em uma proporção ampliada, averiguando a capacidade dos grupos para a autorregulação, estabelecimento de estratégias de enfrentamento de situações problemáticas. O suporte social mútuo e a relação entre os seus membros parece ser o núcleo central desta modalidade de pesquisas.

No nosso estudo, o objetivo está na tentativa de um entendimento integrado entre estas três categorias metodológicas, de forma a avaliar as capacidades dos indivíduos, em suas trajetórias de vida, em articulação com a relação, nutritiva ou não, com os seus grupos familiares de pertencimento, e, por fim, a comunhão com

a comunidade, necessária para a formulação/composição de um contexto psicossocial que oferece o entorno para o fenômeno e o ambiente enquanto objeto de estudo científico.

Parece-nos que o episódio da gestação de alto risco, com possibilidade de perda tanto da vida da mãe quanto do conceito, torna-se um palco excepcional para entendermos o complexo entrelaçamento destes elementos multidimensionais na constituição do conceito de resiliência, permitindo a avaliação dos recursos internos e externos disponíveis à gestante para enfrentar a situação de adversidade e perigo.

Retornando ao histórico do termo, e à sua aderência à pesquisa psicológica, Grotberg (2005) detalha alguns enfoques atuais sobre o conceito de resiliência, a saber: (1) a resiliência está relacionada ao desenvolvimento e crescimento humanos, demarcando diferenças quanto à idade e gênero; (2) existem diferentes estratégias para a promoção de condutas resilientes; (3) nível socioeconômico e resiliência não estão relacionados; (4) a nomenclatura de fatores de resiliência foi substituída pela de fatores de proteção ao risco; (5) é possível a aferição de resiliência e o estabelecimento de sua relação com a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos; (6) diferenças culturais existem, mas todos os países possuem um modelo, ou conjunto, de promoção de resiliência em suas crianças; (7) existem diferenças entre os conceitos de promoção e prevenção em relação à resiliência; (8) a resiliência é um processo.

Dos aspectos levantados por Grotberg (2005), interessa-nos especialmente o uso de diferentes estratégias para obter diferentes resultados traduzidos em condutas consideradas resilientes, o conceito de fator de proteção e a resiliência como uma importante característica da saúde mental.

O autor identifica três categorias em seu estudo no que concerne à construção de atitudes resilientes: a primeira diz respeito ao apoio recebido pelo indivíduo (eu tenho), que reflete o apoio incondicional de pessoas no entorno do indivíduo que promovam a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal, demonstrando pessoalmente a conduta mais correta a ser tomada, para a evitação de riscos, e disponibilizando-se para o cuidado pessoal, em ocasiões de doença, por exemplo; a segunda categoria considera o desenvolvimento de uma força intrapsíquica (eu sou e eu estou, do verbo *to be*, no original), ou seja, crenças a respeito da certeza de que tudo sairá bem, do carinho percebido e disponibilizado

em relações afetivas, responsabilidade pelos atos, respeito pelos outros e consigo mesmo; e a terceira categoria abarca condutas de evidenciação de necessidades e inquietações quanto à solução de um problema, comunicadas a alguém, e a iniciativa de pedir ajuda quando necessário.

No que tange à resiliência na sua relação íntima com a qualidade de vida, segundo Hiew, Chok, Mori, Shmigu & Tominaga (2000), a resiliência parece ser um conceito útil a partir do momento em que auxilia a redução:

(...) da intensidade do estresse e a diminuição de sinais emocionais negativos, como ansiedade, depressão ou raiva, ao mesmo tempo que aumentava a curiosidade e a saúde emocional. Portanto, a resiliência é efetiva não apenas para enfrentar adversidades, mas também para a promoção da saúde mental e emocional (p.19).

Os estudos em torno do tema têm sido alvo de levantamentos e organização das principais tendências teóricas (Yunes, 2003; Silva, Elsen & Lacharité, 2003; Infante, 2005; Souza & Cervený, 2006). A literatura dos últimos anos, em torno do tema, é organizada segundo duas gerações de estudos e metodologias de trabalho.

A primeira, nos anos 70, buscava identificar os fatores de risco e os fatores de resiliência envolvidos no desenvolvimento de crianças que se adaptaram positivamente a partir da vivência de uma situação de adversidade. Com o desenvolvimento teórico desta geração o foco das pesquisas assume um interesse maior pelos fatores externos, como estrutura familiar, nível socioeconômico, etc., em detrimento de qualidades pessoais, como autonomia, vistas isoladamente. O modelo metodológico deste período de pesquisas trabalhava com três pilares organizadores: atributos individuais, aspectos familiares e características ambientais e sociais (Infante, 2005).

O segundo grupo de pesquisadores centrou seus esforços, a partir dos anos 90, na pesquisa acerca dos fatores presentes na conduta de indivíduos com alto risco social, e com adaptação positiva. De forma geral, permanecem fiéis ao objeto de estudo da geração anterior de pesquisas, no entanto, incluem o interesse maciço pela relação ou dinâmica entre os fatores equacionados na chamada conduta resiliente.

Infante (2005) destaca dois autores que simbolizam esta nova etapa dos estudos em resiliência, com enfoque na noção dinâmica de resiliência: Edith Grotberg e Michael Rutter. Este último é considerado autor da noção de

mecanismos protetores (Rutter, 1985, 1993), a ser discutida ainda no presente trabalho. Coube à Grotberg (1995) a proposição de uma articulação entre aspectos relativos a suporte social, habilidades pessoais e força interna, bases do modelo triádico atribuído à primeira geração de estudos.

A ideia da adversidade continua presente em ambas as gerações de pesquisadores. Pode ser compreendida como sinônima de risco e associada a inúmeras situações ambientais (pobreza extrema) e/ou situacionais (a morte de um parente querido) (Infante, 2005).

Neste trabalho, consideramos o diagnóstico de gestação de alto risco como um cenário de adversidade para a mulher que o recebe. Desta forma, deve ser alvo de atenção por parte da equipe de saúde em prol da otimização do enfrentamento da situação, de maneira a preservar a qualidade de vida da gestante e evitar eventual risco de morte, tanto do conceito quanto de sua mãe.

Para que a conduta possa ser considerada resiliente, é importante que haja uma adaptação positiva. Para tanto, podemos concluir que a resiliência é associada diretamente a condutas ou áreas do desenvolvimento humano, modifica-se ao longo do ciclo vital do indivíduo e obedece às determinações e idiossincrasias do grupo sociocultural. Assim, consideramos a resiliência como uma qualidade/atributo passível de desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo e, sobretudo, deve ser relacionada a uma tendência positiva de saúde.

### 3.5.2

#### **Indivíduo e família: duas facetas do conceito de resiliência em uma Psicologia Positiva**

Podemos notar uma constante tanto metodológica quanto conceitual, na literatura referente ao tema, em torno de determinadas expressões conceituais e tendências metodológicas, como vimos anteriormente. Temáticas como risco, vulnerabilidade, fatores de proteção (ou *buffers*), *coping*, *stress* são comumente associadas ao termo (Yunes & Szymanski, 2001).

O problema metodológico, quanto à apreensão do conceito em unidades operacionais de pesquisa, reflete uma grande questão estrutural para o uso efetivo do conceito, compreendido aqui como multifatorial.

A seleção dos indicadores de resiliência representa uma das etapas mais cruciais do processo de pesquisa. Dependendo dos recursos técnicos, humanos e da abordagem utilizada para o estudo, a resiliência pode ser operacionalizada através de indicadores que representam respostas positivas em relação às expectativas sociais e/ou desenvolvimentais que vigoram para aquele contexto no qual o fenômeno é observado. Ou, ainda, através da verificação tanto da presença (ou ausência) de ordem emocional, comportamental ou outros, que podem se manifestar quando a pessoa está exposta aos efeitos de um contexto adverso. As duas possibilidades exigem atenção cuidadosa, pois ambas comportam limitações.

(Silva, 2003, p. 34)

A resiliência enquanto um constructo psicológico processual entra em confronto, pelo menos parcial, com uma perspectiva mais individual baseada em traços ou características estáveis de uma pessoa considerada resiliente. São três perspectivas quanto aos discursos vigentes sobre resiliência: (1) a baseada em especialistas (*experts*) e em seus estudos advindos de análises estatísticas, psicométricas, e da montagem de perfis de personalidade/temperamento dos indivíduos pesquisados (tais como, sociabilidade, criatividade e senso de autonomia); (2) embasada em discursos chamados de experienciais, fruto de estudos de origem qualitativa com material advindos a partir de histórias de vida, isto é, narrativas configuradas e reconfiguradas a partir da interpretação/percepção do indivíduo acerca das suas experiências e; (3) uma terceira abordagem, fruto da interação de profissionais que lidam com crianças e adolescentes, ainda em construção, que sintetiza pontos das duas anteriores — a dos *experts* e a experiencial (Yunes, 2006).

De acordo com a autora, ratificar uma eventual característica do indivíduo enquanto resiliente é negar a própria dimensão provisória, relativa e dinâmica da noção de resiliência. Rutter (1999) completa este argumento quando afirma que resiliência não constitui uma característica ou traço individual.

Assim, apesar das diferenças conceituais acerca de resiliência, especificamente no que diz respeito aos estudos com foco no indivíduo, podemos sugerir algumas características de uma conduta resiliente — adaptabilidade, condutas positivas, real enfrentamento da situação, habilidades cognitivas e emocionais —, contudo, devemos ressaltar que tais “habilidades” são desenvolvidas no curso natural de vida dos indivíduos e, como sugerem Melillo, Estamatti & Cuestas (2005), a resiliência depende, para sua criação e manutenção, da relação ótima entre processos sociais e a esfera intrapsíquica.

Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência ‘naturalmente’ no desenvolvimento: depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsável pela construção do sistema psíquico humano. (...) Ou seja, a existência ou não de resiliência nos sujeitos depende da interação da pessoa com seu entorno humano.

(Melillo, Estamatti & Cuestas, 2005, p. 62)

No que tange aos estudos de resiliência familiar, Hawley & DeHann (1996) propõem, para a definição de resiliência de famílias, no sentido de adaptação do grupo familiar ao estresse. O sucesso da adaptação dependerá da combinação entre fatores de risco e proteção, além do contexto social presente.

De acordo com o argumento posto, podemos avaliar a noção de resiliência em famílias da mesma forma que a aplicada ao indivíduo. No entanto, as duas perspectivas tratam do fenômeno de formas diferenciadas, já que a resiliência em famílias considera o fenômeno segundo um ponto de vista sistêmico (Hawley & DeHann, 1996).

Segundo Walsh (1998), a conceituação de resiliência em famílias abarca, além do sistema de crenças da família, padrões de organização interna e os processos de comunicação utilizados. Independente da perspectiva adotada quanto à pesquisa em resiliência, individual ou familiar, podemos destacar, com segurança, que o contexto relacional dita o tom do debate, fundamentando a natureza relacional do conceito e suas implicações quanto ao cotidiano dos indivíduos e de famílias, na relação com a adversidade/risco.

Neste ponto, deduzimos, a respeito da noção de resiliência: (a) não deve ser considerada enquanto um atributo fixo dos indivíduos; (b) é uma variação individual em resposta ao risco; (c) possui uma dupla entrada: constitucional e ambiental.

### 3.5.3

#### **Resiliência e risco**

É necessário traçar algumas diferenciações entre tais noções em relação ao conceito de resiliência para deixarmos mais explicitados tanto o objetivo deste debate para o estudo sobre a gestação de risco, quanto à pertinência do conceito de resiliência enquanto objeto científico consistente.

A aproximação com a concepção de risco é notória, mas precisamos oferecer ao leitor uma ampliação do conceito visto anteriormente, de modo a

configurar um mapa conceitual mais aceitável e esclarecedor. De acordo com Sapienza & Pedromônico (2005), os termos fatores de risco, fatores de proteção e resiliência encontram-se na pauta das pesquisas atuais, especialmente em saúde mental.

Quanto ao primeiro, nossa articulação o trata enquanto uma variável que aumenta a probabilidade do indivíduo adoecer diante da exposição à doença. Podemos alcançar, assim, três características: a de que a concepção de risco (fatores de risco) assume na contemporaneidade grande importância através da existência de riscos biológicos, psicossociais, socioeconômicos, dentre outros; a natureza do risco possui um histórico marcadamente biológico, acompanhando a lógica de um modelo biomédico baseado na mortalidade (Haggerty, Sherrod, Gamezy & Rutter, 2000); e a existência de uma relação íntima entre risco, proteção e resiliência. Esta relação não reside em um padrão causal linear e pré-estabelecido, mas sim em uma complexa trama de vetores, em diferentes sentidos e direções.

Os autores sugerem inúmeras relações, em sua pesquisa, com variáveis secundárias, porém influentes em alguma medida, e com diferentes impactos para a vida do indivíduo. A partir dos anos 80, a ênfase das pesquisas desloca-se de uma mentalidade biomédica rumo a pesquisas em torno do eixo desenvolvimental, com crianças e adolescentes enquanto sujeitos de pesquisa, e com o objetivo de construção de projetos de intervenção contra os problemas de comportamento relativos a estas faixas etárias (Haggerty et al., 2000; Sapienza & Pedromônico, 2005).

Um trabalho teórico articulado em torno das relações entre resiliência, vulnerabilidade e estresse foram propostos por Haggerty et al (2000). Neste cenário, os fatores de proteção atuam como redutores das problemáticas causadas pelo risco ou ainda por determinados estados de vulnerabilidade e estresse.

Segundo Eisenstein & Souza (1993), os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam, ou neutralizam, o impacto causado pelo risco, ou pela ameaça dele. Isto é, atuam com a função de proteger o indivíduo e oferecer possibilidades de enfrentamento da situação de ameaça.

Observamos o suporte social como um fator exemplar para demonstrar a importância da existência, ou na sua ausência, a criação, e manutenção de elementos que possam agir como instrumentais favoráveis para a superação da

adversidade. As noções de suporte social e auto-conceito positivo parecem estar relacionadas a experiências de sucesso e, em conjunto, refletem a realidade multidimensional da noção de resiliência.

Haggerty et al. (2000) definem alguns fatores de proteção individual como a habilidade para solução de problemas, a qualidade de relacionamento com pares, eficácia, competência e identificação com modelos competentes. Enquanto fatores de proteção social, notamos as diversas variáveis circunstanciais e a existência de diferentes níveis de suporte social.

Por outro lado, os fatores de risco assumem, segundo os mesmos autores, uma nova nomenclatura, em uma clara distinção entre risco isolado e mecanismos de risco (Rutter, 1999), além da necessária consideração de que risco deve ser considerado como processo, dotado de flutuações possíveis no interior da vida do indivíduo na relação com eventos situacionais (Tavares, 2001). Em termos de classificação teórica, a coexistência de várias situações de risco concomitantemente caracteriza o fenômeno chamado de cadeia de risco (Garmezy, 1993).

Sapienza e Pedromônico (2005), autores considerados desenvolvimentistas, atualmente trabalham com uma linha de estudos baseada no pressuposto de que as variáveis de risco, ou adversidades, não estão isoladas, ou seja, ocorrem no interior de um contexto social que lhes oferece forma e contorno. Este contexto é marcado por variáveis culturais, políticas, familiares, ambientais, dentre outras, e os fatores de risco, enquanto elementos capazes de potencializar situações adversas, quando potencializados, tornam-se mecanismos de risco, agindo negativamente quanto ao desenvolvimento normal do indivíduo em seu ciclo vital.

Quando muitas situações de risco se associam, elas dificultam o cumprimento da agenda desenvolvimental, a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais. (...)

Destarte, mais importante do que o risco isolado, a combinação de adversidades produz consequências negativas em diferentes áreas do desenvolvimento.

(Sapienza & Pedromônico, 2005, p.211)

Rutter (2000), ainda sobre a concepção de risco e seu avanço conceitual e metodológico, define alguns fatores de destaque: (1) ocorrência de diferentes mecanismos envolvidos na relação pessoa-meio; (2) diferenças na percepção individual; e (3) atenção aos fatores de proteção disponíveis.

A resiliência pode ser considerada, nestes termos, como o processo final da efetividade da condução e manejo dos fatores de proteção, na presença do risco, com intuito de superação ou efetivação de resultados favoráveis para o desenvolvimento individual. O risco, assim, deixa de assumir uma conotação de perda, de condição negativa, e passa a apresentar uma dimensão mais natural, esperada, e parte componente da natureza e experiência humanas.

Tavares (2001) aponta para um estado de convergência das pesquisas na área em direção ao fato de que os fatores de proteção (ou *buffers*) operam em diferentes momentos do desenvolvimento do indivíduo, e em diferentes contextos.

Fatores de proteção podem ser denominados enquanto referindo-se a influências de melhoria de uma situação de resposta a determinadas situações de risco e de desadaptação (Rutter, 1985). O autor descreve ainda a necessidade de diferenciação entre fatores de proteção e experiências positivas, na medida em que, ao contrário desta última, o fator de proteção pode não ter efeito algum na ausência do elemento estressor, ou de tensão. Enfim, um mecanismo de proteção,

(...) não é uma ‘química do momento’, mas se refere à maneira como a pessoa lida com as transições e mudanças de sua vida, o sentido que ela mesma dá às suas experiências, e como ela atua diante de circunstâncias adversas. Isso não quer dizer que não se supõe que seja preciso fugir ou escapar dos riscos, o essencial é podermos estudar o que o indivíduo faz quando está na situação, pois isso é que vai determinar se a experiência será estressora ou protetora em seus efeitos.

(Tavares, 2001, p. 39)

São identificadas três classes de fatores de proteção citados no percurso desenvolvimental de um indivíduo: (a) fatores disposicionais da criança, como autonomia, posicionamento social positivo, autoestima; (b) coesão familiar (presença de um adulto, ao menos, com interesse dirigido à criança; (c) uma rede de apoio social bem definida, que ofereça recursos efetivos ao indivíduo (Masten & Garmezy, 1985).

Segundo Silva, Elsen & Lacharité (2003), o indivíduo conserva a lembrança da adversidade, da luta pela sua superação, buscando um resultado positivo. As autoras complementam:

Sua história permanece em sua memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir e delinear uma trajetória de vida que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva (p.151).

As implicações do risco quanto ao debate acerca de resiliência destacam a centralidade da sua importância. A avaliação da situação de risco, ou de um grupo de risco, possui determinados vieses ou atravessamentos, tanto de natureza sociocultural quanto ideológica.

Acompanhamos o debate e a inserção da concepção de risco no interior do panorama das políticas públicas — nacionais e internacionais — e do cenário dos sistemas de saúde. Somado a esta discussão, acrescentamos o enfoque quanto aos dispositivos de leitura e de apreensão dos corpos femininos pela ciência e pela medicina.

Sendo assim, podemos nos perguntar: o que, de fato, caracteriza o risco? O binômio normalidade/patologia propõe a qualidade de recorte do risco? E em caso de uma situação, ou contexto, de risco, qual dispositivo afere-lhe determinado grau? Estas são algumas questões que merecem um olhar de pesquisa e cuidado conceitual atentos.

## 4

### A rede de suporte social como oposição ao risco

Neste capítulo discutiremos a literatura da área de redes de apoio e, especificamente, quanto à diferenciação entre rede e apoio social em suas definições operacionais, além das implicações quanto às vantagens de redes de apoio social como elemento favorável à saúde (Garmezy & Masten, 1994; Sluzki, 1997; Levy & Pescosolido, 2002; Siqueira, Betts & Dell’Aglia, 2006) e em momentos de transição (Jussani, Serafim & Marcon, 2007, Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). Hoje, na área, não há consenso conceitual e metodológico, mas o debate parece bastante interessante, em especial a partir de estudos que envolvem classes mais baixas como objeto da investigação, em contextos de solidariedade social (Andrade & Vaitsman, 2002; Lever & Martinez, 2007).

Todos os aspectos relacionados à experiência da gestante parecem manter correspondência, em maior ou menor grau, com o sucesso do processo gestacional, em termos de saúde física e mental da mesma. Tais aspectos (meio, pessoas e situações) podem ser positivos para o enfrentamento da gestação de alto-risco. Alguns elementos podem ser citados como influenciadores: a família de origem da gestante, o companheiro e/ou pai do bebê, parentes, amigos, vizinhos, pessoas significativas, a equipe de saúde (Andreani et al, 2006), dentre outros.

Desta forma, propomos, como resultado desta série de fatores protetores que se organizam em torno da gestante, com sua função instrumental, a noção de rede de apoio social (Lewis, 1987; Sluzki, 1997; Lemieux, 1999; Dessen & Braz, 2000; Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001; Andrade & Vaitsman, 2002; Faber & Wasserman, 2002; Uchino, 2004; Siqueira, 2008; Orozco-Nuñez, González-Block, Kageyama-Escobar & Hernández-Prado, 2009, Rocha, 2009; Costa, 2009).

De forma ampla, o conceito de rede social constitui-se em um sistema organizado em torno de situações (contexto/meio), envolvendo objetos sociais (pessoas) no desempenho de suas funções, ou atividades (Lewis, 1987). Tal sistema oferece apoio a seus membros, tanto em uma esfera instrumental como em outra, emocional (Craig & Winston, 1989). O apoio instrumental pode ser

visto, em sua faceta cotidiana, no auxílio a tarefas rotineiras ou mesmo ajuda financeira. No que tange ao apoio emocional, sentimentos são associados ao ato de apoio, sugerindo cuidado afetivo, aprovação e preocupação com o outro (Dessen & Braz, 2000).

Em complementação, cabe ainda ressaltarmos a diferença caracterizada pela literatura quanto aos conceitos de rede social e apoio social (Chor et al, 2001, Sherbourne & Stewart, 1991). Redes são tidas como teias de relações sociais que circundam o indivíduo e a noção de apoio social diz respeito, mais aproximadamente, ao grau de satisfação do indivíduo com relação às funções, como apoio material e afetivo, desempenhadas pelas relações interpessoais que o mesmo possui e mantém. Como apontam Andrade & Vaitsman (2002):

Ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como ideia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia (p.927).

De acordo com Dessen & Braz (2000), a rede de apoio social fornece suporte em situações de mudança e/ou transições de papéis sociais. Na situação de alto-risco, a gestante parece ser obrigada a adaptar-se à nova situação, além das transformações normais advindas das novas funções parentais.

Neste sentido, o estudo de redes sociais contribui ainda para as investigações sobre a experiência de gestação de alto-risco na medida em que expressa a relação entre mecanismos intrasubjetivos (estilos de vida, resiliência individual, vivências pessoais, crenças) e intersubjetivos (cultura cotidiana, influências transgeracionais, contexto sociocultural).

O contexto sociocultural e as condições históricas parecem exercer, de algum modo, influência marcante sobre as funções desempenhadas pelos elementos constituintes de redes de apoio. Indivíduo, família e comunidade são considerados pontos de corte para o entendimento desta realidade. A tradição da ciência psicológica enfoca seus estudos em um recorte individual, a partir de uma dicotomia indivíduo-sociedade, localizando a esfera social como opositora ao individual.

O surgimento de novas tendências teóricas aponta para uma alteração significativa das pesquisas na área quanto à concepção do objeto conceitual, que deve integrar aspectos interacionais e interindividuais em um recorte considerado

supra-individual (Carvalho, Império-Hamburguer & Pedrosa, 1998; Carvalho & Rubiano, 2004; Carvalho, Bastos, Rabinovich & Sampaio, 2006).

No que tange ao ambiente familiar, por exemplo, as situações de transição, como a decorrente do nascimento de um filho (especificamente, em sua pesquisa, o nascimento do segundo filho), exigem da rede uma reorganização global, tanto em aumento de seu tamanho quanto em relação à diversificação das estratégias para lidar com a experiência nova e sua administração (Dessen, 1997). De acordo com a autora, os genitores necessitam buscar o equilíbrio do sistema familiar. Em um primeiro estágio, devem se regular de forma complementar em seus papéis, e em um segundo momento organizar as ações em termos de todas as interações referentes às relações familiares mais amplas.

O tema é pertinente tanto no que se refere ao apoio no período gestacional como nas relações iniciais mãe-bebê, no período puerperal. A riqueza e complexidade desta articulação hipotética, entre o suporte efetivo da rede social de apoio e a gestação de alto-risco, reside na avaliação das estratégias, pessoais e grupais, utilizadas no exercício gestacional, utilizando-se deste apoio social de forma qualitativamente eficiente.

A partir do volume de pesquisas sobre a temática, propomos a existência de uma rede de apoio social como favorável para o enfrentamento da situação de gestação de alto-risco. Tencionamos avaliar a qualidade desta rede, enunciada pela gestante, seus elementos constitutivos e a eficácia das relações de apoio — seja instrumental e/ou emocional — para o enfrentamento da situação do diagnóstico de risco.

#### **4.1**

##### **Rede social de apoio: constituição e manutenção**

As relações humanas são marcadas por evidências baseadas em trocas, mutualidade, reciprocidade e encontros sociais. A vida parece não ser possível sem a existência de relacionamentos sociais.

De acordo com Uchino (2004), a existência de farta literatura na área aponta para a importância da qualidade de relacionamentos sociais de apoio como protetores em relação a doenças orgânicas e mentais (Gibson, 1991; Cohen et al, 2000; Andrade & Vaitsman, 2002; Fleury-Teixeira et al 2008). Assim como há

uma corrente de estudos interessada na articulação entre os relacionamentos sociais e as consequências para a saúde física, paradoxalmente, outra corrente de estudos concentra seu foco na relação com a mortalidade (Uchino, 2004), o adoecimento e a doença consolidada (Levy & Pescosolido, 2002).

Diante do contexto da enfermidade, e de eventuais limitações, todas as relações do indivíduo com outras pessoas são modificadas, qualitativamente e quantitativamente. Sentimentos de fragilização e auto-eficácia diminuída podem alterar significativamente a própria identidade (Gibson, 1991). A doença reduz as trocas com elementos da rede social, e conseqüentemente as trocas interativas também diminuem em frequência. Segundo Andrade & Vaitsman (2002), a problemática da desvitalização das trocas por intercâmbio cria um elemento desintegrador das redes sociais.

Tal entendimento nos leva a uma conclusão de que o processo de adoecimento é deletério à manutenção de redes sociais de apoio. No entanto, o efeito de desestabilização da rede pela doença do indivíduo não é o único caminho possível para estabelecermos uma relação lógica entre o evento do adoecimento e a existência de redes sociais de apoio.

Outro importante vínculo a ser levantado quanto às redes de apoio é a vantagem do monitoramento da saúde, incentivando o indivíduo para o estabelecimento de rotinas de cuidado, valorização da atenção a dietas e ao esquema medicamentoso.

Assim, as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros. (...)

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada (...), ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

(Andrade & Vaitsman, 2002, p. 928)

É com este entendimento que definimos formalmente a noção de rede e caracterizamos sua diferença em relação ao conceito de suporte social. Lemieux (1999) destaca a apropriação da noção de rede por vários setores, como o transporte, saneamento, telecomunicações, ciências sociais, o que promoveu certo destaque e uma divulgação equivocada, muitas vezes. A autora acrescenta uma pequena alteração conceitual, ampliando a noção de redes sociais para a de redes de atores sociais, e considera a primeira restritiva. Contribui com a compreensão

de uma rede como sistema, baseada no fundamento da relação humana como motivo essencial das trocas e das comunicações que circulam no interior deste sistema. O entendimento acerca de redes envolve a preocupação com aspectos sociais e comunitários, a promoção de efeitos sobre os indivíduos e deve considerar estilos de vida (Orozco-Nuñez et al, 2009).

Mendizabal (2005) aponta para a característica principal da rede social como uma forma de organização entre os seres humanos, com o intuito de desenvolvimento de funções específicas, implícitas ou explícitas, a partir de sua estrutura. Redes podem ser avaliadas conforme suas características baseadas em uma análise estrutural, funcional ou segundo seus atributos (Sluzki, 1997; Andreani et al, 2006). As redes sociais podem ser definidas enquanto o somatório de todas as relações interpessoais dos indivíduos, percebidas como significativas, tanto em uma dimensão mais ampliada, como contatos com amigos, comunidade e grupos mais distantes, como em uma dimensão mais estreita, incluindo a família nuclear ou extensa.

Os contextos culturais e subculturais em que estamos imersos, os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio-ambiente, de existência ou carência de serviços públicos (...) sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo. Em um nível mais microscópico, por sua vez, a *rede social pessoal* pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade.

(Sluzki, 1997, p.41, grifo nosso)

O conceito de rede social pessoal também é proposto por Ribeiro (2009), destacando o aspecto de proximidade da rede na vida cotidiana dos indivíduos. Possui um caráter dinâmico, transformando-se conforme o decorrer do tempo e a convivência com outras pessoas significativas (Jussani et al, 2007).

As possibilidades de contato com pessoas que possam constituir nossa rede social pessoal são inúmeras e constroem um mapa mínimo, segundo Sluzki (1997, p.42-43), sistematizado em quatro quadrantes: (1) família; (2) amizade; (3) relações de trabalho ou escolares; e (4) relações comunitárias, de serviço ou credo. Em cada quadrante inscrevem-se áreas/círculos com o foco: (a) nas relações íntimas; (b) nas relações intermediárias ou com menor grau de comprometimento; e (c) nas relações ocasionais e conhecimentos sociais mais distantes.

Em geral, uma rede pode ser avaliada segundo sua estrutura (propriedades), sua função (tipos de contato interpessoais e padrões de vínculos estabelecidos

primordialmente) e atributos de cada vínculo. São consideradas características estruturais da rede o tamanho (número de pessoas na rede), a densidade (conexão entre os membros), a distribuição (segundo os quadrantes e círculos, definindo a natureza do elemento da rede e a proximidade, ou não, em relação ao indivíduo), a dispersão/acessibilidade (a distância entre os membros, e a acessibilidade do contato com elementos da rede), homogeneidade/heterogeneidade (possibilidade de diferenças entre as sub-redes de acordo com variáveis socioculturais, idade, sexo) e tipos de funções (Sluzki, 1997).

Muitos autores focalizam seus trabalhos sobre as características estruturais das redes em torno de aspectos como tamanho, densidade, homogeneidade, hierarquia interna e solidariedade (Bowling, Grundy & Farquar, 1995; Farber & Wasserman, 2002). No entanto, nosso estudo tem como interesse maior a avaliação do apoio social mais de perto, em detrimento da configuração da rede e suas modalidades de ajuda.

De acordo com Faber & Wasserman (2002), qualidades como reciprocidade e mutualidade são mais úteis para o estudo do suporte social na medida em que nos ajudam a avaliar o grau do suporte compartilhado entre dois ou mais indivíduos. Estas qualidades —reciprocidade e mutualidade— são componentes de um apoio social quente, enquanto vínculos mais distantes, ou com menor acessibilidade e/ou proximidade, como fontes de um apoio social frio.

De forma complementar, a intensidade do apoio, medida a partir de algum grau de satisfação, a partir do apoio percebido por parte dos indivíduos, pode ser indicativa de um nível alto e a insatisfação com o apoio, ou mesmo sua ausência, como representativa de um nível baixo de suporte.

Retornando ao conceito de rede, sua função diz respeito à qualidade do intercâmbio entre os elementos da mesma e inclui, de acordo com Sluzki (1997): companhia social (realização de atividades conjuntas), regulação/controle social (situações onde são expostas responsabilidades e papéis em concordância com a coletividade), ajuda material e de serviços (atividades relacionadas à ajuda física e apoio informacional de serviços de saúde), acesso a novos contatos (possibilidade de abertura à ampliação do contato com outras pessoas e redes), guia cognitivo e conselhos (guia de expectativas, de informações e de modelos de papéis a serem seguidos), apoio emocional (promoção de sentimentos de apoio, cuidado, empatia, compreensão e estímulo) e o próprio apoio social.

Dos atributos gerais dos vínculos estabelecidos na rede — funções predominantes, multidimensionalidade (ou versatilidade), reciprocidade, intensidade (ou compromisso da relação), frequência dos contatos e história da relação (Sluzki, 1997), o núcleo central desta classificação focaliza o caráter recíproco e criativo das redes sociais durante a sua manutenção.

Notamos problemáticas quanto a normas consensuais na literatura acerca das principais funções da rede, embora já seja possível identificarmos convergências no que tange ao aspecto estrutural. Feijó (2006) argumenta a respeito do princípio maior da rede social que é o de “sustentação do indivíduo” e suas duas maiores funções são a de apoio e troca e de regulação social. A primeira é responsável pela tarefa de confirmação do indivíduo e a segunda encarregada das pressões que ocorrem para a mudança do comportamento. Ambas as funções estão presentes em uma rede social e são tidas como mutuamente complementares.

A rede social pessoal, defendida por Sluzki (1997), aponta para as relações percebidas pelo indivíduo como importantes, apoiada sobre as relações consideradas como mais significativas. Contudo, a questão que levantamos, em concordância com Feijó (2006), diz respeito à revisão sobre os critérios para avaliação de quem deve, ou não, ser considerado como significativo para o indivíduo. O critério parece não obedecer somente condições estruturais, mas, sobretudo, situações de origem funcional. A construção e a manutenção da rede parecem estar vinculadas fortemente à qualidade do contato estabelecido, o julgamento efetivo ou não das trocas e o tipo de apoio veiculado.

O que pensamos de nós mesmos? A possível resposta para esta pergunta ressalta a dificuldade, ou não, de solicitar e perceber o apoio oferecido e implica na construção de nossa própria identidade a partir de trocas interativas nas relações sociais.

Quando falo de rede social, mesmo enfocando a rede pessoal, uso a palavra de uma maneira ampla, mas trata-se sempre de parte da rede. A rede é móvel, complexa e interligada. É praticamente impossível delimitar uma rede. Estamos sempre tratando de uma micro-rede (*sic*), que é parte de uma rede maior e que se liga a várias outras redes.

(Feijó, 2006, p. 236)

A consideração das diferentes dimensões relacionadas à rede social — indivíduo, família e a existência da rede — deve ser o ponto de partida para a compreensão do aspecto mediador desta última em relação ao enfrentamento de situações de adversidade pelo o indivíduo. Os conjuntos das relações familiares e das relações sociais parecem estar vinculados de forma dialética e uma visão mais ampla destas conexões pode indicar maior ou menor sucesso na superação da adversidade (Dabas, 1998; Feijó, 2006), especificamente a situação de alto-risco, alvo deste estudo.

No que tange à teorização a respeito de redes sociais, segundo Braga (2006), duas correntes encontram-se em oposição atualmente: a abordagem funcionalista-estrutural e a teoria da ação. A primeira abordagem foca seus esforços na avaliação da estrutura da rede, em sua ordenação, e suas desordens. A segunda privilegia a ação dinâmica dos atores sociais, a utilização de estratégias específicas e seus comportamentos concretos (Farber & Wasserman, 2002).

Apesar da origem sociológica do termo, redes sociais sempre existiram em diferentes sociedades, pois esta pode ser considerada como a forma mais antiga de organização social (Ribeiro, 2009). Considerada um sistema aberto e multicêntrico, é geradora de um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e entre duas ou mais redes, de forma a potencializar os recursos disponíveis, captar novos e promover a solução criativa de problemas (Dabas & Perrone, 1999).

Pode ser descrita segundo dois níveis de análise — macrosocial e microssocial —, o que corresponde a um rol de influências possíveis que varia de uma avaliação pessoal, do indivíduo, até uma análise que leva em consideração a comunidade e a própria ecologia (Sluzki, 1997; Bronfenbrenner, 1996; Braga, 2006). Pode ser caracterizada, inclusive, por aspectos relativos a tamanho, interação entre os membros e forma de ação (Oliveira & Bastos, 2000; Ribeiro, 2009).

Além de constituir um nicho interpessoal da pessoa (Sluzki, 1997), de acordo com Lemieux (1999), uma rede é baseada em objetivos comuns entre os seus membros, de forma a favorecer o surgimento e consolidação de aspectos identitários. Em sua ausência ou escassez, seus membros,

(...) deixam de contar com uma espécie de um manto protetor no qual estariam envolvidos em trocas afetivas e em cuidados recíprocos. O dilaceramento deste tecido

conduz á sensação de vulnerabilidade ou de precariedade (...) e aponto para a correspondência existente entre rede de suporte social e matriz de identidade.

(Braga, 2006, p. 25-26)

No que tange à formação, as redes sociais constituem-se a partir das relações interpessoais e estas oferecem tanto o conteúdo — redes latentes e redes reativadas — quanto o formato, segundo critérios de densidade e frequência dos laços, conectividade e coesão (Lemieux, 1999).

A concordância da literatura na área aponta, no entanto, para a centralidade do conceito de suporte social, vinculado de forma clara ao conceito de rede (Ribeiro, 1999; Dessen & Braz, 2000; Andreani et al, 2006; Chor et al, 2000; Braga, 2006; Baptista, Baptista & Torres, 2006; Jussani et al, 2007; Siqueira, 2008; Costa, 2009).

De acordo com Siqueira (2008), o conceito de rede, fundado no âmbito da sociologia antropológica, traz a função primordial de oferecimento de suportes sociais aos seus integrantes. Em concordância com esta linha de raciocínio, Rodrigues & Cohen (1998) apontam para a característica fundamental do suporte social enquanto produtor de efeitos benéficos para a saúde e bem-estar dos indivíduos.

Social support is one possible type of relational variable that can be measured for actors in a social network. The associations between support relation and other measured relations and the differences among the actors in the network are all interesting aspects of the complete network system. The study of social support can benefit from network methodology by using it to explain how individual and structural characteristics influence supportive experiences.

(Faber & Wasserman, 2002, p. 33)

A leitura histórica do termo segundo um recorte psicológico, tece um roteiro a partir do qual os indivíduos organizam sua percepção de suporte social a partir de modelos de crenças sobre a qualidade do apeço e do amor, considerando que existem pessoas genuinamente preocupadas com o bem-estar dos mesmos (Siqueira, 2008).

Gradativamente o conceito de suporte social alcança novos formatos, tais como a disponibilidade das pessoas nas quais confiamos (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983), recursos disponíveis pelos indivíduos e unidades familiares em resposta a pedidos de auxílio (Dunst & Trivette, 1990), processo

interativo de obtenção de ajuda advinda de diferentes dimensões, como a instrumental, emocional e financeira (Bowling, 1997).

Embora conectados intimamente, rede social e suporte social são elementos tidos como independentes. Enquanto a rede social é identificada com o grupo de pessoas com as quais os indivíduos se identificam e mantêm vínculos (Sherbourne & Stewart, 1991), o apoio social diz respeito à dimensão qualitativa e funcional, de acordo com a qualidade dos efeitos benéficos oferecidos ao indivíduo (Zanini, Verolla-Moura & Queiroz, 2009).

Sobre a noção de apoio social, especificamente, destacamos ainda algumas possibilidades conceituais, segundo o tipo de recorte analítico realizado: (a) apoio social psicológico e não-psicológico, dando a entender que o primeiro tipo de suporte seria apenas informacional enquanto o segundo seria concreto de fato (Cohen & Mckay, 1984); (b) apoio social percebido (como disponível) e apoio recebido (efetivamente realizado), além da avaliação da satisfação com o apoio recebido (Cramer, Henderson & Scott, 1997); informacional, emocional ou material, de maneira considerada informal, por amigos, conhecidos, vizinhos e parentes, ou formal, por organizações civis e/ou governamentais através de profissionais da área da saúde (Singer & Lord, 1984).

Desta forma, notamos a natureza multidimensional da noção de apoio social e, de forma paralela, chegamos à conclusão de que diferentes aspectos do suporte oferecido e percebido promovem diferentes impactos, segundo a particularidade dos grupos e dos indivíduos.

Conforme Dunst & Trivette (1990) complementam, o suporte social possui cinco componentes interligados, a saber: (a) relacional; (b) constitucional; (c) funcional; (d) estrutural; e (e) componente de satisfação (Quadro 3). Ao mesmo tempo, os autores sugerem algumas dimensões ligadas diretamente ao sentimento de bem-estar (Quadro 4).

QUADRO 3 – Componentes do suporte social

| COMPONENTES           | CARACTERÍSTICAS GERAIS                                                                           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Constitucional</b> | Inclui as necessidades e congruência entre estas e o suporte existente                           |
| <b>Relacional</b>     | Estatutos familiar e profissional; tamanho da rede social e participação em organizações sociais |
| <b>Funcional</b>      | Suporte disponível; tipo; quantidade e qualidade do suporte                                      |
| <b>Estrutural</b>     | Proximidade física; frequência de contatos, reciprocidade, consistência                          |
| <b>Satisfação</b>     | Utilidade e ajuda fornecida                                                                      |

(Ribeiro, 1999, p. 548).

QUADRO 4 – Dimensões do suporte social

| DIMENSÕES DO SUPORTE           | CARACTERÍSTICAS                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Tamanho da rede</b>         | Número de pessoas da rede                                            |
| <b>Relações sociais</b>        | Natureza das relações: íntimas ou gerais                             |
| <b>Frequência dos contatos</b> | Número de vezes do contato                                           |
| <b>Necessidade de suporte</b>  | Necessidade expressa pelo indivíduo                                  |
| <b>Tipo e quantidade</b>       | Quantidade e tipo disponibilizados ao indivíduo                      |
| <b>Congruência</b>             | Entre necessidade e oferecimento de suporte                          |
| <b>Utilização</b>              | Extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais                 |
| <b>Dependência</b>             | Extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social |
| <b>Reciprocidade</b>           | Suporte social recebido e fornecido em equilíbrio                    |
| <b>Proximidade</b>             | Proximidade sentida em relação aos membros da rede                   |
| <b>Satisfação</b>              | Reflete a utilidade e o nível da ajuda sentidos pelo indivíduo       |

(Ribeiro, 1999, p. 548-549).

Compreendido enquanto um processo interativo (Bowling, 1997), o suporte social envolve diferentes fontes de apoio e estas podem ser consideradas como efetivas em uma diversidade grande de manifestações. Rodrigues & Cohen (1998)

afirmam que dos inúmeros tipos de suporte oferecidos pela rede ao indivíduo, podemos elencar três grandes categorias: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. Como Siqueira (2008) aponta, outra corrente redefine esta classificação ao afirmar que o suporte informacional pode ser incluído como instrumental, pois ambos demonstram uma natureza mais prática e utilitária do apoio.

Suporte emocional caracteriza-se pelo conjunto de ações dos membros da rede, como dar conselhos e mostrar-se confiável, com o intuito de expressar carinho, empatia e cuidados. O interessante é que o suporte emocional oferecido pode não ser o mesmo percebido, o que é atribuído a alguma qualidade do vínculo (tensão entre os membros, por exemplo) ou a qualidades intrasubjetivas, como traços de personalidade (Lever & Martinez, 2007), que possam, eventualmente, tornar a percepção do fenômeno distorcida e pouco empática.

Neste estudo reconhecemos o apoio instrumental como qualitativamente diferenciado do apoio informacional, na medida em que determinados componentes da rede de uma pessoa podem oferecer somente informações, enquanto outros podem efetivamente promover mudanças práticas e operacionais, como ajuda financeira. O suporte instrumental pode ter uma característica informacional em sua manifestação mais concreta, mas esta regra não se aplica totalmente no caso inverso.

No que concerne especificamente ao suporte instrumental, de acordo com Rodriguez & Cohen (1998), este conjuga a totalidade da ajuda oferecida pela rede de maneira concreta por pessoas e/ou instituições de modo a favorecer uma ação específica (cuidado com filhos, transporte, problemas de ordem prática). Quanto ao suporte informacional, sua principal característica é orientar o indivíduo na tomada de uma decisão de forma a encontrar alguma solução efetiva para um problema.

Dentre os aspectos que podem influenciar a percepção do apoio social, Lever & Martinez (2007) ressaltam as características sociais e de personalidade dos indivíduos, a qualidade da relação, a reciprocidade entre os membros e o fato de o apoio social não ser necessariamente positivo, assumindo por vezes uma conotação de controle e de coerção (Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Green & Rodgers, 2001; Lever & Martinez, 2007) especialmente em associação com estados sócio-econômicos mais baixos.

Apesar de a família ser considerada como a principal fonte de apoio, no contexto de pobreza esta relação ganha novos contornos. De acordo com Lever & Martinez (2007):

(...) se puede inferir que las redes sociales más benéficas para los sujetos com escasez econômica, seriam las redes amplias, dispersas y heterogêneas, las cuales favorecen câmbios em la estructura de oportunidades e incluso llegan a promover uma movilidad social ascendente (p. 178).

Como citado anteriormente, características de personalidade podem alterar significativamente a percepção do apoio recebido. De forma independente do real apoio oferecido, os indivíduos tendem a reagir segundo crenças já enraizadas em suas histórias pessoais e interpretam o apoio conforme tais esquemas mentais. Tais crenças vão dirigir a forma de interação dos indivíduos e qualificar, ou não, as trocas interativas na fase adulta (Sarason et al, 1990, Green & Rodgers, 2001).

Esta característica é reforçada por alguns autores na área (Smith & Gallo, 2001; Uchino, 2004) que sugerem a necessidade de realização de pesquisas com o intuito de articulação entre as temáticas de hostilidade, mortalidade, adoecimento e fatores de personalidade — personalidade do tipo A (pessoas voltadas para a autorrealização e competitividade) e personalidade do tipo B (pessoas mais descontraindas). Uchino (2004) comenta que aspectos transversais, como a desconfiança que pessoas hostis têm dos outros, podem desqualificar, ou até mesmo anular, os benefícios do apoio social oferecido pela rede.

A dimensão cultural deve de igual modo, ser incluída neste círculo de debates, assim como a noção de gênero (Green & Rodgers, 2001; Uchino, 2004; Lever & Martinez, 2007).

O estudo acerca do suporte social disponibilizado e efetivamente utilizado pelos indivíduos mantém estreita relação com a noção de saúde e de bem-estar. A vasta literatura na área confirma esta relação e propõe algumas saídas conceituais e metodológicas para a pesquisa científica com esta variável.

Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como tornar-se pai ou cuidar de alguém doente por muito tempo. (...)

Os suportes sociais são, também fatores importantes para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos.

(Dessen & Braz, 2000, p. 222)

Uchino (2004) sugere uma proposta de análise baseada em um pressuposto moderacional, isto é, as condições sob as quais o apoio social pode ser considerado mais eficiente devem ser observadas em articulação com elementos moderadores. O autor sugere três moderadores de destaque para a avaliação do apoio social, a saber: gênero, fatores socioculturais e personalidade. O argumento teórico, neste caso, é orientado pelo modelo chamado *stress buffering*, com o intuito de proteger o indivíduo da tensão e prevê que o apoio social é mais eficiente quando recebido por pessoas sob altos níveis de tensão na vida, e é menos relevante para pessoas sob baixa tensão.

Um dos moderadores com maior destaque na literatura é o que se refere ao gênero do receptor do apoio (Shumaker & Hill, 1991). O gênero surge como uma variável articulada a aspectos relativos à mortalidade e apoio social. De acordo com Uchino (2004), existe uma associação mais próxima entre apoio social e mortalidade para homens que para mulheres.

Assim, a discussão sobre o tema não desconsidera a característica da rede de apoio social como relacionada a aspectos benéficos à saúde, mas aponta para a variação estrutural do apoio e para a carga de tensão existente no interior da rede, alterando a qualidade e o benefício do apoio para os indivíduos. Como exemplo, as redes de mulheres parecem ser maiores que a dos homens (Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2005), além do fato de as mulheres serem consideradas em nossa cultura como as principais provedoras de cuidado e de apoio (Shumaker & Hill, 1991). Além da função de cuidado, as mulheres são mais orientadas para relacionamentos afetivos (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung & Updegraff, 2000) e tidas, assim, como mais vulneráveis a tensões e conflitos em suas redes sociais (Uchino, 2004).

De acordo com Griep et al (2005), devido à diferença de tipo de apoio provido por homens e mulheres, em relação ao casamento, os homens casados parecem usufruir de maiores benefícios por conta do apoio disponibilizado por suas esposas. Neste estudo, as diferenças entre mulheres e homens quanto à percepção do apoio apontaram para uma modalidade de apoio baseada no suporte afetivo/emocional para as mulheres e apoio material e afetivo para os homens.

Quanto à gestão de risco, caracterizada enquanto uma situação de tensão, física e psicológica para a mulher, podemos avaliar a importância dos vínculos

afetivos disponibilizados pela rede como fundamentais para a superação do momento de crise e de insegurança diante do diagnóstico de risco.

O segundo moderador a respeito da avaliação de apoio social envolve elementos socioculturais. Fatores como pobreza e aspectos culturais mais amplos parecem estar relacionados à facilidade ou não do oferecimento e da percepção de apoio social pelos indivíduos. Em contextos de pobreza e precariedade, diminui a possibilidade de dar e receber apoio. Nestes cenários de pobreza, as redes amplas e heterogêneas são mais benéficas aos indivíduos, pois oferecem mais oportunidades de apoio (Lever & Martinez, 2007).

De forma complementar, Uchino (2004) especula a respeito do fato de culturas mais individualistas oferecerem importância a valores como autonomia e controle, o que comprometeria a qualidade de algumas fontes de apoio que pudessem desqualificar tais valores. Estas culturas estariam baseadas em auto-sustentação e independência, o que coloca em xeque o valor atribuído ao apoio social oferecido (Lever & Martinez, 2007). Contudo, em culturas mais coletivistas, a percepção do apoio social é vista positivamente, ampliada e valorizada pelos atores sociais (Green & Rodgers, 2001).

Outro moderador proposto diz respeito a alguns tipos de personalidade, que seriam sensíveis ao apoio social sugerido, enquanto outros seriam refratários, ou menos suscetíveis (Uchino, 2004; Smith & Gallo, 2001). Personalidades do Tipo A — voltadas a agressividade e pro-atividade — seriam mais propensas a se beneficiar com apoio social que pessoas do Tipo B, mas descontraídas. Estes dados são coerentes com o modelo *stress buffering*, confirmando o argumento de que indivíduos mais tensos se beneficiam mais fortemente das redes de apoio social.

Altos niveles de estrés y ansiedad tienden a afectar de manera negativa las habilidades sociales de los individuos, debido a que favorecen que este se perciba incapaz de mantener relaciones seguras, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social.

(Lever & Martinez, 2007, p. 178)

No entanto, é preciso ressaltar que estas informações devem ser relativizadas por conta de aspectos culturais (maior ênfase ou não na importância de alianças e contatos sociais) e características intrasubjetivas, como desconfiança

(Uchino, 2004), extroversão/introversão, assertividade e otimismo (Srivastava, Richards, McGonigal & Butler, 2006; Lever & Martinez, 2007), que poderiam ocasionar questionamentos quanto aos motivos e/ou qualidade do apoio oferecido. A visão dos componentes da rede também pode ser vista como um aspecto influente para o oferecimento de apoio espontaneamente ou não.

Our social network members view of our personality may also influence whether they spontaneously provide us with support or how they react to our support mobilization attempts. (...) The next generation of studies examining factors such as personality that may influence the effectiveness of social support will be critical for us to build more comprehensive and accurate models.

(Uchino, 2004, p. 80)

De toda forma, trabalhamos com a hipótese na qual o apoio social serve como recurso eficaz para minimizar os efeitos do estresse para a saúde dos indivíduos, todavia, sem a expectativa ingênua de que a existência do apoio poderia anular a situação de conflito. Neste estudo, optamos por atribuir o efeito benéfico do apoio social à qualidade de proteção, como veremos mais a frente.

## 4.2

### **Família, casamento e parentalidade: alternativas de suporte social para a maternidade contemporânea**

Muitas fontes de suporte são apontadas pela literatura atual da área, mas a família surge ainda como um elemento de apoio fundamental para muitos indivíduos. Dentre os elementos mais facilmente identificados na investigação sobre redes, muitos apontam para os laços familiares como aspecto central.

No entanto, a noção de família vem ganhando novos sentidos e disposições em nossa sociedade (Souza & Botelho, 2001; Passos, 2003; Demo, Aquilino & Fine, 2005). Paralelamente, o próprio conceito de família abarca temas diversos e de diferentes esferas, como o casamento, novas configurações familiares e conjugais (Jablonski, 1998, 2003), a situação da parentalidade na atualidade (Solis-Ponton, 2004) na sua articulação com o mundo do trabalho (Mizrahi, 2004).

Tal diversidade conceitual e de recortes metodológicos podem ser discutidas em termos de modificações históricas (em sociedades distintas e em uma mesma

sociedade), assumindo diferentes modelos de organização familiar (Bilac, 2002). A possibilidade de coexistência de modelos em determinados contextos históricos é uma realidade (Rocha-Coutinho, 2006).

Na história da humanidade, da sociedade greco-romana ao renascimento, a noção de família foi geralmente articulada com casamento. Gough (1971) aponta para a delimitação da família a partir do momento em que um par casado ou grupo de parentes cooperam em termos de vida econômica e criação de filhos/crianças. Temos, assim, casamento, cooperação econômica e criação de filhos como três pilares (ou temas) associados intimamente à constituição de um grupo familiar.

Historicamente, temos uma íntima articulação entre os interesses econômicos e os tipos de relação na família patriarcal, especialmente durante o período colonial, quando a influência da figura central do *pater famílias* em relação às demais figuras do conjunto familiar (filhos, esposa, escravos, agregados) era determinante. De acordo com Costa (1989), esta relação oscilava da mais simples determinação da profissão de um filho até alianças matrimoniais.

O pai representava o princípio da unidade de propriedade, da moral, da autoridade, da hierarquia, enfim, de todos os valores que mantinham a tradição e o status da família. (...) O convívio familiar não devia nem podia ordenar-se de forma a privilegiar a escuta, atenção e realização de desejos e aspirações particulares. A estabilidade da família antiga dependia dessa indiferenciação de interesses individuais.

(Costa, 1989, p. 95)

Em conjunto com transformações na organização social brasileira, a noção de família também atravessou mudanças internas significativas. Como aponta Samara (2004), o chamado modelo de família extensa do tipo patriarcal, embora tenha sido adotado pela historiografia tradicional com único representante de toda a sociedade brasileira, deve ser relativizado e compreendido enquanto um sistema de relações que assumiu diferentes configurações regionais (urbanas e rurais) e transformou-se com o tempo.

Durante o século XIX, especialmente durante a sua segunda metade, o país atravessou uma série de mudanças em sua organização social maior, com o surgimento de trabalhadores assalariados nas plantações de café e suas cidades e de profissionais liberais, dando início a uma classe média, inexistente em períodos anteriores (Rocha-Coutinho, 2006).

Com o declínio da antiga família patriarcal (como dito anteriormente, hegemônica, mas não única), desenvolve-se com maior destaque no Brasil a família conjugal moderna (Rocha-Coutinho, 2006), fundada no casamento por amor e na reformulação dos papéis de homens e mulheres. O discurso médico-higienista reforçou estas transformações, atribuindo diferentes papéis à dinâmica familiar (Costa, 1989). Surge a família burguesa, estável e legalizada, com a mulher como responsável pelo cuidado com os filhos, educação e o lar. De acordo com Wagner (2002), esta estrutura é garantida legalmente e dispõe de determinadas dimensões como a econômica, política e moral.

Neste cenário, a concepção de mulher como voltada para a família e para o sacrifício como “dona do lar” (Mizhari, 2004) trouxe um modelo romântico de mulher, portadora de virtudes e princípios. Este fato já traduz uma certa diferenciação em relação a períodos históricos anteriores, quando a glorificação da maternidade e suas responsabilidades não eram temas centrais. Como aponta Rocha-Coutinho (2007), “(...) a criação dos filhos estava integrada a outros afazeres das mulheres e não era nem mesmo considerada uma de suas principais tarefas” (p. 178).

A partir deste binômio mulher/mãe, este eixo atribui um novo significado à família, desligando a mulher do trabalho dito produtivo, — de fora de casa — e confere ao homem a possibilidade de realização de um trabalho rentável, produtivo.

Assim, em contraste com o valor atribuído ao trabalho exercido pela mulher no passado, a devoção da mulher ao ‘trabalho de casa’ a tornou dependente das pessoas de quem ela cuida, isto é, ela se tornou emocionalmente dependente do marido — um homem escolhido por amor — e psicologicamente dependente de seus filhos, produtos de sua maternagem.

(Rocha-Coutinho, 2007, p. 159)

O processo de modernização pelo qual vem passando a família brasileira traz novos elementos a este cenário, redistribuindo papéis e reestruturando crenças e expectativas em relação aos membros da família. De maneira geral, famílias de classes médias brasileiras demonstram uma série de mudanças na sua estruturação, ofertando aos indivíduos (seus membros) uma variedade de escolhas e/ou pluralidade de estilos de vida. Apontam para um direcionamento rumo à igualdade das relações, baseadas no diálogo (Rocha-Coutinho, 2006, 2007).

Temos, assim, uma clara distinção entre um modelo de família igualitária, com papéis baseados em valores individualistas, antiautoritários, em contraposição à família hierárquica, baseada em papéis bem definidos quanto ao gênero e à geração.

Partindo de uma compreensão mais ampla das possibilidades de definição de família, podemos compreendê-la como uma instância que envolve tanto relações sociais, econômicas, ideológicas, afetivas e, como tal, devemos considerá-la como marcada por descontinuidades e contradições. De acordo com Figueira (1987) e Almeida (1987), o conceito de desmapeamento sugere uma metáfora útil para o entendimento das descontinuidades inerentes à família. No interior da organização da vida familiar, temos a presença de ordens, mapas e formas muitas vezes contraditórios, gerando desentendimentos, tensão e conflito.

Um mapa pode ser compreendido como um conjunto de procedimentos, regras e experiências atualizadas em determinadas circunstâncias, como por exemplo, tempo de resguardo, cuidados com o puerpério, expectativas quanto ao diagnóstico na situação de gestação de risco, dentre outros. Estas experiências são transmitidas de geração em geração pelo núcleo familiar.

Mudanças internas no modelo familiar brasileiro talvez estejam relacionadas a esse movimento de mapeamento-descontinuidade-re-mapeamento. O surgimento de novas configurações (ou arranjos) familiares notifica mudanças qualitativas na organização familiar contemporânea. Tais mudanças são associadas a transformações no mundo do trabalho e da parentalidade. De acordo com Henriques, Féres-Carneiro & Magalhães (2006), no âmbito da família, a instabilidade, a incerteza e a insegurança são sentimentos que permeiam as relações e são efeitos de perdas de referências trazidas pelas condições de vida dos centros urbanos, a partir de mudanças e avanços tecnológicos, de novas relações de trabalho, dentre outros.

Mas afinal, temos uma nova família? Ou é apenas a mesma com outra roupagem? Segundo Figueira (1987), existe a chamada modernização reativa ou falsa modernização e que é configurada enquanto uma tentativa do indivíduo em adaptar-se à velocidade das transformações sociais. Passos (2005) complementa este raciocínio argumentando que ao tratar-se de famílias, temos um entrelaçamento de mudanças sociais em conjunto com a constituição de subjetividades.

Deste entrelaçamento deduzimos três aspectos constitutivos, a saber: intra-subjetividade, intersubjetividade e transubjetividade. Assim, são características que organizam o modelo de família e suas possíveis transformações. Sujeito, grupo e sociedade encontram-se representados no desenho natural da família. Laços, relações entre os sujeitos e destes com a rede social devem ser fatores considerados em uma análise aprofundada.

É certo que o conceito de modernização, associado à industrialização e à urbanização, além de mudanças socioeconômicas, está amplamente relacionado à estruturação da família urbana moderna. (Jablonski, 1998). Todos estes fenômenos deixaram marcas intrasubjetivas e alteraram as relações entre pessoas ao longo tempo e a estrutura familiar não seria exceção.

Definida como nuclear, privada e centrada na criança, configura-se em um grupo que prefere a intimidade e a privacidade como valores usuais. Declínio de autoridade paternal, estrutura simplificada, domínio e decisão quanto ao tema da fertilidade pelos casais são algumas características associadas a este cenário.

Com ênfase no afeto, o pequeno grupo de hoje — denominado família<sup>1</sup> — manifesta um excesso de carga afetivo-emocional. Poucos atores ou membros (talvez somente o casal) representam muitos papéis. Toda esta sobrecarga afetiva depositada em poucos membros pode ser um fator negativo para os mesmos. O resultado deste estado de coisas pode significar dependência, frustração e volatilidade das relações.

Para a mulher, centro subliminar de nossa discussão, talvez o excesso da expressão/vivência desta afetividade, no interior da família, seja tumultuada e confusa. A saída para o mundo racional da esfera produtiva pode tornar-se uma solução possível. Direcionando um pouco de sua atenção para o mundo externo, talvez a mulher possa renovar (ou implementar novamente) relações com o externo, otimizando respostas que integrem micro e macrossistemas, privado e público.

A coexistência do mundo racional, fruto de uma esfera produtiva, e o sistema familiar pode, realmente, significar uma solução viável e saudável para

---

<sup>1</sup>Jablonski (1998) discute uma nova proposta conceitual para a temática da família — a Fam-Ilha —, ou seja, com a modernização, os grupos familiares vêm cada vez mais perdendo membros e encurtando os seus laços relacionais externos.

todos os membros familiares. A realidade cotidiana atual já traduz estas necessidades e sugere novos arranjos entre os membros do grupo familiar.

Em acréscimo, a ideia de parentalidade, discutida tangencialmente até aqui, merece um olhar um pouco mais criterioso. De acordo com Chaves (2006), a mudança de século — do século XX para o XXI — está sendo fortemente marcada por algumas características específicas — globalização e informatização. Relações humanas articuladas com grandes volumes de informação formam um cenário de mudanças para homens e mulheres.

Segundo Bilac (2002), a maior consequência da saída da mulher para o mercado de trabalho, foi a transformação causada nas funções parentais, tanto em seu exercício como na configuração dos papéis associados. Cuidados com filhos, casa, rotina doméstica, dentre outros fatores, causam mudanças comportamentais e sociais, em todos os atores envolvidos.

A conceituação de família pode oferecer dois pressupostos de análise distintos (Chaves, 2006). De acordo com o primeiro ponto de vista, família diz respeito tão somente ao privado, em oposição à esfera do público. A determinação parental, universalidade da família nuclear e os imperativos biológicos são características vinculadas a este modelo de família mais clássico ou tradicional.

Segundo uma perspectiva ecológica, partimos do postulado de que família e outras instituições sociais estão interligadas, formando um espaço de influências mútuas. O desafio está na criação necessária de um espaço de trocas e negociações com todo o tipo de demandas e tensões entre os membros do grupo familiar e outros sistemas.

Assim, parentalidade, trabalho, maternidade e família parecem formar uma rede ampla e complexa de forças e devem ser avaliados de forma dialética, isto é, como conjuntos (ou sistemas) de influência mútua, gerando identidades e valores para os atores sociais envolvidos, tanto em uma dimensão intrasubjetiva como intersubjetiva.

Quanto à maternidade, especificamente, precisamos reconhecer que nos últimos anos, muitos avanços foram alcançados pela mulher, e até mesmo pelo casal, seja a partir do desenvolvimento de novas tecnologias, capacitação técnica de equipes, surgimento de especialistas, suporte na legislação, dentre outros.

Talvez seja mesmo apenas um sentimento de descontinuidade, de adequação entre o velho e o novo, e tão somente isso. Transformações no modelo de família

são necessárias e incontestáveis e acarretam, diretamente, transformações nas expectativas sociais. Se a família de hoje, baseada na afetividade entre seus membros, em uma dependência afetiva, difere tanto de uma ideia anterior — baseada na produção —, é um sinal de que relações sociais também estão sobre o efeito de uma metamorfose.

Tecendo uma singela metáfora biológica, faz parte da natureza de uma discreta lagarta a transformação rumo à forma exuberante de uma borboleta, neste sentido, também faz sentido que nossos formatos de organização social obedeçam a um percurso histórico natural e sejam renovados, modificados e/ou rearranjados.

Em termos de tecnologia associada à maternidade e à reprodução, acompanhamos enormes avanços tecnológicos no que diz respeito a metodologias anticoncepcionais, diferenciando, assim, sexualidade de reprodução. A partir dos anos 60, do século XX, inúmeras condições materiais propiciaram a separação entre sexualidade e maternidade (Sarti, 2003), a expansão do feminismo (Collin, 2009), novas possibilidades de atuação da mulher e alterações acerca das relações de gênero (Romanelli, 2002; Scavone, 2008; Laborie, 2009).

A partir das décadas de 70 e 80, as novas tecnologias reprodutivas — como a inseminação artificial, fertilização em *vitro* e os diferentes métodos anticoncepcionais — acarretaram mudanças severas quanto à identificação da família com o mundo natural, fundamento da ideologia judaico-cristã (Strathern, 1995). Assim, com a contracepção, abre-se a possibilidade da livre escolha da maternidade (Scavone, 1993). A reivindicação da não-imposição da maternidade, a partir da disponibilização de tecnologias reprodutivas, sugere uma expressão significativa do controle médico sobre a família. Assim, as intervenções tecnológicas sobre a reprodução humana introduzem uma tensão e questionam o caráter ‘natural’ da família (Sarti, 2003).

A introdução da possibilidade de escolha pela gravidez, sua evitação ou provocação por meios não-naturais, associada à ruptura com uma visão naturalizada de família, nos remete à concepção atual da família como uma rede de significações, repleta de negociações, de onde surge uma nova intimidade (Giddens, 1993). Contudo, as novas tecnologias reprodutivas resultam também em um modelo de normatização da família e controle sobre o corpo da mulher (Scavone, 1998), definindo parâmetros e expectativas para o seu bom desempenho.

Todas estas transformações podem sugerir um momento de crise — enquanto sobrecarga em um sistema de significações —, no entanto, é mais acertado compreendermos este processo como uma possibilidade de reconstrução, criação de novos modelos e implementação dos mesmos.

Propomos um debate frutífero entre parentalidade — vista sob o prisma da contemporaneidade — e a questão de redes de apoio, permeadas por novas concepções e modalidades de família. Contudo, é preciso levar em consideração a questão do trabalho e da produção, na medida em que são elementos trazidos pela modernidade, e estão inseridos na vida cotidiana das pessoas no mundo contemporâneo, direta ou indiretamente. Atualmente, a ideia de parentalidade, enquanto conceito teórico e conduta prática, tem apresentado uma infinidade de novos contornos e aproximações (Ruzzi-Pereira, 2007).

Desde a formação da sociedade industrial, podemos crer que os ideais transmitidos pela família e a chamada esfera de produção capitalista estão relacionados (Mizhahi, 2004). Como Engels (2002) e Levi-Strauss (1980) apontam, surgem alguns elementos importantes associados à família, enquanto grupo econômico, tais como a formação do Estado e a divisão sexual do trabalho. Paralelamente, a própria definição de família como um grupo social é controversa e somente amplia a discussão rumo à consideração de outros temas: casamento, novos arranjos familiares, padrões de conjugalidade, crenças quanto à parentalidade, dentre outros.

No interior da discussão acerca da experiência da parentalidade, a articulação entre maternidade e família sugere um cenário de discussão interessante. Quanto à primeira, fluida e multidimensional, temos somente a certeza da relação íntima com a condição do feminino. Carvalho (2001) defende a ideia de maternidade como um fenômeno relacional por essência. Possui natureza multifatorial e é marcada por elementos e sistemas sobrepostos, biológicos, sociais, socioeconômicos, afetivos e cognitivos.

No que concerne à segunda, insere-se em um conjunto de características sociais, políticas e econômicas e é marcada intimamente por elementos históricos e ideológicos. Cabe ressaltar que uma característica em comum a ser considerada é a influência marcante de uma construção histórica, idiossincrática, atrelada a

mecanismos sociais e culturais que orientam e realizam recortes quanto à forma cotidiana e expressão de ambos os fenômenos, no interior da conduta humana.

Uma vez correta, a afirmação que a família tem passado por inúmeras transformações na contemporaneidade, da mesma forma, torna-se salutar articular tais transformações a modelos político-ideológicos inseridos na sociedade, no nosso caso, a brasileira.

Em retorno ao ponto de vista conceitual e histórico, Levi Strauss (1980) brinda-nos como um sem número de definições de família e seus formatos em diferentes culturas — primitivas e modernas. O autor estabelece um critério avaliativo interessante na intenção de delimitação do conceito enquanto um grupo social que mantém três características básicas: (a) formação no casamento; (b) constituído por marido, esposa e filhos e; (c) união destes membros por laços legais, direitos, deveres, proibições, e acrescentado a este cenário, toda uma gama de sentimentos psicológicos associados. De maneira complementar, Gough (1971) aponta para a constituição da família a partir do momento em que um par casado ou grupo de parentes cooperam em termos de vida econômica e criação de filhos/crianças.

É interessante pensar que o casamento parece ser a célula-tronco deste conjunto de pessoas associadas chamado de família. Ainda, segundo Levi Strauss (1980), em muitas sociedades dá-se grande valor ao estatuto do matrimônio. E nas sociedades modernas, especificamente e por diferentes razões, o formato padrão é o monogâmico. Contudo, parece razoável a consideração de que o real valor associado à família deva ser o de funcionalidade. Assim, ainda segundo Levi-Strauss (1980): “Quando se concede à família um reduzido valor funcional esta tende a desaparecer mesmo abaixo do tipo do nível conjugal” (p. 10).

Em articulação às temáticas da família e de maternidade, localizamos a própria concepção de mulher, sua importância para o Estado e para a família, no interior do grupo social, em diferentes culturas e momentos históricos.

Assim, a condição da mulher, a configuração do casamento, a criação dos filhos e a maternidade podem significar elementos que, juntos, oferecem uma configuração particular para o conceito de família. Desta forma, uma das propostas deste estudo é sugerir uma articulação conceitual entre as temáticas da

parentalidade, família, gestação de risco e redes de apoio com o intuito de verificar, na contemporaneidade, a mútua influência destes elementos, em ambas as dimensões — do público e do privado. Parece-nos que este recorte, associado ao mundo do trabalho, oferece uma visão privilegiada, já que os elementos que orbitam o fenômeno dizem respeito tanto à esfera do social (macrocosmo) quanto à esfera da intimidade (microcosmos) das relações humanas.

É certo que o conceito de modernização, associado à industrialização e à urbanização, além de mudanças socioeconômicas, está amplamente relacionado à estruturação da família urbana moderna (Jablonski, 1998). Todos estes fenômenos deixaram marcas intrasubjetivas e alteraram as relações entre pessoas ao longo do tempo e a estrutura familiar não seria exceção.

Segundo Singly (2007), o casamento assume outro lugar hoje, e não é uma instituição que inaugura a vida em comum e a protege, e sim, assume um estatuto de instabilidade, isto é, “a vida conjugal tornou-se instável ou, mais exatamente, sua fragilidade mudou de sentido em relação a outras épocas” (p. 128). Surge um novo valor, independente do controle e da hierarquia familiar anteriores, a autonomia. Em geral, prioriza-se a autonomia pessoal e uma certa desqualificação dos elos de dependência entre os cônjuges, tornando a vida conjugal menos coesa, liberta de obrigações sociais e atrelada à afetividade e a uma cômoda funcionalidade situacional.

Neste sentido, o autor localiza dois períodos da família contemporânea: do século XIX até os anos 60 quando a instituição do casamento e a focalização nas relações interpessoais coincidem e; um segundo momento marcado por uma tríplice influência, crítica da mulher dona de casa, pela instauração do divórcio e pelo crescimento da coabitação fora do casamento. Ou seja, até a década de 60, temos a instituição do casamento assumindo um lugar de valor, com ênfase na educação e no cuidado com as crianças. A partir de um segundo momento (a chamada segunda modernidade), a família enfatiza o processo de individualização, em detrimento do grupo. A família, neste sentido, funda um espaço privado (Singly, 2007).

A construção de um espaço privado em oposição/relação ao público aproxima as conceituações de família e modernidade. De acordo com Julien

(2000), as sociedades chamadas de tradicionais possuíam uma oposição bem clara entre lar e cidade. O primeiro, representante da esfera familiar, possuía as funções de reprodução, subsistência e perpetuação. A cidade era o lugar da lei, da ordem que funda as trocas através da fala. Assim, a esfera privada propõe o que é de cada um e a esfera do público é definida pelo que é comum a todos.

A sociedade moderna, ao apoiar-se sobre um novo modelo social, invade o espaço familiar e privado, alterando o *status quo* anterior e, neste sentido, utiliza-se de algumas características como o nascimento dos meios de massa, o anonimato urbano e a mobilidade profissional para assumir outros contornos (Julien, 2000).

Quanto à parentalidade, enquanto nas sociedades tradicionais os pais exerciam poder absolutamente em suas famílias (compartilhando o poder na comunidade), ou seja, existia claramente uma hierarquia entre o pai em relação à figura do filho e da esposa e o casamento servia ao bem do patrimônio e da linhagem, em contrapartida, na modernidade, esta situação encontra-se diferente. Houve o declínio da imagem social anterior de pai, com a modificação natural das razões da escolha conjugal. De acordo com o autor, a partir da maior circulação entre as pessoas, com a mistura pré-conjugal desde a escolaridade, o consentimento no casamento hoje situa-se de forma independente da autoridade parental.

Mas a esta consequência se acrescenta outra. A modernidade se define por uma nova clivagem entre privado e público, o privado tornando-se o lugar da conjugalidade e o público o da parentalidade. Esta disjunção se amplia sem cessar e coloca problemas que a comunidade tradicional ignorava.

(Julien, 2000, p. 11)

Surge, assim, um novo lugar para o *privado*: agora não mais privado do público, mas sim daquilo que o público deve ser privado. Em um sentido franco de subtração dos olhares públicos, é inaugurado um espaço de exclusividade, de intimidade, a exemplo da arquitetura do quarto conjugal, no qual é proibida a permanência dos filhos. Vemos o privado ser associado à conjugalidade, e o público à parentalidade:

Conceitualmente, parentalidade pode ser vista como uma capacidade psicológica para o exercício da função parental (Morales, 2004) e implica em uma reorganização das representações pessoais e das relações com os outros e cada

sociedade envolve um conjunto de rituais, gestos e discursos relacionados ao tornar-se pai e/ou mãe (Giraud & Moro, 2004). Desde meados dos anos 80, toda e qualquer função e/ou papéis adquiridos por pais recebem a denominação de parentalidade. O ato de torna-se pai envolve um processo que implica em níveis conscientes e inconscientes de funcionamento mental denominado processo de parentificação.

De acordo com Chaves (2006), a mudança de século (do século XX para o século XXI) está sendo fortemente marcada por algumas características específicas — globalização e informatização. Relações humanas articuladas com grandes volumes de informação formam um cenário de mudanças significativas tanto para homens quanto para mulheres. Segundo Bilac (2002), a maior consequência da saída da mulher para o mercado de trabalho foi a transformação causada nas funções parentais, tanto em seu exercício como na configuração dos papéis associados. Cuidados com filhos, casa, rotina doméstica, dentre outros fatores, situam-se como causas para mudanças comportamentais e sociais de todos os atores envolvidos.

Para Houzel (2004), a noção de parentalidade pode ser organizada em três eixos: o exercício da parentalidade, marcado juridicamente como o exercício do direito ao cuidado e pressupõe laços de parentesco, que organizam os elementos e a forma de transmissão; (b) a experiência de parentalidade, envolvendo o ato de vir a desempenhar o papel parental (parentificação) e o desejo afetivo pela criança, destacando-se do ato sexual e; (c) a prática da parentalidade, que corresponde às tarefas e práticas cotidianas de cuidado junto à criança, tanto físicos quanto psíquicos.

Em nossa sociedade brasileira, com a emergência de novos padrões parentais, com a saída da mulher rumo ao mercado de trabalho, com a formação de famílias monoparentais, etc., inúmeras mudanças atingem as funções parentais atualmente, isto é, diferentes demandas geram tensões constantes (Chaves, 2006)

Assim, entendendo a parentalidade enquanto um ciclo dinâmico e dialético, com inúmeros agentes e *scripts*, retornamos à noção de conjugalidade, de maneira complementar ao debate. Os pais, agentes entre si da esfera conjugal, vivenciam o

processo de parentificação a partir da criação de um espaço psíquico para o recebimento de um filho

Propondo uma articulação entre parentalidade e conjugalidade, Julien (2000) afirma a existência de três etapas: (1) não há aliança conjugal sem ruptura com a família de origem; (2) não há ruptura possível sem transmissão parental e; (3) não há transmissão sem conjugalidade, fundadora da parentalidade. A primeira etapa opõe a família originária e o vínculo conjugal. A segunda proposta traz o foco para o entendimento de que só a família de origem pode transmitir o que se convencionou chamar de lei do desejo, que funda a conjugalidade. A última etapa alerta a respeito do cuidado para o fato de que é a conjugalidade que funda a parentalidade e não o inverso.

Em suma, ser pai e mãe pressupõe o ato de retirar-se, em razão da conjugalidade e pelo bem da parentalidade. É um gesto de doação e discernimento, único enquanto rito de passagem e crucial para a transmissão geracional e exercício de uma liberdade criativa, reconhecendo os espaços intersubjetivos e intrassubjetivos apresentados pelos envolvidos, pais e filhos.

A conjugalidade assume na modernidade o espaço do privado e a parentalidade, cada vez mais pública, torna-se dependente do elemento social. Segundo Julien (2000), criou-se o espaço de surgimento do “terceiro social”. Se, a partir do século XX, a parentalidade é identificada menos com uma impressão biologicamente marcada e mais enquanto reconhecida pela lei, civilmente, notamos a entrada definitiva do especialista, em nome do bem-estar da criança, com a fórmula e os procedimentos a serem desenvolvidos e executados pelos agentes parentais.

Hoje, sem dúvida, verificamos o imediatismo tecnológico, gerações marcadas pela velocidade das informações, pela diversidade concreta e relacional. Contudo, nunca a figura do perito, do especialista, foi tão consultada ou legitimada enquanto saber/poder. Diante das vicissitudes e cobranças do mundo produtivo, homens e mulheres precisaram dividir sua atenção entre o casal conjugal, o cuidado parental e o trabalho.

Tal cenário solicita a interferência e apoio de outros agentes, que em regime complementar, auxiliam no exercício e prática parentais (Houzel, 2004). Além

disto, organizam uma rede de apoio social, fundando assim um mapa. Como dito anteriormente, o mapa é organizado segundo alguns elementos como família, amizades, relações de trabalho, relações comunitárias, de serviço ou credo e tais elementos são localizados como mais próximos ou afastados do indivíduo (Sluzki, 1997).

Neste sentido, dentre as pessoas que oferecem suporte ao indivíduo temos elementos da família extensa, amigos, companheiros, vizinhos e profissionais de saúde oferecendo suporte em: (a) apoio material, (b) tarefas domésticas, (c) cuidado com filhos, (d) orientação informacional e (e) suporte emocional.

Estudos, nas últimas décadas, apontam relação entre laços sociais e saúde, representada por melhoria de vida na qualidade de vida daqueles beneficiados (Lewis, 1987). A ideia de laços sociais é destacada aqui como noção inversamente relacionada com a suscetibilidade a doenças. Como apontam Chor et al (2001), algumas enfermidades como hipertensão arterial e depressão, por exemplo, são relatadas por seus portadores, com frequência, como o fato dos mesmos não estarem (ou não se sentirem) inseridos em uma rede de apoio mútuo, ou ainda, terem experienciado perdas significativas em seus laços sociais, como morte ou desemprego.

Estudos a respeito de rede e apoio social demonstram prioridade nas investigações referentes à pesquisa de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, e pouco mérito dado à pesquisa do ambiente psicossocial (Chor et al, 2001).

Parece congruente ao debate o entendimento proposto por Sluzki (1997) e Feijó (2006), notificando que as relações percebidas como relevantes para o indivíduo contribuem também para a sua consolidação enquanto pessoa. Hoje, contudo, não só os familiares formam a estrutura destas redes como também outros parceiros. Formam então as redes de serviço. Assim, é importante que reconheçamos a figura do especialista como um fenômeno da contemporaneidade e da versatilidade científica, no entanto, é necessário termos cuidado e a devida dose de cautela, pois o risco que corremos é de que a parentalidade seja terceirizada e a rede de apoio social seja desvirtualizada de sua orientação primária, de apoio e promoção de saúde.

Em acréscimo à noção de terceiro social (Julien, 2000), o que chamamos de parentalidade terceirizada pode tornar-se um fenômeno nefasto a partir do momento que abandone o caráter complementar à função parental e assuma um aspecto suplementar, interferindo marcadamente na parentalidade, em um processo (muitas vezes) irreversível de desqualificação do exercício da função parental.

### 4.3

#### **A construção da rede de apoio como fator de proteção**

A discussão acerca das noções de parentalidade e conjugalidade parece frutífera no sentido de nos orientar para os elementos envolvidos na formação, consolidação e manutenção das redes de suporte. Problemáticas relacionadas a estes dois recortes — parentalidade (recorte vertical) e a conjugalidade (recorte horizontal) — estão intimamente relacionadas com momentos do *continuum* do ciclo vital dos indivíduos. No caso da mulher, esta constatação envolve uma constelação de fatores, muitas vezes imbricados, entre a dimensão biológica e a dimensão cultural.

Momentos normais do ciclo vital de uma mulher, como a menarca, a maternidade, o casamento (atualmente em suas infindáveis variações), o cuidado com filhos, a menopausa podem tornar-se episódios de conflito, de tensão, e considerados, eventualmente, como eventos de crise.

A constituição da maternidade, como apontam Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes (2008), ocorre enquanto um processo cujo início se dá antes da concepção, nas primeiras identificações e relações da mulher, e se sucede até a gestação propriamente. O estado gestacional deve ser entendido, assim, como um momento de preparação da mulher para a maternidade (Stern, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Missonnier, 2004).

Durante a gravidez, podemos acompanhar inúmeras transformações na vida da mulher, tais como biológicas — alterações hormonais, fisiológicas, hormonais —, psicológicas — alterações na dinâmica psíquica individual (Maldonado, 1996; Carvalho, 2001; Piccinini et al, 2008) — e nas relações sociais nas quais a gestante está envolvida (Dessen & Braz, 2000).

A ideia de crise pode ser facilmente associada a este estado de coisas na medida em que é definida como um estado de enfraquecimento, ou de luta por um retorno a um estado saudável. Nosso entendimento do fenômeno de crise é o de um número intenso de alterações em um curto período cronológico, dando a sensação de descontrole, perda de qualidade ou sobrecarga.

A mulher, diante da realidade da gravidez, é obrigada a rever seus investimentos afetivos, suas expectativas futuras e seu próprio papel enquanto futura mãe — a partir dos referenciais disponíveis em sua vida a respeito das expectativas em relação à maternidade (Maldonado, 1996; Carvalho, 2001). Inicia-se um intenso processo de reavaliação afetiva no interior de uma trama de relações amorosas (Mesquita, 2008). Ocorre a resignificação de uma série de valores relativos à própria concepção de maternidade e ao correto desempenho das atribuições relativas à tarefa da maternagem e ao envolvimento existencial da mulher na maternidade.

No interior do ciclo vital da mulher, a experiência da maternidade também é responsável pela reorganização da relação conjugal — no caso da existência de um parceiro fixo — em relação às novas demandas relativas à parentalidade (McGoldrick, 1995; Piccinini et al, 2008).

É importante ressaltar que o impacto de tais mudanças para mulheres em sua primeira gestação (primíparas) é maior que para mulheres com maior experiência (múltiparas) (Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1996). Neste estudo, compreendemos a experiência de maternidade como um fenômeno único para a mulher, permeado por vivências afetivas intensas e localizado em um momento específico no ciclo vital da mesma.

Durante os nove meses de gestação — divididos em três trimestres —, a mulher atravessa diferentes dificuldades até o momento do parto. Durante o primeiro trimestre, as mudanças são de natureza basicamente hormonal, mas as consequências mais diretas dizem respeito à apresentação de padrões comportamentais não condizentes com os habituais (Corrêa & Oliveira, 1999; DiLeo, 2006).

A partir do segundo trimestre já é possível a percepção, pela gestante, de movimentos fetais, inclusive com a verificação dos mesmos a partir de exames de imagem (ultrassonografia). Também é comum a diminuição dos sintomas de mal-estar tão comuns nos primeiros meses, como vômitos e náuseas (Baptista &

Forquim, 2003) e é o semestre mais tranquilo, de maior integração entre gestante e feto.

O terceiro trimestre consiste em um preparo para o parto e observamos um aumento de sentimentos de insegurança, baixa autoeficácia e grande expectativa pelas condições do parto — cesáreo ou a termo —, dores e receio por eventuais mal-formações do feto ou sofrimento do mesmo durante o trabalho de parto (Melo & Lima, 2000; Baptista et al, 2006).

Extensa literatura na área aponta para uma série de transtornos e sintomatologia psiquiátrica, dentre os mais comuns transtornos de ansiedade, de humor e quadros depressivos (D'el Rey, Quayle, Lúcia & Zugaib, 2000; Freitas & Botega, 2002; Baptista et al, 2006; Bortoletti, 2007).

Alguns estudos oferecem evidências consistentes diante da articulação entre depressão e apoio social (Haggerty & Williams, 1999; Baptista & Oliveira, 2004), além de outros transtornos psiquiátricos (Rodrigues & Madeira, 2009). A ausência de apoio emocional, por exemplo, seria um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva na gestação, a partir da consideração desta última como fator estressante, assim como a expectativa do parto (Baptista et al, 2006).

O suporte social também vem sendo associado a diversas outras medidas, tais como competência pessoal, comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, estratégias de enfrentamento, percepção de controle, senso de estabilidade e bem estar psicológico, dentre outros. Além dos constructos citados anteriormente, há evidências de que o suporte social seja considerado como um fator de redução de impacto de eventos estressantes (...) (p. 40).

Assim, a gestação de risco estabelece uma forte relação com a temática das redes sociais e a significação destas para o bem-estar e cuidados da gestante. A articulação entre redes de suporte e saúde possui dados significativos e consistência (Sluzki, 1997; Sarason, 1999; Ribeiro, 1999; Klefbeck, 1995; Coelho & Ribeiro, 2000; Dessen & Braz, 2000; Andrade & Vaitsman, 2002; Jussani et al, 2007; Siqueira, 2008).

Moreira & Sarriera (2008) afirmam que o apoio social configura uma série de recursos relacionais dos quais as pessoas dispõem para o enfrentamento de diferentes situações da vida. O apoio ocorre em função do número de pessoas

disponíveis, em suas ações concretas e na percepção do indivíduo sobre estas ações.

O fato de as pessoas disporem de uma rede é inconclusivo, pois é necessária a percepção de segurança e do compromisso das relações estabelecidas, sua manutenção e qualidade (Ribeiro & Ribeiro, 2000; Moreira & Sarriera, 2008). Neste sentido, parece que a percepção do apoio e a satisfação com o mesmo são elementos fundamentais para a ótima utilização dos benefícios da rede social como aspecto protetivo contra doenças e para a amenização do impacto das mesmas nos indivíduos.

O apoio social proporciona assim mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua auto-estima é evidenciada e descobrem o potencial que têm (...).

(Rodrigues & Madeira, 2009)

Em articulação com a situação de gravidez de risco, o diagnóstico pode ser gerador, na gestante, de muita insegurança e tal situação pode demandar a ativação de recursos internos e externos para o adequado enfrentamento da adversidade. O apoio social, na sua articulação com aspectos relativos à saúde física e mental, é responsável tanto pelo incremento na capacidade de enfrentamento de situações de adversidade como pelo sentimento de controle da própria vida através de ações autônomas e de *empowerment* (Valla, 1999; Andrade & Vaitsman, 2002; Spallici et al, 2002).

No entanto, a sensação de controle sobre a própria vida não impede, ou anula, o benefício da relação e do suporte social para o compartilhamento de informações, experiências de vida e auxílio em momentos de crise (Andrade & Vaitsman, 2002).

Sluzki (1997) enumera alguns processos influentes da rede social sobre a saúde das pessoas, a saber: (a) nível atávico (a reação de alerta se atenua na presença de figuras familiares); (b) nível existencial (as relações sociais promovem sentido à vida das pessoas); (c) nível de prática social (a rede favorece retroalimentação cotidiana, servindo como monitor de saúde); e (d) atividades pessoais (a rede social associa-se com ações de cuidado com a saúde).

Singer & Lord (1984) oferecem uma categorização ilustrativa dos estudos que articulam saúde e suporte social. A primeira corrente de estudos entende o apoio social como protetor contra as perturbações causadas pelo estresse. Esta linha de raciocínio divide-se em dois subtipos que entendem a relação entre apoio e estresse de duas formas: (1) na presença do apoio social o estresse sentido pelo indivíduo seria anulado e (2) o estresse é sentido independentemente da percepção do apoio social recebido, mas seria reduzido de forma significativa.

A segunda corrente afirma que a verdadeira fonte de estresse é a inexistência de suporte social enquanto a terceira linha defende a ideia da fonte do estresse como a perda do suporte social tido anteriormente. Todavia, o atual estudo se harmoniza com a quarta corrente de estudos que entende o suporte social como um recurso instrumental, sendo benéfico para as pessoas em suas ações cotidianas. Consideramos a situação-fonte de estresse e a avaliamos conforme os recursos disponibilizados por uma rede de suporte ativa e eficiente em articulação a variáveis pessoais — intrassubjetivas —, que possibilitariam a identificação do apoio, correto uso do mesmo e a satisfação com os resultados obtidos diante da resolução de situações potencialmente problemáticas.

Nesta medida, o estudo de redes de suporte social se articula à proposta conceitual do estudo sobre resiliência. Segundo Assis et al (2006):

A resiliência é considerada como o resultado final de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com a situação e a sair fortalecido da mesma. (...) Os fatores que oferecem proteção são, portanto, influências que modificam, melhoram ou alteraram a resposta de uma pessoa a algum evento de vida que lhe desencadeou sofrimento (p.63).

A noção de resiliência assume quatro funções primordiais diante da relação do indivíduo com o risco, a saber: redução do impacto do risco e da exposição da pessoa à situação; redução das reações negativas diante da situação de risco; manutenção do sentimento de autoeficácia e autoestima para obtenção de resultados favoráveis; e transformação dos efeitos do estresse (Rutter, 1987). Segundo o autor, a resiliência não elimina o risco, mas auxilia e encoraja o indivíduo a obter melhores resultados diante da presença da adversidade.

A ocorrência de fatores de risco, compreendidos como eventos considerados negativos, aumentam a probabilidade de o indivíduo desenvolver algumas

problemáticas físicas, psicológicas e psicossociais, no entanto, a presença de fatores de proteção auxilia no desempenho diante do problema, oferecendo novas possibilidades de superação da situação adversa, em nome da autonomia e da adaptação (Polleto & Koller, 2006).

Em retorno à noção de rede de apoio social, a mesma deve ser considerada como um elemento favorável ao enfrentamento da situação de risco ou de adversidade, promovendo a criação de estratégias de enfrentamento das situações de adversidade, modificando a relação entre a situação de risco e o desenvolvimento das ações dos indivíduos (Siqueira et al, 2006).

O apoio social possui, assim, um efeito protetivo e promotor da capacidade para o enfrentamento da situação problemática, promovendo atitudes resilientes e recursos adaptativos eficientes (Rutter, 1987; Garmezy & Masten, 1994; Brito & Koller, 1999; Siqueira et al, 2006).

Diante da solicitação de ajuda, Feijó (2006) propõe um primeiro modelo conceitual sobre os aspectos relativos à facilidade de solicitação de apoio e conjuga a visão destes aspectos por parte do indivíduo com fatores pessoais, padrões relacionais, expectativas de desempenho, dentre outros.

Quanto à avaliação da equipe de saúde envolvida com a gestante no Serviço de Pré-Natal, podemos elencar um segundo modelo denominado de Mapa das Redes Sociais (Feijó & Marra, 2005) de forma a promover a compreensão dos elementos — focais e mais amplos — envolvidos com a noção de rede social.

Este mapa diz respeito à história de vida do indivíduo, seu legado intergeracional, à qualidade do pedido de ajuda (explícito, implícito ou ausente) e à visão do indivíduo sobre a crise (clareza em relação ao problema, às próprias necessidades e sobre quem está ao seu redor).

O indivíduo também deve estar atento ao seu entorno, ao contexto social, à própria rede — pertencimento, características e recursos disponibilizados. Além disso, outro aspecto relevante diz respeito à visão da rede sobre o problema e ao relacionamento do indivíduo com a mesma.

Na situação de gestação considerada de alto-risco, onde a nomenclatura de risco assume sua plena essência<sup>2</sup>, a existência de fatores de proteção articula-se a

---

<sup>2</sup> Risco, utilizado na área de saúde mental, é considerado como um desencadeador de doenças ou distúrbios segundo sua severidade, duração, frequência e intensidade.

melhores resultados no momento do enfrentamento das dificuldades clínicas e psicológicas relativas ao diagnóstico.

O bom relacionamento com a rede social — independentemente de suas características — e com sua dimensão protetora pode favorecer a qualidade da interação da gestante com a situação de risco, auxiliando-a a fazer uso dos elementos mais prontamente disponíveis ao seu acesso — incluindo amigos, parceiros afetivos, parentes, vizinhos e a própria equipe de saúde — e promovendo a superação da adversidade de forma mais eficaz.

## 5 Metodologia

A escolha metodológica deste estudo levou em consideração a literatura de pesquisa da área da saúde, tanto para os cuidados metodológicos, coleta e tratamento dos dados (Britten, 2005; Pope & Mays, 2005). Segundo Pereira (2004), o dado qualitativo é representado de forma intensa na área das ciências da saúde e consiste em uma modalidade ou estratégia de classificação do fenômeno.

Assim, a opção por uma avaliação qualitativa não desconsidera o valor intrínseco de abordagens quantitativas de análise, mas sim, compreende uma escolha de maior potência, ou alcance, quanto ao objeto específico deste estudo.

Optamos pela proposta de análise de conteúdo (Bardin, 1995; Pasquali, 1996; Laville & Dionne, 1999; Rocha & Deusdará, 2005), pois oferece uma possibilidade consistente de avaliação no interior das pesquisas qualitativas. O interesse deste estudo sustenta-se em uma modalidade de análise categorial.

O foco desta modalidade de trabalho com o dado qualitativo divide-se em três estratégias centrais: (1) observação e tradução do dado, de acordo com um sistema de tradução do mesmo em um modelo de categorias; (2) investigação sobre as inter-relações entre as categorias observadas a fim de estabelecermos tendências comportamentais e de conduta; e (3) operacionalização das análises através do emprego de frequências (Bardin, 1995).

Contudo, devido às características específicas da amostra — diagnóstico de risco e ambiente da coleta — além da avaliação frequencial, optamos, de forma complementar, pelo tratamento das relações de significação entre os conteúdos identificados de modo que a aproximação com o fenômeno investigado fosse intensificada e relatada segundo a vivência própria dos indivíduos participantes do estudo.

Desta forma, a metodologia clínico-qualitativa (Turato, 2003) parece oferecer subsídios consistentes para uma avaliação ampliada do objeto de estudo, pois tem como fundamento o interesse pela aproximação entre sujeito e objeto, voltando-se para as intenções dos atores, configuradas pelas ações cotidianas e relações com outros atores sociais (Minayo & Sanches, 1993).

De acordo com Pope & Mays (2005), a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados atribuídos pelas pessoas, em suas experiências, aos significados

do mundo social e ao modo como as pessoas compreendem este mundo. Conforme Turato (2003) aponta, uma das características do método clínico-qualitativo é a interpretação dos sentidos e significações dos fenômenos da saúde-doença.

Retomando a questão da busca do querer-dizer dos fenômenos, característica interna ao método qualitativo, vamos trazê-la à aplicação no campo da saúde, considerando que alguém, ao ter uma vivência pessoal qualquer, como em particular a de ser ou estar doente, podemos, através de nossa consciência, conhecer-lhe os sentidos e as significações de tantos fenômenos ligados ao binômio saúde-doença e em especial aos processos do adoecimento que se lhe associam (p. 248).

Nosso interesse repousa sobre a comunicação da percepção das participantes a respeito dos sentidos e das significações atribuídas à realidade da gestação de risco. Através da forma específica dos temas ressaltados, as participantes podem traduzir em fala representações acerca da maternidade, da situação de risco, do apoio percebido, das características pessoais, dentre outras.

Este estudo possui como cenário uma instituição de saúde na cidade de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro. Apesar de ser configurado pelo perfil de hospital de emergência, a Unidade de Saúde em questão possui alguns serviços de ambulatório e *follow up*, dos quais destaca-se o Programa de Pré-Natal de Alto-Risco.

Formado por uma equipe composta por médicos obstetras, enfermeiros obstetras, odontólogos e psicólogos, este Programa de Pré-Natal segue as normas previstas pelo Ministério da Saúde, veiculadas primordialmente pela Secretaria de Políticas de Saúde, na Área Técnica da Saúde da Mulher. No interior da instituição, o referido Programa está ligado a três setores de continuidade, a saber: centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade de terapia intensiva neonatal. Em geral, as usuárias regularmente inscritas no programa possuem prontuário clínico e têm à disposição os recursos da unidade de saúde em caso de intercorrências que demandem internação imediata, seja para acompanhamento da gestação ou para os procedimentos de parto prematuro.

A escolha do pré-natal como ambiente deste estudo deve-se, sobretudo, à importância desde serviço de saúde pública para o trabalho de promoção de saúde na área de atenção materno-infantil. Além deste fator, o pré-natal possui

determinadas características de destaque para o conjunto da atenção básica (SUS), de forma que integra a utilização de meios artificiais (tecnológicos) e humanos (equipe de saúde), além de constar como serviço em saúde pública historicamente legitimado (Ribeiro et al, 2004; Brasil, 2000a, 2001b).

## **5.1**

### **Participantes**

Fizeram parte do estudo 12 mulheres, com idades de 18 a 40 anos, usuárias regularmente matriculadas no Programa de Pré-natal de Alto-Risco da referida Unidade de Saúde. O critério de escolha da gestante consistiu na pesquisa de prontuário clínico aberto no nome da usuária, a partir de consulta de triagem realizada pelo profissional em enfermagem obstétrica, e a realização da primeira consulta médica. Com isso, esperamos ter a certeza da comunicação formal do diagnóstico de alto-risco, por parte da figura do médico e o encaminhamento para a realização de exames de rotina, de acordo com o período gestacional em curso.

O recorte etário evidencia a necessidade de exclusão de um grupo específico caracterizado por gestantes com idade inferiores a 18 anos, ainda adolescentes. Este grupo é identificado como portador de diagnóstico de risco, no entanto, inclui elementos de risco psicossocial, que demandam uma análise mais complexa, de saúde e assistência em termos de atuação político-ideológica, o que não é objetivo deste estudo.

A partir de um referencial clínico-qualitativo realizamos convite formal para a participação no estudo junto às usuárias. Neste serviço, o profissional de psicologia possui uma agenda de atendimentos regulares com as usuárias, de acordo com o planejamento das consultas regularmente agendadas pela equipe (médico e enfermeiro obstetra, psicólogo e odontólogo).

Estas consultas acontecem mensalmente e são compostas por entrevistas junto à enfermagem, ao médico obstetra e ao psicólogo. A gestante dispõe também de odontólogo e a consulta com este profissional é marcada, em geral, juntamente com os exames laboratoriais e de imagem. A figura do assistente social não faz parte oficial da equipe e é acionada somente em casos de risco social e gravidez na adolescência, problemáticas de violência doméstica e temas afins.

No que tange à escolha da amostra, não oferecemos limitação quanto a características de credo, complicações físicas e/ou tipologia do risco gravídico apresentado. Da mesma forma, não houve nenhum tipo de corte a respeito da gestante estar em sua primeira gestação de risco, ou já haver um histórico clínico que apontasse para esta situação. Estas condições eram avaliadas posteriormente, a partir do aceite ou não da gestante em participar da pesquisa. As condições para a seleção da amostra consistiram em um corte etário e a partir do diagnóstico de alto-risco.

Consideramos a amostra como do tipo intencional/proposital, e homogênea, já que a escolha é deliberada e conjuga um pequeno número de pessoas (gestantes de risco), pressupondo, assim, representatividade social. Esta modalidade de amostragem opõe-se à amostragem estatística, em relação à população total (Turato, 2003; Pope & Mays, 2005).

De acordo com Turato (2003), alguns critérios devem ser observados para a inclusão de indivíduos em grupos para estudo clínico-psicológico na condição de pacientes, a saber: diagnóstico clínico confirmado (portador da entidade nosológica em estudo); informação clara do diagnóstico (comunicação do diagnóstico ao paciente); vinculação ao sistema de saúde (usuário formal do serviço de saúde); concordância em participar; tempo livre; desejo de partilha; e condições intelectuais, emocionais e físicas (p. 358).

Além das adolescentes, foram descartadas gestantes consideradas idosas, com mais de 40 anos de idade. Desta forma, a intenção do recorte foi a de desenhar, com maior propriedade, a existência de um risco gravídico real e sem situações extremas. O critério clínico opera com a possibilidade de perda da vida da gestante e/ou do feto, mas dentro de uma margem de segurança clínica aceitável, de maneira a não influenciar intensamente a percepção do risco por parte da gestante, alvo do estudo.

Eventualmente, algumas gestantes eram encaminhadas ao serviço de pré-natal de risco por serem funcionárias da unidade de saúde grávidas, de forma situacional, e não classificadas conforme o critério de risco, mas sim pela comodidade do atendimento da unidade na qual trabalham.

A respeito do sigilo quanto à sua identidade, cada participante recebeu um código de identificação. Este código foi inspirado em figuras femininas da

Mitologia Grega, primordialmente pelos atributos de personalidade de maior destaque apresentadas durante as entrevistas, a saber: Atena, Artemis, Hestia, Hera, Perséfone, Afrodite, Cassandra, Febe, Circe, Deméter, Penélope e Lítia.

A apresentação das gestantes participantes segundo este formato preserva suas identidades, atendendo as prerrogativas da Resolução 196/96 – CNS, sobre pesquisa com seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

## 5.2 Instrumentos

A opção pela pesquisa qualitativa (Turato, 2003), operacionalizada através de entrevistas clínicas, ocorreu devido à vantagem deste instrumento como precioso veículo para o contato interpessoal, possibilitando a apreensão de uma série de fenômenos referentes à experiência de maternidade de risco das usuárias, articulados em uma constelação de fatores, psíquicos, sociais e de ordem física.

Assim, tais entrevistas visam avaliar o uso de formas de comportamento que caracterizem o enfrentamento ótimo da situação de alto-risco, a utilização ou não de uma rede de apoio social efetiva e consistente, além da identificação de quais estratégias cognitivas e emocionais de enfrentamento da situação de gestação de alto-risco são mais utilizadas.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado previamente construído — Roteiro de Avaliação da Gestação (RAG) — dividido em cinco eixos temáticos, a saber: (a) dados sociodemográficos da gestante; (b) caracterização do diagnóstico de gestação de alto-risco; (c) ambientação quanto ao contexto familiar e a concepção de maternidade; (d) avaliação da rede de apoio social; e (e) identificação de características associadas à resiliência psicológica (Anexo I).

TABELA 1 – Distribuição de questões por conjuntos - RAG

| BLOCO DE QUESTÕES                     | NÚMERO DA QUESTÃO |
|---------------------------------------|-------------------|
| Informações sociodemográficas         | 1 a 6             |
| Diagnóstico de gestação de alto-risco | 7 a 9             |
| Contexto familiar e maternidade       | 10 a 12           |
| Avaliação da rede de apoio social     | 13 a 16           |
| Resiliência psicológica               | 17 a 19           |

Os dados pessoais da participante foram coletados a partir de instrumento próprio — denominado de Ficha Biográfica (FB). As informações coletadas foram avaliadas segundo informações pessoais, níveis de escolaridade, situação profissional atual, vida conjugal, constituição familiar e diagnóstico médico-gestacional de risco (Anexo II).

Para a verificação da viabilidade dos instrumentos propostos, foi realizado um estudo-piloto para a devida ambientação do pesquisador às perguntas e à forma ótima de realizá-las. Constatamos a clareza de entendimento, ou não, das questões e o encadeamento dos blocos de questões do RAG e da Ficha Biográfica.

Após a aplicação, foi perguntado à participante se a mesma teve alguma dificuldade para responder às questões. De acordo com os comentários realizados, juntamente com as próprias observações feitas pelo autor, chegamos aos modelos finais dos dois instrumentos, otimizando o formato final dos roteiros para a melhor compreensão das questões pelas participantes.

### **5.3**

#### **Procedimentos de coleta**

A partir da inserção do autor na equipe multidisciplinar que atua no programa de pré-natal de alto-risco, o contato com a amostra de participantes do estudo foi facilitada. O atendimento do profissional de psicologia no pré-natal se dá a partir da inscrição formal da usuária gestante devido ao diagnóstico identificado e comprovado de gestação de alto risco, em geral encaminhadas pela rede municipal de saúde de Duque de Caxias e demais municípios da Baixada Fluminense. A função do psicólogo como profissional de saúde visa à avaliação do risco psicossocial, das condições afetivo-emocionais para o exercício da gravidez com segurança, tanto para a gestante como para o feto.

A frequência das consultas marcadas com o profissional de psicologia segue a regularidade das consultas médicas, por uma questão de comodidade para as usuárias que, em geral, são de baixa renda ou possuem dificuldades financeiras. Devido a tal característica, o critério de renda não serviu como ponto de corte para a confecção da amostra.

A partir do agendamento padrão da consulta com o profissional de psicologia, a gestante tinha sua primeira avaliação realizada em uma entrevista clínica orientada para avaliação da situação de gestação e aconselhamento. O primeiro contato era realizado e o convite implementado. Em caso de recusa, a entrevista seguia normalmente, com orientações sobre o serviço, avaliações sobre problemáticas afetivas relacionadas ao período gestacional e/ou situação de risco.

O formato das entrevistas foi semiestruturado e os instrumentos utilizados eram preenchidos ao longo do contato, de forma livre. Todas as entrevistas foram gravadas a partir da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Anexo III). As entrevistas gravadas foram transcritas e receberam um código de identificação para análise de conteúdo (Bardin, 1995). Em geral, as entrevistas duraram em torno de 30 minutos.

## 6 Resultados

As informações coletadas e transcritas foram alvo de algumas etapas do processo de análise de conteúdo (Bardin, 1995). Fruto de uma pesquisa clínico-qualitativa, os resultados advindos do material coletado são organizados segundo os dois instrumentos propostos: Ficha Biográfica (FB); o Roteiro de Avaliação da Gestante (RAG) (Anexos I e II).

A ficha biográfica foi avaliada conforme os seus eixos constituintes: (1) dados pessoais, dos quais computamos a idade, localidade da residência, situação conjugal atual e escolaridade; (2) situação profissional, de onde obtivemos a profissão das participantes; (3) situação conjugal atual; (4) constituição familiar, deduzindo a existência de outros filhos, ou não; (5) diagnóstico clínico, com a identificação da natureza do risco gravídico e a idade gestacional.

Os dados obtidos segundo as informações pessoais das gestantes, advindos do primeiro bloco de questões referente à identificação, podem ser visualizados de acordo com os gráficos abaixo:

GRÁFICO 1 – Idade e Situação conjugal

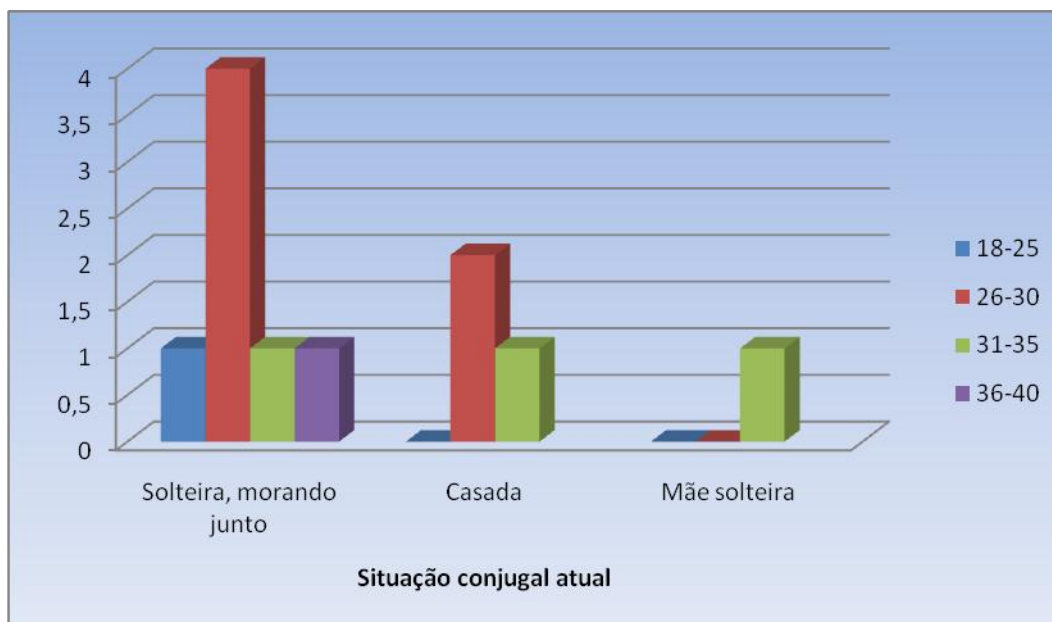


GRÁFICO 2 – Local da residência

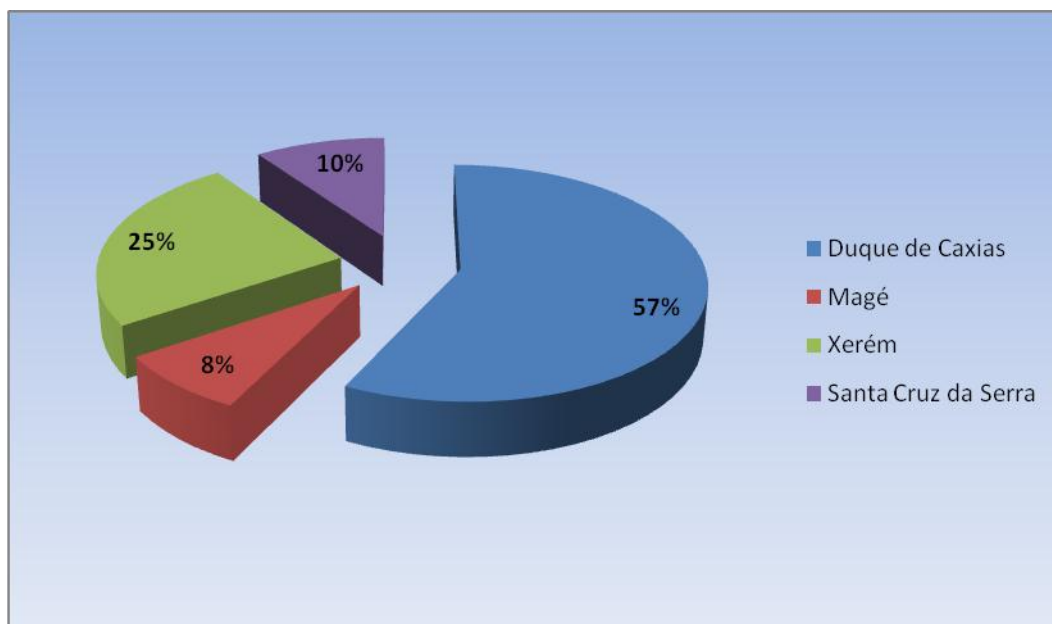
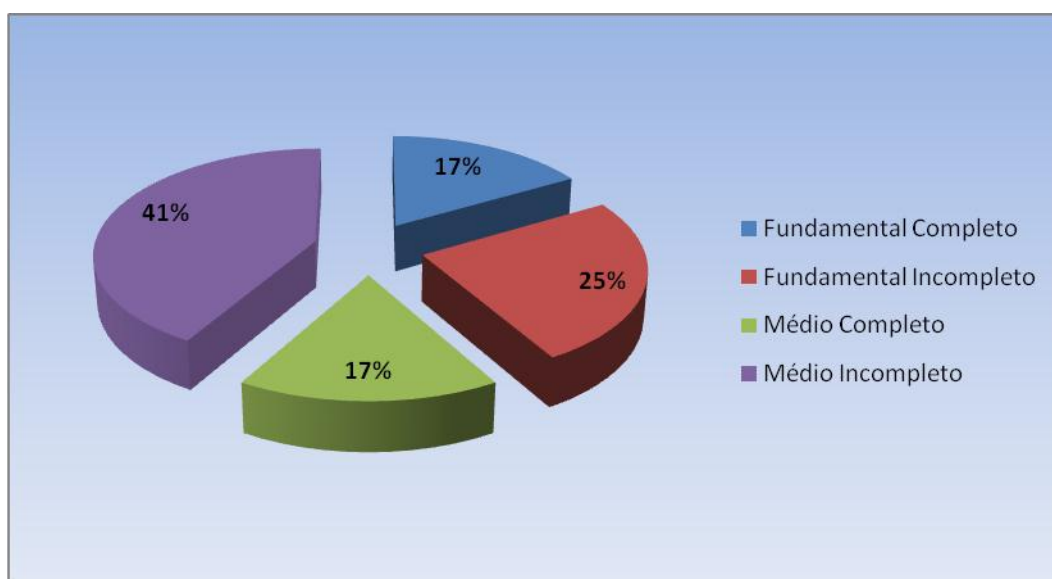


GRÁFICO 3 – Escolaridade atual

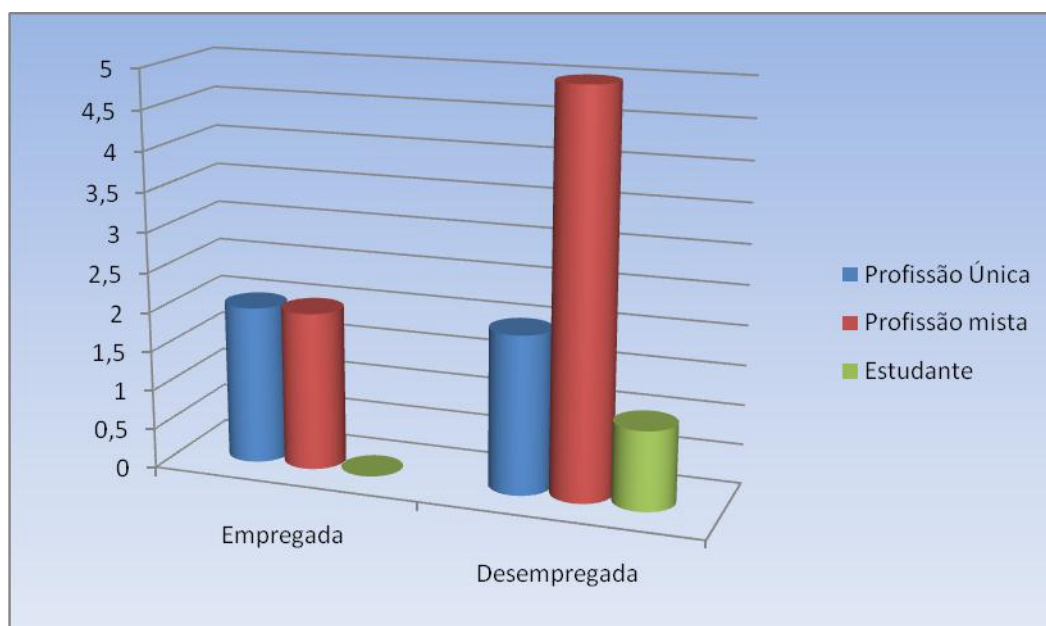


A maior concentração de gestantes por faixa etária encontra-se de 26 a 30 anos na situação de coabitação com parceiro afetivo fixo (Gráfico 1), formal ou informalmente, o que indica a presença de suporte mínimo à gestante no interior da residência. Todas as participantes são moradoras das adjacências da unidade de saúde, ou em municípios bem próximos. Como centro de referência em alto-risco, toda a rede municipal de saúde oferece o mesmo encaminhamento para situações apresentadas supostamente como de risco gestacional (Gráfico 2).

Quanto ao nível de escolaridade apresentado, além da ausência total de gestantes com escolaridade superior, 58% das participantes possuem nível de escolaridade médio — completo ou não —, enquanto 42% têm nível fundamental (Gráfico 3). Esta informação se coaduna com a apresentada pelo segundo eixo constituinte — situação profissional — na medida em que a baixa escolaridade parece interferir na empregabilidade do indivíduo.

Participantes que informaram ter uma única profissão não possuem a garantia de estabilidade do emprego e outras participantes que se definiram como dotadas de duas profissões estão atualmente desempregadas (Gráfico 4). Logicamente, esta situação é destacada de forma independente do risco gravídico, pois muitas gestantes precisaram interromper suas atividades profissionais devido ao diagnóstico.

GRÁFICO 4 – Situação profissional



Quanto ao aspecto avaliado sobre a constituição familiar, deduzindo a existência de outros filhos, ou não, 60% das mulheres múltiparas possuíam mais de dois filhos, e 40% somente um filho antes desta gestação (Tabela 2).

TABELA 2 – Constituição familiar por existência de filhos

|                  | MAIS DE 01 FILHO | 01 FILHO | TOTAL |
|------------------|------------------|----------|-------|
| <b>MULTÍPARA</b> | 3                | 2        | 5     |
| <b>PRIMÍPARA</b> | -                | -        | 7     |

Finalizando os resultados computados a partir da análise da ficha biográfica, as informações quanto ao diagnóstico clínico, com a identificação da natureza do risco gravídico, seguem abaixo (Gráfico 5) e a idade gestacional segundo o critério trimestral (Gráfico 6).

Vale ressaltar que muitas gestantes apresentavam quadros de comorbidade de fatores considerados de risco. Dentre os resultados, 60% correspondem a quadros hipertensivos, tanto hereditários (HAS), quanto adquiridos durante a gravidez (DHEG).

Segundo o recorte por trimestres, a maioria das gestantes pertence ao segundo bimestre, tradicionalmente conhecido como mais estável emocional e fisicamente. No entanto, um número significativo de gestantes primíparas encontrava-se no terceiro trimestre, em preparo para o parto e vivenciando um momento mais tenso da gestação.

Gráfico 5 – Identificação clínica do risco gravídico

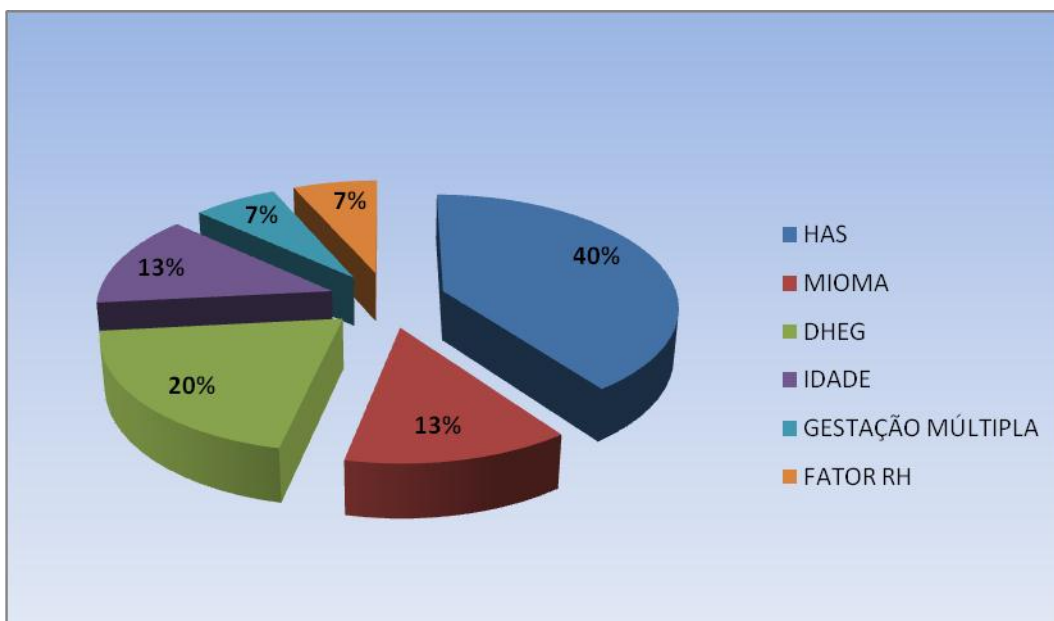
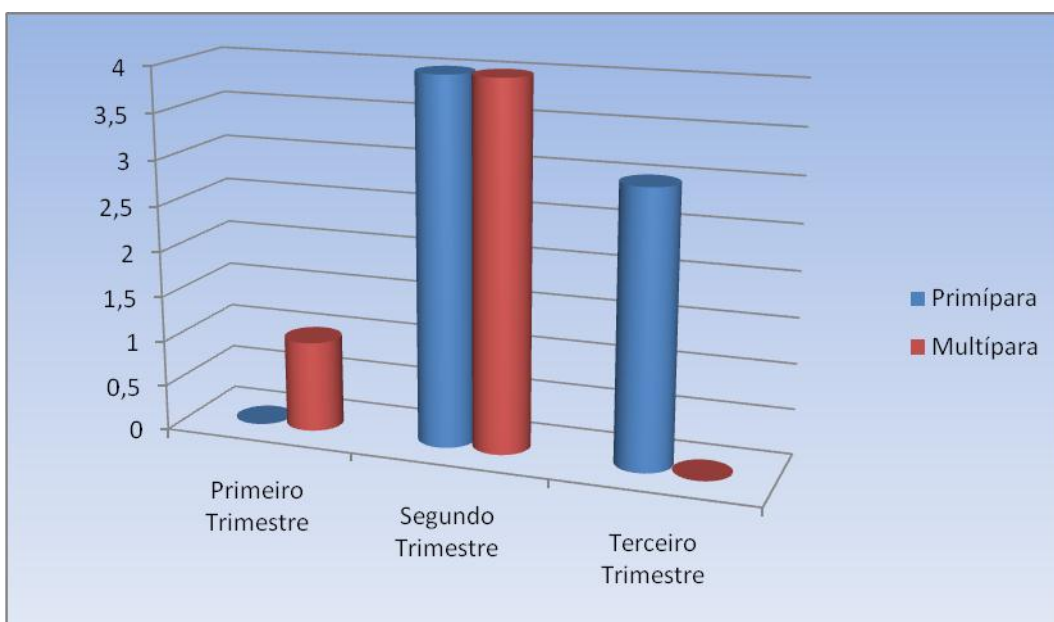


Gráfico 6 – Idade Gestacional e Experiência de maternidade



O Roteiro de Avaliação da Gestante (RAG) possui cinco dimensões de análise, sendo a primeira condizente com o primeiro eixo constituinte da ficha biográfica, no que se refere aos dados pessoais e situação conjugal atual. O item acrescido no RAG (item 6) diz respeito ao aspecto ecológico apresentado pela gestante quanto aos componentes que convivem com a mesma em sua residência.

A segunda dimensão de análise reside na investigação da situação de diagnóstico, avaliação (ou não) do risco gestacional pela participante e atitudes concretas acerca do assunto. O tema da maternidade e o contexto familiar são o assunto central da terceira dimensão analítica e busca o entendimento a respeito da transmissão de expectativas de desempenho a respeito da gestação e parto, além de informações e crenças sobre parentalidade.

A contextualização sobre a existência de uma rede de apoio social, sua estrutura e funcionalidade, além da utilidade específica da equipe de saúde foram alvos da quarta dimensão de análise. A última dimensão do instrumento diz respeito à investigação sobre o conceito de resiliência, isto é, a partir da avaliação sobre o problema do risco gestacional, esperamos reconhecer e avaliar atitudes de personalidade mais eficazes e contingentes às necessidades da situação.

Como a avaliação do constructo teórico de resiliência psicológica não afirma que existam pessoas consideradas resilientes de forma absoluta, isto é, para todos os assuntos e temas vividos, tratamos de considerar pontos fracos, ou desvantagens, citadas por cada participante, para discussão posterior acerca de condutas paradoxais, contraditórias e/ou contraproducentes de cada gestante.

A partir da administração do instrumento obtivemos três grandes eixos analíticos, a partir das entrevistas com as participantes, a saber: Diagnóstico de risco; Redes de suporte social; e Enfrentamento da gestação de risco. O primeiro eixo — *diagnóstico de risco* — comporta duas categorias de análise: (1) *diagnóstico*; e (2) *saúde materna/saúde fetal*.

O eixo denominado de *redes de suporte social* diz respeito às categorias: (1) *maternidade/heranças familiares*; (2) *rede social disponível*: (a) rede disponibilizada; (b) rede em uso (aspecto estrutural); (c) suporte afetivo; (d) suporte instrumental; (e) suporte informacional; e (3) *equipe como promoção de saúde*.

O terceiro eixo analítico — *enfrentamento da gestação de risco* — abarca três categorias temáticas, a saber: (1) *crenças sobre trabalho*; (2) *mudança comportamental*; (3) *expectativas/enfrentamento da gestação*. Um quarto eixo — *elementos transversais* — foi construído para abarcar as características de personalidade citadas pelas participantes como potenciais e fraquezas para um indivíduo, consideradas elementos sugestivos para a relação com o conceito de resiliência psicológica.

A partir do processo de análise de conteúdo, as categorias temáticas foram organizadas, portanto, conforme a centralidade do tema ao longo de cada entrevista e tais categorias podem ser visualizadas de acordo com o quadro abaixo (Quadro 5).

QUADRO 5 - Eixos analíticos e Categorias temáticas

| EIXOS ANALÍTICOS | Diagnóstico de risco                           | Redes de suporte social                                                  | Enfrentamento da gestação de risco         |
|------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                  | Diagnóstico                                    | Maternidade/<br>Heranças Familiares                                      | Crenças sobre trabalho                     |
|                  | Saúde materna/<br>saúde fetal                  | Rede social disponível<br>- Afetivo<br>- Instrumental<br>- Informacional | Mudança comportamental                     |
| CATEGORIAS       |                                                |                                                                          | Expectativas/<br>Enfrentamento da gestação |
|                  |                                                | Equipe como promoção de saúde                                            |                                            |
|                  | Elementos Transversais                         |                                                                          |                                            |
|                  | Características de Personalidade (Resiliência) |                                                                          |                                            |

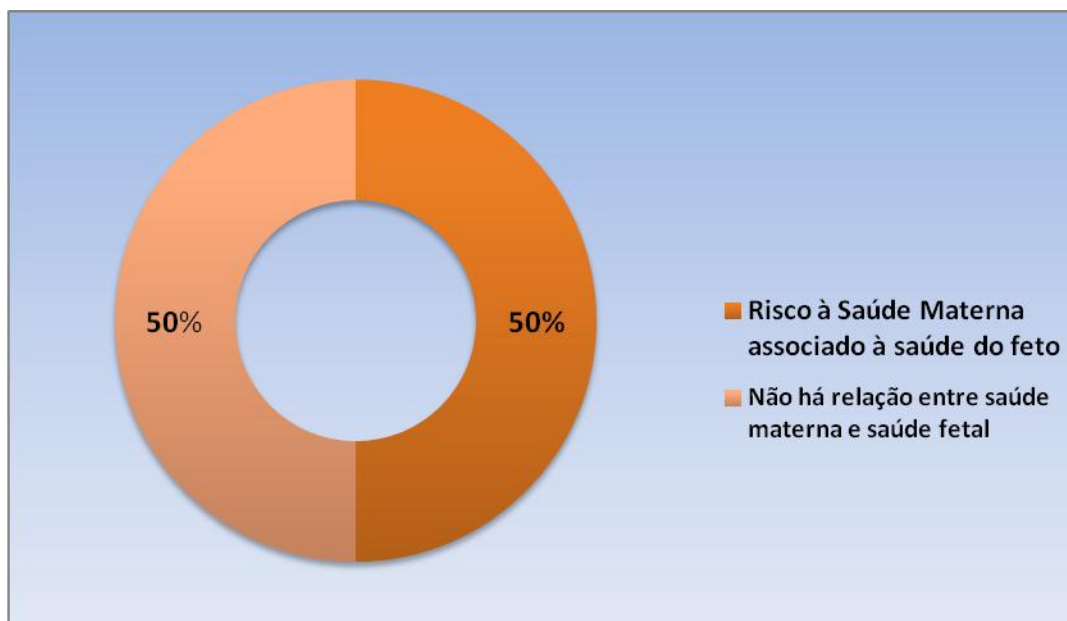
No interior do primeiro eixo analítico — *diagnóstico de risco* — situamos duas categorias temáticas: a referente à concepção de risco gravídico atribuída pela gestante e a associação entre saúde materna e saúde fetal. A concepção de risco apresentada pelas gestantes é demonstrada segundo as frequências de ocorrência (Tabela 3).

No que tange à categoria *saúde materna/saúde fetal*, definida pela associação clara entre o bem-estar físico da gestante e o do feto, foi considerada uma categoria forte, já que 50% das participantes a citaram (Gráfico 7). As demais não consideraram esta relação, ou não avaliaram claramente a existência de uma ligação direta entre suas próprias atitudes, como causa ou agravante da situação de risco materno, e consecutivamente, o incremento do risco fetal.

Tabela 3 – Categorias temáticas por concepção de risco

| CATEGORIAS TEMÁTICAS                                    | FREQUÊNCIAS |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| SENTIMENTOS DE SURPRESA, MEDO OU APREENSÃO              | 9           |
| IMPEDIMENTO PARA O TRABALHO OCUPACIONAL                 | 3           |
| EXPECTATIVAS QUANTO À SAÚDE DA MÃE/BEBÊ                 | 6           |
| REFERÊNCIA AO PARTO/ INTERNAÇÃO                         | 5           |
| SAÚDE PERTURBADA E POSSIBILIDADE DE NÃO TER MAIS FILHOS | 4           |
| CUIDADOS COM A SAÚDE E CONTROLE SOBRE O CORPO           | 7           |

GRÁFICO 7 – Categoria temática Saúde materna/saúde fetal



QUADRO 6 – Heranças familiares/Maternidade

| ASPECTOS CONSIDERADOS       | TEMÁTICAS ENCONTRADAS                                         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|
| MODELO DE PARTO/MATERNIDADE | Diversidade de modalidades de parto                           |
|                             | Consideração de parto normal quanto não há intervenção médica |
|                             | Ampliação da relação com a maternidade                        |
|                             | Desejo por parto normal                                       |
| HERANÇAS FAMILIARES         | Mulheres são mães quando adolescentes                         |
|                             | Parto em casa e receitas caseiras                             |
|                             | Heranças genéticas (hipertensão, gemelares)                   |
| MODELO DE PARENTALIDADE     | Investimento parental na educação com disciplina e carinho    |
|                             | Necessidade dos pais presentes durante a criação              |

De acordo com o segundo eixo analítico — relativo a *redes de suporte social* —, três categorias temáticas puderam ser decantadas, como citado anteriormente, a saber: *maternidade/heranças familiares*; *rede social de apoio*; e *equipe como promoção de saúde*.

Quanto ao primeiro tema, relativo à concepção de maternidade observada pelas participantes e as possíveis referências a heranças familiares, condutas incentivadas pelo grupo familiar próximo, expectativas quanto ao cuidado com filhos, dentre outros, as falas das participantes geraram alguns aspectos de destaque (Quadro 6).

Não houve diferença significativa quanto à existência de parto normal ou cesárea por parte das gestantes no que tange aos partos de suas famílias. No entanto, a participante Deméter<sup>1</sup>, grávida de trigêmeos esclarece um detalhe importante quanto à definição de parto normal e do ato de parir:

*“Ninguém teve risco de perder o neném até agora. Bem! A minha mãe quando teve nós... pode falar sobre a minha mãe? Então, a minha mãe quando teve a gente, eu e minha irmã, que somos as duas mais velhas, ela não tinha nem passagem para ter a gente, ela foi rasgada por parteira em casa. Foi muito difícil o parto da minha mãe, tadinha, porque ela morava na roça, situação muito precária e foi por aí. Agora eu, no caso o meu, o primeiro filho meu foi normal, veio uns quinze pontos para lá, mas foi normal, que eu não considero isso parto normal, entendeu? Eu considero um parto normal, aquele que não leva nenhum ponto, mas já que eles consideram, então foi normal, eu levei uns quinze, dezesseis para lá...”*

Observamos claramente uma dissonância entre o que a família e a gestante considera como normalidade de um parto e o que a ciência, representada pela figura do obstetra, observa enquanto normalidade.

Outra temática inventariada corresponde à percepção de uma íntima relação entre a figura materna da gestante — e o contato entre ambas — e o modelo de

<sup>1</sup> Na mitologia grega, Deméter, Deusa nutridora e mãe, gosta de estar grávida, da amamentação e de cuidar de crianças.

maternagem projetado para a nova relação entre gestante e feto, e mais tarde, entre mãe e bebê, como Febe<sup>2</sup> nos aponta, a respeito da relação com a própria mãe:

*“Eu não lembro [sobre os partos na família] porque minha família nunca fala, nunca falou de parto pra mim, nem minha mãe porque, quando eu era mais nova, os meus pais se separaram, eu tinha 7 anos de idade, Então, fiquei morando com meu pai e a minha mãe foi embora. Então a gente, mesmo quando eu era mais nova, assim, até os 7 anos de idade, que ela morou comigo, ela não conversava sobre nada. Então, eu sei que os partos dela foram normal e foram em casa... Aborto ela também teve, não sei quantos, mas ela teve. (...) eu morei com meu pai até os 16 anos, depois que fiz 17 eu fui morar com a minha mãe. Mas minha mãe era assim reservada, não falava de sexo comigo, não falava de namoro, não falava de filhos, essas coisas, entendeu? Tive que aprender sozinha. (...) minha mãe é aquele tipo de pessoa, que, assim, ela não é muito assim de falar.”*

Para a gestante, era fundamental a presença da figura materna como responsável pela transmissão das crenças sobre maternidade e para o aprendizado a respeito de como se portar diante de alguns assuntos relativos ao universo feminino.

*“Então, eu pergunto as coisas a ela e ela não é muito de responder... entende? Assim, por exemplo, eu não tenho aquela relação de mãe e filha com ela, só: “-Oi mãe, dou a benção a ela, tudo bem? Eu amo a senhora” Mas aquela coisa de conversar assim, a gente nunca foi de conversar de sexo, ela nunca foi de conversar de sexo comigo, nunca foi de conversar de gravidez, de nada disso. (...) Mas eu senti muita falta da minha mãe. Eu passei um tempo assim revoltada com ela porque, quando ela foi embora, que separou do meu pai, eu queria que ela me levasse e ela não me levou porque ela falou que não tinha condições. (...) [após considerações sobre a relação com o esposo]: Você tocou num assunto que eu tava falando com ela essa semana, né? Porque o meu esposo tá falando que a gente tá brigando muito. Ele falou: “- Se a gente se separar, você vai embora pra*

---

<sup>2</sup> Febe é considerada a Deusa da lua e dos mistérios humanos.

*Paraíba sozinha porque a minha filha fica comigo”. Aí eu falei pra ele: “- Jamais! Pra onde eu for, a minha filha vai comigo. Não interessa se você tá aqui no Rio de Janeiro e eu tô lá na Paraíba, não interessa. A minha filha vai comigo, eu não vou abandonar a minha filha de jeito nenhum”.*

Apesar da existência de algumas tensões entre mãe e filha, podemos identificar alguma tentativa de resgate e/ou construção de uma relação nova com a própria gravidez, e a situação de risco parece não influenciar marcadamente neste processo. O desejo por parto normal de Cassandra<sup>3</sup> exemplifica a tentativa real da gestante pela retomada de uma situação de naturalidade perante a gravidez dita de risco, valorizando e buscando o parto normal:

*“A minha irmã foi cesarea dos três filhos e ela passou um sufoco, no primeiro então! Agora no segundo... As melhores partes foram o segundo e o terceiro, mais o terceiro, por que o segundo também deu trabalho, o médico disse que ela nem poderia ter mais filhos, e se tivesse podia até morrer e tudo. Ela veio aqui e a médica perguntou se ela queria ligar, ela ligou, mas passou um sufoco. (...) O que eu mais quero é ter um parto normal. O que eu mais quero é que seja normal.*

O segundo aspecto — *heranças familiares* — sugere uma série de legados familiares envolvendo as mulheres da família, como uma tradição das mulheres serem mães quando ainda adolescentes, no caso da família de Penélope<sup>4</sup> e uma curiosidade quanto a receitas caseiras para a família de Lítia<sup>5</sup>:

*“Eu tenho uma irmã que tem duas filhas e tenho uma que tem um filho. Nós não somos de engravidar assim com muita facilidade não. A minha irmã teve filho com 14 anos, a outra teve com 17 e eu tive com 15- nossos primeiros filhos. Mas assim, só eu que tive essa complicação mesmo” (Penélope).*

<sup>3</sup> Sacerdotisa do Deus Apolo, possui o dom da profecia, mas foi punida por resistir às investidas carnavais. Cassandra foi amaldiçoada, vendo suas profecias serem desacreditadas pelo povo de Tróia.

<sup>4</sup> Penélope, na mitologia grega, foi esposa de Ulisses, príncipe de Tróia. Diante da distância do marido durante a guerra, para adiar um novo casamento, tecia uma colcha de tricô durante o dia e a desfazia durante a noite.

<sup>5</sup> Deusa grega que presidia os partos.

*“(...) minha mãe nunca fez uma cessaria, inclusive eu nasci em casa, em Minas Gerais... eu nasci em casa. Hoje eu fico pensando, eu gostaria de ter um filho em casa, mas a gente fica com um pouquinho de medo, mas, naquela época ela me teve em casa tranquilamente. As pessoas, hoje em dia, têm mais receio.” (Lítia)*

O diagnóstico de risco encerra em seu interior determinadas cargas genéticas latentes e outras já manifestas, como no caso da hipertensão arterial e para a tendência de nascimentos gemelares.

*“ (...) a hipertensão já vem... já tem história na família, mas assim, fora isso, graças a Deus, os partos são tranquilos”. (Artemis<sup>6</sup>)*

*“É uma carga genética. O meu pai era gêmeo. (...) o meu pai foi gêmeo, eu tenho três primos, e todos eles têm um gêmeo, e na família de mamãe tinha gêmeos também, por que eu lembro que eu nem conheci” (Demeter).*

Quanto ao terceiro aspecto — *modelo de parentalidade* —, no que tange ao investimento parental na educação dos filhos, com disciplina e carinho, a gestante Circe<sup>7</sup> exemplifica esta tendência de valorização do cuidado com as crianças:

*Educação, essas coisas assim, né? Bem importante... né?, criar uma criança, assim, tendo limite, né?, mas, pelo menos meus priminhos, porque eu que tenho primo pequeno de 5 anos e tudo, são bem criados, né?, bem educados e tudo. Obedientes, são levados, mas coisa de criança mesmo, né? Mas bem educado, bem cuidado. Tem uns que é mais rigorosos, mas tem uns que, assim, educa, mas não é tão... a ferro e a fogo assim. Porque também depende da criança também, né?*

A participante Atena<sup>8</sup> enfatiza a presença e a importância da autoridade parental. Embora seja seu primeiro filho, a fala da participante aponta para a

<sup>6</sup> Deusa grega da caça, do parto. Virgem, representa as capacidades bem direcionadas, rumo ao objetivo.

<sup>7</sup> Circe é considerada a Deusa da Lua nova, e enfeitiçava os homens em seu palácio encantado, através de poções e encantamentos, transformando-os em animais.

<sup>8</sup> Atena ou Atenas: considerada a deusa da sabedoria, do equilíbrio e da educação.

existência de um conhecimento anterior quanto ao convívio com crianças (sobrinhos).

*Lá em casa a gente é muito organizado. Eu tenho, sabe, uma família, graças a Deus, assim... um pessoal organizado. Não são pessoas que as crianças fazem o que querem, na hora que querem não. Então é isso. Lá em casa nós fomos criados com regras, com horários, entendeu? E eu pretendo criar meu filho assim também, dentro deste sistema. Não acho tudo normal não... acho que criança tem que ter limite. Tem que ter hora, horário para tudo. Tem que ter uma vida organizada. Se não vira bagunça, né?*

Dando continuidade às categorias temáticas do segundo eixo analítico, sobre as redes sociais disponíveis, além da preocupação com a identificação das principais fontes de apoio citadas pelas gestantes (critério estrutural), dispomos de algumas modalidades de apoio social, organizadas em torno do tipo de função do apoio — afetivo, instrumental ou informacional (critério funcional).

O apoio social considerado informacional consiste em todo o tipo de conhecimento disponibilizado pela rede de suporte à gestante. Tal conhecimento gira em torno de temáticas variadas, como a situação do diagnóstico de alto-risco, cuidados clínicos, mudança de hábitos alimentares e informações sobre alimentos favoráveis e desfavoráveis, vida sexual na gestação, importância de exames de imagem e exames clínicos, vacinação, dentre outros. Diferentes fontes de informação podem ser acessadas e de forma simultânea.

Destacamos o tipo de informação através do conteúdo ministrado e da funcionalidade do conhecimento adquirido pela gestante. Assim, foram consideradas fontes informacionais de suporte técnico todos os elementos da rede que promovessem aquisição de informação a respeito da gestação e sobre risco gravídico.

Dentre as fontes citadas, destacamos a presença do médico obstetra como o principal agente informacional, seguido por outras fontes advindas de meios de comunicação, como livros, revistas e televisão e fontes consideradas mais pessoais ou mais próximas, mas que sejam capazes de veicular conhecimento técnico, científico, acerca do quadro gestacional (Tabela 4).

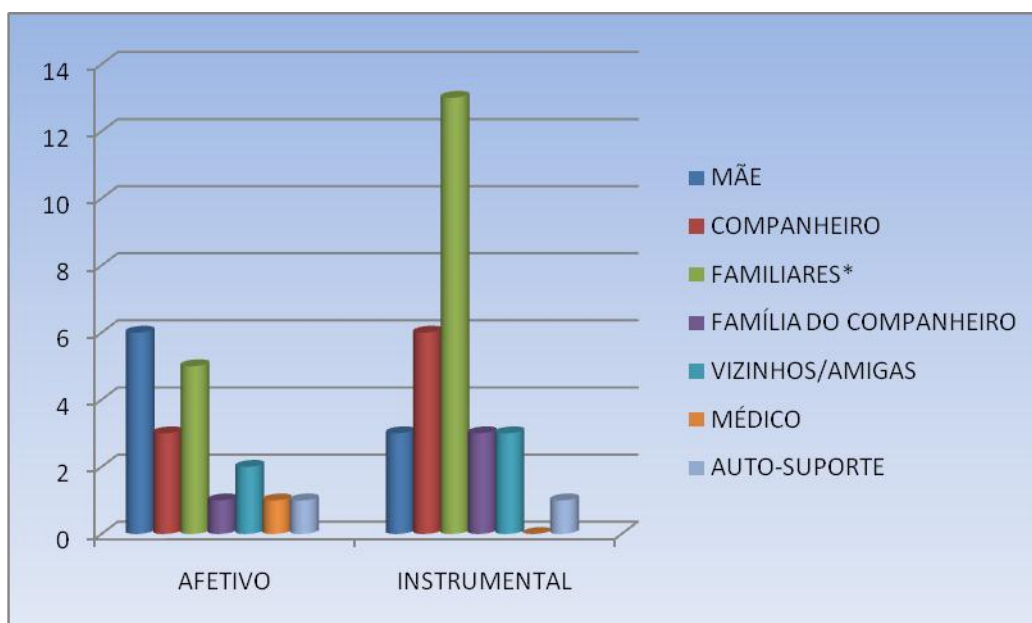
A percepção do suporte disponibilizado parece estar relacionada ao valor dado à fonte, enquanto alvo confiável, como no caso da própria mãe da gestante e de outras figuras femininas, como amigas próximas, com o intuito de transmissão de experiências próprias no que tange à maternagem e/ou à maternidade.

Este suporte, considerado externo, pode assumir um caráter secundário em comparação com a experiência pessoal e interna da participante em relação a sua gestação, e o sentimento de autoeficácia pode estar bastante destacado.

TABELA 4 – Modalidade de apoio informacional

| <b>FUNÇÃO DO APOIO</b>            | <b>FONTE</b>                                             | <b>FREQUÊNCIAS</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>SUPORTE TÉCNICO</b>            | MÍDIA (REVISTAS, LIVROS, TELEVISÃO)                      | 3                  |
|                                   | MÉDICO                                                   | 5                  |
|                                   | EQUIPE DE SAÚDE                                          | 3                  |
|                                   | FONTES PRÓXIMAS COM CONHECIMENTO FORMAL DA ÁREA DA SAÚDE | 3                  |
| <b>SUPORTE PESSOAL</b>            | AUTO-SUPORTE                                             | 3                  |
| <b>SUPORTE VIVENCIAL FEMININO</b> | MÃE                                                      | 1                  |
|                                   | AMIGAS                                                   | 2                  |
| <b>SUPORTE CIRCUNSTANCIAL</b>     | USUÁRIAS DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL                         | 1                  |

GRÁFICO 8 – Modalidades de apoio afetivo e instrumental



No que tange às modalidades de suporte, observamos um maior destaque das figuras da mãe da gestante e aos familiares quanto ao apoio afetivo. No interior do grupo dos familiares, foram listados irmãos (de forma genérica), irmãs, primas, tias/tios, filhos mais velhos e componentes referentes à família do companheiro da gestante, como no caso de cunhadas, e o próprio companheiro, por ser uma fonte amiúde citada. A mãe da gestante é citada como a fonte mais significativa de suporte afetivo (Gráfico 8).

Quanto ao apoio instrumental, a presença do companheiro é acrescida de importância em relação ao apoio afetivo, juntamente com a família de origem do companheiro e componentes de fora do circuito familiar, como os vizinhos próximos e as amigas da gestante. Em especial, houve um aumento destacado do suporte instrumental oferecido por familiares próximos à gestante, enfatizando, assim, a maior importância destes componentes enquanto agentes de auxílio instrumental para tarefas diversas do cotidiano.

Houve um decréscimo do suporte citado pelas gestantes da importância da mãe para o apoio instrumental, em comparação com o apoio afetivo. Este fato pode indicar a exclusividade do suporte de afeto materno em relação às

participantes, em contraste com o suporte instrumental, menos específico, e capaz de ser executado por mais componentes da rede.

Diante do questionamento a respeito da relação com a equipe de saúde do serviço de pré-natal, 83% das gestantes avaliaram o contato como positivo (Gráfico 9), e a partir das suas justificativas para o fato inventariamos as respostas em blocos, de modo a verificarmos suas ocorrências (Tabela 5).

Considerando os quatro blocos de justificativa citados pelas gestantes — rapidez dos exames, solução de dúvidas e disponibilidade de informações, maior controle da saúde e atenção/cuidados — exceto o segundo bloco, responsável pela solução dada pela equipe clínica para as dúvidas propostas pelas usuárias, todos os blocos restantes dizem respeito diretamente à situação clínica da gestante e à manipulação das condições adversas presentes, de modo que se restaure um panorama mais seguro e saudável para a gestação como um todo.

De toda forma, no que concerne ao valor dado à equipe de saúde, o relato de Atena sobre a qualidade do serviço e a confiança depositada nos profissionais exemplifica o teor da relação entre as gestantes e os profissionais:

*“Olha, doutor, a equipe, no caso, é fundamental! Igual no seu caso, estaria me aconselhando a esperar mais um pouco, a tomar a decisão se eu quero fazer parto normal ou se eu quero fazer uma cesárea... Então, eu acho que é fundamental, porque eu confio nos profissionais. Hoje eu confio, e pelo fato de gostar, a gente acaba confiando, né? (...) Quando a gente gosta e se sente segura, vem a confiança... então, eu estou me sentindo segura aqui”.*

GRÁFICO 9 – Referência à equipe de saúde

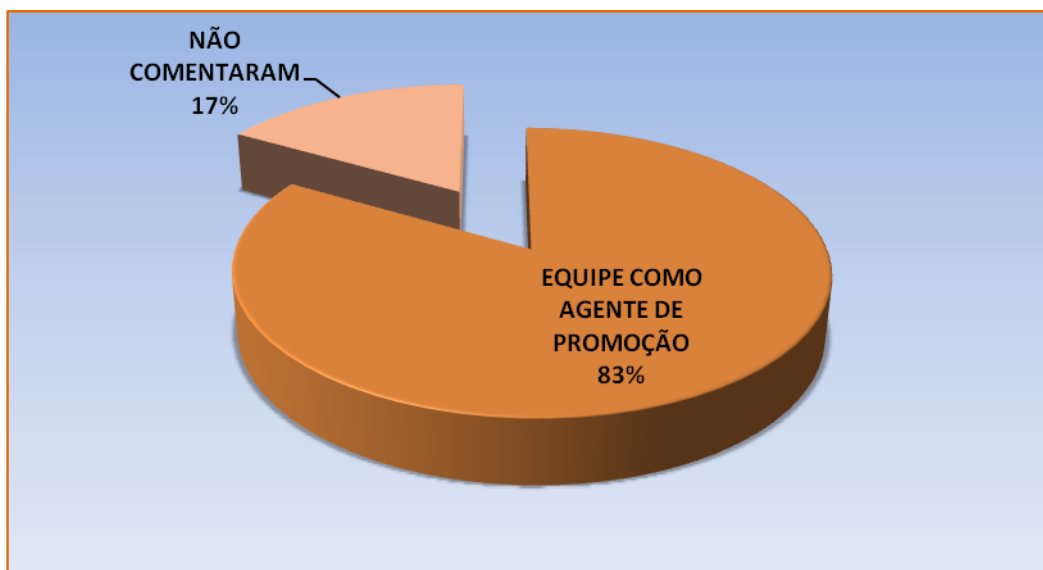


TABELA 5 – Justificativas quanto à função da equipe de saúde

| JUSTIFICATIVAS                                      | FREQUÊNCIAS |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| RAPIDEZ DOS EXAMES                                  | 6           |
| SOLUÇÃO DE DÚVIDAS E DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES | 8           |
| MAIOR CONTROLE DA SAÚDE                             | 4           |
| ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAIS                        | 5           |

A expressão do terceiro eixo analítico — *Enfrentamento da gestação de risco* — ocorre através de três categorias temáticas organizadas em torno das estratégias utilizadas e limitações atribuídas pelas gestantes para o enfrentamento da situação de risco gravídico. A grande maioria das participantes concorda que a situação de risco oferece um desconforto, em algum grau, para a manutenção de

suas tarefas cotidianas ou para a sua vida ocupacional (Gráfico 10). Segundo a participante Afrodite:

*“Ah, as coisas que eu sei que não posso fazer eu não faço... Não varro casa, lavar roupa, eles me ajudam... eu jogo na máquina, eles torcem (minha máquina não torce), eu vou só estendendo. Boto tudo assim no alto pra não ficar abaixando; comida, não faz mal, né?, porque não é peso. Lavo louça e o que eu posso fazer assim que eu vejo que dá pra mim fazer, eu faço. O que não dá eu não faço, deixo pra minha filha fazer. Eu falo: "- Minha filha, eu não posso fazer isso, você faz isso pra mim, apesar de que alguma coisa que é ruim a gente ficar pedindo porque, assim, às vezes a gente quer aquilo e fala: "-Faz isso aqui". Aí ela vai fazer a hora que ela quer. E isso aborrece e, às vezes, quando você tá nessa situação, sempre chega alguém na sua casa, aí pega assim as coisas desarrumadas, aí já começa a falar. Aí é chato, né? Porque eu não posso fazer, eu não vou me arriscar a fazer pra depois passar mal”.*

A categoria denominada *mudança comportamental* abarca todas as estratégias utilizadas pela gestante como formas de resgatar um comportamento saudável ou retomar um bem-estar perdido a partir da vivência do quadro clínico de risco. A maioria das participantes apontou para a necessidade de uma mudança comportamental em seus relatos, sinalizando, assim, a criação de algum tipo de estratégia comportamental inovadora — perda de peso, cuidado com a alimentação, novos hábitos de saúde —, em uma clara preocupação consigo e com o curso ótimo da gestação (Gráfico 11). As participantes Perséfone<sup>9</sup> e Cassandra ilustram esta preocupação, respectivamente:

*Estou tomando cuidado com a minha alimentação. Estou tentando perder um pouco de peso e cuidando para comer alimentos saudáveis para que vá para a criança as vitaminas. E para que eu não engorde porque, o fato de engordar, só piora a minha pressão.*

<sup>9</sup> Filha da deusa Deméter, foi raptada por Hades para o mundo subterrâneo. Seu mito é simbolizado pelo binômio mulher-criança.

*“Estou me cuidando bastante... me esquecendo dos problemas, me cuidando. Pensando em mim e no neném, só. Eu não penso em mais nada! O tempo todo só penso em mim e nele. Eu estou tentando repousar o máximo. Igual ao que eu falei: eu tomo conta do meu sobrinho, mas só dois dias, então os dias que eu estou com ele é o máximo que eu posso fazer, mais eu não estou extrapolando muito as coisas não. Quando eu começo a ver que eu ando muito cansada, eu sento e esqueço o resto”.*

Enquanto a categoria *mudança comportamental* diz respeito ao conjunto de estratégias postas em ação para o enfrentamento da situação de risco, a categoria denominada *expectativas/enfrentamento da gestação* sugere a intenção de que a adversidade seja superada, mas não indica nenhuma atitude prática a respeito. Todas as participantes ofereceram relatos sobre o tema. Muitos traduziram a esperança de sucesso e outros, sentimentos de preocupação e ansiedade pelo fim da gestação e possíveis complicações clínicas, como é o caso da participante Cassandra:

*“Eu morro de medo do parto! Igual eu falei: queria chegar no hospital, dormir e quando acordar, o meu filho tá do meu lado. (...) A única coisa que eu temo mais é a infecção urinária, minha pressão até que está bem controlada. O meu maior problema é a infecção urinária, pois eu vim parar na emergência por causa da infecção urinária.*

*Até antes de engravidar eu já estava fazendo tratamento, mas não foi descoberto nada. Depois que eu engravidei que piorou mais ainda. (...) Até mesmo porque na família eu tenho gente com esse problema e faz hemodiálise. Eu tenho na família a minha tia que tem problema de infecção urinária, ela faz hemodiálise”.*

GRÁFICO 10 – O risco como limitação para o trabalho

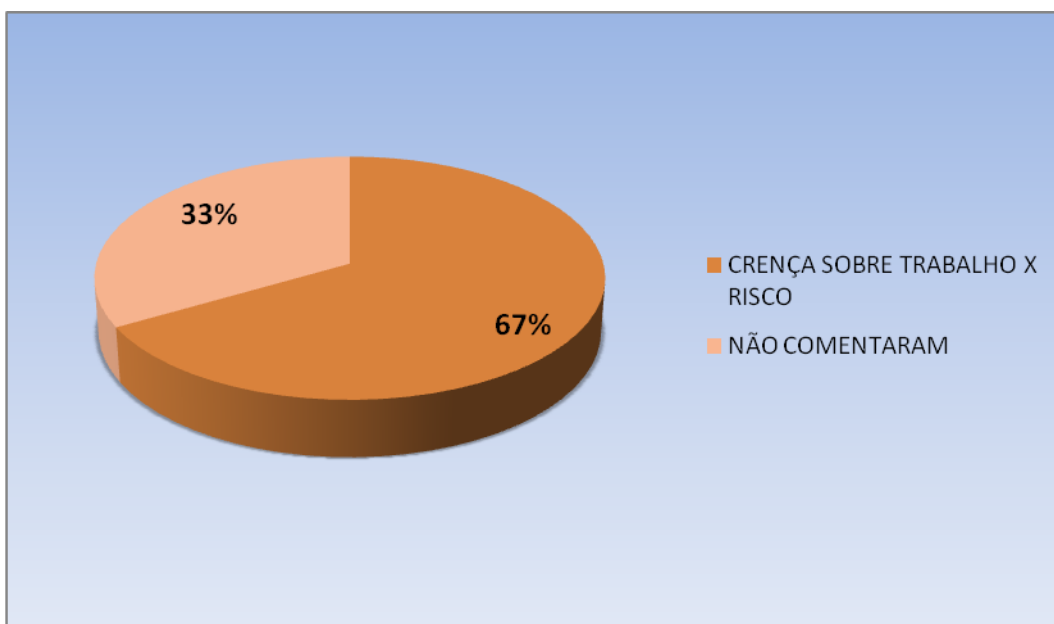
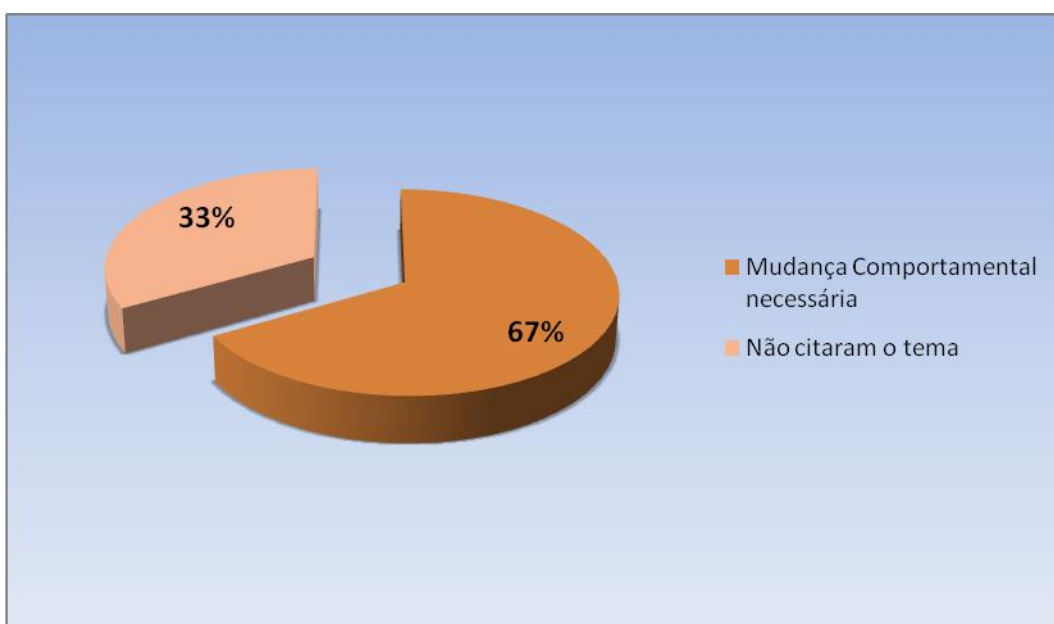


GRÁFICO 11 – Necessidade de mudança comportamental diante do diagnóstico



O quarto e último eixo analítico trata dos elementos considerados *transversais* em relação a todos os demais, como aspectos de personalidade

citados e particularidades da biografia das participantes. Partimos do entendimento de que tais elementos estão presentes em todos os relatos, dando sentido e contextualizando cada fala e reação. Contudo, mereceu também o mesmo tratamento analítico dos demais e é constituído da categoria temática denominada de *características de personalidade* (resiliência).

A associação entre as características de personalidade e o constructo de resiliência psicológica oferece subsídios consistentes para o debate e traduz-se através dos recursos e potencialidades disponíveis pela gestante para o enfrentamento da situação de gestação de risco. Os relatos das participantes foram tabulados em algumas categorias temáticas de acordo com a avaliação da gestante enquanto elementos positivos de personalidade— especificamente seus ou pelo menos desejáveis em uma pessoa — ou elementos negativos de personalidade — vistos como defeitos próprios ou indesejáveis socialmente.

TABELA 6 – Aspectos positivos da personalidade

| CATEGORIAS TEMÁTICAS              | FREQUÊNCIAS |
|-----------------------------------|-------------|
| DETERMINAÇÃO/INDEPENDÊNCIA        | 5           |
| CARÁTER/ SINCERIDADE              | 10          |
| DISPONIBILIDADE PARA O OUTRO      | 7           |
| PARTICULARIDADES DE PERSONALIDADE | 4           |

No que tange aos aspectos de personalidade considerados positivos pelas participantes, observamos as categorias temáticas *caráter/sinceridade* e *disponibilidade para o outro* com frequências expressivas em relação às demais (Tabela 6). Apesar deste fato, destacamos alguns relatos bastante significativos quanto à relevância da categoria *determinação/independência* para o enfrentamento da situação de risco gravídico com um estilo ativo, de busca pelos objetivos traçados, apesar das adversidades:

*“(...) Então eu acho isso muito fundamental! Eu, assim... poxa, eu batalhei, né? (...) Então, eu batalhei muito, sabe? A gente corre muito atrás do que a gente quer. Então eu acho isso fundamental: não adianta você querer uma coisa e ficar de braço cruzado esperando cair do céu porque...é um pouco complicado” (Atena).*

*“Eu acho que eu vou atrás dos meus objetivos, né? Eu quero e eu vou lá, eu não tenho medo de encarar. Às vezes, eu sei que eu vou quebrar a minha cara, mas eu tenho que pagar pra ver. Se eu não pagar, eu passo o resto da vida: “- Poxa, eu não tentei, eu podia ter conseguido”. Eu me enfrento, a realidade, eu tenho muita coragem de enfrentar a realidade” (Penélope).*

*“Ai, sei lá! Eu acho que eu posso dizer que eu sou guerreira, né? Por tudo que eu passei. Então... eu sempre lutei pelos meus objetivos, mesmo que, às vezes , eu tenha tido aquela recaída assim de querer desistir, mas eu não desisti, graças a Deus. Então, guerreira, eu acho que coragem também, né? Coragem. Porque ter vindo de lá pra cá sozinha, todo mundo fala: “- Ah... como que tu teve coragem de largar a tua família toda lá no Nordeste, vir pra cá pro Rio de Janeiro?”. Bem complicado.Aí eu falei: “- Ah, mas eu tive que fazer isso”. Porque eu tive um certo medo, né, de vir de lá pra cá. Quando eu entrei dentro do ônibus, minha vontade era de pular do ônibus, desistir, mas eu falei: “- Vou até o fim, eu não vou desistir” (Febe).*

A categoria *disponibilidade para os outros* foi citada de forma significativa pelas participantes e parece exemplificar um contato ativo entre a gestante e sua rede social de apoio a partir do momento em que disponibiliza o acesso aos elementos da rede, e comunica a possibilidade de receber auxílio, de igual forma.

*“Eu valorizo muito a amizade, eu tenho poucos amigos, poucas pessoas que eu posso dizer assim que são minha amigas – são poucas- porque eu não confio em todo mundo, mas os poucos amigos que eu tenho, eu dou minha vida por eles; são verdadeiros. Quem tem a minha amizade, tem assim, eu sou capaz de dar a minha vida por um amigo” (Penélope).*

*“Assim, uma coisa muito boa, eu acho, em mim, é que, ao mesmo tempo eu vejo um defeito, é o lutar pelas pessoas. Acreditar nas pessoas. Eu... assim, se eu vejo a pessoa, eu luto pela pessoa, pelo um amigo, pelo um parente” (Artemis).*

No que tange aos aspectos elencados pelas participantes como negativos em seus relatos, foram organizados de acordo com quatro categorias temáticas — *ansiedade/impulsividade, autoexigência, preocupação com o outro e particularidades de personalidade* (Tabela 7).

TABELA 7 – Aspectos negativos da personalidade

| CATEGORIAS TEMÁTICAS                                    | FREQUÊNCIAS |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| ANSIEDADE/IMPULSIVIDADE                                 | 6           |
| AUTO-EXIGÊNCIA                                          | 4           |
| PREOCUPAÇÃO COM O OUTRO                                 | 4           |
| PARTICULARIDADES DE PERSONALIDADE ASSOCIADAS A DEFEITOS | 7           |

Traços de personalidade tidos como defeitos pelas gestantes, e considerados como problemáticas a ser transformadas definem a categoria como a mais expressiva entre as gestantes. No entanto, o critério de interpretação deve ser relativizado, pois os defeitos apontados pelas participantes são diversos, tais como: teimosia, ciúme, ingenuidade, indiscrição, dentre outros. De toda forma, tais traços são apontados como empecilhos ao relacionamento interpessoal:

*“Agora, eu sou assim, mesmo eu estando errada e a pessoa tando certa, eu não admito que eu tô errada e eu não vou lá e peço desculpa. A pessoa tem que vir até mim, e pedir porque, se depender de mim... Ou então, porque às*

*vezes é assim: digamos que a pessoa esteja errada e eu, certa. Eu posso muito bem ir lá, tentar conversar com a pessoa, né? É, mas eu não faço isso. Nem que eu passe dois, três anos. Tem uma colega, que já faz quase um ano que a gente não se fala. Ela tava errada, nessa parte ela tava errada, entendeu? Mas ela não veio falar comigo e eu falei: “- Eu também não vou falar com ela”. Até hoje a gente não se fala, a gente se esbarra na rua, mas a gente não se fala. E eu não dou o braço a torcer” (Febe).*

*“Meu ponto fraco é que sou muito ingênua. Às vezes eu sou muito boba. Às vezes eu falo demais. Às vezes não é uma fofoca, às vezes você me conta um negócio e eu fico quieta, na minha. Mas quando aquela pessoa vem falar mal de você, aí, eu vou e “- você para de mentira porque ele não é assim!”. E no fundo, eu fico mal e as duas pessoas ficam bem. E isso, também, é uma coisa horrível que eu tenho. De querer defender os outros” (Hestia).*

Outra categoria citada de forma recorrente corresponde ao reconhecimento de algumas gestantes a respeito de um temperamento mais nervoso, ansioso e/ou impulsivo, o que o que significa maior tensão durante a gravidez:

*“Olha, eu tenho procurado, assim, ficar tranquila no dia-a-dia e não me aborrecer, porque eu sou um pouco estressada com as coisas. Às vezes eu me aborreço. Ah... Às vezes, assim, eu me aborreço até por pouca coisa. E sou muito ansiosa, doutor... Então, às vezes até uma bobagem do dia-a-dia, uma toalha que o marido deixe em cima da cama molhada já é motivo para mim falar alguma coisa. Então, eu estou procurando fechar os olhos para certas coisas que é bobagem, entendeu?” (Atena).*

*“O que eu posso assim, fazer, né? Eu sou muito ansiosa. Eu sou o tipo de pessoa, assim, se tem que fazer, então vamos fazer logo agora, não vamos deixar pra amanhã. E isso, eu agora eu estou conseguindo me policiar nesta parte, entendeu? Já que, eu vou ver, de repente não vale a pena fazer agora, eu vou fazer amanhã, que, de repente, o amanhã, eu já faço de outro jeito e eu tenho ajuda de alguém. Eu acho que, assim, o que tá me fazendo é*

*esperar ajuda, que eu não esperava ajuda. Eu achava que tinha de ser na minha hora e agora não” (Artemis).*

As categorias *autoexigência* e *preocupação com o outro*, durante o relato de algumas gestantes, parecem traduzir, muitas vezes, uma única preocupação — o bem-estar do feto e, mais tarde, do recém-nascido:

*Eu acho que vai ser bem diferente da experiência que eu tive com ela [filha mais velha]. Talvez o parto seja mais longo... O parto vai ser mais longo, a recuperação das nenéns também, porque eu acho que eu não vou chegar aos nove, então eu vou precisar ter um cuidado específico, porque elas vão ficar, eu não queria que isso acontecesse, que eu fosse para casa e elas ficassem” (Deméter).*

O tema da *personalidade*, como vimos, perpassa todos os eixos analíticos propostos neste estudo, de forma que configura um importante aspecto para o debate da gestação de risco, desde a reação ao diagnóstico clínico até a abertura ao auxílio externo, da rede de suporte, para o enfrentamento do problema do risco gestacional. Diante da situação adversa, e do entendimento particular a respeito das repercussões e limitações do diagnóstico de risco gravídico, cada gestante pôde dispor de alguns recursos para organizar sua conduta de enfrentamento e de organização pessoal diante do diagnóstico.

## Discussão dos dados

A partir da execução das entrevistas clínicas e da coleta de dados segundo os instrumentos RAG e da Ficha Biográfica, os resultados podem ser discutidos levando em conta o cruzamento entre os instrumentos. Analisando-se os resultados obtidos, sobre os dados sociodemográficos das gestantes, observamos uma predominância de gestantes com ensino médio — completo ou incompleto —, o que pode indicar maior acesso a diferentes ambientes sociais, maior empregabilidade e acesso a diferentes redes sociais (Sluzki, 1997).

No que tange à idade e à situação ocupacional, as informações coletadas confirmam a inclusão da maior parte da amostra em uma faixa etária útil ao trabalho e à atividade ocupacional, embora o desemprego tenha sido identificado de maneira significativa. Uma razão para a ocorrência deste dado encontra-se na própria situação de risco, que muitas vezes torna o trabalho uma tarefa contraindicada e que oferece risco em potencial à manutenção da gravidez (Brasil, 2000). De qualquer forma, a relação com o trabalho — doméstico ou remunerado — configurou um tema de destaque nos relatos das mulheres entrevistadas. A relação íntima entre trabalho e maternidade atualmente tem sido alvo de inúmeros estudos na área (Rocha-Coutinho, 2005, 2007; Almeida, 2007).

Sobre a situação conjugal, quase a totalidade da amostra declarou-se em convivência marital estável e durante as entrevistas, houve consenso quanto algum nível de satisfação com a relação, ou pelo menos estabilidade afetiva. O surgimento de uma família — no caso das gestantes primíparas — marcada pela parentalidade, e consolidação dos laços com filhos já existentes — para as gestantes multíparas — parece entrelaçar parentalidade e conjugalidade de uma forma significativa durante o período de gestação (Chaves, 2006; Piccinini et al, 2008). Em contrapartida, alguns estudos apontam para dificuldades advindas de uma relação conjugal tensa, tanto para o casal como para o exercício da parentalidade (Braz, Dessen & Silva, 2005).

No que tange à classe social das gestantes, apesar de não ser o foco de nossa investigação, existem estudos que propõem uma articulação entre pobreza e apoio social, de forma a defender a teoria do apoio social como forma eficaz de debate e

reformulação de um modelo de saúde ainda somente curativo (Valla, 1999; Lever & Martinez, 2007).

A articulação entre os dois elementos do instrumento — RAG — teve como base o interesse pela avaliação da noção de risco, rede social de apoio e a resiliência psicológica. Quanto à noção de risco, foram levantadas as temáticas do diagnóstico em si e a articulação com a temática da saúde materna e saúde fetal. Sentimentos de surpresa e medo diante do diagnóstico dado pela unidade de saúde em tela foram constantemente relatados pelas participantes. Existe, assim, uma diferença significativa entre a vivência afetiva da maternidade e a realidade biológica e clínica, traduzida a partir do discurso especializado e técnico.

O grupo de alto-risco, caracterizado por uma probabilidade maior de complicações durante a gravidez, deveria dispor de uma abordagem em saúde diferenciada, de forma a contemplar a diversidade dos temas relacionados à vivência do risco gravídico, inclusive para a melhoria da assistência a este público (Tedesco, 2000; Dourado & Pelloso, 2007).

O fato de, na amostra consultada, termos um número considerável de primíparas em seu terceiro trimestre gestacional solicita da equipe de saúde uma preocupação adicional no sentido de esclarecer à gestante a especificidade da situação clínica de risco. Além disto, reforçar a aderência ao programa de pré-natal e ao mesmo tempo capacitar a gestante a utilizar seus recursos pessoais em prol de sua saúde, através de ações educativas e de promoção de saúde (Cardoso et al, 2007; Rios & Vieira, 2007; Shimizu & Lima, 2009).

Outro dado coletado diz respeito à atribuição de uma relação — direta ou indireta — entre a saúde materna e a repercussão para a saúde fetal por metade das entrevistadas. Este resultado nos leva a crer que para a solução adequada do risco gravídico, cabe à gestante a tomada de iniciativa quanto às mudanças de comportamento e de saúde necessárias para a manutenção de uma condição ótima de gravidez.

Assim, interpretamos esta informação à luz das pesquisas em qualidade de saúde, que defendem a importância da capacidade do indivíduo de auto-sustentar-se e ter autonomia para a tomada de decisão sobre sua vida e rumos a tomar (*empowerment*). A equipe de saúde deve promover o fortalecimento desta postura de independência e autonomia por parte da gestante (Spalliciet al, 2002).

Esta preocupação coaduna-se com a necessidade do controle dos indivíduos sobre os determinantes em saúde, caracterizando, assim, uma nova tendência na área, baseada no conceito de promoção de saúde (Buss, 2000, Brasil, 2001; Fleury-teixeira et al, 2008).

Outros temas referentes à definição de risco abarcam preocupações com o parto, a internação, a saúde individual que está sendo perturbada e a possibilidade de não ter mais filhos. Todas as situações dizem respeito à sensação de insegurança contra a natureza de expectativa atribuída à situação de risco gravídico (Nascimento & Radomile, 2007). Discutimos a concepção de risco das gestantes oscilante entre a ideia do risco-perigo e a baseada na ideia de risco-probabilidade (Menegon & Spink, 2006). A primeira situa-se ancorada no senso comum e sobre a ocorrência do imprevisível e incontrolável, enquanto a segunda utiliza-se de estratégias de educação e intervenção em saúde.

Apesar da vivência do risco gravídico — capturada através dos relatos das participantes —, oferecer elementos claramente advindos do senso comum, observamos influências do discurso científico no intuito de medicalização da vivência da gestação através da apresentação da tecnologia e dos recursos da ciência como única possibilidade de cuidado (Barros, 2002; Tesser, 2006; 2006a). Esta realidade foi traduzida pela preocupação de 58,4% das participantes com o controle sobre o corpo como estratégia máxima contra a situação de risco (Vieira, 1999; Natansohn, 2005; Russo, 2006).

Propomos uma discussão acerca da necessidade de reestruturação dos saberes e práticas biomédicos, no intuito de favorecer a expressão da autonomia dos usuários de saúde. O uso hegemônico da tecnologia como possibilidade única de intervenção subestima os resultados e enclausura a vivência do adoecimento em um ciclo vicioso, marcado pelo controle da doença e do risco a qualquer custo, sem a resignificação necessária da situação de diagnóstico e de condução da cena clínica (Tesser, 2006a; Gutierrez & Minayo, 2010).

De acordo com o eixo analítico sobre redes, avaliamos a composição e função das redes de suporte social através de algumas categorias temáticas: maternidade/heranças familiares, rede social disponível e equipe como promoção de saúde.

Sobre os temas *modelo de parentalidade* e *maternidade/heranças familiares*, não há consenso sobre o histórico de partos nas famílias das

participantes do estudo, contudo, existe uma tendência quanto ao modelo de parto desejado — normal — e a consideração de que a normalidade do parto se deve à ausência de intervenção por parte da equipe clínica. Neste ponto, a relevância de heranças familiares se torna significativa através de elementos identitários transmitidos transgeracionalmente entre as figuras femininas. Dentre estes elementos temos receitas caseiras, congruência entre as etapas do ciclo vital onde a maternidade se evidencia, e cargas genéticas específicas, como a hipertensão e tendência a gestações gemelares, o que evidencia a ocorrência de um processo de transmissão psíquica familiar que deve ser considerado como aspecto relevante no processo de subjetivação das participantes enquanto gestantes e mães (Carreteiro & Freire, 2005; Passos, 2005; Magalhães & Féres-Caneiro, 2005).

No que tange às redes de suporte social, a possibilidade metodológica de investigação era ampla para a avaliação do aspecto estrutural e funcional da rede de apoio, como o Mapa dos cinco campos (Hope, 1998; Siqueira et al, 2006), o *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS) (Sarason et al, 1983; Silva, 2003), o Questionário do Medical Outcomes Study para suporte social (Sherbourne & Stewart, 1991; Griep et al, 2005) e a Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) (Ribeiro, 1999).

As medidas de suporte social podem ser organizadas segundo três modalidades: (1) avaliação do número de contatos sociais mantidos; (2) operacionalização dos tipos de suporte oferecidos; e (3) avaliação das necessidades de suporte social e o grau de satisfação com o mesmo (Siqueira, 2008). Nosso estudo tem como preocupação verificar a disponibilidade e qualidade do suporte oferecido.

O aspecto funcional da rede foi dividido em três modalidades de apoio: afetivo (conversas sobre assuntos pessoais e íntimos), instrumental (ajuda material, auxílio em atividades cotidianas e deslocamentos) e informacional (conhecimento disponibilizado e resolução de dúvidas) (Jussani et al, 2007).

No que tange à composição da rede de apoio, de maneira global, obtivemos componentes da família, como a mãe, parentes próximos, o companheiro, filhos mais velhos, figuras do sexo feminino mais próximas — como vizinhas e amigas —, o médico, a equipe de saúde, fontes de mídia impressa e outras usuárias do serviço de pré-natal.

Notamos a existência de fontes mais próximas e outras mais distantes e circunstanciais, formando um leque amplo de opções de acesso. Interpretamos este resultado à luz de um rol de dimensões de suporte (Dunst & Trivette, 1990), das quais destacamos o tamanho atual da rede, a frequência dos contatos, a necessidade do suporte, a congruência, reciprocidade, proximidade e satisfação.

Foram citadas redes pequenas, porém com alto nível de funcionalidade. Apesar deste aspecto positivo, a grande frequência dos contatos entre os componentes da rede tende a sobrecarregar seus membros (Sluzki, 1997). Talvez o tamanho destas redes não seja significativo para a gestante de risco e sim a qualidade do apoio recebido. A necessidade e a frequência do suporte parecem identificar os componentes familiares como fundamentais, com destaque para a mãe da gestante como fonte principal de suporte afetivo.

À medida em que o suporte assume uma função instrumental, a figura do companheiro se destaca (Piccinini et al, 2004), no entanto, os familiares também são citados de forma crescente. Diante de alguma intercorrência de saúde, interpretamos este resultado de acordo com a proximidade que alguns componentes da rede possuem em relação à gestante e talvez, por isso, sejam acessados nesta situação mais prontamente que o companheiro, que trabalha.

A percepção do suporte disponibilizado (Dessen & Braz, 2000) parece estar diretamente relacionada ao valor atribuído ao componente da rede e à funcionalidade do auxílio. No caso das gestantes, figuras femininas foram citadas recorrentemente, talvez com o intuito de transmissão de experiências próprias quanto à maternidade/maternagem ou mesmo por uma tradição cultural que identifica o gênero feminino como compatível com o cuidado e o apoio mútuo (Gutierrez & Minayo, 2010).

No que tange à modalidade de apoio informacional, a função de apoio denominada de suporte técnico foi amplamente citada, com especial ênfase para a figura do médico obstetra e a equipe ampla de saúde. Mesmo alguns componentes da rede próxima de suporte foram citados com referência à atuação destas pessoas também como profissionais da área de saúde.

Houve um decréscimo do suporte citado pelas gestantes da importância da mãe para o apoio instrumental, em comparação com o apoio afetivo. Este fato pode indicar a exclusividade do suporte afetivo atribuído à mãe, enquanto o apoio

instrumental pode ser executado por outros componentes da rede, sem comprometimento da qualidade da mesma.

A avaliação positiva das participantes a respeito da equipe de saúde do serviço de pré-natal foi expressiva e as justificativas dadas, traduzidas sob os temas rapidez dos exames, solução de dúvidas e disponibilidade de informações, maior controle da saúde e atenção/cuidados, desenham um cenário onde cuidado, controle da saúde e prontidão de atendimento são aspectos vistos como positivos pelas gestantes de risco.

Quanto ao terceiro eixo analítico, sobre a investigação das estratégias e limitações vivenciadas pelas participantes durante a gestação considerada de risco, constatamos a presença de preocupações quanto à incapacidade para o trabalho e o cuidado com a casa e as tarefas domésticas. Contudo, este receio não foi considerado como um aspecto totalmente negativo, na medida em que a rede próxima era acessada para suprir o déficit no momento de crise. Assim, entendemos o apoio social como um aspecto fundamental das relações humanas e um facilitador para o enfrentamento das situações de crise (Nóbrega, Collet, Silva & Coutinho, 2010).

A temática denominada mudança comportamental foi citada como uma estratégia necessária ao controle da saúde durante a situação de risco gestacional, como a implementação de novos hábitos de saúde, preocupação com alimentação mais saudável e com uma atitude mais tranquila. A temática chamada de expectativas/enfrentamento da gestação, ao contrário da primeira, diz respeito à esperança de uma boa resolução para a gestação, sem o envolvimento pessoal ativo para tal.

No entanto, esta situação pode ser reavaliada positivamente se a rede de suporte for considerada como forte e integrada, oferecendo, assim, apoio social na forma de auxílio eficaz e efetivo (Andrade & Vaitsman, 2002).

A relação entre redes de apoio social e a expressão do binômio saúde/doença demonstra o aspecto protetivo do apoio social vinculado à relação com a capacidade ótima de enfrentamento das adversidades (Garnezy & Masten, 1994; Brito & Koller, 1999; Siqueira et al, 2006). Aspectos como a existência de um maior nível de escolaridade, maior nível de contatos com parentes e amigos próximos, associados à baixa referência a doenças crônicas estão relacionados a um maior apoio social percebido pelo indivíduo (Griep et al, 2005).

A percepção negativa do apoio social, ou da ausência de oferta de apoio pela rede encontra-se intimamente relacionada a características de personalidade (Zanini et al, 2009), isto é, personalidades mais otimistas tendem a perceber o apoio com mais facilidade (Srivastava et al, 2006).

O eixo considerado como transversal trata de considerar o elemento da personalidade como compatível com o conceito de resiliência psicológica. Como exposto anteriormente, este último diz respeito à capacidade do indivíduo superar os fatores de risco aos quais é exposto e desenvolver comportamentos mais adaptativos de superação (Garcia, 2001).

Quanto à ansiedade, citada de forma recorrente pelas participantes do estudo, deve ser entendida enquanto elemento emocional natural da gestação e, no caso da gestação de risco, soma-se ainda a incerteza quanto ao sucesso ou não da gestação como um todo (Tedesco et al, 1997; Baptista et al, 2006). No entanto, algumas características de personalidade como determinação/independência e disponibilidade para o outro podem aumentar as chances de acesso ao apoio social (Zanini et al, 2009).

Diante de situações de aumento da tensão, a literatura aponta para o efeito amortecedor do impacto dos eventos estressantes realizado pelo suporte social, identificado também com a função de ser um fator protetivo contra a doença (Rutter, 1985, 1987; Baptista et al, 2006). Pessoas sob alta tensão na vida receberiam maior influência do apoio social (Uchino, 2004).

O suporte social, assim, oferece efeitos considerados mediadores na proteção da saúde (Sluzki, 1997; Tedesco et al, 1997; Ribeiro, 1999; Dessen & Braz, 2000; Siqueira, 2008; Ribeiro, 2009). Assim, o suporte social é apontado como um elemento potente de proteção contra o risco e complicações advindas da interação negativa com a situação de tensão.

Contudo, a existência de suporte social para as participantes do estudo não significou garantia absoluta de sucesso no que se refere à situação de risco. As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram como objetivo a verificação da função concreta do suporte da rede e o dado relevante apontado é controverso.

Os efeitos do suporte social na saúde da gestante apenas indicou uma qualidade benéfica, mas não protetora e de redução do estresse de maneira absoluta. Esta constatação é coerente com a literatura que aponta para o suporte social como um aspecto potencializador dos recursos individuais de forma a

auxiliar os indivíduos durante situações de tensão (Singer & Lord, 1984; Ribeiro, 1999). Suporte social deve ser considerado, assim, enquanto um recurso.

A avaliação da equipe de saúde como positiva nos leva a considerá-la como uma importante fonte de suporte social e como elemento promotor de espaços de troca e parcerias, identificado como um recurso a ser utilizado pela gestante no exercício de sua autonomia, desde a busca consciente por informações que lhe sejam úteis até a responsabilização pela própria saúde, otimizando recursos e alcançando melhores resultados diante da gestação de risco (Andrade & Vaitsman, 2002, Fleury-Teixeira et al, 2008).

## 8

### Considerações finais

A experiência de maternidade é um fenômeno há muito tempo estudado pela ciência, pelas artes, pela antropologia e pela psicologia devido à pertinência social e repercussão para a história das sociedades. Na qualidade de fenômeno, é apreendido pelos agentes sociais de maneira particular, diferenciada, conforme o tempo histórico, a cultura e o contexto social. Na qualidade de fato biológico, está sujeito aos avanços da biomedicina, de seu instrumental e do cabedal de informações adquiridas e armazenadas ao longo do tempo pela ciência.

Contudo, a concepção da maternidade enquanto fenômeno somente biológico e clínico deve ser considerada como mais uma dentre tantas outras. A tradução deste conhecimento para a vivência cotidiana das pessoas também não é tão direta e clara. Assim, da certeza do fato biológico chegamos à inconstância do pensamento coletivo mais concreto, do cotidiano das mulheres que têm como meta atual a gestação.

A maternidade deve, então, ser enquadrada como uma etapa natural, normal, no interior do ciclo de vida da mulher. A menarca, a maternidade (que inclui a gestação, parto e puerpério como elementos pertencentes à dimensão biológica) e o climatério constituem-se em etapas de um ciclo vital conhecido da mulher, e muitas vezes ansiosamente esperado.

A antropologia cultural nos trouxe inúmeros exemplos a respeito das diferentes concepções socioculturais dos eventos biológicos. Em nossa cultura, nos grandes centros urbanos ocidentais, acompanhamos com espanto os avanços tecnológicos da ciência biomédica. Tais avanços foram responsáveis por amplas mudanças nas relações sociais, na nova expectativa de vida e na relação dos indivíduos com os seus corpos.

Em especial, tais modificações foram intensas para os corpos femininos. Com a especificidade da tecnologia biomédica, todas as situações consideradas como perinatais configuraram-se em territórios do discurso científico e alvo de seu sistema de valores, condutas, regras e *scripts*, em torno do poder médico. Assim como o parto e o puerpério, o período gestacional tornou-se alvo de padronização pelo conhecimento biomédico e, dentre as principais consequências, obtivemos uma concepção bastante específica quanto às diferenças de gênero e o

surgimento de valores, associados à mulher, de fragilidade e de vulnerabilidade, representados concretamente em seus corpos. Para este grupo vulnerável foi necessário um novo arcabouço teórico e técnico que oferecesse subsídios concretos para a sua gerência, manutenção e correção: as especialidades da obstetrícia e posteriormente a de ginecologia.

No que diz respeito ao debate acerca da problemática natureza/cultura, observamos um frutífero campo de estudos já que a determinação do fenômeno da maternidade engloba ambas as dimensões — a biológica e a sociocultural. A gestação pode ser entendida enquanto um fenômeno biológico, demarcado por parâmetros físicos, hormonais e filogenéticos, traduzidos no ato do parto e do cuidado com o recém-nascido. Ao mesmo tempo, todo este cenário é constituído socialmente a partir da inserção de *scripts* e funções mais ou menos esperadas de figuras como a do obstetra, do pai da criança, de familiares e da própria mulher, solicitada a cumprir com seu papel de forma satisfatória.

A partir da medicalização do parto, controle das “funções” femininas e conhecimento a respeito da concepção, o período gestacional também se tornou alvo de regulamentação técnica. Neste sentido, o corpo feminino, tido como frágil e digno de cuidados foi gradualmente objetificado.

A discussão sobre o paralelo entre o corpo feminino e a metáfora mecanicista foi crença corrente, durante muito tempo, e esteve (está) impregnada no discurso biomédico contemporâneo, que utiliza (opera) uma série de ferramentas para cuidar do mesmo.

Em todas estas situações, lembramos da experiência de gestação esperada, pautada pela normalidade dos procedimentos de controle. E mais uma vez a palavra “controle” retorna à discussão. Surge enquanto única ação possível para superar o fenômeno natural e transformá-lo, assim, em cultural.

O processo de medicalização reflete esta intenção e é responsável por um forte sistema de pensamento, embasado na racionalidade biomédica rumo ao controle dos corpos e dos fenômenos corporais. Entendemos a medicina como o maior agente deste projeto social.

Com a intervenção do Estado na área da saúde pública, através da influência da epidemiologia como instrumento de gestão, políticas protetivas específicas foram implementadas no intuito de padronizar as condutas em saúde, no que diz respeito à gestação, parto e puerpério. Baseadas na atenção à saúde feminina,

priorizaram a integralidade e a autonomia corporal como princípios para a determinação da especificidade da condição feminina, agindo como determinantes de o processo maior de saúde-doença.

Tais medidas podem ser avaliadas de acordo com dois vieses: o primeiro compreende o necessário avanço da discussão sobre gênero (ou relações sociais de sexo, em uma tradição francesa), garantindo determinados direitos às mulheres, amiúde, negados historicamente. Contudo, o segundo viés subverte esta ordem ao problematizar exatamente tal condição de submissão e assimetria hierárquica. Seria a mulher diferente e inferior ao homem de tal modo que necessitasse de especialidades médicas específicas que se ocupassem de sua vulnerabilidade?

Como vimos ao longo deste estudo, uma ampla discussão na literatura da área se dá em torno da concepção de risco, no entanto, é um equívoco avaliar esta concepção através de uma única dimensão, a biomédica. Implementamos um caminho teórico e metodológico diferenciado, com o foco na investigação da experiência de risco gravídico vivida pela gestante acompanhada em um pré-natal especializado.

Seria esperada, naquele ambiente, uma atmosfera de preocupação e de expectativa diante do diagnóstico médico de risco? Diante da avaliação externa do risco gestacional, qual seria a avaliação interna da gestante quanto ao tema? Estas foram algumas das perguntas que nortearam nossa investigação.

Através de seus relatos, algumas gestantes tiveram a oportunidade de avaliar suas crenças e atitudes diante da concepção interna de risco e apontaram para alguns recursos dos quais puderam fazer uso durante o período gestacional, a partir do recorte metodológico deste estudo.

A maternidade significa um grande investimento por parte da mulher — afetivo, cognitivo, existencial e biológico — de modo que a gestação em si demanda recursos internos e externos para ser posta em prática. Desta forma, entendemos que a avaliação do risco gestacional não é exclusiva da autoridade médica, mas sim um estado vivencial amplo, multifacetado, próprio de cada mulher e das condições apresentadas pelo seu entorno. Os recursos utilizados para o seu enfrentamento são de duas naturezas — interna e externa— e são ainda mais necessários quando a saúde da mulher é abalada diante de alguma complicação clínica durante a gestação.

Os recursos internos dizem respeito a variáveis intrassubjetivas, personalógicas, e muitas vezes frutos de transmissões intergeracionais, participando, assim, da construção subjetiva da mulher. Expectativas quanto ao papel de mãe, às questões relativas à maternagem e à parentalidade são algumas das preocupações da mulher nesta etapa de seu desenvolvimento. Assim, aspectos familiares são decisivos e influentes neste processo.

Quanto aos recursos externos, todos os cenários aos quais a gestante pertence e nos quais transita são elementos determinantes para a resolução satisfatória da situação de risco. Dentre estes elementos, destacamos o conceito de rede de apoio social como intimamente relacionada à saúde e, consecutivamente, à superação das complicações advindas do pré-natal de risco.

Vale ressaltar que ambos os tipos de recursos (internos e externos) não se dão de forma isolada, mas sim de maneira imbricada e interdependente. O conceito de rede se insere neste debate como elemento basal, apontando para uma teia de relacionamentos sociais, próximos ou não, que oferecem suporte ao indivíduo em seu cotidiano.

Assim, a existência de redes de apoio social e o uso efetivo das mesmas por indivíduos parece oferecer resultados positivos para a saúde. O apoio social, dentro desta perspectiva, é responsável por amenizar o impacto nocivo da adversidade e oferece maior bem-estar aos indivíduos que o recebem. A hipótese baseada no argumento sob o qual o gênero, a personalidade e o contexto sociocultural atuam como moderadores do apoio social, tornando-o mais eficaz para pessoas sob alta tensão, dá sentido à situação vivenciada pelas gestantes consideradas de risco.

O apoio social não deve ser encarado como aspecto responsável pelo total cancelamento da tensão, mas sim, enquanto dispositivo amenizador. Mulheres se beneficiam com maior facilidade deste apoio, pois as redes sociais de mulheres são maiores que as masculinas, no entanto, são mais sensíveis a eventuais conflitos emocionais. Ao mesmo tempo, tipos específicos de personalidade podem fazer um uso mais equilibrado do apoio social contra a tensão. Por último, o contexto sociocultural do indivíduo que recebe o apoio pode influenciar a qualidade e a avaliação realizada por ele sobre o apoio recebido.

O constructo de resiliência soma-se a este debate e chama a atenção para o argumento relativo aos recursos internos para o enfrentamento da situação de risco.

gravídico. Tornou-se claro, nos relatos das participantes do estudo, que algumas características tidas como diretamente associadas a condutas resilientes, como segurança, expectativas positivas, adaptabilidade, real enfrentamento da situação e determinadas habilidades (cognitivas e afetivas) são fundamentais para a superação da vivência de uma gestação de risco. A avaliação do constructo de resiliência psicológica depende da relação próxima entre processos sociais e a esfera intrapsíquica.

Foi observado, no trabalho de campo, uma tendência destacada da amostra para hipertensão arterial como quadro primordial de risco e, além disso, a presença de gestantes adolescentes, outro grupo bastante frequente neste tipo de serviço de saúde em unidades públicas atualmente. As adolescentes não foram incluídas no presente estudo, pois dada as especificidades desta etapa do ciclo vital, seria uma variável indesejada.

Em contrapartida, exatamente em virtude do tamanho reduzido da amostra, pudemos observar a vivência cotidiana destas gestantes, avaliar o seu entorno, seus vínculos familiares, sua vida ocupacional, seus modelos de conjugalidade e cuidado com os filhos.

Destacamos o interesse futuro em avaliar este cenário em mais de uma unidade de saúde, onde o serviço de pré-natal de alto-risco esteja sendo oferecido no Estado do Rio de Janeiro. Avaliamos este estudo como uma fonte inicial de consulta aos profissionais interessados pelo planejamento em saúde no país, no que tange a uma fatia considerável da atenção em saúde no Brasil.

Grandes avanços foram alcançados quanto à saúde da mulher, graças ao entendimento de que a concepção, a gestação, o parto e o puerpério possuem especificidades e por isto mesmo demandam ações programáticas particulares. No entanto, vale a lembrança de que questões em saúde não são exclusivamente pertencentes à dimensão de cuidados clínicos, de uma racionalidade médica, e sim, pertencem a uma rede muito mais ampla de cuidados e envolvem inúmeros outros agentes. A concepção de risco deve ser um aspecto a ser lembrado e verificado, mas não deve significar aprisionamento a rotinas clínicas áridas e mecânicas.

O papel das equipes de saúde nos parece ser essencial rumo à mudança de valores e renovação de um projeto social de resgate da cidadania do usuário de saúde no nosso país e valorização da vida, em todas as acepções da palavra. A

equipe de saúde possui o potencial formal para atingir este novo patamar e agir enquanto elemento de facilitação em relação à sutil equação entre adoecimento-doença e saúde-reabilitação.

O que observamos, ao longo da história até os dias atuais, foi a sucessiva tecnificação das relações e das ações de saúde, nos distanciando dos doentes e nos aproximando das doenças. Com o surgimento e consolidação da noção de promoção de saúde, podemos aproximar, definitivamente, a racionalidade biomédica da vivência cotidiana das pessoas que vêem suas vidas serem transformadas momentaneamente por algum quadro clínico sugerido como perigoso e de risco.

A equipe de saúde, assim, deve atuar como agente de promoção de saúde, auxiliando a gestante em sua jornada e agindo como fator de proteção diante do diagnóstico clínico de risco gravídico. Como um dos elementos componentes da rede de apoio social disponível à gestante, os membros da equipe de saúde apresentam-se enquanto agentes de promoção de saúde e atuam de forma a diminuir os fatores de risco associados ao diagnóstico clínico, ao participarem da criação de estratégias eficazes de enfrentamento da situação de adversidade.

## 9

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. I. M. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ALMEIDA, J. A. G. *Um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, L. S. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia*, Niterói, v. 19, n. 2, p. 411-422, 2007.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, Canoas, n. 24, p. 115-126, dez. 2006.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AYRES, J. R. C. M. **Epistemologia, promoção da saúde e paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, p. 28-42, 2002. Suplemento 1.**

\_\_\_\_\_. ***Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.**

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, A. S. D.; FORQUIM, P. M. Enfermaria de obstetrícia. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 11-13.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psicologia: Revista da Vetor Editora*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jun. 2006.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 58-67, 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARNARD, K. E.; MARTELL, L. K. Mothering. In: BORNSTEIN, M. (Org.). *Handbook of Parenting*. New Gersey: [s. n.], 1995. p. 3-26. v. 3.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo modelo-doença: a que responde o modelo biomédico. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BASSIN, D.; HORNEY, M; KAPLAN, M. M. *Representations of Motherhood*. New Haven, C. T: Yale University Press, 1994.

BENINCÁ, C. R. S.; GOMES, W. B. Relatos de mães sobre transformações familiares em três gerações. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 2, p. 177-205, 1988.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC: Cortez, 2002.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, 2005. Suplemento 0.

BJORKLUND, D. F.; PELLEGRINI, A. D. *The origins of human nature: evolutionary developmental psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 63-70, 2004

BORTOLETTI, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: BORTOLETTI, F. F. (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manone, 2007. p. 37-46.

BOWLING, A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University, 1997.

BOWLING, A.; GRUNDY, E.; FARQUHAR, M. Changes in network composition among the very old living in inner London. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, [s. l.], v. 10, p. 331-347, 1995.

BRAGA, M. C. A. *Redes sociais de suporte aos pais dos bebês internados na unidade de terapia intensiva neonatal*. 2006. 136 f. Tese (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Declarações e cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. *Portaria MS/GM nº 95*. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência à Saúde – SUS. Brasília, DF, 26 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2000a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF: Centro de Documentação, 1984.

BRAZ, M. P.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, p. 151-161, 2005.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BREIHL, J.; GRANDA, E. *Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto de Saúde: Abrasco, 1986.

BRITO, R; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Ed.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. p. 21-30.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogia da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p. 151-172.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr./jun. 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo. *Revista Diálogos Possíveis*, Salvador, ano 6, n. 1, p. 143-159, jan./jun. 2007.

CARRETEIRO, T. C.; FREIRE, L. L. De mãe para filha: a transmissão familiar em questão. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 179-191, 2005.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CARVALHO, A. M. A. et al. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set./dez. 2006.

CARVALHO, A. M. A.; IMPÉRIO-HAMBURGER, A.; PEDROSA, M. I. Interaction regulation and correlation: conceptual discussion and empirical examples in the context of human development. In: LYRA, M.; VALSINER (Ed.). *Construction of psychological processes in interpersonal communication*. Stamford: Ablex, 1998. p. 155-180.

CARVALHO, A. M. A.; RUBIANO, M. R. B. Vínculo e compartilhamento na brincadeira de crianças. In: ROSSETI-FERREIRA, M. C. et al. (Org.). *Rede de significações: uma perspectiva para o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 171-187.

CARVALHO, G. *Aspectos cognitivos da construção contemporânea da maternidade: a experiência de mães dos anos 90*. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CARVALHO, G. Gestação de risco e Gestalt-Terapia: uma aproximação possível? In: CONGRESSO NACIONAL DE GESTALT-TERAPIA, 3, 2009, Vitória. *Anais...* Vitória: Instituto de Psicologia Gestalt em Figura, 2009.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 79-96.

CERVENY C. M. O.; SOUZA, M. T. S. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicológica*, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006.

CHAVES, U. H. Família e parentalidade. In: CERVENY, C. M. O. (Org.). *Família e... narrativas, gênero, parentalidade, irmãos, filhos nos divórcios*,

*genealogia, história, estrutura, violência, intervenção sistêmica, rede social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 47-62.

CHAZAN, L. K. *Meio quilo de gente!* Produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia. Um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 274 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, jul./ago. 2001.

CITELI, M. T. Fazendo diferença: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, p. 131-145, 2001.

COELHO, M.; RIBEIRO, J. Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, Porto, v. 1, n.1, p.79-87, 2000.

COHEN, S.; MCKAY, G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In: BAUM, A.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Ed.). *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, 1984. v. 4. p. 253-268.

COHEN, S.; UNDERWOOD, L. G.; GOTTLIEB, B. H. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University, 2000.

COLLIN, F. Diferenças dos sexos (teorias da). In: HIRATA, H. et al. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009. p. 59-66.

CORRÊA, M. C. D. V; GUILAM, M. C. R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 22, p. 2141-2149, out. 2006.

CORRÊA, M. D.; OLIVEIRA, M. J. V. Assistência Pré-Natal. In: CORRÊA, M. D. *Noções práticas de obstetrícia*. São Paulo: Medsi, 1999, p. 21-33.

COSTA, J. F. A medicina como projeto social: o controle dos corpos e sexos. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento à gestante no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

\_\_\_\_\_. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA, L. G. A rede social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

COSTA, T. et al. A naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, jul./dez. 2006.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora – MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 717-724, 2003.

CRAIG, S. T. J.; WINSTON, T. J. The effect of social support on prenatal care. *Journal of Applied Behavioral Science*, Washington, v. 25, p.78-98, 1989.

CRAMER, D.; HENDERSON, S.; SCOTT, R. Mental health and desire social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, California, v. 14, n. 6, p. 761-775, 1997.

CRAVERI, B. *Amantes e rainhas: o poder das mulheres*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-54.

DABAS, E. *Red de redes: las prácticas de la intervención em redes sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

DABAS, E.; PERRONE, N. *Redes em salud*, 1999. Disponível em: <<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2010.

DANTAS, J. B. Tecnicificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 21, n.3, p. 563-580, set./dez. 2009.

D'EL REY, G. J. F. et al. Aspectos cognitivos relacionados ao aparecimento de transtornos de humor em gestantes internadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 181-185, 2000.

DEMO, D. H.; AQUILINO, W. S.; FINE, M. A. Family composition and family transitions. In: BENGTSON, V. L. *Sourcebook of family theory & research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

DESSEN, M. A. Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. *Revista Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, n. 3, p. 51-61, 1997.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

DILEO, G. M. *Guia Médico da Gravidez: passo a passo*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2006.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DOURADO, V. G. *Gestação de alto-risco: a vida e a morte entre os significados da gestação*. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

DUNST, C.; TRIVETTE, C. Assessment of social support in early intervention programs. In: MEISELS, S.; SHONKOFF, J. (Ed.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University, 1990. p. 326-349.

- EAGLETON, T. *A ideia de cultura*. São Paulo: UNESP, 2005.
- EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. *Situações de risco à saúde da criança e do adolescente*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- ELIAS, N. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. São Paulo: Centauro, 2002.
- FABER, A. D.; WASSERMAN, S. Social support and social networks: synthesis and review. In: LEVY, J. A.; PESCOLIDIO, B. A. (Ed.). *Social Networks and Health*. New York: JAI, 2002. p. 29-72.
- FEIJÓ, M. R. Família e rede social. In: CERVENY, C. M. O. *Família e... narrativas, gênero, parentalidade, irmãos, filhos nos divórcios, genealogia, história, estrutura, violência, intervenção sistêmica, rede social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 233-255.
- FEIJÓ, M. R.; MARRA, C. Mapa das redes culturais: um instrumento para o trabalho com famílias em contexto de migração. *Revista Família e Comunidade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 27-42, 2005.
- FIGUEIRA, S. A. *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- FLECK, L. *La génesis y El desarrollo de um hecho científico*. Madrid: Alianza editorial, 1986.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2115-2122, 2008. Suplemento 2.
- FOUCAULT, M. *A história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FRANKLIN, Sarah. Making sense of missed conceptions: anthropological perspectives on unexplained infertility. In: LAMPHIRE, L., RAGONÉ, H.; ZAVELLA, P. (Org.). *Situated lives: gender and culture in everyday life*. Londres: Routledge, 1997. p. 99-109.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Campinas, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. *Revista Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 128-130, 2001.

GARCIA, N. M.; YUNES, M. A. M. Resiliência familiar: baixa renda e monoparentalidade. In: DELL'AGLIO, D. D.; YUNES, M. A. M. (Ed.). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 117-140.

GARMEZY, N. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, [s. l.], n. 56, p. 127-133, 1993.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. Chronic adversities. In: RUTTER, M; TAYLOR, E.; HERSON, L. (Ed.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1994. p.191-207.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIBSON, C. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, n. 16, p. 354-361, 1991.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.

GIDDENS, A.; BECK, U. B.; LASCH, S. *Modernização reflexiva*. São Paulo: UNESP, 1997.

GIRAUD, F.; MORO, M. Parentalidade e migrações. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 203-209.

GOLDENBERG, M. *De perto ninguém é normal: estudos sobre corpo, sexualidade, gênero e desvio na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

\_\_\_\_\_. *O corpo como capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira*. São Paulo: Estação das letras e cores, 2007.

GOMES, U. A. et al. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demógrafo-sociais e da atenção médica da população estudada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 5-17, 1990.

GOUGH, K. The origin of the family. *Journal of Marriage and the Family*, North Carolina, n. 33, p. 760-771, 1971.

GREEN, B.; RODGERS, A. Determinants of social support among low-income mothers: a longitudinal analysis. *American Journal of Communitary Psychology*, New York, v. 29, n. 3, p. 419-442, 2001.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GRMEK, M. Declin et emergence des maladies. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 9-32, 1995.

GROTBERG, E. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. p. 15-22.

\_\_\_\_\_. The International Resilience Project: promoting resilience in children. Washington, DC: Civitan International Research Center: University of Alabama at Birmingham: ERIC Reports, 1995.

GUILHAM, M. C. R.; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H. et al. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 15-32.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15, p. 1497-1508, 2010. Suplemento 1.

HAGGERTY, B. M.; WILLIAMS, R. A. The effects of sense of belonging, social support, conflict and loneliness on depression. *Nursing Reseach*, North Carolina, v. 48, n. 4, p. 215-219, 1999.

HAGGERTY, L. J. et al. *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University, 2000.

HAWLEY, D. R.; DEHANN, L. Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, Canada, n. 35, p. 283-298, 1996.

HENRIQUES, C. R.; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. Trabalho e família: um prolongamento da convivência familiar em questão. *Paideia*, São Paulo, v. 16, n. 35, p. 327-336, 2006.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 99-128, 1980.

HIEW, C. et al. Measurement of resilience development: preliminary results with a state-trait resilience inventory. *Journal of Learning and Curriculum Development*, [s. l.], n.1, p. 11-117, 2000.

HOPE, M. Redes de apoio social e afetivo de crianças em situação de risco. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 47-51.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 23-38.

\_\_\_\_\_. *Até que a vida nos separe: a crise do casamento contemporâneo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1998.

JEOLÁS, L. S. O diálogo interdisciplinar na abordagem dos riscos: limites e possibilidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 9-21, jan./mar. 2010.

JULIEN, P. *Abandonarás teu pai e tua mãe*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-189, 2007.

KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEFBECK, J. Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje em red. In: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. *Redes: el language de los vínculos, hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós, 1995. p. 345-356.

- KNIBIEHLER, Y.; FOUQUET, C. *La femmes et lês médecins*. Paris: Hachette, 1983.
- LABORIE, F. Tecnologias da reprodução humana. In: HIRATA, H. et al. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009. p. 246-250.
- LALONDE, M. *A new perspective on the health of canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.
- LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- LATOUR, B. Give me a laboratory and I will raise the world. In: BIAGIOLI, M. (Org.). *The science studies reader*. New York: Routledge, 1999. p. 258-275.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. São Paulo: Papirus, 2003.
- LEMIEUX, V. *Lesréseaux d'acteurssociaux*. Paris: Universitaires de France, 1999.
- LEVER, J. P.; MARTINEZ, Y. I. C. Pobreza y apoyo social: um estúdio comparativo em três niveles socioeconômicos. *Revista Interamericana de psicologia; Interamerican Journal of Psychology*, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 177-188, 2007.
- LEVI STRAUSS, C. *A família, origem e evolução*. Rio Grande do Sul: Villa Martha, 1980.
- LEVY, J. A.; PESCOSOLIDO, B. A. The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. In: LEVY, J. A.; PESCOSOLIDO, B. A. (Ed.). *Social Networks and Health*. New York: JAI, 2002. p. 3-25.
- LEWIS, M. Social development in infancy and early childhood. In: OSOFSKY, J. D. (Org.). *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1987. p. 419-493.

LIBÓRIO, R. M. C.; CASTRO, B. M.; COELHO, A. E. L. Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. In: DELL'AGLIO, D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Org.). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 89-116.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

LOPES, M. M.; PISCITELLI, A. Revistas científicas e a constituição do campo de estudos de gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, p. 115-125, set./dez. 2004. Número Especial.

LOURO, G. L. Pedagogia da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 7-34.

LUPTON, D. *Risk*. New York: Routledge, 1999.

LUZ, M. D. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. D. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACHADO, M. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MAGALHÃES, A. S. Transmutando a individualidade na conjugalidade. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas*. Rio de Janeiro: PUC; São Paulo: Loyola, 2003. p. 225-246.

MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC, 2005. p. 24-32.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva, 1996.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1985. v. 8. p.1-52.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 399-422.

MCGOLDRICK, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 30-64.

MELILLO, A.; ESTAMATTI, M.; CUESTAS, A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 59-72.

MELLO, L. G. *Antropologia cultural: iniciação, teoria e temas*. Petrópolis: Vozes, 2009.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. 1, p. 81-86, 2000.

MENDIZABAL, E. *Understanding networks: the functions of research policy networks*. London: Overseas Development Institute, 2005.

MENEGON, V. S. M.; SPINK, M. J. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: S.O.S. do Corpo, 2006. p. 163-188.

MESQUITA, V. L. T. *Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas*. 2008. 118 f. Trabalho de conclusão de curso. (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MISSIONNIER, S. O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai: as interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 115-122.

MIZHAHI, B. G. *A relação pais e filhos hoje: a parentalidade e as transformações no mundo do trabalho*. Rio de Janeiro: PUC; São Paulo: Loyola, 2004.

MORALES, A. T. Os predicados da parentalidade adotiva. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 195-201.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NAGAHAMA, E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, jul./set. 2005.

NASCIMENTO, C. A.; RADOMILE, M. E. S. Gravidez de risco: riscos da hospitalização. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, ano 2, n. 4, p. 10-13, jan. 2007.

NATANSOHN, L. G. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 287-304, maio/ago. 2005.

NOBREGA, V. M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 431-440, 2010.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003.

NOGUEIRA, R. P. Higienomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

OLIVEIRA, A. C. *Gênero, saúde reprodutiva e trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 97-107, 2000.

OROZCO-NUÑES, E. et al. Participación social em salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Revista Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 51, n. 2, p. 104-113, mar./abr. 2009.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 89-107, out. 2006. Suplemento.

OSIS, M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção*. 1994. 186 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573

PASQUALI, L. (Org.). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília, DF: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida: Instituto de Psicologia: UnB: INEP, 1996.

PASSOS, M. C. A família não é mais aquela: alguns indicadores para pensar suas transformações. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas*. Rio de Janeiro: PUC; São Paulo: Loyola, 2003. p. 13-26.

PASSOS, M. C. Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC, 2005. p. 11-23.

\_\_\_\_\_. Funções materna e paterna nas famílias homoparentais. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 269-282.

PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

PICCININI, C. A et al. Gestação e a constituição da maternidade. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004.

PITANGUY, J. Gênero, violência e saúde. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 145-156.

POLETO, M.; KOLLER, S. H. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Org.). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 19-44.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

RADKE-YARROW, M. The individual and the environment in human behavioral development. In: BATESON, P. *The development and integration of behavior*. Cambridge University: Cambridge, 1991. p. 389-410.

RAVAZZOLA, M. C. Resiliências familiares. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. p. 73-86.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 13, n. 2, p. 69-78, 2009.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Revista Análise Psicológica*, Lisboa, v. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RIBEIRO, M.; RIBEIRO, J. Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, Porto, v. 1, n. 1, p. 79-87, 2000.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, B. S. *Bases Iniciais dos Processos Interativos Mãe-Bebê*. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. *Investimento materno: aspectos afetivos e socioculturais*. 2009. 167 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. *Revista Alea*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Família e emprego: conflitos e expectativas de mulheres executivas e de mulheres com um trabalho. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 157-180.

\_\_\_\_\_. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, M. L. *Família e gerações*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 91-106.

\_\_\_\_\_. Variações sobre um antigo tema: a maternidade para mulheres. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC, 2005. p. 122-137.

- RODRIGUES, J. C. R. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006
- RODRIGUES, Diego; NUNO, Fernando. *Dicionário Larousse da língua portuguesa*. São Paulo: Larousse do Brasil, 2005.
- RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. Social support. *Encyclopediam of Mental Health*, São Diego, v. 3, p. 535-544, 1998.
- RODRIGUES, V. B; MADEIRA, M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, Porto, p. 390-399, 2009.
- ROHDEN, F. Sexualidade e gênero na medicina. In: In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 157-180.
- ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 201-212, 2003. Suplemento 2.
- \_\_\_\_\_. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Revista Horizonte Antropológico*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, 2002.
- \_\_\_\_\_. O corpo fazendo a diferença. *Mana: estudos de antropologia social*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 127-141, out. 1998.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC: Cortez, 2002. p. 73-88.
- ROSENBERG, J. L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: BORTOLETTI, F. F. (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manone, 2007. p. 109-117.
- RUSSO, J. A. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 183-194.
- RUTTER, M. Stress research: accomplishments and tasks ahead. In: HAGGERTY, L. J.; SHERROD, L. R.; GAMEZY, N.; RUTTER, M. *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press, 2000. p. 354-376.
- \_\_\_\_\_. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, Oxford, v. 21, n. 2, p. 119-144, 1999.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, London, n.14, p. 626-631, 1993.

\_\_\_\_\_. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatry Anviation*, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 316-331, jul. 1987.

\_\_\_\_\_. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, [s. l.], n. 147, p. 598-611, 1985.

RUZZI-PEREIRA, A. *Doença mental materna: ações de parenting e suporte social*. 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo.

SAMARA, E. M. *A família brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SANTOS, S. M. Ação participativa, seu desenrolar no parto e no nascimento: experiência de um curso de gestantes em um hospital universitário. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2005.

SARASON, I. G. et al. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, v. 44, n. 1, p. 127-139, 1983.

SARASON, B. R. Família, apoio social y salud. In: BUENDÍA, J. (Org.). *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, 1999. p. 19-42.

SARASON, I.G.; PIERCE, G. R.; SARASON, B. R. Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, Washington, n. 7, p. 495-506, 1990.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: PUC, 2003. p. 21-36.

SCAVONE, L. Estudos de gênero: uma sociologia feminina? *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 173-186, jan./abr. 2008.

\_\_\_\_\_. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 10, p. 83-112, 1998.

SCAVONE, L. Impactos das tecnologias médicas na família. *Revista Saúde em Debate*, Goiânia, v. 40, p. 48-53, set. 1993.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, abr./jun. 2000.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 356-367, 1994.

SEIDL DE MOURA, M. L.; RIBAS, A. F. Evolução e desenvolvimento humano. In: OTTA, E.; YAMAMOTO, M. E. (Orgs.). *Psicologia evolucionista*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 77-85.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

\_\_\_\_\_. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004a.

SHERBOUNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, California, v. 32, p. 705-714, 1991.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SHUMAKER, S. A.; HILL, D. R. Gender differences in social support and health. *Health Psychology*, Washington, v. 10, n. 2, p. 102-111, 1991.

SILVA, A. C. P.; PEPE, V. L. E. Vigilância sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 819-852.

SILVA, M. R. S. *A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social*. 2003. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVA, M. R. S.; ELSEN, I.; LACHARITÈ, C. Resiliência: fatores associados, concepções e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paideia*, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 147-153, 2003.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SINGER, J. E.; LORD, D. The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: BAUM, A.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Ed.). *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, 1984. v. 4. p. 269-278.

SINGLY, F. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de psicologia; Interamerican Journal of Psychology*, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 149-158, 2006.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388, abr./jun. 2008.

SRIVASTAVA, S. et al. Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, v. 91, n. 1, p. 143-153, 2006.

SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMITH, B. G. *Gênero e história: homens, mulheres e história*. Bauru: EDUSC, 2003.

SMITH, T. W.; GALLO, L. C. Personality traits as risk factors for physical illness. In: BAUM, A.; REVENSON, T.; SINGER, J. (Ed.). *Handbook of Health Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2001. p. 139-172.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 29-40.

SORJ, B. *O laboratório de pandora: estudos sobre a ciência no feminino*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SOUZA, C. V.; BOTELHO, T. R. Modelos nacionais e regionais de família no pensamento social brasileiro. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 414-432, 2001.

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia; Interamerican Journal of Psychology*, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006.

SPALLICI, M. D. B.; COSTA, M. T. Z.; MELLEIRO, M. M. (Org.). *Gravidez e nascimento*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

SRIVASTAVA, S. et al. Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, [s. l.], v. 91, n. 1, p. 143-153, 2006.

STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidades de mães. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.

TANAKA, A. C. d'A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 67-75, 1989.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, J. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 43-76.

TAYLOR, S. E. et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, nor fight-or-flight. *Psychological Review*, Washington, v. 107, n. 3, p. 411-429, 2000.

TEDESCHI, L. A. *História das mulheres e as representações do feminino*. Campinas: Curt Nimuendajú, 2008.

TEDESCO, J. J. A. *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu, 2000.

TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Florianópolis, v. 9, n. 18, p. 61-76, jan./jun. 2006.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Florianópolis, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006a.

TORNQUIST, C. S. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UCHINO, B. N. *Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships*. Yale: Yale University, 2004.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 7-14, 1999. Suplemento 2.

VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 67-78.

WAGNER, A. *Família em cena: tramas, dramas e transformações*. Petrópolis: Vozes, 2002.

WALSH, F. *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press, 1998.

YANNOULAS, S. C. Ações afirmativas, mulheres e mercados de trabalho. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 322-325, 2001.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: DELL'AGLIO, D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Org.).

*Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 45-68.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. A. R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 195-202, 2009.

## ANEXOS

## **Anexo I**

### **ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DA GESTAÇÃO – RAG**

#### **Questões de Identificação**

1. Qual o seu nome completo?
2. Qual sua idade?
3. Qual seu endereço? Bairro, cidade?
4. Qual o seu estado civil oficial?
5. E sua situação conjugal hoje?
6. Vive com quem em sua casa hoje?

#### **Questões sobre situação de diagnóstico de alto-risco**

7. Esta é a sua primeira gestação? Se não, como foram as outras? Teve algum aborto antes?
8. O que significa para você o diagnóstico de alto-risco?
9. O que você está fazendo nesta situação?

#### **Questões sobre contexto familiar e maternidade**

10. Como são os partos das mulheres da sua família?
11. Como são criadas as crianças na sua família?
12. Qual o papel que você atribui à sua família na sua situação clínica hoje?

#### **Questões sobre rede de apoio social**

13. Você busca informações para ajudá-la em sua gestação? Junto a quem você busca informação?
14. Em uma situação difícil, cite duas pessoas a quem você recorreria.
15. Hoje, o que você acredita ser fundamental para ajudá-la com esta situação?
16. Como foi a sua experiência com a equipe de saúde?

#### **Questões sobre resiliência**

17. Qual a qualidade que você acha mais importante em uma pessoa?
18. Diga dois ou mais pontos fortes e fracos em você.
19. O que você espera de sua gestação de risco? E como você espera superar a situação de diagnóstico de alto-risco?

## Anexo II

### FICHA BIOGRÁFICA - FB

1. NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IDADE ATUAL: \_\_\_\_ ANOS.

ENDEREÇO:

\_\_\_\_\_

**ESCOLARIDADE:**

Ensino Fundamental: ☐ incompleto ☐ completo

Ensino Médio: ☐ incompleto ☐ completo

Ensino Superior: ☐ incompleto ☐ completo

**2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:**

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

☐ Está empregada ☐ Está desempregada Há quanto tempo:

\_\_\_\_\_

**3. SITUAÇÃO CONJUGAL HOJE:** ☐ solteira ☐ casada ☐ morando junto

☐ mãe solteira ☐ viúva

**4. CONSTITUIÇÃO FAMILIAR:**

Cônjuge: Idade \_\_\_\_\_ anos. Profissão: \_\_\_\_\_

Filhos: ☐ Sim ☐ Não Em caso afirmativo, quantos: \_\_\_\_\_

**5. SITUAÇÃO CLÍNICA:**

Diagnóstico de risco:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idade Gestacional atual: \_\_\_\_\_

## **Anexo III**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro estar ciente e ceder minhas informações pessoais quanto à condição de gestação de risco para fins de investigação da pesquisa intitulada GESTAÇÃO DE RISCO: MATERNIDADE E REDES SOCIAIS EM UM PROGRAMA DE PRÉ-NATAL, como tese de doutoramento de GUILHERME DE CARVALHO, a partir de entrevista clínica cedida durante o pré-natal nesta unidade de saúde, na cidade de Duque de Caxias, Rio de Janeiro.

Autorizo a gravação da entrevista e o uso de todas as informações contidas nesta, tendo minha identidade preservada, em publicações científicas, apresentações em congressos, simpósios, fóruns, e demais eventos científicos, além de fins didáticos.

Duque de Caxias,        de                                de                                .

---

Participante

---

Pesquisador