



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE ALMEIDA MARTINS

**PRÁTICAS CULTURAIS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE MATERNO
INFANTIL EM SOBRAL-CE**

Sobral - CE

2018

ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE ALMEIDA MARTINS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Orientadora: Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

Sobral - CE

2018

ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE ALMEIDA MARTINS

PRÁTICAS CULTURAIS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE MATERNO
INFANTIL EM SOBRAL-CE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Orientadora: Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Roberta Cavalcante Muniz Lira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M1p MARTINS, ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE ALMEIDA.
PRÁTICAS CULTURAIS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE MATERNO INFANTIL EM
SOBRAL-CE / ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE ALMEIDA MARTINS. – 2018.
68 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira..

1. Psicologia. 2. Prática de cuidado. 3. Estratégia saúde da família. 4. Saúde materno-infantil. I.
Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Liduína e Euclides, pelo amor, presença constante, orações e exemplos e tudo que me tornou o que sou hoje.

Ao meu irmão, pelo apoio e escuta nos momentos difíceis.

Ao meu esposo, pelo amor, parceria e dedicação aos meus projetos, inclusive na formatação deste trabalho.

À minha Professora e Orientadora Camilla Lopes, pela solicitude, paciência e incentivo. Por me ajudar a ver nos erros possibilidades de crescimento.

À professora Rosângela Pimenta e Cibelly Freitas pela participação na minha banca de qualificação e pelas valorosas contribuições.

À professora Denise do Nascimento e Roberta Lira pela participação na minha banca de apresentação final da dissertação e pelas valorosas contribuições.

A todos os funcionários dos CSF'S CSF Dr. José Mendes Mont'Alverne, CSF Leda Prado e CSF Tamarindo que me acolheram e apoiaram durante o processo da pesquisa.

As minhas informantes, Maria, Zilda, Nise, Raquel, Cora e Maria Quitéria, que me deram oportunidade de ouvir e crescer com suas histórias de vida.

Ao meu amigo Paulo Roberto, por permanecer presente em muitos momentos da minha vida.

RESUMO

O período gestacional é atravessado por transformações físicas e mudanças que envolvem o contexto familiar, grupo social e cultural da mulher. O objetivo da pesquisa foi conhecer as práticas culturais utilizadas como estratégias de cuidado à saúde materno infantil na cidade de Sobral-CE, no cotidiano de práticas dos sujeitos. Este trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, com análise de entrevistas semiestruturadas realizada com mulheres gestantes, acompanhadas em duas unidades de saúde do município. Analisamos as normativas do ministério da saúde que orientam o contexto da saúde materno infantil. O tratamento analítico foi através da análise crítica do discurso, teoria que investiga a relação dialética entre linguagem e práticas sociais. Quanto aos documentos oficiais, observamos uma manutenção do perfil de maternidade, a mãe-mulher como tutelada e passiva na relação com o profissional de saúde. A análise dos discursos das entrevistas evidenciou que a vivência da gestante está relacionada a diversos fatores, dentre eles: as alterações físicas, estados psicológicos, relacionamento familiar e com o parceiro, auto percepção corporal e a percepção do cônjuge acerca das mudanças corporais. A escolha dos modos de representar está relacionada aos interesses particulares e as práticas e posições enfatizadas na representação dos sujeitos, desse modo, as práticas populares na gravidez apresentam diversas representações, dentre elas a de cura, espiritualidade, valores familiares, previsão de futuro, dentre outras formas de lidar com o viver gestacional. As gestantes demonstram aliar tanto práticas ligadas ao cuidado popular como ao campo médico. Portanto, faz-se necessário a criação de redes de cuidado que considerem o protagonismo da mulher e fundamentalmente, propiciem espaços para que a mulheres gestantes e parceiros (as) elaborem acerca dos significados de seus corpos e vivências.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Prática de cuidado, Estratégia saúde da família, Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

The gestational period is crossed by physical transformations and changes that involve the family context, social and cultural group of the woman. The objective of the research was to cultural practices used as strategies for maternal and child health care in the city of Sobral-CE, in the daily practice of the subjects. This work is characterized by being a qualitative research, with analysis of semi-structured interviews carried out with pregnant women accompanied at two health units of the municipality. We analyze the norms of the Ministry of Health that guide the context of maternal and child health. The analytical treatment was through the critical analysis of the discourse, theory that investigates the dialectical relationship between language and social practices. Regarding the official documents, we observed a maintenance of the maternity profile, the mother-woman as guarded and passive in the relationship with the health professional. The analysis of the interview speeches showed that the experience of the pregnant woman is related to several factors, among them: physical changes, psychological states, family and partner relationship, body self perception and the spouse's perception of the body changes. The choice of modes of representation is related to the particular interests and the practices and positions emphasized in the representation of the subjects, in this way, the popular practices in the pregnancy present diverse representations, among them the one of cure, spirituality, values family, future prediction, among other ways of dealing with gestational living. The pregnant women demonstrate to ally both practices related to the popular care as to the medical field. Therefore, it is necessary to create networks of care that consider the role of women and fundamentally, provide spaces for pregnant women and partners to elaborate on the meanings of their bodies and experiences.

KEY WORDS: Psychology, Care practice, Family health strategy, Maternal and child health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - Elementos da ordem do discurso e seus significados | 15 |
| FIGURA 2 - Estruturas linguísticas recorrentes nos manuais | 36 |
| FIGURA 3 - Estruturas linguísticas recorrentes nos manuais | 38 |
| FIGURA 4 - Representações nos saberes populares relacionados à gestação e puerpério..... | 50 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO DO TEXTO..... | 10 |
| 2. METODOLOGIA..... | 14 |
| 2.1. Percurso da pesquisa..... | 14 |
| 2.2 Amostragem e coleta dos dados..... | 16 |
| 2.3 Análise de discurso crítica (ADC)..... | 17 |
| 2.4. Aspectos éticos..... | 18 |
| 3. PRÁTICAS DE CUIDADO À GESTANTE NA HISTÓRIA DO BRASIL E DE OUTRAS CIVILIZAÇÕES..... | 19 |
| 3.1. Das Maieutas Gregas às feiticeiras da Idade Média..... | 19 |
| 3.2. O desenvolvimento da ciência moderna e transformações do papel social feminino..... | 22 |
| 3.3. Cuidados da Gestação na História do Brasil..... | 24 |
| 4. PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE: UMA BREVE ANÁLISE CONCEITUAL..... | 28 |
| 5. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DIRIGIDOS À OFERTA DE CUIDADOS NA SAÚDE MATERNO INFANTIL..... | 34 |
| 5.1. Contextualizado a criação dos documentos..... | 35 |
| 5.2. Analisando as políticas e seus gêneros discursivos..... | 36 |
| 5.2.1 <i>Humanização e acolhimento.....</i> | <i>38</i> |
| 5.2.2. <i>Pré-natal.....</i> | <i>39</i> |
| 5.2.3. <i>Ações educativas.....</i> | <i>39</i> |
| 5.2.4. <i>Visita domiciliar.....</i> | <i>40</i> |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 43 |

| | |
|--|----|
| 6.1. | |
| Subjetividade | 44 |
| 6.1.1. <i>Relação com o corpo</i> | 45 |
| 6.1.2. <i>O olhar do parceiro</i> | 46 |
| 6.1.3. <i>Sexualidade</i> | 47 |
| 6.2. Condutas x Cuidados: do técnico ao relacional | 48 |
| 6.2.1. <i>Representações culturais de cuidado</i> | 50 |
| 6.2.2. <i>Organização da rede de cuidado</i> | 53 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| 8. REFERÊNCIAS | 57 |
| 9. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE DA PARTICIPANTE DA PESQUISA | 63 |
| 10. APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 66 |
| 11. ANEXO A – PARECER PROTOCOLO DA COMISSÃO CIENTÍFICA SEC. DE SAÚDE DE SOBRAL | 67 |

1. APRESENTAÇÃO DO TEXTO

A vivência da maternidade, como um dos recortes abordados nesta pesquisa, está relacionada a caminhos antigos percorridos por esta pesquisadora. Aqui, aproveito o ensejo para tomar a fala em primeira pessoa, uma vez que o interesse pelo tema surge de vivências particulares. Antes da apresentação das justificativas, objetivos e autores referências para o tema proposto nesta dissertação, dou início ao texto contando como foi meu encontro e o despertar do interesse pelo assunto, abordando algumas experiências vivenciadas na graduação e que constituíram a profissional e pesquisadora como estou hoje.

Em 2012, como estagiária de psicologia, o contato com mulheres hospitalizadas em função de suas gestações consideradas de alto risco, me trouxe reflexões acerca da relação médico-paciente e da posição da mulher no seu processo de hospitalização. Em 2013, através do Programa de Educação Tutorial (PET), acompanhei atividades desenvolvidas na Estratégia Trevo de Quatro Folhas, política pública desenvolvida para reduzir os índices de mortalidade materno infantil na cidade de Sobral. As questões presentes na vivência da maternidade surgiram por diversos momentos no percurso de minha graduação em psicologia, na Universidade Federal do Ceará (UFC) de Sobral e continuam como meu impulso para ler, conhecer, repensar e sobretudo, pesquisar.

Como profissional de psicologia no Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) de um município da região Norte do Ceará, algumas demandas de atendimentos estavam relacionadas a usuários (as) que não correspondiam às instruções repassadas pelos profissionais da unidade, geralmente, relacionadas a não adesão à amamentação, uso de chás e fórmulas caseiras. As estratégias de cuidado popular, algumas vezes, despertavam nos profissionais de saúde o incômodo e uma série de posicionamentos que envolviam um julgamento moral da mulher que não seguia as prescrições, questionando desde o vínculo materno, à capacidade protetiva da mãe em relação ao bebê, numa compreensão da saúde tomada visivelmente a partir da adaptação ao discurso médico.

Atualmente, como psicóloga hospitalar, atuo diretamente com mulheres gestantes e puérperas hospitalizadas ou acompanhantes de seus filhos internados, onde continuo com as reflexões apontadas e novas inquietações, principalmente no que se refere as relações de poder entre o profissional e usuários nos serviços de saúde.

As observações, a partir dessas experiências supracitadas, instigaram reflexões sobre os saberes, costumes e vivências próprias da comunidade no período da gravidez e

puerpério. Desse modo, um dos interesses para o envolvimento nesta pesquisa, expresso no seu objetivo principal, é fornecer um espaço de expressão dos saberes e crenças das mulheres gestantes sobralenses acerca da sua vivência na gravidez. Existe uma complexidade de vivências que se relacionam com o ciclo gravídico puerperal, como a história pessoal da mulher, os fatores socioeconômicos, o contexto existencial da gravidez (por exemplo, relacionamento estável ou não, idade, tentativas anteriores de engravidar, históricos de aborto), a evolução da gestação (riscos ou ameaça de perda do bebê) e o tipo de assistência recebida.

No que se refere aos aspectos psicológicos, no decurso da gravidez, o bebê surge como realidade mais concreta, os movimentos fetais podem ser interpretados pela família e assim, há um processo de personificação do bebê. Nesse período, há alterações no campo da sexualidade, tanto no aumento, como na diminuição, o que relaciona a possibilidade de a mulher sentir mais adulta e feminina, permitindo-se ao direito de viver uma sexualidade mais madura. Há também a alusão à diminuição do desejo sexual nesse período, o que estudos relacionam a diversos fatores, dentre eles, a separação entre maternidade e sexualidade – a sensação de que a mulher grávida é “pura” e assexuada, uma das manifestações da ambivalência: o medo de atingir, fazer mal ou “amassar” o feto muitas vezes motiva a formação reativa de excessiva cautela e proteção” (MALDONADO, 1998).

Cada mulher tem uma forma singular de lidar com a gravidez, seu corpo e as relações, podendo apresentar dificuldades nesse processo, com implicações negativas na relação com seu corpo e com parceiro (a) (ARAÚJO, *et. al.* 2012). Pesquisas como a de Lech, Martins, (2003), Camacho (2010), Araújo *et. al.* (2012), Souto *et. al.* (2012) tem abordado a experiência de mulheres com seu corpo e sexualidade durante a gravidez, assim,

[...] a mulher pode desenvolver sentimentos de feminilidade aguçada, proporcionando-lhe o aumento do prazer sexual, quando existe liberdade para expressar a sexualidade e as práticas sexuais durante a gestação. Mas em contrapartida, também se evidenciou atitudes negativas como, o abandono por parte do parceiro, violência não física e a diminuição da atividade sexual durante este período (LECH, MARTINS, 2003, p.40).

Durante muito tempo ensinou-se que o sexo era proibido nessa fase, de tal modo que como consequência, ainda há prevalência de alguns mitos que interferem no modo como os sujeitos se relacionam. A interrupção da relação sexual neste período é culturalmente aceita e variável em diferentes culturas, desde alguns dias a até dois anos após o parto (MALDONADO, 1998). Assim, destacamos que a cultura determina os modos de lidar com as experiências e mudanças do corpo que gesta, desse modo, há a necessidade de que o

profissional de saúde conheça a cultura na qual a mulher está inserida, assim como suas as crenças e práticas influenciadoras da vivência no período gestacional, uma vez que tal atitude propicia um cuidado congruente com a cultura e minimiza a lacuna entre os conhecimentos populares e profissionais (SANFELICE *et. al.*, 2013a, 2013b; ALVES *et al.*, 2015).

Tomamos a definição de alguns autores como forma de elucidação do que compreendemos como cuidados ligados à cultura. Nesta pesquisa, entendemos cultura como:

[...] um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas. É justamente porque compartilham de parcelas importantes deste código (a cultura) que um conjunto de indivíduos com interesses e capacidade distintas e até mesmo opostas transformam-se num grupo e podem viver juntos sentindo parte de uma mesma totalidade. Podem, assim, desenvolver relações entre si, porque a cultura lhe forneceu normas que dizem respeito aos modos mais (ou menos) apropriados de comportamento em diante de certas situações (DA MATTA, 1986, p.122)

O modelo de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conseguiu aproximar-se das comunidades através da inserção de outras linhas de saber, de modo que não se restringem ao campo da ciência, principalmente com a aproximação de figuras simbólicas como: as parteiras, benzedeiras, abrangendo elementos religiosos, místicos, e outros muitos elementos culturais ligados aos processos de adoecimento e que exercem intervenções na realidade dos sujeitos inseridos na comunidade.

No Brasil, especialmente na Região Nordeste, os métodos que abrangem o setor popular são empregados habitualmente na busca de solução para problemas, com o objetivo de prevenir ou de tratar estados de saúde. Um estudo realizado por Oliveira, *et al.* (2005) com profissionais de enfermagem da rede de Atenção Básica na cidade do Crato, no Ceará, com objetivo de conhecer percepção dos enfermeiros sobre as crenças e práticas populares e a influência destas na assistência de enfermagem prestada à criança, apontou que a maioria dos enfermeiros entrevistados avalia negativamente a influência de práticas culturais na assistência à saúde, já que esse aspecto influencia no fato de as mães não seguirem as orientações fornecidas durante as consultas. Dentre as práticas populares mais comuns, são mencionadas o uso de chás e ervas, crenças de que “o leite é fraco” ou “o leite que secou”.

A cultura também está relacionada à construção do que é cuidado e saúde na percepção dos sujeitos. Acioli e Luz (2003) pesquisaram sobre os sentidos que as pessoas atribuem à saúde, a doença e ao cuidado. As práticas de cuidado evidenciadas pela

comunidade ganham um sentido mais amplo, a saúde associada constantemente à ideia de movimento, referenciados através de atividades cotidianas e de lazer.

As práticas denominadas como de saúde incluem práticas voltadas para o cotidiano das pessoas, tais como arrumar a casa, lavar, passar, cozinhar e costurar. Algumas vezes estas indicam o sentido apontado de comedimento, de busca de um equilíbrio em relação aos problemas vivenciados. Outras práticas, como fazer ginástica, caminhar, dançar, viajar, conversar e cantar, refletem, principalmente, uma associação com vitalidade, com o aumento de energia voltada para o movimento e para o lúdico (ACIOLI; LUZ, 2003, p.157).

Assim, temos como pressuposto que, a população, no manejo de suas demandas de cuidados, aproxima-se de um conjunto de ações voltadas para a saúde e para processos de adoecimento ligados tanto a lógica médica, quanto à lógica proveniente da cultura, do conhecimento prático, do campo das relações e dos saberes populares.

Apoiada pela discussão levantada, parece relevante indagar quais são esses saberes e condutas dos sujeitos, muitas vezes diversos do saber técnico-científico, na Estratégia de Saúde da Família em Sobral? Tomamos como objetivo principal conhecer as práticas populares consideradas como estratégias de cuidado à saúde pelas gestantes e sujeitos inseridos em sua comunidade. Os objetivos específicos são complementares aos interesses da pesquisadora e à amplitude do tema abordado, conforme seguem:

- Recuperar as concepções e estratégias de cuidados da mulher durante a gestação e puerpério ao longo da história do Brasil e de outras civilizações;
- Explicitar a luz dos teóricos os conceitos sobre práticas de cuidado;
- Conhecer as práticas de cuidado regulamentadas pelo ministério da saúde para Atenção Básica, no que se refere à saúde materno infantil, através documentos oficiais do Ministério da saúde;

A relevância do nosso estudo se expressa na intenção de contribuir com o conhecimento em saúde sobre outras perspectivas de cuidado da mulher gestante na cidade de Sobral-CE, visto que nos últimos anos desenvolve-se um intenso trabalho focado no objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no município (ANDRADE *et al.*, 2004). A pesquisa também se mostra importante à reflexão de estudantes e profissionais atuantes na atenção primária, além de instigar a criação e aprimoramento de estratégias de

trabalho que envolvam a comunidade, à medida que conhecem outros sentidos atribuídos pela mesma aos cuidados voltados para a mulher.

Como percurso para o estudo, conduziremos nosso próximo capítulo apresentando o percurso metodológico, onde serão explanados os passos que alicerçaram a realização de nossa pesquisa. Sabendo que o parir, enquanto acontecimento inerente à vida, aos laços sociais, também está sujeito às modificações culturais e temporais características do processo histórico, assim, apresentando a estrutura do trabalho, o primeiro capítulo consiste num levantamento dos costumes ligados à gravidez e o parto nas importantes civilizações até chegar ao Brasil, explorando desde as convicções místicas dos indígenas, o papel da parteira tradicional até a apropriação médica desse campo.

No segundo capítulo apresento uma explanação do campo dos conceitos sobre práticas de cuidado. No capítulo subsequente, apresento uma análise, através da análise crítica de discurso, das práticas de cuidado regulamentadas pelo ministério da saúde para Atenção Básica, no que se refere a saúde materno infantil, utilizando, para este fim, os documentos oficiais do Ministério da saúde. O momento seguinte será a apresentação e discussão dos achados, apresentaremos nossos resultados e análises norteados por dois eixos: subjetividade e condutas x cuidado. No eixo subjetividade, destacamos o que foi mais enfatizado na vivência das participantes e, portanto, ganhou status de categoria. No eixo condutas x cuidado, traçamos análises sobre os dispositivos de cuidados, percepções das participantes acerca da relação com os profissionais e representações culturais acerca do cuidado.

2. METODOLOGIA

Este trabalho, no intento de atingir os objetivos expostos, caracterizou-se como pesquisa qualitativa uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório. Tem-se como pressuposto que a população, no enfrentamento de seus problemas, aproxima-se de um conjunto de ações voltadas para a saúde e para processos de adoecimento ligados tanto à lógica médica como à lógica proveniente da cultura.

A pesquisa abordou o contexto de vida da mulher durante a maternidade, desde a gravidez até o puerpério. Entendeu-se que a literatura é abrangente ao considerarmos os dois marcos supramencionados, mas também, entendemos que, para a mulher, a gestação e puerpério não são etapas, mas vivências. Ambas são marcadas por uma gama de percepções populares, assim como uma série de intervenções autenticadas pela medicalização do corpo feminino. Utilizamos os termos ‘saúde’, ‘materno’ e ‘infantil’ ao longo do texto, destacando nossa clareza ao fato de que são palavras institucionalizadas na literatura biomédica, pois estas categorias atendem ao discurso também difundido na literatura e assim, viabilizariam as buscas nos bancos de dados de pesquisas e normativas do Ministério da Saúde.

2.1. Percurso da pesquisa

Trabalhamos com um levantamento bibliográfico para traçar um percurso histórico das práticas de cuidado na gestação. Foi necessário um exame detalhado das publicações que descreviam os costumes atribuídos à gravidez e o parto. Realizamos buscas nas bases eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma vez que a mesma permite abrangência de outras bases de dados como: LILACS, Medline, Decs, dentre outras. Nas pesquisas, utilizamos o cruzamento entre os descritores oficiais: gestação, gravidez, cultura, história e civilização, assim encontramos 8 artigos, 3 teses de doutorado e 2 dissertações de mestrado publicados entre 1999 a 2015. De posse desse material, realizamos uma leitura exploratória, na qual foram identificadas e elencadas publicações que abordavam o tema em questão. Após o levantamento, os dados foram organizados e iniciamos o processo de análise, com intuito de resgatar elementos e desenvolver uma linha cronológica de compreensão, que apresentaremos no capítulo 3.

No trajeto da pesquisa, buscamos não só conhecer as práticas permeadas no processo de cuidado à mulher grávida, mas refletir a partir do campo dos conceitos acerca do tema. Assim, no capítulo 4, realizamos uma breve análise dos teóricos que debatem os

conceitos de cuidado no campo da saúde coletiva, os quais nos deram sustentação nas análises em momentos subsequentes à pesquisa.

Utilizamos a análise documental das normativas que orientam as práticas de cuidado regulamentadas pelo Ministério da Saúde. Com relação à escolha do material, foram selecionadas regulamentações versando sobre assistência à mulher nesse período. Optamos por distribuir, de forma equitativa, políticas que regulamentam a assistência à gestação e ao puerpério, desse modo, analisamos os documentos abaixo:

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM)”
- Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico”
- Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco

Dessa forma, construímos uma análise crítica dos elementos recorrentes, principalmente no que se refere a as tecnologias de cuidado e recursos terapêuticos utilizados, e a posição da mulher na construção discursiva dos referidos manuais.

Diante dos interesses de nossa pesquisa, realizamos entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como recursos metodológicos na abordagem com as mulheres gestantes residentes no município de Sobral (APÊNDICE B). “Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas” (MANZINI, 2013, p. 2). Permite-nos uma interação mais livre, assegurando foco no tema de interesse, permitindo conhecer o relato das vivências dessas mulheres sobre a relação de cuidados. A escolha por este tipo de entrevista também foi uma referência à formação da pesquisadora, tendo em vista o objetivo, enquanto psicóloga, é também evitar tomar o participante como objeto da pesquisa ao direcionar totalmente sua fala.

Para estruturação do instrumento de pesquisa, realizamos uma entrevista piloto com uma gestante acompanhada em outra unidade de saúde da região, a Centro de Saúde da Família (CSF) Tamarindo, localizado no bairro central. Desse modo, não envolveríamos possíveis participantes do estudo na etapa de testagem.

2.2 Amostragem e coleta dos dados

Com uma população estimada de 205.529 mil habitantes¹, Sobral fica a 230km da capital cearense, Fortaleza. A cidade é polo de saúde para cerca de 56 municípios da região norte. Atualmente, dispõe de 13 unidades da Estratégia de Saúde da família, além de quatro hospitais e outros centros de atendimentos especializados.

A aproximação com os sujeitos da pesquisa ocorreu em duas unidades de saúde, com contextos distintos, um com características de um território urbano e outro território rural. As unidades de saúde escolhidas para apresentação desse estudo são: CSF Dr. José Mendes Mont'Alverne, no Bairro Pedrinhas, e CSF Leda Prado, no distrito de Jaibaras.

Os critérios de escolha do CSF Dr. José Mendes Mont'Alverne, levam em consideração a localização, tendo em vista que a primeira unidade está próxima a cursos tradicionais da área da saúde no município e é referência para campos de estágio dos mesmos, além de ser um território com fortes características urbanas, principalmente no que diz respeito à infraestrutura. A escolha pelo CSF Leda Prado tem relação com as características da comunidade e estilo de vida diferentes do outro território mencionado. Jaibaras é marcada pelo aspecto interiorano, além da acessibilidade do local à pesquisadora.

Os sujeitos integrantes deste estudo foram 6 mulheres grávidas, vinculadas a duas unidades de saúde da cidade. As participantes foram selecionadas conforme os critérios de inclusão, como o período gestacional, a partir de 20 semanas, gestação de risco habitual, independentemente do número de gestações precedentes e do seu nível sociocultural, e principalmente, interesse e disponibilidade para participar do estudo. O critério de gestação de risco habitual escolhido decorreu do fato de gestações de alto risco mobilizarem outras questões emocionais, dentre elas, o risco do parto e perda do bebê, as quais poderiam comprometer o estudo e engajamento da participante.

A coleta de dados foi feita durante visitas as duas unidades de saúde do município, no período de julho e agosto de 2017. As visitas aconteciam nos dias dedicados ao pré-natal, na sala de espera das unidades de saúde estabeleci contato com as participantes, as quais puderam escolher o ambiente e momento mais propício para tal encontro. Algumas delas optaram que o encontro fosse na própria unidade e outras decidiram me receber em sua residência. Durante as entrevistas, optamos por espaços que dispunham de ambiente reservado para garantir sigilo e o acolhimento da participante.

¹ Fonte: IBGE in <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>

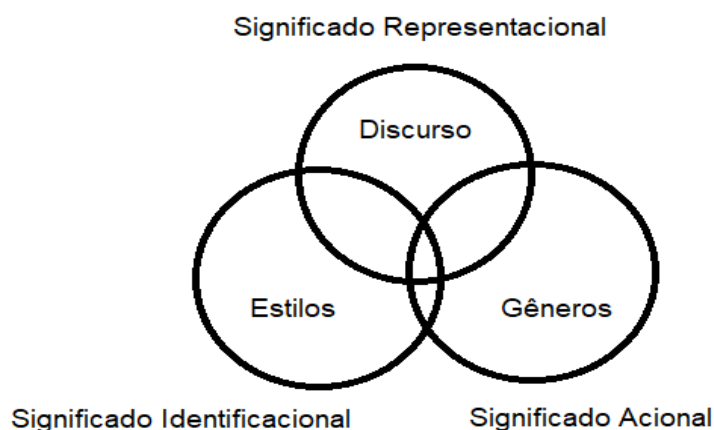
2.3. Análise de discurso crítica (ADC)

No alcance de nossos objetivos de pesquisa, utilizamos o referencial da análise de discurso crítica (ADC) para direcionar as análises dos documentos e entrevistas. Na ADC, a linguagem é uma forma de ação social, que tanto constitui a realidade, como, é constituída por ela.

A ADC é uma teoria que tem como objeto de estudo o próprio discurso, considerado como tridimensional, abarcando a linguagem, a história e a ideologia (GODIM, FISCHER, 2009), permitindo o acesso aos sentidos produzidos pela “inscrição socioideológica e histórica dos sujeitos envolvidos (FERNANDES, 2008, p.60 *apud* GODIM; FISCHER, 2009, p. 12).”

Para Fairclough (2003), o discurso é abordado em três principais tipos de significados: o acional, identificacional e representacional. O significado acional diz respeito aos modos de agir discursivamente no texto, assim, é um tipo de linguagem ligada a uma atividade social. O significado identificacional refere-se às maneiras particulares de representar aspectos do mundo, de práticas sociais e da própria prática particular dos indivíduos. O significado identificacional, por fim, dispõe das formas de relação da identidade, diz das maneiras de identificar-se. Assim, os três tipos de significados estão presentes em textos e associam-se às ordens do discurso: gênero, discurso e estilo, propostos por Fairclough (2003), conforme sintetizamos a seguir (Figura 1).

FIGURA 1 - Elementos da ordem do discurso e seus significados



Fonte: Autoria Própria, baseada na obra de Resende e Ramalho (2011).

De acordo com Lima (2010), a ideologia manifesta-se na materialização linguística de gêneros articulados de discursos e estilos, ou seja, a linguagem se organiza em gêneros textuais, os quais veiculam discursos, materializado em textos e exercendo um modo de ação sobre o mundo e sobre as pessoas.

Como ferramenta de pesquisa, tomamos na fala das participantes, suas verdades, saberes e práticas advindos de espaços que não exclusivamente do campo dito oficial da saúde materno-infantil. Analisamos o tema, considerando os discursos das mulheres e os discursos presentes na literatura, com intuito de problematizar e identificar as posições sociais reveladas na pesquisa.

Para mais, a partir da análise crítica do discurso proposta por Ramalho e Rezende (2011), compreendemos que, os documentos oficiais do ministério da saúde são exemplos de linguagem exercendo seus modos de ação. A partir do texto e sua localização em determinadas práticas, é possível analisar como alguns significados estão servindo a determinadas formas de ação.

2.4. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado inicialmente pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (ANEXO A), seguido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, com o seguinte registro CAAE: 63824716.3.0000.5054. Foram consideradas as diretrizes para pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos apontados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere ao benefício direto da pesquisa à participante, compreendemos o momento da entrevista pode ser um ambiente acolhedor à expressão da participante, porém entendemos que pode haver riscos, como, por exemplo: falar de assuntos desconfortáveis, possíveis pressões por parte da equipe de saúde ou do grupo para que as participantes se candidatem, mesmo que não seja obrigatório para a gestante, assim, para minimizar qualquer dano da pesquisa, buscamos priorizar os quatro princípios da bioética que norteiam a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

- Autonomia: mediante o esclarecimento aos participantes da pesquisa de que sua participação foi de caráter voluntário e que a qualquer momento poderia se retirar da

pesquisa. O contato em pesquisa com as gestantes foi estabelecido após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), respeitando as decisões dos sujeitos. A elaboração do relatório resguardou o sigilo de identidades e de informações as quais possam vir a causar danos à integridade das participantes, assim utilizamos outros nomes no intuito de proteger suas identidades. Os nomes escolhidos homenageiam figuras femininas importantes em diversos cenários nos país, dentre elas, Maria da Penha, Zilda Arns, Nise da Silveira, Raquel de Queiroz, Cora Coralina e Maria Quitéria de Jesus.

- **Beneficência:** divulgação dos resultados da pesquisa aos participantes e às equipes de saúde, despertando o interesse desse tema em trabalhadores, bem como novas propostas de cuidado.

- **Não-maleficência:** garantido que no transcorrer da pesquisa nenhum efeito nocivo incidiria sobre as participantes e não influenciaria na forma como estas se relacionam com o setor de saúde local.

- **Justiça e equidade:** contribuir com o entendimento por parte dos profissionais inseridos na rede de saúde de Sobral sobre as concepções de cuidado das mulheres que gestam, e o que elas entendem e procuram em sua rotina de cuidados e que pode não ter espaço de expressão na Estratégia de Saúde da Família ou até no seu próprio projeto terapêutico.

3. PRÁTICAS DE CUIDADO À GESTANTE NA HISTÓRIA DO BRASIL E DE OUTRAS CIVILIZAÇÕES

Nas civilizações antigas como Grécia, Egito e Roma, o cuidado à mulher grávida e a parturiente foram protagonizados por mulheres da comunidade, as quais detinham um saber empírico e acompanhavam a gestação, parto e o pós-parto. As ofertas de cuidado nesses períodos também foram marcadas pela presença de rituais e elementos religiosos, com uso de elementos naturais, como plantas e ervas. Estas práticas atribuíram às mulheres parteiras uma posição socialmente valorizada no interior de seu corpo social, ao mesmo tempo em que foram respeitadas, também foram temidas e perseguidas (MACEDO, 2002; SOUSA, N., 2007).

Com o desenvolvimento da ciência moderna, as desigualdades entre os gêneros e os papéis sociais são corroborados com os estudos das ciências biológicas. A medicina passou a ser a maior referência sobre o corpo, incluindo o feminino.

3.1. Das Maiautas Gregas às feiticeiras da Idade Média

Para a povo egípcio, a cura e o cuidado com o corpo eram consideradas um dom divino. Os templos sagrados eram espaços de culto às divindades, como também locais de rituais de cura, de estudos e experimentações (DINIZ, 1996). A fertilidade e gravidez são descritas em famosos papiros, como o de Erbes e Kahun; neles aparecem preces, remédios populares e elementos sagrados que eram utilizados como forma de proteção. A utilização de amuletos e objetos sagrados serviam para aumentar as probabilidades de sobrevivência do bebê e da mãe ao parto. Nos escritos e achados arqueológicos aparecem colares e varinhas de proteção, além do tijolo de nascimento, este utilizado no momento do parto para elevar a futura mãe e permitir um maior acesso às mulheres que a auxiliavam durante o partear. Os deuses referenciados a este período são figuras femininas: Meskhenet, Hathor, Taueret, Ísis, dentre outras que representam a fertilidade, amamentação e origem da vida (VARELA, 2015).

Nas antigas Roma e Grécia, as mulheres ocupavam posição inferior à do homem na sociedade. Dessa forma, os assuntos relacionados a elas não despertavam o interesse dos homens. Algumas características próprias do corpo da mulher, como o sangue menstrual e as secreções do parto, eram consideradas interdições sociais, significando impurezas, crença que fortalecia o desinteresse pelos assuntos femininos na época (COSTA *et al.*, 2008). Na mitologia grega, os mitos excluem a figura feminina do momento do nascimento. O mito da autoctonia, que diz que Erichtonios, primeiro cidadão ateniense,

nasceu diretamente da Terra (Geia). Outro mito que segue a mesma lógica é o mito de Pandora, que fala de um tempo em que os homens viviam felizes e as mulheres não existiam. A primeira mulher, Pandora, fora fabricada por Zeus com ajuda do deus Hefáistos (MONTEIRO *et al.*, 2004).

Desse modo, para os gregos, o parto era um “assunto de mulher”, onde as mulheres que se dedicavam ao ofício tornavam-se especialistas. Assim, mulheres que tiveram filhos e que já haviam passado da menopausa se tornavam *maieutas*, mudando de *status* social, respeitadas e dominavam saberes como dietética, farmácia e cirurgia. Eram encarregadas da contracepção, do trabalho de parto, dos cultos religiosos e dos encantamentos às deusas da gravidez e eram as únicas autorizadas a realizarem abortos em situações que as mesmas considerassem convenientes, como por exemplo, famílias com grande número de filhos (DINIZ, 1996).

Em Roma, a mulher passava toda a gestação reclusa em seu lar e se dedicando aos cultos das deusas, principalmente à deusa Juno Lucina. As mulheres eram encarregadas de celebrações públicas dedicadas às divindades diretamente ligadas à função materna, como as *Matrais* e *Matronálias* (DINIZ, 1996). A crise interna do império romano e a pressão provocada pelas invasões de povos ditos bárbaros suscitaram esforços para recuperar o poderio, um dos resultados foi à cristianização do império e a incorporação de funções públicas à Igreja (ALMEIDA, 2009).

A influência da Igreja na sociedade medieval contribuiu para uma moral que definia os papéis sociais ligadas ao gênero, a figura feminina comparada ao mesmo tempo a Eva, responsável pelo pecado original; e à Virgem Maria, a santa, modelo de mãe e de mulher a ser seguido. A literatura religiosa também regulamentava o matrimônio e a vivência da conjugalidade. As mulheres leigas deveriam assumir um modelo cristão que apostava na realização da feminilidade através do casamento, santidade e maternidade (LEITE, 1997).

O lugar social da mulher estava condicionado à capacidade de gerar filhos, principalmente filhos homens. A infertilidade era considerada uma vergonha para a sociedade naquela época, sendo comum utilização de receitas com ervas e poções para tratar a esterilidade. No período gestacional, os conselheiros religiosos autorizavam algumas isenções à mulher, por exemplo, se ausentar de atos religiosos e ser poupada de sanções e punições físicas, que eram comuns à época como correções impostas pelos maridos ao comportamento das esposas, sob orientação de pregadores religiosos (MACEDO, 2002).

As universidades começaram a ser organizadas na Europa por volta dos séculos XII e XIII, com o grande interesse da elite urbana e como símbolo de prestígio para as cidades mais ricas (ALMEIDA, 2009). Por volta do século XIII, a medicina começa a conquistar espaço a partir do desenvolvimento destas instituições, com o processo de normalização e institucionalização da disciplina médica encabeçado por médicos e cirurgiões da época. Esse período vai sendo montado pela gradativa discriminação de setores populares que lidavam com os processos do adoecimento da população, entre eles: barbeiros, mágicos, alquimistas e parteiras, também consideradas feitiçeras da época. As parteiras foram temidas por terem poderes que, embora curassem e aliviassem as dores, poderiam servir a outras finalidades, como o controle da fertilidade (MACEDO, 2002; SOUSA, N., 2007).

Na obra *Malleus Maleficarum* (do latim, “Martelo das Bruxas”), escrita pelos inquisidores alemães Kramer e Sprenger, a descrição das bruxas da época diz respeito a mulheres mais propensas à superstição e a entrega em vícios como a infidelidade, ambição e a luxúria. A associação dos rituais mágicos, culto satânico e a depravação sexual, formulou a imagem dessa personagem. Às feitiçeras eram atribuídas a destruição da força da gestação de uma mulher, aborto, oferecimento de crianças a demônios, paixões desenfreadas, além do mito da transformação de homens em animais. Os inquisidores também classificam as habilidades de cura como feitiçaria, no entanto, era proibido ao cristão o uso desses meios (KRAMER; SPRENGER, 2007).

A caça às bruxas não ocorreu na Idade Média, mas no período renascentista, entre os séculos XV e XVII, época de reformas e revolução científica. O auge do ataque as mulheres feitiçeras fora entre os anos de 1560 e 1630, com perseguições contínuas por toda Alemanha, Suíça, Bélgica, Inglaterra e França.

[...] estigmatização de setores que lidavam com a saúde com base em conhecimento prático, têm sido apontados como um dos principais fatores desencadeadores da caça às bruxas, que teriam: ‘conhecimento das propriedades das ervas e do tratamento das enfermidades femininas [...] a cuja especialidade pertencia os filtros de amor, poções para causar esterilidade, etc (ALMEIDA, 2009, p.11).

Nesse período, por toda a Europa, pessoas que praticavam conhecimentos não permitidos pela Igreja foram perseguidas e punidas, dentre eles, as parteiras. Entretanto, muitas parteiras conseguiram escapar, indo para o interior das aldeias, onde continuaram a exercer o conhecimento que detinham (COSTA *et al.*, 2008).

A constituição familiar até o século XVII era bem diferente da atual, onde o homem ocupava então o lugar central, a posição da mulher equiparava-se à da criança, ou seja, era de submissão a sua autoridade masculina (MOURA; ARAÚJO, 2004). A historiadora francesa Élisabeth Banditer (1985) ao analisar a relação da história e da cultura com a construção do sentimento materno, fala do aparente desinteresse e rejeição pela infância em diversos âmbitos da sociedade europeia até o século XVII, dentre eles: a medicina, filosofia, literatura e artes. Até o final do século XV, as crianças eram vistas como aprendizes; permaneciam no seio familiar por volta dos nove anos de idade e em seguida passavam a morar com famílias desconhecidas, com intuito de receber uma aprendizagem no cotidiano de serventia aos seus senhores (ARIES, 1981). A criança era associada à materialização do pecado, como um ser primitivo e arredo, a qual era necessário uso de extrema autoridade no desenvolvimento de suas capacidades morais. Nesse período, era comum o grande número de óbitos infantis, abandonos e entregas de bebês às amas de leite.

3.2. O desenvolvimento da ciência moderna e transformações do papel social feminino

A Europa ocidental, já no fim da Idade Média, passa por mudanças sociais, econômicas e culturais ligadas ao desenvolvimento do comércio e vida urbana. As descobertas através navegações, criações artísticas, científicas e literárias proporcionam um sentimento de valorização das potencialidades do trabalho do homem. É nesse contexto que o homem passa a negar a concepção religiosa do mundo, em detrimento da observação e descrição dos fenômenos. O pensamento filosófico e científico neste período passou a conceber o conhecimento como um processo objetivo, fundamentado no princípio da separação do observador e a realidade.

Ao passo dessa premissa, surgem outras categorias dicotômicas na produção do conhecimento científico, a exemplo os conceitos de corpo/mente, natureza/cultura e razão/emoção (VOSNE, 2000). O corpo humano, antes visto como uma estrutura condenável e controlável em razão do pecado, passa a ser alvo de intervenções e estudos minuciosos (VIEIRA, 2013).

Nesse período, a medicina já emancipada das influências dos antigos e da Igreja, inicia a elaboração de uma ciência médica racional, baseada na observação da anatomia e fisiologia, capaz de explicar a natureza humana, antes atributo exclusivo da Igreja. No início do século XVIII, a ciência voltou-se para a natureza, na busca de explicações sobre

as diferenças humanas, tanto raciais, quanto as sexuais entre homem e mulher. As ciências biológicas, encabeçadas pela anatomia, fisiologia, além da química, catalogaram as diferenças dos órgãos, volume de gases e componentes químicos presentes no corpo feminino e masculino, tratando diferenças sexuais como imperfeições e sustentando a ideia da fragilidade e inferioridade da mulher em relação ao homem (VOSNE, 2000).

De acordo com Vosne (2000), no estudo sobre as diferentes representações construídas sobre a mulher ao longo dos séculos XIX e XX, as diferenças biológicas entre homens e mulheres foram determinantes na vida social de ambos. A descrição anatômica feita pelos médicos Roussel, Moreau e Virey, por exemplo, estabeleceu a relação entre a especificidade do corpo feminino e a função da procriação. Publicações médicas sobre fisiologia, doenças e condutas de higiene, embriologia tiveram forte expressão no século XIX, assim como a expansão do interesse pelo corpo feminino. A medicina tornou-se o discurso autorizado sobre o corpo humano, a desarranjar os mitos e conhecimentos populares da época. A medicina obstétrica surge ligada aos estudos do parto, pela ótica da anatomia e fisiologia, só depois se atem ao período gestacional. A partir do século XIX, as publicações médicas se voltam para outras questões do feminino, ligadas à higiene, sexualidade, moral feminina.

Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste 'jogo' surgiram 'o mito do amor materno', a 'mãe dedicada', 'boa esposa', 'a rainha do lar', as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX (BRENES, 1991, p.145).

Para Banditer (1985), uma série de fatores estava relacionada à construção do papel materno ideal na Europa entre meados século XIX, dentre eles os escritos médicos e filosóficos da época. No entanto, a autora aponta que a adesão foi lenta e se deu efetivamente quando houve o interesse da mulher sob influência de dois fatores, tanto as possibilidades econômicas, como ascensão de sua posição social, a desempenhar um papel mais valorizado, seja na família ou sociedade.

Dessa forma, o foco ideológico passa progressivamente da autoridade paterna ao papel da mulher como guardiã da família. É nesse novo rearranjo familiar que o discurso médico tem mais espaço para controlar questões ligadas ao corpo da mulher. Ao classificar o público feminino em características anatomo-fisiológicas e comportamentais, trouxe à tona as patologias, as mudanças de humor no período menstrual e a desejo sexual. Ao descrever os processos mencionados, a corporação médica se envolveu nesse campo não só ofertando

tratamentos específicos, mas também solicitando maior participação nas decisões tomadas por outras instituições responsáveis pelo controle populacional (BRENES, 1991).

A nova ordem econômica em vigor após a ascensão da burguesia estabeleceu imperativos, dentre eles a sobrevivência das crianças. A literatura da época passa a exaltar a maternidade como um valor natural e social, incentivando a mulher a assumir os cuidados com a prole. Dessa forma, a família passa a ser o espaço de aculturação médica, com vasta produção de escritos que orientavam como deveriam ser os cuidados em torno de corpo da criança.

São codificadas, então, segundo novas regras – e bem precisas – as relações entre pais e filhos. São certamente mantidas, e com poucas alterações, as relações de submissão e o sistema de signos que elas exigem, mas elas devem estar regidas, doravante, por todo um conjunto de obrigações que se impõe tanto aos pais quanto aos filhos: obrigações de ordem física (cuidados, contatos, higiene, limpeza, proximidade atenta); amamentação das crianças pelas mães; preocupação com um vestuário sadio; exercícios físicos para assegurar o bom desenvolvimento do organismo: corpo a corpo permanente e coercitivo entre os adultos e as crianças (FOUCAULT, 1984, p. 196).

3.3. Cuidados da Gestação na História do Brasil

No Brasil, a história dos cuidados à gestação e puerpério começa a ser contada a partir das vivências dos povos indígenas. Para os guaranis e tupinambás, por exemplo, o período gestacional, parto e puerpério são marcados por crenças místicas, na qual a própria gravidez é um meio de comunicação entre o mundo humano e o sobrenatural, uma vez que os Deuses dão a vida através da mulher.

Há regras especificadas para a alimentação, orientações consideradas fundamentais para obter o sucesso no parto, como por exemplo, o cuidado com a ingestão de carnes. De acordo com os guaranis, a carne carrega a alma do animal e estas podem causar doenças. A mulher dá à luz sozinha ou acompanhada de mulheres experientes, em geral mais velhas (GIL; WAKANÃ, 2007).

Tradicionalmente, os cuidados à parturiente no Brasil foram realizados por mulheres conhecidas popularmente como parteiras, aparadeiras ou comadres. Até o final do século XIX, os partos eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou alguém próximo a esta. O partejar fora de casa era visto como uma situação atípica e preocupante, sendo mais procurado por pessoas em casos extremos ou de condição financeira precária (MOTT, 2002).

O perfil das mulheres parteiras é descrito como maioria mulatas ou brancas estrangeiras e pertencentes aos setores populares, como pessoas que tinham uma relação de confiança com o mulherio da comunidade, e habitualmente eram procuradas em outras situações como: doenças venéreas, abortos ou outras doenças do corpo (BRENES, 1991). O corpo e os modos de viver da mulher gestante não eram dissociados na visão das parteiras, todo o procedimento era acordado com as parturientes ou com seus componentes familiares.

Em 1808, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, o ensino oficial da medicina é implantado no Brasil, com a primeira escola sendo implantada na Bahia, e logo depois no Rio de Janeiro. O curso de obstetrícia na Bahia tem início por volta de 1818, com aulas basicamente teóricas. A escassez de aulas práticas era uma queixa recorrente de alunos e professores quanto ao ensino. A partir do século XIX as escolas de medicina passaram por uma série de mudanças, dentre elas, a inserção do ensino de obstetrícia e ginecologia dentro das Santas Casas de Misericórdia e a criação de alas específicas para o parto.

A corporação médica utilizou diversas estratégias para atrair o público feminino, dentre elas, cobrar do Estado o maior controle dos locais de nascimento e a catalogação dos nascidos. No entanto, ainda havia uma baixa adesão das gestantes ao serviço (SOUSA, N., 2007). A partir de 1820, parteiras estrangeiras emigraram para o Brasil, atendendo em domicílio, como também recebendo mulheres em suas casas. O perfil de mulheres recebidas nas ‘Casas de Maternidade’, como ficaram conhecidas, eram de mulheres impedidas de dar à luz em seus lares, como as escravas, as negras livres, as viúvas ou as mães solteiras. Essa prática era criticada pelos médicos da época, que alegavam ser um serviço duvidoso prestado a mulheres de má reputação.

Em 1832, nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, são criados cursos para que mulheres se apropriassem dos preceitos científicos. Nesse momento, propagase a ideia de que as parteiras deveriam ter um certificado concedido por médicos (MOTT, 2000; COSTA *et al.*, 2008). No século XIX se fortaleceu a tendência à institucionalização da profissão da parteira, que tem início na Europa e adiante no Brasil. O interesse, assim como na Europa, foi o de subordinar o ofício à autoridade e conhecimento do médico.

Nesse movimento, as parteiras passaram a utilizar instrumentos específicos da área da saúde, sob orientação de médicos. O modelo do parto médico, realizado no hospital, foi paulatinamente constituído e o grande marco dessa construção deu-se com a medicalização do parto. Nesse contexto, a figura da parteira simbolizava um lugar

desautorizado à mulher e ao conhecimento popular, por representar o feminino ocupando uma posição laboral na comunidade (SOUSA, 2007).

Os elementos históricos encontrados em cada civilização e período revelam que, tradicionalmente a gestação e o parto foram cenário de mulheres inseridas nas comunidades, principalmente da parteira, que foi convocada por muitos nomes na história, maieuta, parteira, feiticeira, aparadeira, dentre outros.

Observou-se que nas várias representações e nas diversas culturas, a parteira estabelecia uma relação de cuidado ancorada no vínculo construído com a mulher grávida. Ao passo que o saber científico se tornou hegemônico com a institucionalização da medicina, o homem adentra na cena do parto, além da criação de normativas de cuidado direcionadas à mulher e criança, uma estrutura de saber que passou a dizer sobre o lugar da mulher na relação com a maternidade e o filho. No capítulo a seguir, faremos uma análise breve acerca dos teóricos expoentes que debatem o conceito de cuidado na área da saúde coletiva.

4. PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE: UMA BREVE ANÁLISE CONCEITUAL

Neste capítulo buscaremos refletir a partir do campo dos conceitos acerca do tema. Traçaremos uma análise a partir de alguns autores expoentes que debatem os conceitos de cuidado no campo da saúde coletiva, os quais nos darão sustentação nas análises em momentos subsequentes à pesquisa.

A origem da palavra cuidado, de acordo com estudos filológicos, deriva do latim, do *cogitare cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, demonstrar interesse e preocupação. Os significados apontados direcionam para duas concepções, a de ações de interesse de um ser para o outro e uma relação entre pessoas (ZOBOLI, 2004). Para Viegas e Penna (2015, p. 1090-1091):

[...] o cuidado é visto como um conjunto de comportamentos e ações que envolvem: conhecimentos, habilidades e atitudes, intuição e pensamento crítico, realizados para com o ser cuidado, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas.

Ao pensarmos sobre o cuidado no contexto da saúde, num primeiro momento, associamos a um tipo de relação entre duas ou mais pessoas, como o de um profissional de saúde e seu paciente. Entretanto, essa relação acontece em múltiplas dimensões, desde as mais micropolíticas, como o cuidado individual e familiar, até as dimensões mais amplas como, o cuidado profissional, a gestão e as políticas sociais. Aqui tomamos o auto cuidado, como a potencialidade do sujeito de cuidar de si e gerir sua vida (CECÍLIO, 2011).

Cruz (2009), através de um resgate bibliográfico, ressalta que o conceito de cuidado dispõe de diversos significados e usos nos estudos em saúde coletiva no Brasil, a autora destaca o potencial das relações intersubjetivas e a possibilidade de ampliação do grau de autonomia e cidadania que podem ser desenvolvidas nas relações de cuidar.

O conceito de cuidado utilizado nesta pesquisa está ancorado nos estudos de Ayres (2009), tomando como a construção de “projetos de felicidade”, não focado no êxito puramente técnico, na perspectiva da doença, mas no sucesso para o sujeito que recebe o cuidado, conforme os modos como este entendem que deve ser a vida e a saúde no seu cotidiano. A ideia de felicidade é entendida como ausência de sofrimento, mas com base das decisões e ações dos sujeitos, conforme seus projetos de vida.

[...] a ideia de projeto de felicidade como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado. Isto é, o projeto de felicidade é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias. Assim, profissionais e usuários, ou comunidades, podem fazer as melhores escolhas para alcançar os maiores benefícios no cuidado de sua saúde (AYRES, 2009, p.18-19).

Nos conceitos propostos pelo autor, os projetos de felicidade como horizontes normativos são construídos na confluência dos saberes biomédicos aliados aos saberes das ciências humanas, assim como os saberes tradicionais e, sobretudo, os saberes práticos. É necessário alinhar os saberes técnicos e os saberes que as pessoas cuidadas acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado (AYRES, 2009).

Merphy (2004), ao tecer uma análise do trabalho em saúde, apresenta uma compreensão da construção sequencial do cuidado. Para o autor, o trabalho dos profissionais de saúde se materializa em atos de saúde. O profissional, através dos procedimentos, do acolhimento e da responsabilização pelo usuário, desenvolve intervenções em saúde sob a forma de cuidado, objetivando a autonomia no modo como o usuário gerencia sua vida e tem acesso a direitos. A crise no sistema de saúde tem relação com uma série de atos em saúde que são pautados no que Merphy (2004, p.3) chama de “procedimento centrado” e não “usuário centrado”, ou seja, o usuário é submetido a procedimentos que não repercutem em seus direitos e ganho de autonomia.

O processo de medicalização da saúde tem se apropriado de problemas e experiências da vida cotidiana, revestindo de significados e explicações, estabelecendo-se como referência. Ao mesmo tempo, há uma expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, sendo excluídas, diversas vezes, das tomadas de decisão sobre o próprio corpo (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Para autores como Bustamant e McCallum (2010) o cuidar é construído socialmente em relações de poder estruturadas, as interações entre os profissionais de saúde e usuários possui qualidades diferentes, considerando as posições sociais de cada agente envolvido. Para os profissionais, o cuidado está sedimentado nos aspectos discursivos e técnicos, são as orientações, as rotinas planejadas, onde as pessoas são objeto das intervenções planejadas. “Os profissionais tendem a manter suas perspectivas originais, sem contemplar o que é trazido pelos usuários” (BUSTAMANT; MCCALLUM, 2010, p.609).

Entre os usuários, o cuidado se dá em forma espontânea, fazendo referência à corporalidade e a respostas a situações que se apresentam no cotidiano.

As estratégias de cuidado, assim como a saúde são um traço cultural, como afirma Campos (2002). A cultura nos constitui, produz modos de nos relacionarmos com nosso corpo e com o mundo e nesse sentido, as engrenagens dos sistemas de saúde também se constituem sócio culturalmente (LANGDON, WILK, 2010). Campos (2002), ao tecer considerações sobre cultura e saúde, conduz reflexão sobre o fato de que a cultura alia a necessidade de sobrevivência ao prazer. Atualmente, as políticas de saúde têm focado maciçamente em propostas de cuidado que valorizam excessivamente a sobrevivência, em termos de quantidade de anos vividos, suprimindo o desejo e qualidade de vida do sujeito que busca tratamento. O autor enfatiza a necessidade de aliar o saber técnico à cultura do paciente, tomando como referência a proposta da Política de Redução de Danos.

[...] eu não estou propondo para ninguém sair daí, sanitaristas, clínicos, enfermeiros, etc, nós saímos da cultura técnica, clínica e sanitária, essa cultura tem que interagir, fazer contrato, fazer síntese com a cultura dessas outras pessoas, que está ligada a seu desejo, a seu interesse, à sua tradição [...] (CAMPOS, 2002 , p.114).

A proposta de cuidado elucidado por Campos (2002) faz alusão ao conceito de cuidado culturalmente congruente, proposto por Alves *et al.* (2015):

[...] composto por atos ou decisões assistenciais apoiadoras, capacitadoras ou facilitadoras, baseadas e elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de uma pessoa, de um grupo ou uma instituição, visando proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde satisfatório (ALVES *et al.*, 2015, p. 259).

O conceito de cuidado cultural questiona o modelo de cuidado verticalizado, onde o usuário precisa introjetar a proposta de cuidados padronizada pelo profissional de saúde, sem participar desse processo. Merhy (2002, 2004) trabalha com as concepções de tecnologias leves (trabalho vivo), leve-duras e tecnologias duras (trabalho morto), onde trata de saberes e instrumentos que se articulam na produção de cuidados. As tecnologias leves referem-se à dimensão das relações; as leve-duras são referenciais aos saberes estruturados, a exemplo as teorias, e as duras, são os instrumentos. A operacionalização das tecnologias leves de trabalho, no cotidiano do serviço, pode expressar-se através do acolhimento, vínculo e atenção integral do sujeito com os profissionais do serviço (COELHO; JORGE, 2009). No micro-espço de trabalho do profissional de saúde, ele opera um núcleo tecnológico composto

com tecnologias duras e leves e, nesse sentido, o autor apresenta uma proposta de modelo assistencial:

O modelo assistencial que advogamos portanto, deve ofertar todos recursos tecnológicos aos cuidado dos usuários e mesmo que este necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico (MERHY; FRANCO, 2003, p.7).

Autores como Medeiros *et. al.* (2015), Campos (2002) e Luz e Aciolli (2003) propõem uma mudança nos modos de ver enfrentar processos de saúde e doença, num caminho que se tece com a produção do conhecimento sobre os modos de existência e funcionamento sócio histórico das doenças no âmbito da vida individual e coletiva. Acioli e Luz (2003) pesquisaram os sentidos que as pessoas atribuem à saúde, à doença e ao cuidado. As práticas de cuidado evidenciadas pela comunidade ganham um sentido mais amplo, quando a saúde associada constantemente à ideia de movimento, referenciadas através de atividades cotidianas e atividades de lazer.

Os estudos de Oliveira *et al.* (2005), Zanatta e Motta (2007), Aciolli e Luz (2003) mostram um assunto que precisa ser debatido com afinco, retomando reflexões sobre as premissas fundamentais do cuidado na atenção básica e ações integrais, enfatizando a inclusão de várias vozes e práticas no planejamento de ações em saúde. No que se refere ao cuidado materno infantil, Sanfelice *et. al.* (2013a, 2013b); Alves *et al.*, (2015); salientam a necessidade que o profissional de saúde conheça a cultura na qual a mulher está inserida, assim como as suas crenças e práticas que influenciam na vivência do período gestacional, propiciando um cuidado congruente com a cultura e minimiza a lacuna entre os conhecimentos populares e profissionais.

O pré-natal, como a proposta de cuidado institucionalizada ao público de nosso interesse de pesquisa, contemplando prioritariamente os procedimentos técnicos (tecnologias duras/ leve-duras), sem abranger as percepções e a dimensão vivencial da mulher grávida, pode não constituir um espaço de cuidado para mulher, uma vez que, quando uma mulher engravida não é só seu corpo que é atravessado por transformações, mas há mudanças que

envolvem o contexto familiar, grupo social, e cultural, este último é permeado pela expressão de necessidades, valores, saberes, crenças e práticas de cuidado (ALVES *et al.*, 2015).

O avanço tecnológico na área da saúde vem demonstrando uma grande expressividade nos últimos anos, caminho inversamente proporcional ao da resolução de problemas de saúde da população, como bem nos lembra Merphy (2004). As tecnologias duras são onerosas para o sistema de saúde e demandam mais criação de novas e avançadas tecnologias (duras), percebemos uma valorização das mesmas, que certamente são essenciais no resgate e manutenção da saúde, mas não suficientes quando são utilizadas sem a associação de outras estratégias, como as que abrangem a dimensão relacional entre profissional e paciente, por exemplo.

Observamos também nas publicações de saúde coletiva uma constante associação do conceito de saúde, ou seja, o “estar saudável”, com a possibilidade do sujeito de alcançar maior grau de autonomia e /ou acesso a direitos, aqui citamos Merphy, Franco (2003); Merphy (2004), Ayres (2009). Cecílio (2011) aponta que tal associação deriva do conceito originalmente elucidado por Canguilhem (2009), ao dizer que “estar sadio” é o caminho para se reinventar diante possibilidades da vida, através de escolhas, produzir novas normatividades e novos modos de viver. Dessa maneira, o cuidado acontece quando o sujeito encontra nos dispositivos de saúde recursos capazes de permiti-lo escolher, conforme sua perspectiva de saúde, doença e de vida. De acordo com Pires (2005), o cuidado possui uma dimensão política e ambivalente, este como suporte, mas também como relação de poder, que tem a potência de tutelar ou de emancipar, podendo então criar meios do sujeito exercer autonomia.

No capítulo a seguir, analisaremos os manuais e cadernos de saúde regulamentados pelo ministério da saúde.

5. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DIRIGIDOS À OFERTA DE CUIDADOS NA SAÚDE MATERNO INFANTIL

Para abordar as estratégias de cuidados buscadas pela mulher sobralense na gestação, percebemos a necessidade de conhecer os cuidados disponíveis através das políticas públicas. No alcance de nossos objetivos de pesquisa, lançamo-nos ao desafio de pesquisar a partir dos documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde, quais as tecnologias de cuidado e recursos terapêuticos utilizados. Dessa forma, apresentaremos os documentos e construiremos uma análise crítica reflexiva dos elementos recorrentes.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização, o qual cada esfera de governo tem autonomia de definir princípios e atividades, respeitando a participação popular e os princípios gerais do SUS, porém entendemos que as normativas do ministério da saúde norteiam as ações desenvolvidas desde atenção primária à terciária, sendo utilizado como referência para organização da assistência ofertada. A partir da análise crítica do discurso, compreendemos que, como documentos, são exemplos de linguagem exercendo seus modos de ação, interferindo nas estruturas e práticas sociais.

O documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM)” foi publicado em 2004, através de um diagnóstico epidemiológico da condição da saúde da mulher no Brasil, apresenta um histórico das políticas de saúde pública no Brasil, e ainda, define diretrizes e objetivos da PNAISM.

O segundo material “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico” foi lançado em 2005, com o propósito de referenciar a organização da rede assistencial, a capacitação dos profissionais e a normalização das práticas de saúde. O terceiro material, “Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco”, lançado em 2012, refere-se à orientação da assistência ao pré-natal nas gestações de risco habitual, de acordo com o Ministério da Saúde, “aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências (...)” (BRASIL, 2012, p.8).

5.1. Contextualizado a criação dos documentos

Os documentos oficiais são moduladores de práticas, são produtos de uma relação dialética entre linguagem e sociedade, dessa maneira, são também marcas de determinado contexto sócio histórico.

O ‘Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher’ (PAISM) teve seus primeiros passos antes mesmo da criação do SUS, quando em 1973, o movimento feminista teve seu papel na concepção e formulação da PNAISM, a literatura aponta como um marco, por trazer questões como a integralidade, mesmo antes da legitimação do SUS, além do rompimento de uma política pronatalista, assistia mulheres prioritariamente no período gestacional, negligenciando o cuidado à mulher em outras fases da vida (SANTOS,2009; SOUTO, 2008; HILLESHEIM *et. al.*, 2009). A versão mais recente, ‘Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes’ foi publicada em 2004, apresenta alguns desdobramentos de leis criadas no âmbito da saúde e direitos da mulher, como Lei nº 9.236, de 1996, que regulamenta o planejamento familiar e Lei nº 10.048, de 2000, e institui o atendimento prioritário à gestante.

Analisamos os autores envolvidos na elaboração de cada documento, observamos que a PNAISM e o manual técnico para pré-natal e puerpério, de 2005, foram produzidos por uma equipe técnica coordenada por uma médica de formação e atuante em questões relacionadas aos direitos das mulheres e causas feministas. A PNAISM contou com a autoria de 11 profissionais, dentre eles, enfermeiros e médicos obstetras, além de assistente social.

O documento ‘Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico’, dispôs de 25 autores, de diversas categorias profissionais, como: psicologia, enfermagem e medicina ginecológica e obstétrica, observamos que a ênfase da formação acadêmica dos autores convergem para temas como: gestão de serviços, epidemiologia, saúde materno infantil, psicologia da gravidez, direitos sexuais e reprodutivos e tocoginecologia. O documento de 2012, ‘Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco’, foi de autoria da mesma equipe mencionada, porém sob coordenação de outros profissionais da medicina, ambos com atuação na área de medicina de família e comunidade.

Estamos diante do que podemos analisar como intertextualidades, uma vez que todo texto é a combinação de diversas vozes, a de quem pronuncia o enunciado e outras as quais são articuladas (RAMALHO, REZENDE, 2011). Nesse sentido, as vozes incluídas na criação

dos documentos nos revelam a recorrência de discursos bem demarcados ideológica e politicamente.

5.2. Analisando as políticas e seus gêneros discursivos

Conforme podemos observar nos contextos de produção dos documentos, é possível dizer que os mesmos compõem uma cadeia de gêneros. “Gêneros discursivos estão ligados a diferentes modos de ação/relação social estabelecidos discursivamente. Por isso, dizemos que gêneros referem-se a modos relativamente estáveis de (inter)ação por meio do discurso (RAMALHO, REZENDE, 2011, p. 60).”

Percebemos que PNAISM é precursora de gêneros discursivos, uma vez que apresenta, por meio da linguagem, modos de ações que se desdobram em outros documentos normativos, como os que foram lançados posteriormente: ‘Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico’ e ‘Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco’. Para alguns autores como Santos (2009) e Souto (2008), a PNAISM foi pioneira ao posicionar a mulher para além da perspectiva reprodutora, utilizando o enfoque de gênero para analisar a dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informações, desse modo, analisamos como o agente discursivo contextualiza e posiciona a mulher para a qual a política está voltada:

“As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as **principais usuárias** do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004, p.9, grifo nosso).”

“(…) o número de **mulheres** que vivem em **situação de pobreza** é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em **atividades não remuneradas**, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004, p.12, grifo nosso).”

“A **violência sexual** é um dos principais indicadores da **discriminação de gênero** contra a mulher (BRASIL, 2004, p.38, grifo nosso).”

“A **medicalização do corpo das mulheres**, com uso de hormônios durante o **climatério/menopausa** encontra um campo fértil no imaginário feminino pelas falsas expectativas que coloca, a exemplo da eterna juventude e beleza (BRASIL, 2004, p.43, grifo nosso).”

“No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos **transtornos de humor (afetivos)** vêm aumentando (...) (BRASIL, 2004, p.45, grifo nosso).”

Percebemos, no decorrer da leitura, uma ênfase dos autores em contemplar diferentes realidades vivências da mulher brasileira, em seus muitos lugares, papéis, sofrimentos e desafios. Os autores recuperam a perspectiva de gênero como cerne das questões de violações

de direitos, dificuldade de acesso a serviços de saúde e alguns processos de adoecimento vivenciados pela mulher negra, indígena, residente na zona rural, lésbica, em situações de prisão, adolescentes e na travessia do climatério. A PNAISM se mostra documento de análise de políticas de saúde voltadas à mulher e também meio de denuncia de formas hegemônicas de dominação, das quais o corpo feminino tem sofrido, historicamente, maciças intervenções.

No entanto, a análise apresentada ao longo da PNAISM e diretrizes propostas não parecem se materializar nos objetivos específicos de tal política, propostos ao final do documento, que nos mostra um desafio no que se refere a operacionalização da PNAISM nos serviços de saúde. No que se refere à construção da atenção à saúde da mulher grávida, o documento traz objetivos que dão ênfase a aspectos, como acesso à atenção ginecológica-obstétrica, a qualificação dos profissionais, a organização da rede de serviços, a distribuição de medicamentos pré-natais e expansão de laboratórios, a ênfase nos indicadores de mortalidade materna, dentre outros.

Sabemos da necessidade de estruturação e qualificação da rede de assistência à mulher gestante, evidenciada nos objetivos supracitados, no entanto, percebemos uma lacuna entre a análise dos modos de ofertar cuidado à saúde que considere todas as possibilidades de vivência da mulher apresentada no decorrer do texto e a operacionalização dessas questões nos próprios objetivos. Estendendo nosso olhar para os outros documentos, de 2005 e 2012, também percebemos uma distância entre a análise apresentada pela PNAISM e as propostas de cuidado a saúde evidenciadas no documento “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico” e “Atenção ao Pré-natal de baixo risco”, não identificamos, por exemplo, alguns dos grupos de mulheres como as gestantes lésbicas, apenadas, gestantes inseridas no mercado de trabalho nas propostas de cuidado. É possível identificar a menção de perspectiva de gênero, mas aparece de modo sucinto, principalmente ligado a temas como a violência sexual e violação de direitos reprodutivos.

No que se refere às tecnologias de cuidado e recursos terapêuticos, traços comuns se repetem, como a Humanização e Acolhimento, o pré-natal, as ações educativas e a visita domiciliar, o parto normal e o aleitamento materno. Dessa maneira, podemos considerar como cadeias de gêneros, as quais contribuem para a possibilidade de suplantação de ações em diferentes espaços e tempos, unindo eventos e práticas sociais em diferentes tempos e lugares (RAMALHO, REZENDE, 2011). A seguir, construiremos uma análise a partir dos pontos comuns supracitados, em alguns momentos utilizamos quadros para melhor visualização dos discursos intercorrentes nos documentos.

5.2.1 Humanização e acolhimento

Há discursos presentes nos gêneros que são correspondentes, pois percebemos uma continuidade entre eles e atribuímos isso a intertextualidade - característica da linguagem na qual os textos escritos participam de uma cadeia dialógica no sentido de que respondem a outros textos e antecipam respostas (RAMALHO, REZENDE, 2011). Abaixo criamos quadros para melhor visualização das estruturas linguísticas recorrentes.

FIGURA 2 - Estruturas linguísticas recorrentes nos manuais

| Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes | Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico | Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco”, |
|--|--|---|
| <p>“A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados (...)” (BRASIL, 2004,p.59, grifo nosso)</p> | <p>“O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias (...)” (BRASIL, 2005, p.16, grifo nosso)</p> | <p>“O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados” (BRASIL, 2013, p.39, grifo nosso)</p> |

Fonte: autoria própria.

Dentre os aspectos que se repetem nos documentos normativos está à humanização associada a termos como acolher, ouvir, responsabilizar-se pelas demandas e vínculo. Nesse discurso percebemos uma indução da construção de uma relação entre o profissional e mulher que busca o serviço. É possível observar a alusão de alguns autores que explicitaram sobre o campo dos conceitos acerca do cuidado, como Ayres (2009) e Merphy e Franco (2003) no decorrer do texto. No entanto, o uso de uma relação, entre usuário e mulher, se faz com um objetivo bem demarcado, a maior resolubilidade do sistema de saúde, como no primeiro trecho revela. Assim, tal indução implica nos processos de cuidado especificamente voltados para a abordagem técnica.

5.2.2. Pré-natal

Quanto ao pré-natal, os documentos de 2005 e 2012 estruturam em consultas com roteiros planejados de acordo com a evolução da gestação e os sinais evidenciados nos exames físicos e laboratoriais. Apresentam condutas específicas para determinados tipos de problemas de saúde, além de posturas relacionais que o profissional de saúde deve ter na abordagem à mulher. Não identificamos análise dos fatores culturais, porém, é recorrente a ênfase nos aspectos psicológicos, com recursos intertextuais, como a constante referência da obra *Psicologia da Gravidez*, de 1998, de Tereza Maldonado. Os documentos também orientam as práticas dos profissionais em como lidar com aspectos psicológicos na gestação e puerpério.

Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes. Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um **diagnóstico correto** (BRASIL, 2005, p.35, grifo nosso.)

Como alternativa à proposta do cuidado integral à saúde, os autores recorrem à elucidação dos aspectos psicológicos, sugerindo novas propostas de abordagem, embasadas na psicologia. No entanto, é possível perceber mesmo que sutil, a orientação de práticas de saúde que sustentam a abordagem à doença e identificação de diagnósticos.

5.2.3. Ações educativas

No que se refere a esta modalidade, uma repetição do texto pode ser encontrado nos documentos de 2005 e 2012. Vemos essa alternativa descrita com termos que aludem a um momento de informações que parte de mais de um agente discursivo, as gestantes e os profissionais de saúde, porém, mais adiante, o discurso do profissional de saúde assume outra função, a de educar. Aqui, recordamos o que disse Campos (2002), sobre a questão do modelo de saúde que baseava-se na pedagogização do paciente, tratando-o como o que precisa ser informado.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de **intercâmbio** de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu **papel de educador** e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do **processo de aprendizagem**, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares.” (BRASIL, 2005, p. 32; BRASIL, 2012, p.146, grifo nosso).

Vemos alguns paradoxos no decorrer dos documentos, passagens que enfatizam a necessidade de expressão e trocas de experiências, e outras onde o agente do discurso assume, a partir de termos sutis, o lugar daquele passivo no processo de cuidado. Assim, o intercâmbio se perde ao serem priorizados os cuidados técnicos em detrimento da suposição de um conhecimento do lado do sujeito que acessa o serviço.

5.2.4. Visita domiciliar

FIGURA 3: Estruturas linguísticas recorrentes nos manuais

| | |
|--|---|
| Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico | Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco |
| “Elas (visitas) deverão reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estarem voltadas à gestante, deverão ter caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social” (BRASIL, 2005, p.149, grifo nosso). | “ Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados , identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários.” (BRASIL, 2013, p.42, grifo nosso) |

FONTE: Autoria própria.

O discurso relacionado à visita domiciliar carrega palavras como vínculo, que novamente denotam o influxo das políticas em aproximar-se das esferas micro políticas, no cotidiano dos lares, através de uma relação entre unidade de saúde, mulher e seus pares, no entanto, um de seus objetivos explícitos é monitorar as formas como a mulher utiliza para cuidar de si e do bebê e adequá-los conforme o discurso oficial exige. O investimento no vínculo surge como ferramenta que permite a orientação e adequação eficaz da puérpera.

Observa-se também um uso recorrente dos termos parto normal e aleitamento materno nos documentos de 2005 e 2012, principalmente nas descrições das atribuições dos

profissionais, acompanhadas de termos como: incentivar, estimular, orientar e preparar. Ambos os processos são constantemente apresentados como vantajosos para mãe e bebê, como no trecho a seguir: “(...) de maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida (BRASIL, 2012, p.151).”

A construção desse discurso se dá de forma dialética, moldado pela sociedade e também constitutivo de uma estrutura social, nesse sentido, premissas como as citadas anteriormente, articulam saberes que determinam práticas e comportamentos esperados da mulher, enquanto mãe, e do profissional de saúde que acompanha mulheres nesta condição.

(...) tais enunciados combinam-se de várias maneiras no campo da saúde da mulher, forjando verdades que correspondem à construção de lógicas específicas e organizando, em torno do sujeito-mãe, estratégias de poder, formas de saber e modos de relação consigo e com os outros. Nessa vontade de verdade, proliferam enunciações que reúnem condições de entrar na ordem do discurso, como, por exemplo: o parto normal traz mais vantagens para a mulher e para o bebê; mamar no peito é mais vantajoso para a mulher e para o bebê; quem ama amamenta (HILLESHEIM *et. al.*, 2009, p.203).

A ordem dos métodos científicos no processo de cuidar na gestação e no puerpério ganha respaldo quando os mesmos são associados à ideia de expressão do sentimento da mãe pelo filho, sustentada principalmente pelo estereótipo da mãe perfeita. Essa construção é feita, paulatinamente, através da cultura e dos discursos científicos difundidos através dos manuais os quais analisamos, como também das campanhas, veiculados nas mídias e outras forma de linguagem.

Codoná e Strey (2014) ao analisarem as campanhas do ministério da saúde acerca da amamentação, identificaram uma visão idealizada e padronizada da maternidade, geralmente, associada a aspectos como a responsabilidade da mulher frente ao sucesso da amamentação; a figura passiva da mãe-mulher que recebe as orientações do profissional de saúde e ainda, a associação da amamentação ao sucesso da criança. Esta padronização da maternidade inviabiliza e estigmatiza outros modos de ser e viver a maternidade.

A partir da experiência como profissional de saúde em serviço que assiste mulheres puérperas e gestantes, é possível presenciar as formas como as relações de poder se engendram e tomam posições demarcadas. A decisão da mulher, quando contrária a da equipe de saúde, costuma ser questionada e avaliada como descuido pessoal ou negligência materna.

O que podemos observar são discursos organizados para modelar outros discursos e práticas. Os documentos apresentados se interconectam, inicialmente, revelam uma análise de cunho crítico, denunciando formas hegemônicas de controle, as quais interferem diretamente no corpo e subjetividade feminina. Conforme as outras normativas vão sendo construídas, é possível observar a manutenção de políticas de saúde caracteristicamente de controle, afirma Hillesheim (2009, p. 210) e colaboradores, “tal processo funciona como estratégia de governo, homogeneizando as multiplicidades, ao mesmo tempo em que individualiza, fixando diferenças e as inserindo em um quadro de utilidade, a partir de técnicas de poder centradas na vida”.

Assim, nossa análise abre o olhar para como tais práticas criam formas de se relacionar entre os sujeitos, definindo subjetividades, o de ser gestante e ser mãe e o ser profissional da saúde.

Os manuais sustentam a necessidade de a mulher expressar suas angústias e medos, porém, cabe à mesma aceitar e seguir conforme o planejado pelo profissional, há o investimento no vínculo, mas como ferramenta que permita a orientação e adequação eficaz da mulher. Ao que percebemos, à mulher gestante, está o limite para decidir, optar e falar conforme o que outrora já foi construído, independente de sua história de vida, cultura e percepção pessoal de sua gravidez. As rotinas e lugares já foram estritamente determinados, forjando maneiras de sobrepor às pessoas, principalmente a mulher, modos de gerir suas vidas, corpos e relacionamentos.

No capítulo seguinte, apresentaremos a análise das entrevistas e discussões levantadas com suporte da análise do discurso crítica.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As seis gestantes que participaram das entrevistas foram abordadas a partir de sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. Quanto ao perfil, constatamos que a maioria são mulheres casadas ou em relacionamentos estáveis, com faixa etária que variou entre 19 e 33 anos. Quanto à escolaridade, a maioria das gestantes apresentou ensino médio completo, uma apresentou escolaridade em andamento e uma informante com grau superior completo. Das seis, quatro gestantes estavam inseridas no mercado trabalho e duas exerciam ocupação não remunerada. Quanto ao período de gestação, as mulheres encontravam-se entre a 20ª semana (4 meses) a 32ª (7 meses) semana de gestação. Dentre estas, duas também frequentando pré-natal em clínicas particulares no período da entrevista.

Antes de tecer as análises, apresentaremos um relato acerca de nossas participantes, as quais estão com outros nomes no intuito de proteger suas identidades.

Rachel

23 anos, reside em Jaibaras, com os pais, o companheiro e um filho. Trabalha na sede, Sobral, no setor industrial. Estava em sua segunda gravidez. No momento da entrevista, trouxe reflexões acerca de sua infância e vida em Jaibaras e a possibilidade de mudança de endereço para sede de Sobral. A rede de apoio familiar é participativa no seu processo gestacional.

Penha

Mora em Jaibaras com o companheiro. Tem 19 anos e está na sua primeira gestação. Concluiu ensino e ocupa-se de atividades de sua casa. Não reside próximo de seus pais, mas suas tias e amigas participam de sua rotina de vida, compartilhando experiências sobre gravidez e parto. Penha é uma jovem comedida em suas palavras, procura em figuras femininas o afeto e o cuidado, como suas tias, amigas, a agente de saúde e a enfermeira de seu posto.

Nise

Nise coabita um apartamento com sua mãe, companheiro e filho em Jaibaras. Tem 23 anos e está em sua segunda gravidez, a mesma não fora planejada e família se organiza para lidar com as despesas da casa. Em sua fala, Nise revelou seus medos acerca da situação financeira da família e a lembrança de uma importante ente querida, falecida num trágico acidente. No dia da entrevista, Nise organizava o chá de bebê em sua casa, com apoio das mulheres de sua família.

Cora

Reside em Sobral com dois filhos e o companheiro. Tem 25 anos, ocupa-se das atividades de sua casa e rotina dos filhos, tenta revezar sua rotina com os cuidados dos filhos, do lar e as consultas do pré-natal. Frequenta pré-natal particular e quando consegue conciliar com sua rotina, as consultas na unidade de saúde.

Maria Quitéria

Quitéria tem 33 anos, mora em Sobral com o parceiro, é profissional do ramo da estética corporal. Vive sua primeira gestação. Em sua fala, trouxe a relação com o parceiro e do planejamento e reorganização de sua vida com chegada do bebê. Refletiu sobre os conflitos relacionados às mudanças de seu corpo e as exigências que seu ambiente de trabalho impõe a este corpo que está em mudanças.

Zilda

Zilda tem 26 anos, mora com o esposo. Trabalha como autônoma no setor de comércio em Sobral, junto com companheiro. Vive sua primeira gestação. Faz pré-natal tanto na rede pública como na rede privada, através de plano de saúde. Sua rede de apoio familiar é presente, porém, o envolvimento da mesma fez ascender reflexões acerca da definição da educação e valores de sua filha, além da organização financeira e da rotina do casal.

A seguir, apresentaremos nossos resultados e análises norteados por dois eixos: subjetividade e condutas x cuidado. No eixo subjetividade, destacamos o que foi mais enfatizado na vivência das participantes e, portanto, ganhou status de categoria.

6.1. Subjetividade

Há uma complexidade de vivências que se relacionam com o ciclo gravídico puerperal, dentre eles: a história pessoal, contexto existencial da gravidez (por exemplo, relacionamento estável ou não, idade, tentativas anteriores de engravidar, históricos de aborto), evolução da gestação (riscos ou ameaça de perda do bebê), além do tipo de assistência recebida e os fatores socioeconômicos. No que se refere aos aspectos psicológicos, uma gestação é considerada um momento de reestruturação de algumas dimensões, dentre elas a mudança de identidade, na qual a mulher e seu par afetivo vão experimentar a definição de

novos papéis, considerando as representações sociais do período e contexto social que compartilham (SILVA, FIGUEIREDO, 2005; MALDONADO, 1998).

Nossas gestantes, no momento da entrevista, lidavam com uma série de mudanças e reflexões a nível existencial, como pudemos identificar na descrição de cada participante, conflitos relacionados à participação da família na educação dos filhos, exigências da vida profissional sobre um corpo que está em mudanças, a vivência do luto e a chegada de uma vida na família, dentre outras. Assim, utilizando nossa formação e manejo de uma escuta qualificada, abordamos nas entrevistas o campo da subjetividade, o qual envolve a experiência da mulher com seu corpo e suas mudanças, as relações, afetos e sexualidade.

6.1.1. Relação com o corpo

As transformações corporais e psíquicas no corpo feminino, ao longo da gestação, podem interferir em como a mulher se relaciona com seu corpo, dentre elas as percepções de pouca atratividade física e incapacidade de sedução ou a sensação de perda do controle sobre o próprio corpo, como nos mostra Nise, ao falar das mudanças corporais que tem se preparado para lidar após sua segunda gestação.

“Essa é bem diferente, bem diferente. Uma coisa que da primeira, a criança nasceu voltou tudo ao normal, não tinha mancha, não tinha nada da outra gravidez. Essa eu já sei que vou ficar cheia de carne rasgada (Nise).”

Há diferentes tipos de reação da mulher ao seu novo esquema corporal, as alterações podem ser vivenciadas com satisfação com o corpo gravídico, principalmente quando as mudanças são reconhecidas e valorizadas pelo parceiro. Há também outros modos de expressar as relações com o corpo, onde podem ser sentidas como deformações e sensação de perda de atratividade, nesses casos podem haver retração sexual e prejuízos ao relacionamento conjugal (MALDONADO, 1998).

“Porque a mulher realmente se preocupa, você se olha... “oh meu deus que bunda grande!”, nada cabe, você vai para o guarda-roupa e nada serve, mas pra ele não, pra ele tá tudo muito novo, então tá muito legal (Zilda).”

“A mulher pode ter a beleza da mulher grávida, mas não é a beleza que o homem gosta, eu acho que isso mexe com a cabeça da mulher (...) (Maria Quitéria).”

Com suporte nesses depoimentos, percebemos questões relacionadas às imposições sobre o corpo feminino, um corpo não atrativo ao parceiro e as possíveis mudanças em sua estrutura física, adensando o que Vieira *et. al.* (2016), em pesquisa realizada, demonstram como o corpo foi tomando uma referência biomédica, tanto no que se refere à sua padronização, como a manipulação das subjetividades. A formação das subjetividades incorpora valores dominantes, geralmente disseminados pela mídia e discursos da área da saúde, levando as pessoas a crerem que serão mais belas, desejadas e mais realizadas quando adeptas de determinados padrões físicos (VIEIRA; BOSI, 2014).

6.1.2. O olhar do parceiro

Outro ponto que pode interferir na percepção das mudanças no esquema corporal feminino é o olhar do parceiro, uma vez que as atitudes do companheiro em relação às modificações podem relacionar-se com o modo como a mulher se situa diante da gravidez.

“É como se eu, naquele momento para ele, eu não perguntei, mas acho isso, eu tô mais pra mãe do que para mulher. Eu tô fora do perfil que, vamos dizer que, que ele sente desejo sexual. Eu até conversei com ele, perguntei porque ele não se excita perto de mim, ele disse que é por causa da barriga, porque é a filha dele. (Maria Quitéria).”

Na alusão à fala do parceiro, percebemos que o casal passa a lidar com a vivência de novos papéis na família, o de pai e mãe, o que pode tomar o espaço do relacionamento homem-mulher (SOUTO, 2012; LECH, MARTINS, 2003). Gilda Sandré (2018) em pesquisas realizadas com casais no Brasil e na França, revela que há mudanças na percepção do parceiro acerca da mulher que se torna mãe, “eles usam frequentemente a palavra ‘respeito’ ao definir esse novo olhar e o sentimento que ele evoca. Um respeito que se traduz algumas vezes por um ‘não-desejo’ (SANDRÉ, 2018, p.485)”.

Aqui também percebemos novamente a demarcação de papéis sociais ligados ao sexo, mais precisamente o feminino durante da maternidade. Sabemos que a cultura, os saberes científicos difundidos na área da saúde e, principalmente, a mídia, modulam uma visão idealizada e padronizada da maternidade, geralmente, associada a aspectos como dedicação integral e abdicção em função dos filhos, além de cuidado, devoção e instinto

(CADONÁ, STREY, 2014). Esta padronização da maternidade inviabiliza outros modos de ser e viver enquanto mãe.

6.1.3. Sexualidade

“(...) a gente tenta ver o lado legal da coisa, o lado engraçado e ele é muito compreensível (...) O apetite dele não mudou, hoje aumentou porque a bunda aumentou também. Ele acha bonito, ele gosta, ele gosta de tomar banho comigo, eu gosto de aproveitar esses momentos pra gente não se perder (Zilda).”

Em sua experiência, Zilda nos mostrou outras maneiras de vivenciar a sexualidade, através de maior contato, valorização e curiosidade com o corpo diferente. A fala dela revela que tal experimentação foi alcançada através de um diálogo com o companheiro. O casal pode encontrar dificuldades para estabelecer esse diálogo, como percebemos na experiência de Penha, a qual retomamos sua fala sobre o receio em manter relação sexual em sua primeira gravidez.

E: Você já conversou isso com alguém?

Penha: Não. Por que é uma coisa da gente. Que é uma coisa..[gesticula com os lábios sinal de constrangimento]

E: E como você está em relação a isso?

Penha: É por que, eu acho que eu, na hora, incomoda ela, não sei. Ai a gente fica assim com medo de fazer.

E: E depois que ela nascer?

Penha: Vai demorar, bastante. Me disseram isso. Demora né, bastante.

E isso te incomoda?

Penha: Não, pra mim não.

E: E o seu companheiro?

Penha: Acho que sim.

Na fala de Penha percebemos a incerteza quanto aos sentimentos do seu cônjuge em relação à diminuição da relação sexual, e a possibilidade de que tal situação se prolongue após o parto. Tal fato evidencia uma dificuldade de Penha em se aproximar do assunto, mesmo com seu parceiro. Pesquisas como a de Gozzo *et. al.*, (2000); Lech,(2003); Souto *et. al.*, (2012) e Vieira (2016) têm proposto que a equipe de saúde, além das muitas

possibilidades de rede de apoio, poder trazer a temática durante os atendimentos, considerando os sentimentos e percepção do casal, ou ainda, trazer à reflexão outras formas que envolvam a sexualidade no plano mais amplo, como carícias e a atividade não genital.

6.2. Condutas x Cuidados: do técnico ao relacional

Ao entrarmos em contato com as falas de nossas participantes, observamos contextos de vida bem distintos, como foi nosso propósito, no entanto, nossas participantes trouxeram pontos comuns no que se referem as suas percepções e preferências no encontro com o profissional de saúde.

Inicialmente, abordamos a rotina de cuidados à saúde e pré-natal ofertado pelo SUS. Três de nossas participantes faziam pré-natal no âmbito privado e na rede pública. No âmbito privado, através de planos de saúde, nossas participantes faziam acompanhamento prioritariamente com profissional de medicina. Na rede pública de saúde, as gestantes tem contato com outras categorias profissionais, como enfermeiro, nutricionista, médico e por vezes, psicólogo. Observamos que a maioria das participantes já havia feito consultas com um profissional de medicina e enfermagem. Em suas falas, nos trouxeram suas representação acerca do encontro com cada profissional.

“Tipo assim, o jeito dela [enfermeira ESF Jaibaras] conversar, o jeito dela explicar cada coisa, o jeito dela examinar (...) Já o médico daqui ele já é mais fechado pra si, sabe? É mais difícil até ele olhar pro rosto da gente. (Nise)”

“É diferente. É diferente assim...é que o médico, às vezes, não fala muito e a enfermeira fala mais, eu acho. A enfermeira fala mais do que... assim, ela fala mais, ela pergunta mais. O médico é mais rápido. Eu acho que ele tem a prática de... a prática de, assim, lidar com as pessoas (Rachel).”

Mesmos com condutas técnicas parecidas, a gestante demonstram sua preferência quando o cuidado alia dimensão técnica e relacional. A escolha dos modos de representar está relacionada aos interesses particulares e as práticas e posições enfatizadas na representação. Os termos “olho no olho”, “conversar”, “perguntar mais”, nos revelam que as gestantes priorizam a dimensão relacional envolvida no atendimento em detrimento do atendimento pautado exclusivamente em protocolos, assim salientam Maria Quitéria e Zilda.

“Eu gosto de me consultar mais aqui do que no meu trabalho, eu vejo mais, eu acho aqui mais completo as coisas, o pessoal fala que SUS não funciona, pode não funcionar algumas coisas, para conseguir ultrassom é um sacrifício (...) o que eu acho que funciona aqui é atenção, o atendimento das enfermeiras (...) (M. Quitéria)”.

Quitéria fez ainda uma análise entre os serviços e profissionais que já passou.

“Ela [enfermeira da ESF Pedrinhas] é mais olho a olho, ele é mais mecanizado... até porque não fui em só um médico, foram em dois diferentes. Mas eu acho que... o último que fui agora no meu trabalho (...) foi primeira vez que fui com ele e agora quero ir sempre nele, eu senti ele olhando pra mim, falando diretamente a mim eu acho bastante importante, não que os outros não saibam, se a gente for pegar a fio vai dar a mesma coisa o que o outro passa, a diferença é você se sentir mais confortável em ser atendida naquele (M. Quitéria).”

Zilda aliou os dois tipos de assistência que dispôs, aliando uma assistência caracteristicamente prática, com recursos de ponta e/ou protocolos, a um tipo de assistência dialogada.

“Me sinto bem assistida aqui [ESF Pedrinhas]. Foi uma escolha minha ser acompanhada aqui. Eu gosto muito, a enfermeira conversa muito, ela tira todas as dúvidas, ela puxa a orelha se for preciso. O Dr. também, mas percebo que é muito automático também, ele tem que anotar muito, escreve muito, mas nada que interfere, o que me importa é saber que minha filha está bem (...) No meu plano de saúde, o Dr. é muito prático, verifica peso, a questão da pressão arterial, tá ok, tal. Ele se preocupa mais mesmo com a neném, em fazer ultra bem feito, se o desenvolvimento dela tá ok, pronto! Em torno de 30 minutos a consulta, tudo muito prático (...) (Zilda)”

As representações de nossas gestantes nos alertam para um tipo de assistência prioritariamente construída a partir de protocolos pré-definidos e posições previamente demarcadas. Entendemos que as condições e a burocratização do trabalho do profissional no âmbito da saúde – excessivos protocolos, sobrecarga de usuários por profissionais e vínculos empregatícios frágeis – contribuem para o afastamento deste na relação com o paciente.

Caprara (2004) em pesquisa que realizamos sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará, sinaliza que o encontro entre paciente e médico pode ser influenciado por diversos fatores, dentre eles: o *setting terapêutico*, os aspectos psicossociais do paciente com seu adoecer, assim como pelos

próprios profissionais, com a sua personalidade, seus fatores psicológicos e habilidades comunicacionais.

“Nesse momento, enfocamos como os médicos pesquisados não reconhecem o seu paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela sua própria saúde; e também não desenvolvem a autonomia e participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento, e suas práticas de prevenção e promoção da saúde (CAPRARA, 2004, p.142).”

A pesquisa de Caprara (2004) nos sinaliza a percepção que o médico tem em relação ao paciente e esta interfere no modo como o profissional se posiciona na relação com o paciente. Todavia, observamos que as gestantes participantes de nossa pesquisa apresentaram representações muito particulares sobre os saberes e práticas relacionados ao cuidar de si, as quais conduzem as opções adotadas na gestação. Observamos práticas ligadas ao campo médico, como também ao campo popular e ambas oriundas de diversos espaços, como o consultório médico, de enfermagem e de nutrição, assim como as relações com familiares, experiências de amigas e/ou familiares e ainda, buscas pela *internet*.

Eu pesquiso na internet, eu leio algumas coisas, eu acompanhei algumas amigas que estavam grávidas, no sentido de conversar mesmo, procuro ver as questão das dicas [...] Eu escuto tudo e retenho o que é bom, o que não é bom eu jogo fora (Zilda).”

Os protocolos na área da saúde estão consolidados como a área de saber da obstetrícia, são pré-existentes à experiência particular de uma mulher, porém, é a gestante que delinea os caminhos os quais considera como seu ‘cuidado’, sejam ele advindos do saber médico, tido como o campo oficial e/ ou do popular.

6.2.1. Representações culturais de cuidado

Quando uma mulher engravida não é só seu corpo que é atravessado por transformações, mas há mudanças que envolvem o contexto familiar, grupo social, e cultural, este último é permeado pela expressão de necessidades, valores, saberes, crenças e práticas de cuidado (ALVES *et al.*, 2015).

A forma de exercer o cuidado pode ser transmitida de geração a geração, de mãe para filha, permeada de crenças, valores, costumes e experiências, constituindo, assim, o sistema popular de cuidado que é influenciado pela diversidade de valores, práticas e crenças culturais (ZANATTA, 2007; GOMES,MELO, 2015). Assim como Penha e Cora que utilizam de indicações aprendidas com familiares sobre a alimentação e o desenvolvimento do leite e

Nise, que pretende, nos cuidados pós-parto, utilizar pomadas farmacêuticas para cicatrização até a linha vermelha na testa do filho para combater o quebrante ou combater os soluços do bebê. Aqui destacamos a fala de Rachel, que nos mostra o uso dos recursos naturais e popularmente conhecidos nas tradições culturais por indicação do profissional de saúde.

“Por que o médico passou sabão de coco pra cirurgia. Pra eu tomar uns anti-inflamatórios e passou sabão de coco, de coco. Ah, eu evitava comer coisa reimosa, “ai comer isso, coisa reimosa. Ah comer aquilo...é coisa reimosa.” – citando a fala de terceiros- Evitava né, eu evitava. (Rachel)”

De acordo com Fairclough (2003), o discurso pode figurar como modo significado representacional, neste, o discurso apresenta características de representação do mundo, de práticas sociais e da própria prática particular dos indivíduos. Assim, também está ligada a posição que os sujeitos ocupam em práticas sociais. Nossa pesquisa nos atentou para alguns modos particulares de representar a realidade do período gestacional e puerpério os quais listamos na tabela a seguir.

FIGURA 4 - Representações nos saberes populares relacionados à gestação e puerpério.

| Representações nos saberes populares relacionados à gestação e puerpério | |
|--|--|
| Alimentação | <p><i>“ Eu evitava comer coisa reimosa” (Rachel)</i></p> <p><i>“É por que, ah eu comi aquele peixe, que chama de bonito, é reimoso (...) O reimoso é inflamado, é o corpo ficar inflamado, a ferida ficar inflamada” (Rachel)</i></p> <p><i>“ Minha mãe me disse que comia rapadura para aumentar o leite. Os antigos tinham essas coisas. Quem tem mais idade já viveu mais, sabe mais da vida e passa pra gente. (Cora)”</i></p> |
| Cuidados pós-parto | <p><i>“Me ensinaram colocar, aquele negocinho que parece um pauzinho, casca de...aroeira. Dizem que é bom pra tomar como pra passar em cima [cirurgia] (Nise)”.</i></p> |
| Previsão de futuro | <p><i>“A da tesoura, bota uma tesoura fechada e outra aberta e dois travesseiros, sem a grávida saber aí manda ela sentar, sem ela ver de jeito nenhum, manda ela sentar. No que ela sentar, se der fechada é homem, se der aberta é mulher(Rachel).”</i></p> |
| Cura | <p><i>“Eu acho os chás mais fracos, assim, porque não é todo remédio que grávida pode tomar e eu prefiro evitar remédio porque são fortes.” (Maria Quitéria)</i></p> <p><i>“A linha vermelha (...) Dizem que é pra não pegar quebrante, a linhazinha vermelha, ou então quanto soluçando, coloca (Nise).”</i></p> |
| Religiosidade/ Valores familiares | <p><i>“Hoje eu leio a bíblia para ela [bebê], eu procuro passar meu valores para ela. Quero passar esse sentimento para ela, tomar um bom banho, tentar relaxar e passar esses sentimentos pra ela, pra curtir ela. Pra nós é uma forma de cuidado (Zilda)”</i></p> |

Fonte: Autoria própria.

Desse modo, as crenças e práticas populares oferecem respostas às pessoas sobre as condições humanas, os estilos de vida, as formas de cuidar e prevenir doenças, além de estratégias para lidar com a realidade vivida.

6.2.2. Organização da rede de cuidados

A literatura sinaliza alguns pensamentos habitualmente relatados no período gravídico, a exemplo, no terceiro trimestre, as gestantes relatam medos quanto ao parto, medo da dor e da morte (MALDONADO, 1998). Percebemos estes receios na fala de nossas informantes, agravados, principalmente, pelas frustrações e dúvidas quanto ao tipo de parto e a instituição onde ocorrerá.

As gestantes que fazem pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) em Sobral dispõem de dois hospitais na cidade, ambos caracterizam-se por ser porta aberta, ou seja, recebem pacientes por livre demanda. Há um terceiro hospital que recebe pacientes através de Sistema de Regulação do SUS. Além da rede pública, há leitos na rede privada, dispostos em hospitais públicos com alas particulares e em instituições exclusivas de serviços privados.

Identificamos conflitos e questionamentos relativos a cada tipo de assistência, evidenciados nas falas de nossas participantes. Rachel nos revelou seu incômodo por não ter certezas quanto ao local onde ocorrerá o parto.

“Meu primeiro foi cesáreo. Ai diz quem tem cesáreo primeiro, tem de cesáreo o segundo. E outros já dizem que quem tem cesáreo primeiro tem normal. Mas aí eu não sei. Só quem sabe é Deus mesmo. Eu mesmo, não sei. Fico pensando “será que eu vou ter cesáreo? Será que eu vou ter, vou ter norma. (...) Eu penso no hospital (...) É dez pessoas no mesmo quarto, um banheiro pra várias pessoas. E tem aquela burocracia quando chega lá, mulher fica chorando de dor. Tem aquele atendimento, tem que esperar sua vez. Assim, eu acho precário a situação, nessa situação aí eu acho muito pesado (Rachel)”

A Lei nº 11.634 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. O vínculo da gestante com a instituição mostra-se importante no que se refere à responsabilização da rede de saúde pela mulher gestante, minimizando danos psicológicos e violações de direitos, como a peregrinação por leitos no anteparto e parto.

Zilda vive uma realidade diferente, faz acompanhamento na rede pública e privada, e naquele momento, já previa que seu parto caminhasse para a cesariana num hospital ligado a seu plano de saúde. No entanto, Zilda nos revelou que seu desejo para sua gravidez era outro.

“Eu queria muito o parto normal, pelos benefícios para mim e para o bebê. E aqui [ESF Pedrinhas] eles falam muito disso, mas só tem um hospital que tem o parto humanizado aqui e soube que lá só recebe os casos de gravidez de risco. (Zilda)”

A mesma acrescentou que há motivos para não optar pelo parto natural na rede privada, dentre eles maior investimento financeiro e estrutura não viável para o parto humanizado. O parto humanizado consiste numa proposta no âmbito da saúde na qual equipe tem a função de dar o suporte afetivo, psicológico, físico-técnico e tecnológico, intervindo apenas quando realmente necessário. Apresenta como bandeira o protagonismo da mulher no parto, o respeito ao tempo e a saúde do bebê e a participação do pai ou outros acompanhantes durante o trabalho de parto (BRASIL, 2014).

Ao falar sobre sua frustração quanto ao tipo de parto, Zilda nos revelou um panorama presente no Brasil, os tipos de parto estão relacionados a alguns fatores, além do desejo da mulher e fatores fisiológicos, como o tipo de serviço de saúde. Guimarães *et. al.* (2017) analisaram os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrados no Brasil em 2014 e constataram que há uma vantagem de mulheres em hospitais privados serem submetidas à cesárea, em comparação às mulheres em hospitais públicos (GUIMARÃES *et. al.*, 2017).

Os autores supracitados também apresentam dados de estudos similares em cidades brasileiras como Pelotas, Rio Grande do Sul (Paris *et. al.*, 2014) e Maringá-Paraná (Barros *et. al.* 2011) que ratificam a diferença entre serviços públicos e privados para a escolha da via de parto. Mandarino *et. al.* (2009) analisaram os partos e a relação com a preferência da gestante em dois serviços da capital maranhense e constatou que:

[...] na maternidade privada, além da preferência predominante pela cesariana manifestada pelas gestantes (67,4%), dentre aquelas favoráveis ao parto vaginal (29 pacientes) apenas 2 (7%) tiveram o seu desejo atendido, enquanto que 100% das que preferiam a cesariana acabaram realizando este tipo de parto. Na maternidade pública, as taxas de concordância entre preferência da gestante e o tipo de parto realizado foram de 55,8% para o parto vaginal e de apenas 38,2% para a cesariana, o que sugere que o desejo da mulher teve importância menor, prevalecendo as indicações clínicas para cada via de parto (MANDARINO *et. al.*, 2009, p. 1593)

Recentemente, foi lançado o documento ‘Diretrizes de Assistência ao Parto Normal no Brasil’, uma das propostas do documento é que a parturiente possa elaborar seu próprio plano de parto, escolhendo como, onde e de que forma elas deseja vivenciar essa experiência

(BRASIL, 2017). Porém, entendemos que há necessidade de outras mudanças, tanto na estrutura da rede assistencial, como na formação dos profissionais de saúde para viabilizar um maior grau de autonomia para a mulher nesse processo. Guimarães *et. al.* (2017) alerta para a precarização da assistência, juntamente com as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos. A falta de investimentos na saúde da mulher inviabiliza a construção de novas maternidades e a ampliação/adequação daquelas existentes, resultando na dificuldade das unidades hospitalares em acolher integralmente.

Com suporte na fala de nossas participantes e nos estudos relatados, observamos que, é possível encontrar nas várias redes de saúde da nossa região e de outras do país, grávidas que ainda não dispõe de todas as opções e recursos possíveis para viver o momento do parto conforme desejam. Compreendemos que existem inúmeros fatores para a decisão da melhor via de parto e que, em determinadas condições, alguma opção pode oferecer risco à mulher e/ou bebê. No entanto, essa e outras escolhas não devem ser pesadas pelos interesses da equipe de saúde e/ou de uma empresa, sobrepujando as escolhas da gestante para sua vivência. Nesses moldes, tal conduta terapêutica não se configura como uma relação de cuidado, mas uma mera imposição de técnicas tidas como eficazes e/ou econômicas para o grupo dominante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa podemos retomar as perguntas que nos instigaram a iniciar esse estudo, bem como os objetivos da pesquisa.

Na análise histórica das práticas de cuidado, observamos que a figura da parteira simbolizou o elo entre o feminino, a cultura, tradições compartilhadas e o vínculo de pessoas unidas pela condição de ser mulher e de gerar um filho, não apenas um receptáculo, mas um corpo com história e voz, por diversas vezes silenciadas na história. Este percurso histórico nos atentou para o fato de que algo possa ter ficado perdido com a estruturação da ciência, como a questão do cuidado construído a partir de uma relação, relação do cuidador e daquele que recebe o cuidado, considerando o que este deseja para si. Assim, o cuidado possui uma dimensão ambivalente, tendo a potência de tutelar ou de emancipar. Compreendemos a partir leitura crítica dos teóricos, que um dos caminhos para construção do cuidado com êxito ao sujeito que busca os dispositivos de saúde é conhecer as necessidades, valores e crenças e modos de vida de uma pessoa.

Quanto aos manuais do ministério da saúde, há o investimento no vínculo terapêutico aparece, mas como ferramenta que permita a orientação e adequação da mulher ao que fora previamente construído e que pode estar dissociado de sua experiência individual. Assim, os documentos são importantes na construção das políticas de saúde da mulher, mas ainda existe um longo caminho no cotidiano das práticas, na formação acadêmica, na educação permanente e educação continuada, que precisam ser trabalhados para que haja o alinhamento da proposta documental e aquilo que se dá na relação dos usuários com as unidades de saúde.

Identificamos que a escolha dos modos de representar está relacionada aos interesses particulares e as práticas e posições enfatizadas na representação dos sujeitos. Percebemos que as práticas populares na gravidez apresentam diversas representações, dentre elas a de cura, espiritualidade, valores familiares, previsão de futuro, dentre outras formas de lidar com o viver gestacional. As gestantes demonstram aliar tanto práticas ligadas ao cuidado popular como ao campo médico.

Ressaltamos que as usuárias enfatizam a dimensão relacional envolvida no atendimento em detrimento do atendimento pautado exclusivamente em protocolos, demonstrando maior interesse na relação de cuidado que oferta escuta e diálogo sobre as questões vivenciadas pela mulher. Assim, retomamos os pilares do cuidado em saúde, como um espaço desenvolvimento de autonomia, conforme os modos os sujeitos entendem que deve ser a vida e a saúde no seu cotidiano.

A pesquisa sinaliza ainda a necessidade do debate dos profissionais de saúde, no sentido de abrirem espaço para reavaliar discursos e práticas produzidos e omitidos nesse âmbito, com intuito da assistência ao pré-natal avançar no conhecimento deste aspecto da vida da mulher. Sugerimos que novas investidas de pesquisas sejam feitas, como por exemplo, sobre a oferta de cuidado na atenção básica para questões relacionadas à sexualidade.

A análise dos discursos revelados evidenciou que cada gestante tem experimentado de um modo particular sua sexualidade, e esta vivência, de fato, se relaciona com diversos fatores, dentre eles: as alterações físicas, estados psicológicos, relacionamento familiar e com o parceiro, inclusive a auto percepção corporal e a do cônjuge. Faz-se necessário a criação de redes de cuidado que considerem o protagonismo da mulher, em seus sofrimentos e desejos, e fundamentalmente, propiciem espaços para que a mulheres gestantes e parceiros (as) elaborem acerca dos significados de seus corpos e vivências.

É necessário alinhar os saberes técnicos e os saberes que as pessoas cuidadas acumularam sobre si próprias e seus projetos de vida, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado. O cuidado acontece quando o sujeito encontra nos dispositivos de saúde recursos capazes de permiti-lo escolher, conforme sua perspectiva de saúde, doença e de vida.

8. REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia; LUZ, Madel. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enferm**, Rio de Janeiro, UERJ, 11:153-8, 2003. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a05.pdf>> Acesso em 21 abr 2016.
- ALMEIDA, C. C. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. **Revista Aedos**. 2009. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/128786>>. Acesso em 02 jul 2017.
- ALVES, Camila N.; WILHELM; Laís A.; BARRETO, Camila N.; CARBONELL, Carolina; MEINCKE, Sonia M.K; RESSEL, Lúcia Beatriz. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, v. 19, p.: 265-271, Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200265> Acesso em 21 abr 2016.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina H.C.; GOYA, Neysa; MARTINS, Tomaz. Estratégia saúde da família em sobral: oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde. **Revista Sanare**, Sobral, ano V, n.1, jan./fev./mar. 2004. Disponível em < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118>> Acesso em 28 nov 2014.
- ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC,1981.
- AYRES, José Ricardo.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.*, v.18, supl.2, p.12-23, 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 21 abr 2016.
- ARAÚJO, Natalúcia *et. al.* Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. esc. enferm.** 2012, vol.46, p.552-558.
- BANDITER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004.
- _____. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, 2005.
- _____. **Caderno da Atenção Básica: Pré natal de Baixo Risco**. (1ª ed.). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2012.
- _____. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 4. 2014.
- _____. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- BARROS, A.; SANTOS, IS; MATIJASEVICH, A; DOMINGUES, MR.; Silveira, M; VICTORA, CG. Padrões de partos em uma coorte de nascidos no Brasil: cesarianas quase universais para os que estão em melhor situação. **Rev Saúde Pública**. 2011; 45 (4): 635-43.

Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400001> Acesso em 17 ago 2018.

BRENES AC. História da parturição no Brasil, século XIX. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v.7, p. 135-149, 1991. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02/7/pdf>> Acesso em 28 ago 2017.

BUSTAMANTE, Vania; MCCALLUM, Cecilia Anne O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação** v.14, n.34, p.607-18, jul./set. 2010. Disponível < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0610>> Acesso em: 2 abr. de 2017.

CADONÁ, Eliane; STREY, Marlene Neves. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 2, p. 477-499, 2014. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2014000200005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 mar de 2018.

CAMACHO, K.G.; VARGENS, O.; PROGIANTI, JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. Enferm.** 2010; v. 18(1):32-37.

CAMARGO JUNIOR, Keneth R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Revista PHYSIS: Saúde Coletiva**, 76(1):63-76, Rio de Janeiro, 2007. Disponível < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a05.pdf>> Acesso em: 2 abr. de 2017.

CAMPOS, Gastão W. Sete Considerações sobre a cultura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.1, n.11, p. 105-115, jul. 2002. Disponível < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/11>> Acesso em: 20 nov. de 2017.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6ª ed., Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CAPRARA, RODRIGUES. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):139-146, 2004. Disponível < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/11>> Acesso em: 20 jul. de 2018.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**. Vol.15, n.37, pp.589-599. 2011. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 mar 2018.

COELHO, Márcia O.; JORGE, Maria Salete B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14. P.1523-1531, Fortaleza, 2009. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 mai 2018.

COSTA, Z; MEDEIROS, R. L. R; OLIVEIRA, FE; RODRIGUES, RL; SALES, TB; SANTOS, JBF. Parteiras Cearenses: História E Memória Do Ofício De Fazer O Parto. **Recursos Humanos em Saúde: Diagnósticos e reflexões**. 2008. Disponível em <[www.observarh.org.br / 74 /pdf](http://www.observarh.org.br/74/pdf)> Acesso em 26 ago 2017.

CRUZ MCC. **O conceito de Cuidado à saúde**, 2009, 153 p. Dissertação. (Instituto de Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, 2009.

DA MATTA, Roberto. **Explorações: ensaios de sociologia interpretativa**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986. p. 121-128.

DINIZ, C. S. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Dissertação. Mestrado em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1996.

FAIRCLOUGH, Norman. **Analyzing discourse: textual analysis for social research**. London, New York: Routledge, 2003

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

GIL L; WAKANÃ G. Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: Ferreira, Luciane Ouriques; Osório, Patrícia Silva (Org.). **Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento**. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2007.

GOMES, Leandra; MELO, Monica C. P. Práticas Populares de Cuidado: percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina-PE. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 16, n. 3, p. 53-6, jul-set. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a12.pdf>> Acesso em: 20 abr 2016.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; FISCHER, Tânia. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v.2, n.1, p.09- 26, set.- dez. 2009.

GOZZO, T.O., FUSTIONI, S., BARBIER, M , ROHER WM. Sexualidade feminina: compreendendo o seu significado. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2000 Jul-Sett, v. 8(3). Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>. Acesso em 15 jan 2018.

GUIMARAES, Raphael Mendonça *et al.* Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2017, vol.17, n.3pp.571-580. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300571&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 ago 2018.

HILLESHEIM, B; SOMAVILLA, Vera da Costa; DHEIN, Gisele ; LARA, Lutiane. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, v.15, n.1, p. 196-211, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 abril. 2018.

KRAMMER S., SPRENGER P. **O Martelo das Bruxas**. Tradução de Alex H. S., 2007. Tradução de: Malleus Maleficarum.

LANGDON EJ; WIIK FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V 18(3), mai-jun 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf. Acesso em: 01 mar 2018.

LECH, M. B.; MARTINS, PC R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. **Estudos psicológicos**. 2003, vol.20, n.3, pp.37-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan 2018.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1998.

MANDARINO, Natália Ribeiro *et al.*. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, July 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 7 ago. 2018.

LEITE, M. M., Representações femininas na idade média: o olhar de Georges Duby. **Revista Sitientibus**, 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/128786>. Acesso em 15 jul 2017.

LIMA, A. M. Uma análise crítica dos documentos oficiais que prescrevem o trabalho do professor. *Revista do GELNE*, v. 12, n. 1/2, p. 115-126, 2 mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/gelne/article/view/11442/0>> Acesso em 15 jan 2018.

MACEDO, J. **A mulher na Idade Média**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Contexto, 2002.

MEDEIROS, Thais C.; MELLO, Márcio. Cultura, religiosidade e saúde. In: ANDRADE, João; MELLO, Márcio; HOLANDA, V. M. S (Org.). **Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas**. Fortaleza: UECE, 2015. Cap. 1, p.113-136.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, 2004. p. 108-137.

_____, **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos, 1, 2004, São Paulo, **Anais...**, Bauru, Universidade Sagrado Coração, 2004. P. 1-10. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>> Acesso em: 2 out. de 2013.

MANDARINO, Natália Ribeiro *et. al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, jul, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400001 .

MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**. V. 27(65), p.316-323. Rio de Janeiro, 2003.

MONTEIRO A; RIBEIRO A; COSTA E.; A Visão da Mulher na Antropologia: Mitos da Criação e Crenças em Relação à Gravidez. **Revista Millenium**. 2004. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/8433/Pdf>> Acesso em 02 jul 2017.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Revista Pucs**. 2000 Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/pdf> . Acesso em 02 set 2017.

MOURA, Solange M.S.R.; ARAÚJO, MF. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006/12/8/pdf. Acesso em 30 nov 2016.

OLIVEIRA, Aline T. S. Alencar; MOREIRA, Camila T.; MACHADO, Caroline A.; NETO, José Ananias V.; SOUSA, Maria de Fátima A. M. Crenças e Práticas Populares: Influência

na Assistência de enfermagem prestada à criança no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção em Saúde**, Fortaleza, v.19, p.11-18, 2006. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819104>> Acesso em 29 nov 2014.

PARIS GF, MONTESCHIO LVC, OLIVEIRA RR, LATORRE MRDO, PELLOSO SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2014; 36 (12): 548-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf>. Acesso em 17 ago 2018.

PIRES, R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 10(4):1025-35, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400025. Acesso em 25 mar 2018

RAMALHO, Viviane.; RESENDE, Viviane. **Análise de Discurso (para a) crítica: O texto como Material de Pesquisa.** Campinas SP. Pontes Editora, 2011.

SANDRE-PEREIRA, Gilza, Amamentação e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**, 2003, 11 (julho-dezembro). Disponível em en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38111207>> Acesso em 27 maio 2018.

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Universidade Federal do Maranhão, 2009. **Anais...** São Luís do Maranhão. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 abril. 2018.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social.** Brasília, DF, v. 10, n. 22, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.red.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17/18>. Acesso em: 4 abril. 2018.

SOUTO, D.; BRANDOLT, C.; BIELBRON, E.; TAVARES, C.; KRUEL, C. A expressão da sexualidade no período gestacional. Em: 5º CONGRESSO INTERFACE NO FAZER PSICOLÓGICO, SANTA MARIA. **Anais...** Santa Maria, 2012, p.1-8.

SANFELICE, C.; SANTOS, C. C.; WILHELM, L. A.; ALVES, C. A.; BARRETO, C. N. Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista de Enfermagem**, UFPE, v. 7, n. 12, p. 6790-6799, 2013a. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12340/15055> > Acesso em 17 mar 2016.

SANFELICE, C.; RESSEL, B.; STUMM, K.; PIMENTA, Lizandra. Crenças e práticas do período gestacional. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, p.3548, Rio Grande do Sul. 2013b. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/5524/pdf_1>Acesso em 17 mar 2016.

SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Psiquiatria Clínica**, 2005, v. 25, n. 3, p. 253-264.

SOUSA, Noelia A. **Sábias Mulheres: Uma Investigação de Gênero sobre Parteiras no Sertão do Ceará**. 2007. Teses (Doutorado em História Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOUTO, D.; BRANDOLT, C.; BIELBRON, E.; TAVARES, C.; KRUEL, C. A expressão da sexualidade no período gestacional. Em: 5º CONGRESSO INTERFACE NO FAZER PSICOLÓGICO, SANTA MARIA. **Anais...** 2012; Santa Maria, p.1-8.

VARELA, JV. **Amuletos no Antigo Egito: Protecção na gravidez, parto e infância**. Dissertação. (Mestrado em História - especialidade de História Antiga). Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Lisboa Portugal. Jan. 2015.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil, Minas Gerais, Brasil. **Revista Interface**, vol. 19, n. 55, pp. 1089-100, 2015.

VIEIRA, C A. L. **Entre Hígia e Afrodite: o corpo feminino veiculado nas revistas de beleza e cuidados corporais** Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva Associação Ampla) Uece/Unifor/UFC, Fortaleza, 2013.

VIEIRA, C. A. L.; BOSI, M.L. Impressões sobre o corpo feminino na interface mídia, consumo e ciência médica-estética: das imagens de papel à (i)materialidade do corpo simbólico. Em: Freitas, Ferreira, Carvalho, Prado (Org.). **Corpo e Consumo nas cidades**. v. 2, Curitiba: Ed. C RV. 2014, 277p.

VIEIRA, K. F. L., NÓBREGA, R. P. M., ARRUDA, M. V. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. **Psicologia: ciência e profissão**, 2016, 36(2), 329-340. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200329> Acesso em jan 2018.

VOSNE, APM. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da Ginecologia e a da Obstetrícia no século XIX**. Tese (Doutorado em História), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ZANATTA, Elisangela A.; MOTTA, Maria da Graça C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, dez; v. 28, p.556-63, 2007. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152>> Acesso em jan 2016.

ZOBOLI, Elma L. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm**, v. 38, p. 21-7. São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100003> Acesso em jan 2016.

9. APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

Você está sendo convidado por Camilla Araújo Lopes Vieira, formada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza, professora orientadora da pesquisa e Ana Beatriz Albuquerque Almeida, formada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, como participante da pesquisa intitulada ‘Práticas populares como estratégias de cuidado a saúde materno infantil pela comunidade em Sobral-CE.’ Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa pretende conhecer os costumes que mulheres grávidas consideram como uma forma de cuidar de si e do seu bebê. Para sua realização será feito uma entrevista em formato de conversa. A entrevista será realizada no local mais confortável para você participante, levará cerca de 40 a 50 minutos e falaremos o que você faz ou fará para se cuidar durante a gravidez e cuidar do bebê; quais cuidados você aprendeu com sua família e o que os profissionais dizem para você a respeito dessa forma de se cuidar.

Entendemos que, embora todo o zelo pelo respeito e ética, sabemos que há riscos para a participante, como, por exemplo: falar de assuntos íntimos, possíveis pressões por parte da equipe de saúde ou do grupo para que as participantes se candidatem, mesmo que não seja obrigatório para você. Este estudo visa contribuir para formação dos profissionais que atendem a mulher gestante na cidade de Sobral-CE, acreditamos que ela será importante para melhorar o conhecimento sobre a forma como as pessoas entendem o cuidado da sua saúde.

Lembramos que, as informações desta pesquisa serão confidenciais, ou seja, não podem ser comentadas com as demais pessoas e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não será divulgado os nomes de nenhum dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de desistir da permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou ofensas, pela sua decisão

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Ana Beatriz Albuquerque Almeida

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Joaquim Ribeiro, nº 215. Centro. Sobral – CE. CEP: 62010-290. E-mail: beatriz-albuquerque@hotmail.com

Telefones para contato: (88) 3613 1663..

Nome: Camilla Araújo Lopes Vieira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço Institucional: Universidade Federal do Ceará, Av. Lúcia Saboia, 215 - Centro, Sobral, Ceará.

Telefone: (88) 3613 1663.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura deste documento e conversa com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar a permissão a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício.

Entendo os objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Sobral, _____ de _____ de 201____.

10. APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

| PERFIL DA PARTICPANTE | |
|-----------------------|-----------------------|
| Nome: | |
| Endereço: | |
| CSF: | |
| Idade: | Quantidade de filhos: |
| Renda média familiar: | Profissão: |
| Estado civil: | Período gestacional: |

TÓPICOS PARA ENTREVISTA COM AS GESTANTES:

- O que você está achando da sua gravidez?
- Como estão as consultas no posto?
- Existem coisas a cumprir no seu pré natal? Como se sente com isso?
- O que você acha da forma como os profissionais atendem você?
- O que as pessoas dizem sobre a gestação (família, amigos, profissionais)?
- Você algum forma de cuidado, como ritual, ou receitas que não foram ensinadas no posto?
- Você conhece alguma receita para cicatrização do corpo ou cuidado depois do parto?
- Você conhece alguém que está grávida e se cuida de forma diferente da sua?
- O que você tem medo de fazer por estar grávida?
- O que você sabe sobre cuidados com o corpo durante e depois da gravidez?

11. ANEXO A



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0095/2016

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, intitulado: PRÁTICAS POPULARES COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A SAÚDE MATERNO INFANTIL EM SOBRAL-CE, desenvolvido por Ana Beatriz Albuquerque Almeida sob orientação da Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo junto às gestantes e/ou puérperas vinculadas ao Centro de Saúde da Família Dr. José Mendes Mont'Alverne, no Bairro Pedrinhas ou ao Centro de Saúde da Família Leda Prado, em Jaibaras, distrito de Sobral.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada uma das participantes do estudo (gestantes e/ou puérperas) atendidas por um dos Centros de Saúde da Família eleitos. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Código de Validação: PP68161470785085F

Emitido em: Sobral, 09 de Agosto de 2016, às 20:24, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICCC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvanet.br/validacao, através das informações acima.