



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



**O CUIDADO À SAÚDE NA GESTAÇÃO: SABERES E PRÁTICAS
POPULARES DE GESTANTES PARTICIPANTES DE AÇÃO EDUCATIVA EM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRACICABA-SP**

REGINA MACHADO DE SOUZA



SÃO CARLOS – SP

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**O CUIDADO À SAÚDE NA GESTAÇÃO: SABERES E PRÁTICAS
POPULARES DE GESTANTES PARTICIPANTES DE AÇÃO EDUCATIVA EM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRACICABA-SP**

REGINA MACHADO DE SOUZA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de pesquisa:

Práticas Sociais e Processos Educativos

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Aida Victoria Garcia Montrone

São Carlos

2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S729c Souza, Regina Machado de
O cuidado à saúde na gestação : saberes e práticas populares de gestantes participantes de ação educativa em unidade de saúde da família em Piracicaba-SP / Regina Machado de Souza. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
185 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Processos educativos. 2. Cuidado à saúde. 3. Educação popular. 4. Gestação. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Regina Machado de Souza, realizada em 19/11/2015:

Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone
UFSCar

Profa. Dra. Maria Waldenez de Oliveira
UFSCar

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
USP



Dedico este trabalho a todas as **mulheres** – em especial às colaboradoras da pesquisa -, deste e de outros tempos e à potência que nos faz fortes, sábias e conscientes de quem somos;

Ao **sagrado feminino** que nos habita – presente também nos homens – e à força que cria, que sustenta e que transforma a vida, regendo nascimentos e renascimentos;

E aos **seres humanos** que se dispõem a serem canais do divino aqui na Terra, se colocando no caminho da fé, do cuidado, da cura, da verdade, da justiça e da dignidade.

“Lá vem a força,
lá vem a magia,
que me incendeia
o corpo de alegria...”
Raça - (Milton Nascimento)

“Mas é preciso ter força,
é preciso ter raça,
é preciso ter gana sempre!
Quem traz no corpo a marca,
Maria, Maria,
mistura a dor e a alegria...
Mas é preciso ter manha,
é preciso ter graça,
é preciso ter sonho sempre!
Quem traz na pele essa marca,
Possui a estranha mania de ter fé na vida!”
Maria, Maria – (Milton Nascimento e Fernando Brant)

A presente dissertação é um trabalho desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”, cadastrado na CAPES desde 1997.

AGRADECIMENTOS

“Mãe meus pés sentem o seu ser, sinto seu coração bater... Terra meu corpo, água meu sangue, ar meu sopro e fogo meu espírito... Heya, Heya, Heya...” – Canção xamânica

Em primeiro lugar agradeço e honro a Deus e à Deusa - Mãe Terra - por me oferecerem a vida e saúde em abundância e por me mostrarem diariamente sua presença, poder e beleza, me protegendo, iluminando e guiando; a seguir agradeço:

À FAMÍLIA:

Aos meus pais, Eurico e Marlene – e a meus ancestrais -, por serem meu porto seguro, terem me dado à luz, me educado, me amado e, sobretudo, por confiarem em mim;

Aos meus irmãos, Patrícia e Luciano, pela convivência e respeito às diversidades;

Aos meus tios, Elenice e Tio Zé, pelo incentivo nos estudos e pelo carinho de sempre;

Ao Daniel (Jabuti), por ser meu companheiro de jornada, meu amigo, parceiro e pai dos meus filhos, por me amar e me ensinar muito, em especial, por sua alegria e sorrisos;

Aos meus sogros, Carlinhos e Maurícia, por toda ajuda, paciência, cuidados com a casa e com as crianças, sendo minha segunda mãe, me acolhendo e me ensinando a zelar;

Aos meus filhos, Naiá e Cainã, meus maiores mestres, que me deram a honra de sentir o que é gerar, que escolheram meu ventre como abrigo e minha companhia como guardiã, me permitiram renascer nos partos e me convidam, dia a dia, a ofertar o melhor de mim;

ÀS(OS) PROFESSORAS(ES) E INSTITUIÇÕES:

À Victoria, por ter sido mais que orientadora, amiga-mãe, por me compreender, respeitar, estimular, acreditar em minha capacidade, ter paciência e ser tão humana;

À Wal, por fazer meus olhos brilharem diante de seu talento e de suas palavras, por ser um exemplo de pesquisadora, educadora popular, canceriana e pela nossa forte ligação;

À Ana Márcia, pelos diálogos e trocas fraternas, pela humildade e carinho, pelas diversas contribuições e críticas à pesquisa e pela doce e forte presença nas bancas;

Ao Grupo e Linha de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”, aos professores, às professoras, aos (às) colegas, pelas aulas, pela intersubjetivação e encontro das consciências, pelos silêncios, pelos ensinamentos e inspirações;

À UFSCar, pela oportunidade de me tornar mestra, pela infraestrutura, pela biblioteca e, sobretudo, pelas belas e frondosas árvores em que me abriguei durante esses anos;

À CAPES, agência financiadora da pesquisa pelo auxílio financeiro;

À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e à USF São Francisco (especialmente à Maisa), pela possibilidade de realizar minha coleta de dados e por ser acolhida;

ÀS AMIZADES (quem tem amigos, tem tudo!):

À Aline Campos, parceira desde os primórdios da graduação, por continuarmos juntas no mestrado, por nossas reflexões e vivências e pelo seu jeito ímpar e colorido de viver;

À Lu Palharini, minha comadre e irmã guerreira, um presente da vida, por me ajudar nos caminhos da biologia, educação (pela força no projeto), maternidade e parteria;

À Lia Chaer, pela paciência conosco, pelo inestimável auxílio no pós-parto;

À Fátima, Janaína, Salete, mulheres fortes que me auxiliaram no cuidado com a casa;

À Joaquina, Barney e Luiza pela acolhida amorosa nas noites de terça feira, pelo teto, pelo alimento, pelos calorosos banhos e macia cama ofertados a mim e Cainã (in útero);

À Rosângela, pela companhia nas viagens, aulas, trabalhos e pelas inúmeras conversas e trocas pelas estradas de Piracicaba a São Carlos (e vice versa), sobretudo, por sua garra;

Às(os) colegas Reijane, Erivelto, Kergi, Silvana, Débora, Paulinho, Thalyse, Ana Luísa, Iraí, por juntos exercitarmos nossa “vocação de ser mais” e nossa incompletude;

À Marisa, por sua doçura, acolhimento, partilhas espirituais, conversas femininas e por ter me acalmado e me ajudado na finalização e entrega dos exemplares da qualificação;

Às mulheres do Círculo Sagrado Feminino de Piracicaba, especialmente à Fabíola, Carla e Silvana, por comigo serem árvores e me ajudarem a fortalecer minhas raízes;

À Andrea Schiavi, uma mestra da vida, irmã iluminada, que muito me ajudou e me ajuda a me centrar, me encontrar e trilhar com mais coragem e confiança minha missão;

Às irmãs de doulagem Raissa, Daniela e Jessica, filhas sagradas da Terra, honro nosso encontro para resgate dos saberes ancestrais de cura e a ressignificação do nascimento;

Às parteiras Olivia e Fernanda, por terem sido “minhas” parteiras e por trilharmos juntas esta estrada; Fer, força no seu mestrado e continuemos a trocar figurinhas;

Às parteiras Nayara e Graci, pela confiança, pelas conversas e conselhos, pelo incentivo em continuar sempre adiante, pela teia mágica da vida que uniu nossos caminhos;

Às mulheres do Matri Gaia, especialmente à Gaby e Mari, pelo nosso (re)encontro, pela família que formamos, pela paciência e compreensão para que eu “parisse” o mestrado;

À Adriana, Andrea e Diógenes, pelas curas tão profundas nos lindíssimos rituais de que participei, à mamãe ayahuasca que me deu colo, amparo, suporte espiritual para fazer o que tinha que ser feito, ressignificando e me fortalecendo como mestranda da vida;

A todos os casais que me escolheram como doula, especialmente, aos(às) bebês que me presentearam com a possibilidade de presenciar o momento mais sagrado de suas vidas, sua chegada a esta Terra, eu agradeço de todo coração e com todo meu amor! Gratidão!



A MÃE DAS OUTRAS – “A senhora interna que vê na outra a si mesma, que cuida sem pensar, faz o que tem que fazer, doando o que tem a oferecer, em entrega. E tem a conexão com a natureza, com as rezas e os cantos, com a força das Águas e da Terra e a proteção da Grande Mãe”. Por Andrea Schiavi.

RESUMO

O cuidado à saúde se caracteriza como uma prática social - em que as pessoas aprendem e ensinam - influenciada por cultura e valores, que variam de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, econômicos e sociais. Na gestação, a mulher vivencia diversas mudanças, sendo um período propício para reestruturações, inclusive para rever a forma como cuida de sua saúde. Esta pesquisa tem como objetivo compreender os significados dos saberes e práticas populares de saúde na gestação, a partir da perspectiva de mulheres gestantes que participaram de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba. Essa é uma pesquisa com abordagem qualitativa e inspirada nos pressupostos da observação participante, tendo como colaboradoras cinco gestantes que participavam do curso oferecido na USF São Francisco, no qual a pesquisadora se inseriu. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2014 a julho de 2015 e envolveu rodas de conversa e entrevistas em profundidade, que foram gravadas e transcritas. A análise dos dados foi baseada na Análise Temática. Para as colaboradoras, a saúde se relaciona ao bem-estar e autocuidado, envolvendo aspectos físicos, emocionais e psicológicos. A gestação foi descrita como um momento mágico, de alegria, bençãos e realização, mas que assusta no começo, envolvendo adaptação e momentos difíceis. Elas se sentiram mais sensíveis, ansiosas, com emoções mais intensas, ambíguas e oscilantes. Como pontos positivos, mencionaram a interação com o(a) bebê e o melhor tratamento recebido dos familiares e não familiares. Dentre as práticas consideradas como positivas figuraram alimentação saudável e ingestão de água; exercícios físicos; realização de pré-natal, exames e vacinas; repouso. Já as práticas consideradas prejudiciais foram ficar nervosa; brigas conjugais; esforços físicos excessivos; consumo de bebidas alcoólicas, cigarro e/ou drogas. Apesar de preconizarem uma alimentação saudável, a cultura alimentar e os hábitos predominaram e as colaboradoras afirmaram ter comido o que sentiram vontade. Os principais desconfortos destacados foram enjoos e náuseas; dores nas pernas, nas costas e de cabeça; queda de pressão e dificuldade na hora de dormir. Dentre as práticas para minimizá-los, foram citadas ser mais seletiva quanto ao que comer, ficar sozinha, se deitar, elevar os pés, respirar, descansar, encontrar outras posições para dormir. A maioria delas evitou o uso de medicamentos durante a gestação, seja por medo de prejudicar o feto, seja devido aos efeitos colaterais ou mesmo a ineficiência. Em relação aos processos educativos relacionados aos cuidados à saúde, as colaboradoras mencionaram aprender com familiares (especialmente mulheres), colegas, pessoas mais experientes, profissionais de saúde, mediante compartilhamento de saberes e fazeres, através da convivência, conversas, conselhos; participação em palestras, aulas, cursos e consultas; pesquisas na internet, aplicativos de celular e programas de televisão. Ao vivenciarem a maternidade, afirmaram ter se sentido mais maduras, ajuizadas, responsáveis, mais cuidadosas e também mais amorosas e compreensivas com as outras pessoas, percebendo mudanças de prioridade, na forma de pensar e encarar o mundo e os problemas, revendo seus valores. Esta pesquisa, além de ter investigado os saberes e práticas populares, também esclareceu de que forma, com quem e em que locais as mulheres aprenderam e ensinaram sobre o cuidado à saúde. Assim, almejamos trazer contribuições à área da educação e da saúde, incentivando a educação popular, a humanização, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento.

Palavras-chave: Processos educativos, cuidado à saúde, educação popular, gestação.

Linha de pesquisa: Práticas Sociais e Processos Educativos.

ABSTRACT

The Health care is characterised as a social practice – where the people who learn and teach – influenced from values and culture, that vary according to the social groups and the family, economic and social system. In the pregnancy, the woman experiences several changes, becoming a propitiated period for restructuration, including the way that she cares about her health. The objective of this research is the understanding of the meanings of the popular practical's and knowledge of the pregnancy's health, starting from the perspective of the pregnant women that attended an educational action at a Unit of Family's Health (USF) from Piracicaba. This is a research with a qualitative approach and inspired in the assumptions of the participative observation, having as collaborators, five pregnant women, whose made part in the course offered in the USF São Francisco, in which the researcher was inserted. The database collection occurred in the period of October 2014 to July 2015 and involved chat groups and interviews in depth, that were recorded and reproduced. The analysis of the data were based in the Thematic Analysis. For the collaborators, the health is related to the well-being and self-care, involving physical, emotional and psychological aspects. The pregnancy was described as like a magic moment, a momento of joy, grace and achievements, but scary in the beginning involving adaptation and difficult moments. They felt more sensitive, anxious, with intense emotions, ambiguous and unsteady. As positive points, they have mentioned the interaction with the baby and a better treatment received form the Family and the unfamiliar. Among the practices considered positives, appeared healthy food and water intake; physical exercises; prenatal, tests and vaccines; rest. The practices considered damaging, were to be nervous; marital fights; excessive physical attempts; consumption of alcohol, cigarettes and/or drugs. Although they praise healthy food, the food culture and the habits dominated and the collaborators claimed that ate what they felt like eating. The main highlighted discomforts were sickness and nausea; pain in the legs, backache and headache; low pressure and difficulty to sleep. Among the practices to minimize, were to be more selective in what to eat, be alone, lay down, put the feet up, breath, rest, find other positions to sleep. The majority avoided to use medicine during the pregnancy, perhaps they were afraid to prejudice the foetus, perhaps because of the side effects or even inefficiency. In relation to the educational processes related to the health care, the collaborators mentioned that learned with relatives (specially women), colleagues, experienced people, health professionals, sharing knowledge, through the intimacy, talks, warnings; lectures, lessons, courses and queries; internet research, mobile applicative and television programmes. When living the maternity, they claimed that they felt more mature, wise, responsible, more careful and also more kind and comprehensive with other people, noticing priority changes, in the way of thinking and facing the world and the problems, retrospection their values. This research, besides the investigation of the knowledge and popular practices, also clarified the form, with who and where the women learned and taught about the health care. Thus, we aim to bring contributions to the health and educational area, encouraging the popular education, the humanization, the dialogue and the shared construction of knowledge.

Key word: Educational Processes, care to the health, popular education, pregnancy.

Research line: Social Practices and Educational Processes.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
- <i>Pelas trilhas do mestrado: caminhando e cantando.....</i>	<i>7</i>
- <i>Justificativa e relevância do tema.....</i>	<i>9</i>
Capítulo I – Os caminhos e descaminhos da saúde	
1.1. <i>Processo histórico de construção do modelo biomédico e concepções de saúde.....</i>	<i>15</i>
1.2. <i>Assistência à saúde da mulher: considerações sobre o cenário brasileiro.....</i>	<i>21</i>
Capítulo II – O cuidado à saúde e as práticas populares.....	26
2.1. <i>Dimensões do cuidado à saúde como prática social.....</i>	<i>26</i>
2. 2. <i>Saberes e Práticas Populares de Saúde.....</i>	<i>35</i>
Capítulo III - Cuidado e práticas populares de saúde na gestação.....	43
3. 1. <i>A gestação como oportunidade de cuidados e aprendizados.....</i>	<i>43</i>
Capítulo IV – A Trajetória Metodológica.....	49
4.1. <i>Caminho percorrido para chegar ao local da pesquisa.....</i>	<i>50</i>
4. 2. <i>A inserção na ação educativa da Unidade de Saúde São Francisco.....</i>	<i>52</i>
4. 3. <i>Procedimentos para a coleta dos dados.....</i>	<i>54</i>
4. 4. <i>Reaproximando, visitando e partilhando: reta final da coleta de dados.....</i>	<i>56</i>
4.5. <i>Procedimentos para a análise dos dados.....</i>	<i>58</i>
Capítulo V - Resultados e Discussão.....	61
5.1. <i>A saúde em linhas e entrelinhas: compreensões e práticas.....</i>	<i>65</i>
5. 2. <i>Gravidez não é doença: mudanças, cuidados e práticas de saúde.....</i>	<i>71</i>
5.2.1. <i>Ampliando horizontes: as mudanças que permeiam a gestação.....</i>	<i>71</i>
5.2.2. <i>O cotidiano da gestação: ações e atividades diárias.....</i>	<i>84</i>
5.2.3. <i>Convivendo e superando incômodos da gestação.....</i>	<i>112</i>
5.3. <i>Tecendo saberes e processos educativos: como, onde e com quem aprendemos a (nos) cuidar.....</i>	<i>127</i>
Algumas considerações.....	151
Referências.....	160
Anexos.....	176
Apêndices.....	180

INTRODUÇÃO

“Afagar a terra, conhecer os desejos da terra... Cio da terra, a propícia estação e fecundar o chão”
– Cio da Terra (Milton Nascimento e Chico Buarque)

Nossa trajetória de vida não se caracteriza como uma estrutura linear – apesar da linearidade do tempo que caracteriza nossas idades – mas sim como uma trama complexa, uma estrutura entrelaçada, composta pelos inúmeros fios de nossas experiências e registros diante do que ouvimos, vimos, pensamos e sentimos no decorrer de nossa existência. Gonçalves Filho (1988) destaca que a memória é algo subjetivo, já que os fatos são retomados a partir dos indivíduos, através de recordações marcadas por seus valores ideológicos e pelas influências da época vivida.

Meu pai sempre me dizia que somos como colchas de retalhos, a cada dia, a cada vivência vamos costurando e alinhavando mais um quadradinho em nós mesmos. Outra metáfora que muito me agrada é de que cada indivíduo é como um rio, possuindo suas próprias águas. E no encontro, no diálogo, na convivência e na intersubjetivação das consciências essas águas se unem, se mesclam, não sendo nunca mais as mesmas.

Sendo assim, buscarei, rememorar alguns aspectos, motivações e inquietações de minha trajetória pessoal e profissional, a fim de que você, leitor(a), possa se aproximar de minha história: da infância e admiração pela gestação e pelos saberes populares, da escolha pela graduação em Biologia, da gravidez e aproximação com a educação e saúde da mulher.

Nasci em Itapeva, cidade localizada no sudoeste do estado de São Paulo, com, aproximadamente, 90 mil habitantes. Meus pais são naturais de Ribeirão Branco, município vizinho e bem menor, sendo que ambos nasceram e cresceram na zona rural, em sítios. Meu pai foi para a cidade estudar, por insistência de sua mãe, e se formou professor de língua portuguesa. Minha mãe concluiu os estudos depois de casada. Mesmo trabalhando e residindo em Itapeva, ambos preservaram a identidade caipira e o gosto por estar neste ambiente, motivo pelo qual tínhamos um sítio em Ribeirão Branco, que sempre foi para nós um recanto sagrado, de descanso e contato com a natureza, onde passávamos os finais de semana. Sobre esta identidade e costumes caipiras, Brandão (1983, p.36) afirma que:

os caipiras dos sertões de São Paulo souberam desenvolver um modo de vida regido por códigos estreitos de trocas entre eles e com os outros. Códigos extremamente criativos de relações baseadas no trabalho, no respeito mútuo, nos valores da fé religiosa do catolicismo camponês, na honra e na solidariedade (...) que são a condição da identidade e da existência do camponês. Acabam sendo parte da vida e, por isso invadem o cotidiano de trabalho, os dias de festa, as modas de viola, os rituais devotos dos mundos do sertão.

Nas viagens para o sítio, nos reuníamos com moradores dos bairros vizinhos e tínhamos um convívio próximo com as famílias dos caseiros, que residiam e cuidavam do sítio. Nos diálogos e na convivência com estas pessoas, me interessava muito pelas suas histórias de vida, seus causos e pela forma como construía seus saberes sobre os cuidados com a saúde, a terra, as plantas e animais com base em suas experiências e práticas.

Durante minha infância, meu pai atuou como professor de língua portuguesa em escolas públicas e particulares. Minha mãe fazia magistério e atuava como técnica de enfermagem na época, sendo que eu, com meus cinco anos de idade, hora acompanhava meu pai nas aulas que ele dava no período noturno em uma escola pública, hora acompanhava minha mãe em seus plantões na pediatria da Santa Casa de Itapeva, indo buscá-la ou levá-la. Sendo assim, a educação e a saúde sempre estiveram muito presentes em minha vida, permeando meu contexto familiar.

Em relação à pediatria, tenho lembranças dos momentos em que entrava na ala de pediatria do hospital e sentia um aperto no peito por ver aquelas crianças naqueles berços de metal, na maioria das vezes, chorando. Ficava imaginando o que levava aquelas crianças a estarem ali, distante de sua família, e como elas e seus familiares deveriam estar se sentindo. Sentia dó e brotava um desejo de ajudar, de compreender melhor estas questões.

Depois deste emprego, minha mãe foi trabalhar em um laboratório de análises clínicas. Eu também frequentava bastante este local, vendo os microscópios, as lâminas, os jalecos brancos, as luvas... E minha mãe sempre me aconselhava a trabalhar com saúde, me dizendo: “Filha, na área da saúde nunca vai faltar emprego”. Mas aquela saúde? Naquela perspectiva? Não, a referência que tinha como saúde naquela época era exclusivamente a biomédica, com a qual eu não me identificava.

Em relação a meu pai e a acompanhá-lo em seu trabalho com educação, as memórias que tenho são positivas e muito me inspiraram a seguir o caminho que hoje trilho. Me lembro da sensação de me sentir muito bem nestes ambientes, observando a maneira como meu pai se relacionava com os alunos e alunas, em um relacionamento pautado na amizade, no diálogo e cumplicidade, mas também no respeito: ele conseguia ter autoridade sem ser autoritário.

Ele sempre fora procurado por muitos alunos, alunas e colegas de trabalho para dar conselhos e orientações, tinha o dom da oratória, sabendo se comunicar com pessoas de todas as classes sociais, sendo muito querido e respeitado. Certa vez um aluno o procurou, dizendo que seu patrão o havia chamado de “burro”. Meu pai disse a ele que não admitisse esse tipo de tratamento, que ninguém tem o direito de nos humilhar. Tempos depois, este aluno veio agradecer meu pai e dizer que havia pedido as contas e mudado de emprego. Esta situação é

um exemplo que mostra a opressão, ainda tão presente em nossa sociedade, e percebo que a atitude do meu pai foi de ser contrário a ela, auxiliando na conscientização e na libertação.

Quando íamos juntos às escolas, ele sempre me ensinava a não fazer distinção entre as pessoas, cumprimentando e tratando bem todos os funcionários e funcionárias, sendo que ele fazia o mesmo com seus alunos e alunas. Mas essa não era uma prática comum a todos os alunos e professores. Nós não tínhamos condições financeiras para pagar as mensalidades, mas por meu pai ser professor, eu sempre fui bolsista em escolas particulares e percebia que muitos(as) alunos(as) ignoravam ou menosprezavam a presença de certos(as) funcionários(as), bem como de outros alunos(as) bolsistas, como se a condição financeira fosse o que determinasse o valor a ser dado às pessoas.

Essas situações iam me indignando e eu não aceitava este tipo de tratamento preconceituoso e desumano. Seja na escola da cidade, seja nas viagens para o sítio, crescia mais e mais meu interesse por me aproximar das pessoas - especialmente as marginalizadas socialmente -, em conhecer suas histórias, era gostoso ouvi-las falar de suas vidas, de seus saberes e sentia que elas ficavam muito felizes também, se sentindo valorizadas e respeitadas. Nestas relações, eu também me sentia muito bem, pois havia muitas trocas entre nós, o que trazia contribuições a ambas as partes.

Quando comecei a pensar em qual profissão escolheria, me vinham sempre essas lembranças e vivências que tivera durante minha infância e adolescência. De um lado, sentia desejo de ter um contato próximo com a natureza, podendo, como profissional, contribuir com sua preservação. Por outro lado, também queria desenvolver algum trabalho em que pudesse conviver e aprender mais com estas pessoas, contribuindo para que fossem ouvidas e valorizadas. Pensando nestas questões, optei por prestar o vestibular para Biologia - nas modalidades de bacharelado e licenciatura -, um curso que permitiria que eu me aprofundasse no estudo da vida e da natureza, mas que também me permitiria ser professora e educadora.

Tinha muito interesse em trabalhar com a área de etnobiologia, que segundo Albuquerque (2005), é o estudo do conhecimento e das conceituações desenvolvidas por seres humanos, mediatizados por suas culturas, sobre os seres vivos e fenômenos biológicos. Na inter-relação com o mundo natural, as populações foram encontrando meios para obter os recursos necessários à sua sobrevivência – alimentação, abrigo, vestuário. Além disso, a etnobiologia valoriza e cataloga o saber acumulado pelas populações tradicionais, fornecendo argumentos importantes para a preservação destes povos e de seus habitats para a criação de políticas sociais e ecologicamente mais justas.

Aos 17 anos, prestei o vestibular e ingressei no curso de Ciências Biológicas oferecido pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP) de Rio Claro. Apesar de querer trabalhar com a etnobotânica, recebi uma proposta de estagiar com fenologia de plantas do cerrado e aceitei. Durante dois anos, realizei esta pesquisa, que usava como ferramentas de análise fórmulas matemáticas e a estatística. Percebi que estava insatisfeita e que não era o que eu almejava, de fato, pois eu desejava atuar em uma área em que me relacionasse com pessoas e que minha pesquisa pudesse contribuir com elas de alguma maneira.

No terceiro ano de graduação, os alunos e alunas que, como eu, estivessem cursando licenciatura tinham que iniciar uma pesquisa na área de educação. Estava em dúvida sobre qual seria o tema da pesquisa. Foi então que, neste mesmo ano, engravidei. Grávida, cursei a disciplina “Psicologia do desenvolvimento humano”, a qual me interessou bastante. Aproximei-me da professora e ela me indicou alguns livros sobre psicologia pré-natal. Diante destas e de outras leituras, descobri muitas informações novas, diversas das quais não eram tratadas no pré-natal de que eu participava.

Desde menina sentia muito desejo de ser mãe, me lembro que nas brincadeiras com minhas amigas sempre gostava de colocar uma almofada em baixo da blusa e imaginar como seria na hora em que minha barriga crescesse de verdade e ali dentro tivesse um bebê. Portanto, apesar de ser bem nova, estar na faculdade (ainda faltavam dois anos para concluir a graduação), depender financeiramente de meus pais, eu e meu companheiro acolhemos esta gestação e, a partir de então, um novo universo se descortinou para mim.

Estando grávida, me aproximei mais dos serviços de saúde e já na primeira consulta de pré-natal me deparei com um atendimento médico frio e hierárquico, onde não havia espaço para diálogo. A princípio, pensei em parir em Itapeva, perto de minha família, mas quando questionei sobre o parto natural e humanizado, o médico rispidamente respondeu que não fazia nada disso. Neste momento, decidi procurar outros profissionais, em outras cidades.

Em Rio Claro, também não existia essa opção de parto. Encontrei, então, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), um hospital-escola da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde era realizado o parto de cócoras. Lá havia o Grupo de Apoio ao Parto Alternativo (GPA), que consistia em uma ação educativa destinada a gestantes e casais, sendo que eu e meu companheiro percebemos a importância dos encontros e a riqueza da partilha de informações e experiências, entre os(as) profissionais e os(as) participantes, o que nos fortaleceu em nossas escolhas. Nossa filha nasceu em um parto natural de cócoras e após ter parido, fiquei em um alojamento coletivo, com mais cinco mulheres e seus bebês, sendo que seus partos tinham sido ou normais (em posição de litotomia) ou cesáreas.

Durante minha estadia no hospital, alguns médicos vieram em nosso quarto acompanhados por estudantes e perguntavam sobre “a moça do cócoras”, vinham conversar comigo, me perguntar como tinha sido meu parto. Também dei uma entrevista para um programa de televisão. Sentia que aquela situação toda estava deixando algumas companheiras de quarto interessadas nessa história “do cócoras”. Uma delas, que tinha apenas 14 anos, me perguntou: “O que que é ‘do cócoras’?”. E eu expliquei para elas que era um parto em que ficávamos acoradas em uma cadeira especial, que esta posição facilitava a saída do bebê, pois aumentava a passagem pra ele, sendo que sua saída era auxiliada pela gravidade e, assim, a mulher fazia menos força.

Neste momento, com seu olhar interessado e admirado, essa adolescente me disse: “Nossa, você explica tão bem! Enquanto você falava, fiquei imaginando que você poderia explicar essas coisas nos postos de saúde. Ia ser tão bom! Eu não sabia de nada disso!”. Fiquei emocionada, senti meus olhos se encherem de lágrimas e meu desejo de pesquisar e trabalhar com estas questões só crescia, se fortalecendo e ficando cada vez mais verdadeiro.

Começaram a surgir em mim algumas indagações: como outras mulheres vivenciavam suas gestações e partos? O que sabiam sobre estes assuntos? Quais eram suas dúvidas, expectativas, medos, problemas? Como os solucionavam? Onde buscavam e/ou encontravam apoio, informações? Decidi, então, que a pesquisa a ser realizada na área de educação seria com gestantes e fui orientada pela professora mencionada anteriormente.

A pesquisa se tornou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “Germinação, desenvolvimento e colheita da Semente na Mulher-Terra: orientação de gestantes do SUS sobre gestação e parto”, do qual participaram quinze gestantes que realizavam o pré-natal em Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Rio Claro. Durante a coleta de dados, percebi como minha visão havia mudado. Quando escrevi o projeto, conhecia a teoria e as informações, mas não havia vivido a experiência.

Após ter experienciado a gestação, o parto, a maternidade, muitas “verdades” ruíram, dando lugar a uma atitude mais humana, humilde e de compaixão. Antes de passar pela experiência, julgava e criticava certas atitudes, como dar chupeta, mamadeira, alimentos inadequados e antibióticos, por exemplo. Mas ao me ver com minha filha nos braços, chorando, me via desesperada, sem saber o que fazer, recorrendo à chupeta. Me sentia desnorteada ao vê-la com febre, doente e precisando fazer uso do antibiótico. Antes de me tornar mãe, também julgava as mulheres que não amamentavam, mas as compreendi e respeitei quando meus seios racharam e eu chorava de dor ao amamentar. Senti que a maternidade iguala todas as mulheres em uma situação comum, independente da idade, classe

social ou religião. Ao receber nossos(as) filhos(as) no colo, ingressamos em um território novo e desconhecido, que nos surpreende e nos ensina muito, nos convidando à renascermos.

Quando realizei as entrevistas com as mulheres, já tinha vivenciado tudo isso e, diversas vezes, me via em seus relatos, revivia situações, me emocionava e sentia que o fato de sermos mães, mulheres nos aproximava muito, aumentando a solidariedade entre nós, nos unindo. Larossa-Bondía (2002, p.27) pontua que o saber de experiência é “aquele que se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana”, sublinhando a qualidade existencial do ser humano, ou seja, sua relação com a existência, sendo que a experiência e o saber que dela deriva nos permitem apropriar-nos de nossa própria vida.

Durante a realização do TCC, fiquei muito satisfeita em conhecer novas metodologias de pesquisa e poder me relacionar com as participantes da pesquisa de uma forma humana e afetiva. Dentre as leituras que realizei para a escrita do referencial teórico, me deparei com a área da educação popular em saúde e com os princípios de dialogicidade, de horizontalidade, de valorização dos saberes populares e das trocas interpessoais. A sensação que tinha era de reencontro, como se estivesse ‘voltando pra casa’, pois os praticava desde minha infância. Senti que havia verdadeiramente encontrado minha área de atuação, vivenciando sensações de pertencimento e de alegria, ao optar por um caminho que me possibilita um crescimento profissional, e também pessoal, como mulher, mãe, cidadã. Decidi que prosseguiria na área das ciências humanas, da educação popular e da saúde da mulher.

Além disso, ao viver a gravidez, o parto natural e ter me tornado mãe, pude experienciar a grandiosidade destes eventos na vida do ser humano e perceber a importância de atuar nas áreas de educação pré e perinatal, humanização do nascimento e saúde materno-infantil. Então, passei a participar de cursos, workshops e vivências ministrados por diversos profissionais envolvidos e atuantes nestas áreas, sendo que, neste ínterim, me capacitei como educadora pré-natal, instrutora de yoga para gestantes e doula¹, funções que atualmente desempenho no município de Piracicaba.

A partir de minhas vivências pessoais e profissionais brevemente aqui abordadas, pude perceber a sabedoria dessas mulheres, que encontram maneiras de encarar e superar suas dificuldades e desafios, inclusive os que tangem à saúde.

¹ A palavra grega doula significa “mulher que serve” e vem sendo utilizada a partir das pesquisas de Marshall H. Klauss e John H. Kennel no início da década de 90 para designar mulheres capacitadas para oferecer apoio contínuo a outras mulheres (e aos seus companheiros e/ou outros familiares), proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. **Fonte:** Associação Nacional de Doulas. Disponível em: <<http://www.doulas.org.br>>. Acesso em: 07 jun. 2013.

- *Pelas trilhas do mestrado: caminhando e cantando*

Enquanto terminava de escrever o TCC na graduação, pensava em dar continuidade à carreira acadêmica, decidindo fazer mestrado na área de Educação. Comecei a procurar faculdades que oferecessem essa modalidade. Quando descobri a linha “Práticas Sociais e Processos Educativos”, me inteirei sobre o grupo de pesquisa, conheci o currículo dos(as) professores(as) e senti bem forte a minha intuição dizendo: “É aqui!”. Fiquei encantada e senti que esse era meu lugar ao conhecer as sublinhas que trabalhavam com direitos e saúde da mulher, com formação de agentes comunitários de saúde, com a educação popular.

Enviei o projeto e fui chamada para a prova. Me lembro até hoje como me emocionei e me alegrei na prova escrita ao ver a beleza dos trechos de Paulo Freire, a poder me colocar ali naquelas linhas e mais ainda, por poder dar lugar ao sonho! Me lembro que a última questão da prova era: “Como você considera que seu projeto contribuirá com a construção deste mundo melhor idealizado por Paulo Freire?”. Que lindo ver na academia os sonhos, os ideais sendo valorizados, tendo espaço. E parte de minha resposta foi: “A realização deste projeto será mais um passo dado em direção ao meu sonho: um mundo em que as mulheres possam gestar e parir com empoderamento e liberdade em suas escolhas, podendo ser assistidas por profissionais que respeitem a gestação e o nascimento”! Logo depois de ter sido entrevistada, descobri que estava grávida e que meu ventre era novamente habitado.

Quando ingressei, minha proposta de pesquisa almejava investigar quais as contribuições, em termos cognitivos e emocionais, que o curso para gestantes oferecido pela organização não governamental (ONG) “Casa do Amor Fraternal” proporcionava às participantes. Na disciplina “Estudos e Produções em Educação”, tínhamos a possibilidade de ler os projetos de outros(as) colegas e ter os nossos próprios lidos por dois colegas além de uma professora. Sempre saíamos com muitas reflexões desses encontros, pois era um processo de total reconstrução, reconsideração e um exercício de aceitar críticas, de se compreender como ser inconcluso e incompleto que sempre aprende, cresce e se transforma, seguindo nossa “vocação de ser mais” (FREIRE, 2002, p.30).

Uma das críticas que recebi foi que eu já partia do pressuposto de que o curso trazia contribuições às participantes. Mas será mesmo que trazia? Quem me disse? Eu mesma supunha a partir da minha visão de mundo. Além disso, eu era quem ministrava o curso. Portanto, seria pouco provável que elas dissessem que não trazia contribuições. Esse fato me fez repensar muitas coisas e perceber que precisamos nos despir de nossos conceitos prévios e verdades para que realmente consiga ver e ouvir o outro.

Outro ponto bem importante é que no título de meu projeto estavam os verbos: gestar, parir e cuidar. Era minha intenção abranger todas estas esferas e, aos poucos, fui percebendo a necessidade de focar mais, entendo que o mestrado é uma dissertação em que vou discorrer sobre algo um pouco mais específico e pontual. Aos poucos eu e minha orientadora percebemos que o foco seria mesmo a gestação. Aprendi também nesta fase a entender que há diferenças entre intervenção e pesquisa. Como eu mesma era quem oferecia o curso (na ONG Casa do Amor Fraternal) em verdade eu já realizava uma intervenção com os sujeitos da pesquisa e, portanto, tinha que me atentar se meu objetivo era mesmo esse ou não.

Refletindo melhor, decidi que seria mais interessante realizar a pesquisa com gestantes da rede pública, que participassem de uma ação educativa grupal, de maneira que eu participasse com elas dos encontros a fim de me aproximar, me inserir e conviver com elas.

Sempre me interessei muito pela educação popular e pude me aproximar mais dessa área quando participei da disciplina “Educação e Saúde” ministrada pela professora Waldenez. Esse contato com o referencial da educação popular aumentou minha vontade de vincular minha pesquisa a esta área e defini que investigaria saberes e práticas populares de saúde na gestação. Algo que me marcou nesta disciplina foi a leitura de um texto de Leonardo Boff (1999), bem curto, mas muito profundo do livro “Saber Cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra”, em um tópico cujo título é “Cuidado com nosso corpo na saúde e na doença”. O tema de minha pesquisa é o cuidado à saúde e este texto trata justamente dele, com uma visão muito interessante, sobre a qual discorrerei no referencial teórico.

Na disciplina “Práticas Sociais e Processos Educativos”, fazemos na última aula uma partilha sobre o que aprendemos e ensinamos. Sobre o que aprendi, mencionei a amorosidade; o reconhecimento das próprias limitações, da “vocação de ser mais” e de nossa incompletude; a vivência da humanização na prática e no convívio cotidiano; o valor do silêncio, da dúvida e do questionamento. Sobre o que ensinei, não soube muito bem o que falar, é sempre mais difícil. Mas a colocação que fiz foi que o simples fato de eu estar na universidade, grávida, por si só já leva as pessoas à reflexão, sobre o ser mulher, ser mãe e não ter que segmentar essas vivências de forma a excluir a mulher de uma coisa ou de outra.

Esse é o processo da educação, a cada vivência, a cada prática social vamos nos transformando, ensinando e aprendendo mediante as situações, falas, imagens que vão nos tocando. As que nos marcam são selecionadas, consciente ou inconscientemente, a integrarem nossa bagagem pessoal, a serem costuradas em nossas colchas de retalhos – em constante construção -, a permearem as águas dos rios que somos, constelando nossa história de vida, única a cada um(a) de nós.

- ***Justificativa e relevância do tema:***

A gestação é uma experiência muito marcante e transformadora para a mulher, que carrega consigo valores, costumes e identidades, construídos a partir de suas relações e influenciados pelo meio onde vivem, incluindo seu ambiente familiar (BARUFFI, 2004). De acordo com Sanfelice (2011), a cultura permeia todo o viver gestacional da mulher, sendo que os saberes e práticas de cuidado da gestação estão relacionados à forma como a gestante se cuida e, também, ao modo com que a família e as pessoas de seu convívio social cuidam dela.

Segundo Leininger (1995), o contexto cultural se refere à totalidade de experiências de vida e de significados compartilhados em um meio cultural, social e histórico, que influencia os pensamentos, as atitudes, os padrões de comportamento e também a forma de cuidar da saúde. Neste sentido, a interculturalidade pode ser entendida como a interação comunicativa entre os diversos grupos humanos, sendo pautada na habilidade para reconhecer, harmonizar e negociar as inumeráveis diferenças que existem entre os indivíduos, portadores de distintas concepções e visões de mundo (LASSO TORO, 2012).

Em nosso contexto latino-americano, há uma diversidade de formas de significação dos processos de saúde-doença, em particular da gestação, tendo em vista a intensa hibridação cultural existente, o que incide sobre o cuidado à saúde e aos saberes e práticas a ele vinculados (CANCLINI, 1989; SPINELLI, 2004). O enfoque intercultural em saúde vem ganhando cada vez mais espaço, inclusive nas políticas de saúde, com a implementação de programas que incorporem tal perspectiva.

O pré-natal, além de ser um serviço de acompanhamento da gestação que visa assegurar a saúde materno-infantil, também é caracterizado por Rios e Vieira (2007, p.478) como “um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar”. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.16) também destaca que “o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto”.

O princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) diz respeito tanto à “atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado” (BRASIL, 2007, p.10). Para tanto, é necessário que sejam desenvolvidas ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do(a) usuário(a), no que diz respeito à

sua condição de sujeito de direitos e autor(a) de sua trajetória de saúde e doença; e também da autonomia dos(as) profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (id. *ibid.*).

Nesse sentido, apresenta-se a educação popular em saúde, que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, valorizando a heterogeneidade dos atores sociais e a intercomunicação entre eles, não no sentido vertical, mas horizontal em que todos ampliam sua compreensão de mundo no processo educativo (VASCONCELOS, 2001; OLIVEIRA, 2010).

A ênfase não está na transmissão de conhecimento, mas na ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, “em um processo que valoriza principalmente os saberes e as práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido à sua origem popular” (VASCONCELOS, 2007, p.23).

Assim, o traço fundamental da educação popular em saúde está no método, no sentido de ter como ponto de partida o saber prévio das classes populares. “Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido, no âmbito do diálogo quanto o saber técnico-científico” (STOTZ, 2007, p.55-56).

Neste sentido, é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portando diferentes visões acerca de saberes e práticas, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação. “A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica” (PEDROSA, 2007, p.16). Segundo Carvalho, Acioli e Stotz (2001, p.102-103), a construção compartilhada do conhecimento implica:

uma interação comunicacional, em que os sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados se relacionam a partir de interesses comuns. Nessa perspectiva, todos somos educadores e fazemos circular saberes diversos e de diferentes ordens, construídos no enfrentamento coletivo ou individual de problemas concretos.

Dessa forma, é importante que se estabeleça no pré-natal um atendimento acolhedor, horizontal e dialógico, em que os significados da gestação - construídos no meio familiar e social - não sejam ignorados e onde as gestantes possam expressar seus sentimentos, saberes e práticas sem medo de serem julgadas (SANFELICE, 2013).

No entanto, apesar do que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação à humanização e integralidade no pré-natal, ainda existem lacunas no atendimento à gestação. Por exemplo, ainda que o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconize o atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, por outro lado,

estabelece critérios quantitativos mínimos para a avaliação da qualidade da atenção, privilegiando o número de consultas pré-natais, a imunização e os exames básicos realizados (BRASIL, 2000). Assim, não está avançando na inclusão de aspectos que priorizem um cuidado mais humano e dialógico, que supere o enfoque biológico e mecanicista (PARADA; TONETE, 2008).

Além disso, há diversas pesquisas (VIEIRA et al., 2011; COELHO et al., 2014; COSTA et al., 2014; PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2014) cujos resultados indicam que a atenção pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira geral, é baseada no modelo biomédico e em um cuidado fragmentado, resumindo-se à realização de exames e procedimentos técnicos, com a tomada de decisões e prescrições de maneira hierárquica e unilateral, com valorização apenas do saber científico do profissional.

Neste contexto, a assistência à saúde da mulher na gestação, muitas vezes é conduzida pelos(as) profissionais de saúde de modo intervencionista, não propiciando acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Também não são considerados os aspectos psicológicos, econômicos e socioculturais das gestantes, bem como seus valores, costumes familiares, sua autonomia e individualidade (SANFELICE, 2013; DELFINO, 2004).

Esta postura por parte dos(as) profissionais tem levado mulheres gestantes a uma série de distanciamentos e silenciamentos, de forma a ocultar seus saberes e suas práticas ou não seguir recomendações dos profissionais de saúde, pois, em alguns casos, tendem a embasar seu comportamento mais em sua cultura do que no que recomenda o sistema de saúde (LASSO TORO, 2012).

Dessa forma, uma compreensão adequada dos significados atribuídos ao cuidado à saúde, bem como ao processo gestacional pode contribuir com a promoção, prevenção e assistência à saúde considerando as perspectivas das mulheres, que são as verdadeiras protagonistas. Tal perspectiva se mostra necessária uma vez que, conforme aponte Fontanella (2011, p.393), em qualquer momento histórico-cultural:

a área da saúde precisará conhecer as representações e experiências subjetivas de usuários e profissionais, pois sempre se defrontará com diversidades socioculturais, dinâmicas epidemiológicas e mudanças tecnológicas cujas repercussões subjetivas, individuais ou coletivas merecerão ser compreendidas.

Portanto, pesquisas qualitativas em saúde e educação precisarão ser feitas continuamente, na tentativa de captar e explorar essa realidade empírica processual, sempre

em construção. Geertz (1989) também apresenta considerações neste sentido, sendo que para ele, a cultura são como “teias” de significado construídas pelo ser humano, às quais ele está ligado. Assim, a nossa tarefa enquanto pesquisadores(as) qualitativos(as) estaria relacionada a analisá-las, buscando compreender os significados socialmente construídos, e que por vezes são difíceis de se discernirem. Por isso, são relevantes trabalhos que visem a aproximação com as pessoas, com seus contextos e seu sistema de crenças e valores.

Em relação a práticas de saúde realizadas na gestação, encontramos a pesquisa de mestrado de Suzuki (2013), que buscou investigar práticas populares utilizadas por gestantes de alto risco para tratar e prevenir doenças ou sintomas, porém com enfoque quantitativo. Trata-se de um estudo clínico, transversal, descritivo realizado com 78 gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da Maternidade Santa Casa de São Carlos, com uso de entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva simples e testes qui-quadrado. Como resultados, a autora encontrou que mais da metade (64%) das gestantes afirmaram fazer uso de alguma prática popular, envolvendo chás com plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos para alívios de desconfortos.

Também foram encontrados os trabalhos de Cheila Sanfelice, que desenvolveu uma dissertação de mestrado (SANFELICE, 2011) e também uma revisão bibliográfica (SANFELICE et al., 2013) acerca das crenças e práticas que permeiam o viver gestacional da mulher. Em sua pesquisa de mestrado – um estudo de campo qualitativo do tipo descritivo-exploratório – a autora realizou entrevistas semi-estruturadas e observação participante com 16 gestantes que eram atendidas nas consultas de enfermagem de pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde em Santa Maria-RS. Os dados foram analisados mediante análise temática.

Sanfelice (2011) constatou que a gestação implica em reorganização na vida da mulher e uma adaptação consciente da mesma em diversos sentidos, sendo que ela passa a se cuidar mais a fim de manter seu bem estar e de seu(sua) bebê. Foram mencionados o cuidado com a alimentação, com o corpo e saúde, bem como com o campo emocional. Dentre os mitos citados, figuraram práticas que poderiam prejudicar o desenvolvimento do bebê. A autora concluiu que a cultura se expressa e influencia nos saberes e práticas de cuidados das mulheres durante a gestação, sendo que elas estão sujeitas a diversas normas provenientes do contexto familiar (conhecimentos repassados pelas mulheres da família), do meio social, da mídia e dos profissionais de saúde. A autora afirma ainda que os saberes estão intrinsecamente ligados ao modo como as mulheres se cuidam na gestação.

A revisão bibliográfica realizada por Sanfelice e colaboradores (2013) é integrativa e foi realizada nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados de Enfermagem, por meio de cruzamentos entre os descritores oficiais gestação, gravidez e cultura com as palavras crenças e práticas. Encontraram-se 14 artigos publicados entre 2001 e 2009 e a análise foi a análise temática.

Os resultados abordaram crenças e práticas relacionadas à manutenção mãe e bebê saudáveis; alimentação na gestação; crenças e práticas para preparação ao parto. Essas práticas de cuidado visam diminuir os riscos da gravidez, preservar a saúde da mãe e do feto. Segundo Sanfelice et al. (2013), o conhecimento da família a respeito da gestação é bastante valorizado pelas gestantes e direciona os seus cuidados durante esse período. As orientações dos profissionais de saúde também são consideradas muito importantes por elas e exercem forte influência sobre suas práticas de cuidados. Porém, as suas concepções culturais têm, muitas vezes, mais força do que as recomendações dos profissionais, por estas estarem distantes de suas realidades culturais.

Neste sentido, as pesquisas investigam que práticas são realizadas, mas não se aprofundam em compreender de que forma elas são construídas, nas relações humanas em que as mulheres gestantes aprendem e ensinam sobre cuidado e saúde. Dessa forma, a presente pesquisa tem como objeto de estudo o cuidado à saúde no contexto da gestação e se insere no campo da educação.

Por termos como referencial a educação popular e a convivência com as colaboradoras da pesquisa estar prevista na metodologia, consideramos relevante que a pesquisadora se inserisse e participasse de alguma atividade grupal com as gestantes, a fim de criar vínculos e estreitar laços de confiança. Assim, tomamos a decisão de realizarmos a pesquisa com gestantes que participassem de alguma ação educativa, desenvolvida no serviço público.

Assim, este estudo tem como **questão de pesquisa:**

Como as mulheres gestantes participantes de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba cuidam de sua saúde durante a gestação, que saberes e práticas populares de saúde vivenciam e como estes são construídos?

A presente pesquisa tem, então, como **objetivo geral:**

Compreender os significados dos saberes e práticas populares de saúde na gestação, a partir da perspectiva de mulheres gestantes participantes de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba.

Como **objetivos específicos** apontamos:

- *Identificar os saberes e práticas populares de saúde na gestação;*
- *Descrever os sentidos atribuídos à gestação e ao cuidado à saúde;*
- *Compreender como, onde e com quem aprendem o cuidado à saúde.*

Organizamos esta dissertação em cinco capítulos.

No Capítulo I, apresentamos algumas concepções acerca do processo saúde-doença, do modelo biomédico, de alguns conceitos de saúde e também sobre a assistência à saúde da mulher no Brasil;

No Capítulo II, abordamos o cuidado à saúde como prática social, a educação popular em saúde, a medicina popular e suas práticas de saúde;

O Capítulo III, trata sobre o cuidado à saúde na gestação, envolvendo representações, saberes, cultura, família, pré-natal, medicamentos e práticas populares de saúde;

O Capítulo IV, refere-se à metodologia, procedimentos de coleta e análise dos dados;

O Capítulo V, aos resultados e discussões, onde apresentamos a análise dos dados, discutidos a partir de três categorias temáticas: “*A saúde em linhas e entrelinhas: compreensões e práticas*”; “*Gravidez não é doença: mudanças, cuidados e práticas de saúde*”; “*Tecendo saberes e processos educativos: como, onde e com quem aprendemos a (nos) cuidar*”.

Por fim, são tecidas algumas considerações acerca da realização desta pesquisa.

Capítulo I – Os caminhos e descaminhos da saúde

*“Redescobrimo as Américas quinhentos anos depois
Lutar com unhas e dentes pra termos direito a um depois
Vem de um milênio o resgate da vida do sonho do bem
A terra é tão verde e azul... Os filhos dos filhos dos filhos
Dos nossos filhos verão” – Pantanal (Marcus Viana)*

1.1. Processo histórico de construção do modelo biomédico e concepções de saúde

Este item intenta abordar algumas concepções acerca do processo saúde-doença, bem como apresentar, de forma sucinta, algumas épocas e personagens históricos, a fim de elucidar os caminhos que foram trilhados até que se chegasse ao modelo biomédico, que ainda hoje é hegemônico no Brasil.

A busca pela conservação da saúde acompanha os homens e as mulheres desde os primórdios, sendo que a doença, por sua vez, também sempre esteve presente no desenvolvimento da humanidade. De acordo com Scliar (2007, p.30):

(...) O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito.

Durante o período paleolítico, as doenças e agravos que não fossem resultantes de acidentes decorrentes das atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões, por exemplo – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos, de forma que, a concepção mágico-religiosa era dominante e partia “do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição” (SCLIAR, 2007, p.30).

Neste período, o papel de cuidadores da saúde era destinado a líderes espirituais (por exemplo, sacerdotes e sacerdotisas, xamãs, pajés, benzedeiros e curandeiros) que tinham uma visão integral do doente e detinham funções e poderes de natureza ritualística, sendo considerados capazes de manter contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, combatiam o mal e harmonizavam o doente, usando como recurso “cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito”, dentre outros (BATISTELLA, 2007b, p.29).

Na civilização grega, gradualmente foram emergindo explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença, representando, para algumas pessoas, o rompimento com a superstição e as práticas mágicas, emergindo um novo enfoque, que poderia ser designado, de acordo com Barros (2002, p.68) como “medicina empírico-racional”. Os médicos gregos, mais do que trabalhar com os problemas de saúde, procuravam entender as relações entre o ser humano e a natureza e, neste ínterim, estava a preocupação em explicar a saúde e a doença como resultantes de processos naturais, e não sagrados.

É principalmente através de Hipócrates (460-377 a.C.) – conhecido como o pai da medicina - e de sua obra que se inicia a vinculação da saúde-doença com o ambiente, partindo da observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural (temperatura, periodicidade das chuvas, ventos) e social (trabalho, habitação, etc) (BATISTELLA, 2007b). Hipócrates (1971² apud SCLIAR, 2007, p.32), em seu texto intitulado “A doença sagrada”, afirma que “a doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana”.

Partindo dos pressupostos hipocráticos é que Galeno (122-199 d.C.), um dos médicos que exerceram maior influência na história da medicina ocidental, sintetizou e trouxe avanços às concepções existentes na época. A ideia central de sua visão da fisiologia e causas para doenças envolvia causas internas (ligadas à constituição e predisposição individual), externas (dieta, exercícios físicos, clima) ou conjuntas. O diagnóstico era baseado no cuidadoso exame do doente, a investigação do seu estado quando sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, além das condições ambientais e a época do ano (BARROS, 2002).

O suíço Paracelso (1493-1541) participou da transição entre a escola galênica e o modelo biomédico. Naquela época, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina. Baseado na alquimia e considerando que os processos vitais no corpo humano eram químicos, postulou que os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos, e passou, então, a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, com destaque ao mercúrio, empregado no tratamento da sífilis, que tinha se tornado epidêmica na Europa (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007).

O modelo biomédico tem fortes influências do filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650), que postulou a visão cartesiana do corpo humano como uma máquina.

² HIPOCRATES. The sacred disease. In: KING, L. B. (Org.). A History of Medicine. Middlesex: Penguin, 1971. p. 54-61.

Esta abordagem mecanicista dá ênfase aos aspectos biológicos do organismo, especialmente às funções e disfunções orgânicas (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007).

No âmbito destas mudanças na estrutura do pensamento médico científico emergente, figuravam os valores da “localização”, “especificidade” e “intervenção”, de forma que os fenômenos passaram a ser explicados com base na observação morfológica, biológica e fisiológica. Em decorrência, a saúde passou a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença – e por consequência, a saúde como ausência de doença – “irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje” (BATISTELLA, 2007b, p.54).

Porém, esta é uma definição muito limitada, visto que nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável. Por outro lado, muitos se consideram saudáveis, ainda que portadores de uma determinada doença. Percebemos que os conceitos de saúde e doença são incomensuráveis e pessoais, abarcando componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos. As tentativas de definir objetivamente a saúde por meio de exames físicos e sintomas acabam produzindo o apagamento da subjetividade, conforme destaca Canguilhem (2006, p.55), “a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções”.

No entanto, o modelo biomédico reducionista ainda prevalece na formação dos profissionais, que fragmentam o ser humano em partes, esquadrinhando-o em especialidades médicas. A ação profissional tende a se basear majoritariamente nos fatores físicos e biológicos, almejando encontrar por meio de exames as causas da doença, desligando-a dos outros aspectos que tangem a vida do doente. Na formação científica médica, há o intento de objetivação da dor e dos sintomas em geral, buscando focar a atenção nos aspectos classificáveis, mensuráveis e manipuláveis, de maneira a enquadrar as queixas em síndromes, “transtornos” ou patologias (ILLICH, 1975; BARROS, 2002; TESSER et al., 2010).

O tratamento é baseado preferencialmente em medicamentos quimicamente purificados (alopáticos) e intervenções cirúrgicas. Na maioria das vezes, não existe diálogo entre profissional e paciente, sendo que o tratamento não costuma ser decidido em conjunto, mas sim, ser prescrito de forma vertical, devendo o paciente se submeter e não questionar o saber científico, tido como superior e único verdadeiro pelo profissional (CAMARGO JR, 2003; TESSER, 2006).

Arelado ao sistema biomédico está o fenômeno da medicalização social que:

(...) transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação. (TESSER, 2006, p.61).

Esse consumo exacerbado dos serviços biomédicos mencionado por Tesser (2006) se associa também ao elevado consumo de medicamentos³. Essa hipervalorização das funções que os mesmos podem desempenhar, além de gerar a falsa ideia de que para todo e qualquer problema, independentemente de sua gravidade ou causas, haverá uma pílula salvadora, também acarreta em incremento nos custos, tanto econômicos, quanto, propriamente, sanitários. Esse fenômeno é denominado por Barros (2002, p.81) como “cultura da pílula”.

Prescritos ou não por médicos, ou consumidos através da automedicação, os medicamentos tratam os sintomas (geralmente levando à diminuição ou cessação dos mesmos), calando o corpo e desconsiderando as reais causas dos desequilíbrios na saúde, que podem envolver hábitos inadequados e/ou fatores alimentares, psicológicos, etc. Assim, para a conquista de um padrão de saúde adequado, menos que fármacos, com mais frequência, são necessárias mudanças sociais ou comportamentais (BARROS, 1997).

Na opinião de Barros (2002), mesmo que muitos profissionais de saúde admitam a influência de aspectos subjetivos, psicológicos e/ou socioeconômicos dos pacientes, mesmo em casos de doenças em que as evidências biológicas sejam mais explícitas, muitas vezes não se sentem aptos para abordá-los e trabalhar com eles, não sabendo como incorporar essas informações no diagnóstico e no programa terapêutico, dificultando as relações socioculturais entre estes e a população atendida.

Consideramos relevante destacar que as tecnologias e a progressiva cientificidade trouxeram inúmeras contribuições à área da saúde, porém, também apresentam efeitos negativos. Ayres (2004) destaca que, por um lado, há avanços importantes como a aceleração e ampliação do potencial de diagnóstico, a precocidade cada vez maior da intervenção (medicamentosa, cirúrgica, etc.) e o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança da mesma, além da melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes. Em contrapartida:

(...) a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. (AYRES, 2004, p.82)

³ Vale ressaltar que quando falamos aqui de medicamentos estamos nos referindo aos medicamentos alopáticos, amplamente disseminados e majoritariamente utilizados no Brasil. Não estão incluídos os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, utilizados por outras linhas da medicina, que se baseiam em uma visão mais holística do ser humano, levando em conta seus hábitos e características emocionais, dentre outros fatores.

Feita esta contextualização a respeito de como, historicamente, se consolidou o modelo biomédico, suas características e limitações, abordaremos a seguir alguns conceitos de saúde (a concepção popular de saúde será abordada no capítulo III), incluindo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o conceito ampliado de saúde, que é o considerado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

De acordo com Scliar (2007), a primeira tentativa de desenvolver um conceito oficial de saúde ocorreu na década de 40, sendo necessário um consenso entre as nações mediante um organismo internacional, o que foi possível com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então, o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1948).

Por um lado, foi apontado o seu caráter utópico, inalcançável. A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar –, revela uma idealização do conceito. Para Canguilhem (2006), as dificuldades são inerentes à vida, fracassos, erros, problemas e o mal-estar constituem parte de nossa história. Neste sentido, a saúde não poderá ser pensada como a inexistência de incômodos e de desequilíbrios, mas sim como a capacidade de enfrentá-los.

Por este motivo, Boff (1999, p.144) também considera a definição da OMS inumana e não realista, apresentando uma visão mais ampla e abrangente, de que “saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana”. É, portanto, o processo de adaptação e integração das diversas situações que se apresentam em nossa vida, doentias e sãs, envolvendo o desafio de *acolher a vida* como ela é e amá-la da forma como ela se apresenta: alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta. “A força de ser pessoa traduz a capacidade de conviver, de crescer e de humanizar-se com estas dimensões de vida, de doença e de morte” (BOFF, 1999, p.144).

Sobre esta visão de Boff (1999) e Canguilhem (2006), de que dificuldades e incômodos fazem parte da vida em um nível pessoal (independente de classe social), temos que ter cuidado para que não sejam confundidas com a aceitação de desigualdades sociais (falta de alimentação, de saneamento básico, de moradia adequada, de educação) que tangem a população, mas são, principalmente, de responsabilidade governamental. É importante diferenciar a inevitabilidade do adoecimento da perigosa naturalização e legitimação de

condições de vida adversas que, sabidamente, conferem maior vulnerabilidade aos grupos sociais envolvidos (BATISTELLA, 2007a).

Outro conceito relevante a ser apresentado é o conceito ampliado de saúde, que atualmente vigora no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Batistella (2007a), a definição deste conceito foi fruto de intensa mobilização social, que aconteceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, em resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Esta conceituação foi formulada na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.4)

Este conceito de saúde transformou-se em texto constitucional em 1988, o que representou uma conquista social sem precedentes, refletindo o ambiente político de redemocratização do país e, principalmente, a força dos movimentos em prol da ampliação dos direitos sociais: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.37).

Com a Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado com a *Lei nº. 8.080*, conhecida como *Lei Orgânica da Saúde* (BRASIL, 1990), que define “como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social” (BATISTELLA, 2007a, p.64).

Assim, a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos, em uma perspectiva transdisciplinar, invertendo o foco do modelo de ênfase curativa, assistencial, medicalizante para um modelo em que se estruturam políticas intersetoriais visando à qualidade de vida. É nessa segunda via que residem as potencialidades de operacionalização de um conceito amplo de saúde, que nunca será redutível a nenhuma de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva (BATISTELLA, 2007a).

1.2. Assistência à saúde da mulher: considerações sobre o cenário brasileiro

Neste item discorreremos sobre a assistência à saúde da mulher no Brasil, com enfoque à gravidez e ao pré-natal – uma vez que esta pesquisa tem como enfoque o período gestacional - destacando a importância dos movimentos sociais para as mudanças que foram acontecendo nos programas e políticas.

De acordo com Cardoso, Santos e Mendes (2007), a Atenção Básica à Saúde no Brasil implantou ações prioritárias para a assistência à mulher, focadas na gestação, no parto e na criança na década de 60. Os primeiros programas de pré-natal tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil, buscando modificar um quadro de descaso com a gestação e suas intercorrências, em que vigorava “um contexto de "aceitação" do óbito materno como destino inevitável e a percepção da reprodução apenas como evento biológico "feminino", sem qualquer conotação social e política” (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p.276).

A assistência obstétrica, nesse período, era marcada por uma expropriação da autonomia feminina, sendo as mulheres encaradas como um objeto, um ser passivo e que apenas alojava o feto. Grisci (1994) afirma que as mulheres possuem uma história que envolve sua sexualidade, sua percepção acerca de ser mulher, sua cultura, valores, condições socioeconômicas, etc. Assim, quando estão gestantes, além do filho/filha que carregam no ventre carregam também toda sua história, que vinha sendo desconsiderada.

O atendimento à gestante e à parturiente - vistas como “máquinas” portadoras de um útero gravídico - apresentava um caráter mercadológico, sem o estabelecimento de vínculo entre gestantes e profissionais, sendo que estes supervalorizavam as técnicas, mantinham a padronização dos procedimentos (com intervenções muitas vezes desnecessárias), caracterizando um modelo tecnocrático (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A luta dos movimentos feministas, antes de envolver a questão da saúde, estava focada na luta por igualdade com ênfase nos direitos à educação e ao voto, no século XIX e primeira metade do século XX. A conquista desses direitos gerou, em muitos países, uma nova condição de inserção social para mulheres. A preocupação das feministas com a reprodução também remonta ao século XIX, mas foram retomadas com vigor na década de 70 do século XX, quando houve o surgimento de grupos informais, instituições e diversas iniciativas voltadas para a área de saúde da mulher (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Estes movimentos tinham como lema: “nosso corpo nos pertence” e reivindicavam o resgate do papel de sujeito das mulheres, de forma que elas fossem tratadas como cidadãs, tendo seus direitos respeitados, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não

apenas ao ciclo gravídico-puerperal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Além disso, este lema traz a ideia de reapropriação do próprio corpo que se baseia no reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana, a partir do qual ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e no processo histórico. Segundo Ávila e Corrêa (1999, p.73), esta afirmação está relacionada tanto “às dimensões materiais quanto às dimensões simbólicas da existência, diz respeito à existência corporal (biológica) e à existência social e política, mas também ao “ser no mundo” como pessoa”.

Pautadas neste lema e diante de um tratamento mecanicista e da postura hierárquica por parte dos profissionais de saúde, nas décadas de 70 e 80 do século XX, no Brasil, diversos movimentos feministas lutavam por melhorias e mudanças na atenção oferecida até então, visto que a busca pelos serviços de saúde fora marcada por discriminação, frustrações e violações de seus direitos (BRASIL, 2011a).

A grande maioria das concepções de saúde e de assistência à saúde das mulheres com que as feministas se defrontavam, nesta época, estavam baseadas na compreensão da natureza feminina como frágil e descontrolada, devendo ser dirigida exclusivamente à reprodução social como condição inferior e decorrente da condição biológica. Neste contexto de desigualdade de gêneros, o saber médico se caracterizava como um saber disciplinador, que justificava a hierarquia entre os sexos (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Neste sentido, Cardoso (1994, p.22) afirma que o corpo da mulher aparece destinado principalmente para a reprodução, que, muitas vezes, não era considerada como opção, mas sim como decorrência do fato de ser mulher e, “desse modo, o fenômeno que passa a determinar o que é ser mulher é imperativo biológico de procriar, sendo este o responsável pelo principal significado e conduta esperada para o corpo da mulher”.

Diante deste quadro, outra reivindicação dos movimentos sociais de mulheres era a de poderem controlar o número de filhos e utilizar métodos contraceptivos, uma vez que as mulheres queriam ser autônomas e decidir por si mesmas sobre a sua vida reprodutiva, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual. Nesta época, em todo o mundo, surgiam padrões de mais liberdade no comportamento sexual e as mulheres puderam passar “a ver a maternidade como uma opção e não como uma fatalidade em suas vidas” (BRASIL, 2010, p.12).

Consideramos relevante apontar o contexto político brasileiro na época. Na primeira metade da década de 80, os movimentos sociais estavam mobilizados pelo fim do regime militar e engajados na luta por eleições diretas. A consolidação da democracia era a meta

política e o pilar para a construção de uma nova sociedade, na qual o direito de expressar opiniões era fundamental. Na área da saúde, iniciou-se uma reforma sanitária que considerava a saúde um direito de todos e de todas e um dever do Estado (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

A partir de meados da década de 80, período de transição democrática do país, houve avanços no campo da saúde da mulher e direitos reprodutivos, incluindo a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, em especial, a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984).

O PAISM foi um programa pioneiro, inclusive no cenário mundial, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde, e não se restringindo mais somente ao planejamento familiar e ao ciclo gravídico-puerperal. Por isso mesmo, os movimentos feministas, de imediato, passaram a lutar por sua implementação. A colaboração entre os grupos feministas e o PAISM representou uma experiência inédita e fundamental de “traduzir para a política pública os conhecimentos e práticas gerados no espaço feminista”. Nesta época, a luta por saúde ganha expressão em todos os setores da sociedade (ÁVILA; CORRÊA, 1999; OSIS, 1998).

Seu conteúdo incluiu a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 e na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995. Assim, a elaboração do PAISM representou, sem dúvida, “um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta” (OSIS, 1998, p.31).

A assistência integral à saúde da mulher visa, portanto, contemplar a mulher em todo o ciclo vital - incluindo o direito de opção por exercer ou não a maternidade e/ou a reprodução - e o aperfeiçoamento da assistência oferecida no pré-natal, parto e puerpério (OSIS, 1998; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas das ações relacionadas à gravidez e ao parto preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno Infantil. Para as mulheres, inaugurava-se uma era nova que abria possibilidades de realizarem controle clínico de saúde, planejamento familiar, atendimento clínico e ginecológico. (BRASIL, 2010, p.13)

Outro programa lançado pelo Ministério da Saúde, em junho de 2000, foi o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que tinha como primeiro objetivo rediscutir a atenção pré-natal na assistência básica, anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (BRASIL, 2000). O PHPN visava buscar “estratégias que empoderassem as mulheres, revendo, na perspectiva de humanização, o seu papel de protagonista na gestação e no parto. A humanização necessariamente compreende o resgate da autonomia e relações simétricas entre profissionais e mulheres” (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p.277).

Em 2003, o Governo Federal criou a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) e sua elevação ao status de ministério em 2011, visa contribuir para a melhoria de vida das mulheres brasileiras considerando toda a sua diversidade, a partir da implementação de políticas públicas transversais, destacando-se a participação, o controle social e a igualdade racial. O principal objetivo da SPM/PR é “promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente” (BRASIL, 2013, p.10).

No ano de 2004, aconteceu a I Conferência de Políticas para as Mulheres, que discutiu e reconheceu como fundamentais os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como fundamentais na conquista do direito à saúde, afirmando-se também a “necessidade de qualificar a vivência da maternidade, garantindo a dignidade e promovendo o bem-estar da mulher que está sendo mãe” (BRASIL, 2010, p.17). A II e III Conferências aconteceram nos anos de 2007 e 2011 (BRASIL, 2013).

Também em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que incorpora, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e visa consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2011a).

O programa mais recente lançado pelo Ministério da Saúde é o Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), que visa melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, sendo que algumas de suas diretrizes são: a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco; e difundir, nas escolas, um programa de educação que busque controlar a gravidez na

adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo geral é erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país. A proposta é do governo federal, mas competirá aos estados e municípios a sua aplicação (CARNEIRO, 2013).

Uma das ações da Rede Cegonha foi o lançamento do “Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê” – fruto da parceria entre o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e o Ministério da Saúde. Esta publicação apresenta “informações essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe, além de dados sobre a legislação vigente”, com a intenção de garantir que os direitos assegurados em lei e transformados em políticas públicas sejam cumpridos. Por isso, é fundamental que as mulheres, gestantes e famílias conheçam e saibam como exigir esses direitos (BRASIL, 2011c, p.1).

Vale ressaltar novamente que as políticas públicas e ações programáticas governamentais vão sendo elaboradas mediante à constante atuação dos movimentos sociais de mulheres que se unem, se organizam e clamam por mudanças na atenção à saúde. Como vimos, essa luta já é antiga e

evidencia a importância e a singularidade dessa participação popular na definição dos rumos da saúde pública do Brasil, demonstrando a força que tem essa participação quando os grupos se organizam com objetivo de defesa das coletividades, articulando entre distintos movimentos os objetivos em comum. (BRASIL, 2010, p.18)

Portanto, é muito importante que nós, cidadãs, exercitemos a atitude de conhecermos nossos direitos e exigirmos que eles sejam cumpridos, não nos calando e aceitando, mas procurando nos fazer ser ouvidas, dando a nossa opinião, nos aliando a movimentos sociais, a fim de lutar para que o governo e o sistema de saúde se ajustem e acolham as novas demandas da população.

Capítulo II – O cuidado à saúde e as práticas populares

*“Toda pedra no caminho você pode retirar
 Numa flor que tem espinhos você pode se arranhar
 É preciso ter cuidado pra mais tarde não sofrer
 É preciso saber viver!” – É preciso saber viver
 (Roberto Carlos e Erasmo Carlos)*

2.1. Dimensões do cuidado à saúde como prática social

Este capítulo busca abordar o cuidado, a princípio, de maneira mais ampla, para depois adentrarmos o cuidado à saúde mais especificamente. A partir disso, abordaremos a hierarquização ainda tão presente entre saberes e culturas, entendendo que a educação popular se mostra como um movimento que busca superar essa desigualdade, em prol de relações pautadas na horizontalidade, diálogo e comunhão.

O ser humano não existe sem cuidado. Boff (1999, p.39) reconhece o cuidado como “um *modo-de-ser* essencial”, integrando a essência e a constituição humana, visto que “sem o cuidado ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre”.

Assim, conforme destacam Borges, Pinho e Guilhen (2007, p.318):

(...) o cuidado como modo de ser e fazer-se relacionar perpassa toda existência humana e vai se moldando em diferentes formas de saber e construir conhecimento com o mundo e com o outro. Essa teia caracteriza o cuidado como uma rede complexa de ações que envolvem saberes, valores, crenças, ideologias e sentidos que estão para além da aplicação técnica do conhecimento.

Portanto, percebemos que o sentido do cuidado é único para cada pessoa e representa a forma como ela se estrutura e fundamenta suas relações consigo mesma e com o mundo, seja com o ambiente em que vive, seja com as pessoas que convive, por exemplo, família, vizinhos e comunidade. Nessas relações humanas, cuidar, “(...) representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p.37), o que implica em ter intimidade, acolhimento, respeito. “Cuidar é estar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele” (BOFF, 1999, p.109).

Conforme visto, o cuidado envolve inúmeras relações, de contatos com outras pessoas e com o mundo podendo ser considerado uma prática social, uma vez que, segundo Oliveira et al. (2009, p. 4), “práticas sociais decorrem de e geram interações entre os indivíduos e entre eles e os ambientes, natural, social, cultural em que vivem”, interações estas que encaminham os(as) participantes à (re)criação de suas identidades, assim como à transformação de

realidades que consideram injustas, opressivas, discriminatórias. Assim, nossa formação enquanto indivíduos vai se tecendo nas diversas práticas sociais de que participamos ao longo da vida.

Em todas as práticas sociais⁴ ocorrem processos educativos (OLIVEIRA et al., 2009), ou seja, as pessoas envolvidas aprendem e ensinam umas às outras mediante o encontro de consciências e o compartilhamento de saberes e opiniões. Brandão (1984a) corrobora com esta ideia, considerando que o aprendizado se dá na interação de uns com os outros e uns entre os outros, culturalmente.

Diante da amplitude do cuidar, que pode envolver o cuidado com as coisas materiais como casa, roupas, higiene e organização do ambiente doméstico e do trabalho; com outros seres vivos como animais de estimação e plantas; com outros seres humanos e consigo mesmo, envolvendo a alimentação, da higiene pessoal, do lazer, do trabalho, da qualidade de vida, da espiritualidade, das relações humanas, dentre tantas outras, abordaremos a seguir o cuidado no âmbito da saúde do ser humano.

O cuidado à saúde nos remete inevitavelmente ao corpo, nossa unidade no universo, a porção da matéria que animamos, representando um ecossistema vivo que se relaciona com outros sistemas. Boff (1999, p.142) faz uso do termo “corporeidade para expressar o ser humano como um todo vivo e orgânico”, relacionando corpo e totalidade. A partir desta visão mais abrangente, cuidar do corpo consiste em:

(...) Cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, (...) significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Somente assim nos transformamos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sábias e plenamente livres (BOFF, 1999, p.142)

Esta definição nos indica que nossa saúde envolve a busca pelo equilíbrio, que é dinâmico e inconstante, diante de todas as situações que vamos vivenciando em nossas vidas, sendo que as situações difíceis, os problemas e desafios são inerentes. Assim, quando não assimilamos bem determinada experiência, que nos causou certo desequilíbrio emocional (por exemplo, discussão, desentendimento, decepção, conflito), psicológico, espiritual e/ou físico (alimentação inadequada, sobrecarga de atividades, sono insuficiente, exposição a intempéries) é comum que enfrentemos um processo de adoecimento.

⁴ É importante destacar que há práticas sociais pautadas no respeito e no encontro de consciências, porém também há práticas sociais desumanizantes, alienantes e opressoras, conforme discorreremos mais adiante.

Para que o equilíbrio seja reestabelecido, geralmente pedimos auxílio a pessoas em que confiamos ou recorremos a instituições a fim de encontrarmos alguma ação terapêutica que, segundo Ayres (2004, p. 74), consiste em “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.”

Quando se fala do cuidado em saúde, o sentido geralmente atribuído pela população se refere à aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas, sendo que a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses instrumentos e produz-se a saúde (AYRES, 2004).

A forma como o cuidado em saúde vem sendo produzido contemporaneamente está pautada em uma lógica regulada e permeada pela organização e institucionalização dos serviços de saúde, segundo critérios baseados na racionalidade científica. Os detentores do saber científico, muitas vezes, desconsideram que no âmago das ações do cuidado encontra-se um conjunto de valores, representações, padrões culturais, necessidades, práticas e saberes produzidos por vários atores sociais (CARAPINHEIRO, 1998; BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007).

Stotz, David e Bornstein (2007) também afirmam que os profissionais de saúde muitas vezes mantêm uma hierarquização entre um saber que julgam melhor ou mais verdadeiro (o científico) sobre um menor ou falso/ingênuo (o popular), sendo que este é geralmente encarado como “simplório” ou “ignorante”. Mas conforme ressalta Carneiro da Cunha (2009), ambos os saberes são maneiras de entender, conhecer e agir no mundo, sendo obras abertas, inacabadas, se fazendo e refazendo constantemente por seus praticantes, sendo legítimas para eles. Assim, o cuidado à saúde, quando pautado em uma relação desigual e hierárquica, se caracteriza como uma prática social desumanizada e opressora.

Historicamente, práticas sociais desumanizantes permeiam a trajetória da América Latina e “ainda permanecem em nossa realidade, gritantes para alguns e invisíveis para outros” (OLIVEIRA, 2009, p.311), sendo caracterizadas como relações verticalizadas, opressoras, domesticadoras e alienantes. Fazendo uma análise destas circunstâncias a partir da teoria de Dussel (1995) em relação à totalidade e exterioridade, os opressores (por exemplo, os profissionais desumanizados) representariam a totalidade, que “põem-se a si mesma como a forma certa de ser e se assume como centro do mundo, dominando-o, com a preocupação única de seu bem-estar, a satisfação de suas necessidades, seu gozo, a realização efetiva de seu próprio projeto” (ARAÚJO-OLIVERA, 2014, p.75).

Assim, infelizmente, como ressalta Oliveira (2010), ainda há uma relação desigual entre diversas culturas em nosso cotidiano, sendo que a popular é geralmente considerada subalterna e desvalorizada. A cultura popular é estigmatizada “como fóssil correspondente a estados de primitivismo, atraso, demora, subdesenvolvimento” (BOSI, 1992, p.323). Para que este estigma seja superado é muito importante que o(a) educador(a) amplie seus olhares e relações com a cultura popular, uma vez que:

(...) Sem que o educador se exponha inteiro a cultura popular, dificilmente seu discurso terá mais ouvintes que ele mesmo. Mais do que perder-se inoperante, seu discurso pode reforçar a dependência popular, pode sublinhar a apreçoada “superioridade linguística” das classes dominantes. (FREIRE, 1992, p.108)

Portanto, é necessário recusar esta hierarquização das expressões culturais, valorizando a cultura popular, visto que ela abarca uma gama “de conhecimentos, sabedorias, tecnologias, maneiras de fazer, pensar e ver nossas relações sociais (...), com outras propostas no sentido do viver e de humanidade.” (SILVA, 2008, p.9).

No que tange à cultura popular, Valla (1996, p.177) afirma que ela é “um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade” e, segundo Bosi (1992, p.324), não há “separação entre uma esfera puramente material da existência e uma esfera espiritual ou simbólica”, de forma que ambas se mesclam em seu cotidiano. A concepção popular de saúde se apresenta como um complexo mosaico, formado por fragmentos de experiências concretas, saberes diversos usados como recursos de enfrentamento de certos problemas e inclui inclusive o saber médico. Assim, as concepções populares não se tratam de um “vazio de saber”, mas sim de um saber apenas diferente do profissional, não inferior (VALLA, 1996).

Neste sentido, pensamos ser pertinente dialogarmos sobre as concepções de educação bancária e problematizadora, referidas por Freire (2005), contextualizando-as na área da educação e saúde, estabelecendo relações entre educador e profissional de saúde, bem como do educando ao usuário do serviço de saúde.

A educação se caracteriza como força potencial de mudança, processo de conscientização e conquista da liberdade, de modo a se afastar da domesticação e alienação, inerentes à educação “bancária”, referida por Freire (2005), como “o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos” (p.68), do educador - que se julga como sujeito cognoscente, único portador do saber – para o educando, que é encarado como objeto, um receptáculo vazio a ser preenchido pelo conhecimento transmitido, que será arquivado e reproduzido.

A educação “bancária” se relaciona intrinsecamente à prática de profissionais da saúde que se consideram os únicos detentores do saber, prescrevendo, de maneira hierárquia e vertical o que deve ser feito ou ingerido para que a saúde seja reestabelecida. É preciso compreender que os(as) usuários(as) “não se configuram como quadros em branco, onde o profissional pode imprimir suas conclusões e prescrições, pois já possuem suas próprias concepções sobre seus problemas e uma série de crenças e experiências em práticas alternativas de cura” (SIQUEIRA et al., 2006, p.69).

Ayres (2004) menciona que só quem está sendo cuidado – no caso o(a) usuário(a) do serviço de saúde – é capaz de discorrer sobre suas necessidades e suas concepções de vida, saúde e doença. Porém, na maioria das vezes, os profissionais nem mesmo se questionam ou se interessam sobre estes aspectos, considerando os saberes não-técnicos como obscurantismo, atraso, o que é um lamentável equívoco.

Já a concepção problematizadora da educação (oposta à “bancária”), é pautada na dialogicidade entre educador-educando e educando-educador, que também é considerado sujeito cognoscente e investigador crítico. Desta maneira, “o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 1997, p.72), de forma que os homens e mulheres se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.

Neste sentido, a ação de um educador humanista, revolucionário, “identificando-se desde logo com a dos educandos, deve orientar-se no sentido da humanização de ambos,” deve estar infundida na profunda fé no ser humano e em seu poder criador (FREIRE, 1997, p.66), pautada no amor, humildade, criatividade, criticidade e esperança. Nesse sentido, a libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é algo que se deposita nos homens e mulheres. É práxis, que implica a ação e reflexão dos sujeitos sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 2005).

Freire (2005, p.32) acreditava haver no ser humano a “vocação do *ser mais*”, que consiste no reconhecimento e consciência de sua inconclusão, de forma a estar sempre em formação, em um movimento constante de busca, de procura; este seria o processo de humanização. A desumanização consistiria, então, na distorção da vocação do *ser mais*.

Como seres que *estão sendo*, inacabados, o homem e a mulher se relacionam “*em e com* uma realidade, que sendo histórica também, é igualmente inacabada. (...) Daí que seja a educação um quefazer permanente”. Permanente na inconclusão do ser humano e do devenir da realidade. (FREIRE, 1997, p.76).

Fiori (2014) também partilha desta opinião de que os homens e mulheres são seres inacabados, que se fazem e refazem continuamente, bem como refazem o seu fazer. Afirma que o ser humano só se realiza enquanto sujeito a partir do momento em que assume a responsabilidade de seu próprio destino, de forma a protagonizar ativamente sua história e tomar sua existência nas próprias mãos, sendo que a prática consciente e crítica da reflexão deve ser uma constante em sua vida.

Sobre ser protagonista de sua existência, cabe também refletirmos sobre a autonomia e o protagonismo em relação à própria saúde, uma vez que é comum haver uma certa confiança “quase-incondicional” que a pessoa fragilizada por algum padecimento de saúde tende a depositar no seu cuidador, no caso o profissional de saúde, o que não deve ser confundido com dependência ou inferioridade (AYRES, 2004, p.86). Para Fiori (1991), é só através da autonomia que o ser humano se humaniza, do contrário, sempre será um mero reprodutor do eu de outros homens e um objeto das consciências dominadoras.

Sobre a relação do ser humano com o mundo, Freire (1983, p.51) discorre que através de seus “atos de criação, recriação e decisão, vai ele (ser humano) dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura.” (FREIRE, 1983, p.51). Fiori (2014) afirma que o mundo é a mediação para o encontro das consciências (intersubjetividade), em um processo de colaboração-participação na construção deste mundo comum, em comunhão.

Outro ponto interessante que Ayres (2004, p.89) aponta é que quanto mais tais redes de conversação se estabelecerem e forem trabalhadas, de forma respeitosa e humanizada, tanto mais as vozes e demandas dos profissionais da saúde se farão ouvir também, pois, assim como os usuários e usuárias do serviço de saúde, “os operadores da técnica se vêm limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas”.

Em favor destes encontros e redes, situa-se a educação popular, libertadora e dialógica, baseada no trabalho conjunto e horizontal entre educador-educando, profissional-usuário, onde todas as contribuições são valorizadas, visto que ambos são considerados sujeitos, portadores de visões de mundo, de opiniões e de saberes, nem melhores, nem piores, mas apenas diferentes. Vasconcelos (2007) nos alerta que educação popular não é sinônimo de educação informal, visto que há diversas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que fazem uso de métodos verticais e que são pautadas em uma relação hierarquizada entre saberes.

A concepção de educação popular aqui adotada se baseia na valorização da diversidade e da heterogeneidade dos grupos sociais, na intercomunicação entre os diferentes atores sociais (VASCONCELOS, 2001) e também na:

opção clara pelas classes populares, pela cultura popular como possibilidade de transformação, e do trabalho com as pessoas dessas classes; não no sentido vertical, mas horizontal em que todos ampliam sua compreensão de mundo no processo educativo e juntos vão dando forma e conteúdo (crítico) a um mundo mais justo. (OLIVEIRA, 2010, p.241).

Em esfera internacional, o Brasil foi pioneiro na constituição do método da Educação Popular, tendo Paulo Freire um papel de destaque no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular, contribuindo na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber. “Ela começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 50, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares” (VASCONCELOS, 2007, p.19). Segundo Brandão (1984b, p.20):

a educação popular surge historicamente quando condições ideológicas, políticas e pedagógicas, tornam necessário o aparecimento de outra modalidade de trabalho agenciado com as classes populares no campo específico das relações que envolvem o saber, o conhecimento.

Assim, a educação popular também pode ser compreendida como “perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais” (BRASIL, 2012, p.5).

No âmbito da saúde, o movimento da educação popular emerge em um contexto de inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos e também como uma estratégia de resistência e descontentamento a práticas hierárquicas de um sistema de saúde dominador e opressor. A partir dos anos 70, diversos profissionais de saúde se engajaram em movimentos que visavam trazer para o setor uma cultura de relação com as classes populares, buscando romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, e romper também com o desprezo aos saberes e às práticas dos usuários e usuárias, bem como de seus familiares (PEDROSA, 2007; VASCONCELOS, 2001; 2007).

Neste contexto, começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde se relacionavam com os grupos populares de outra maneira, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde

integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política, movimentos populares, passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados (VASCONCELOS, 2007).

Em 1991, profissionais de saúde e lideranças populares envolvidos nessas experiências organizaram a Rede de Educação Popular em Saúde que, desde então, vem se expandindo e tem acompanhado diversas experiências nas quais a integração entre profissionais comprometidos e os movimentos sociais tem possibilitado a realização de ações extremamente criativas e produtivas, baseadas na relação dialógica entre os saberes, em que todos os envolvidos ampliam sua compreensão de si e do mundo no processo educativo (OLIVEIRA, 2007; VASCONCELOS; MACHADO; BECKER, 2007).

Assim, a educação popular em saúde visa a:

(...) construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade, de forma a integrar o saber técnico e o saber popular, através da mútua colaboração entre ambos (VASCONCELOS, 2001, p. 30).

Nesse sentido, a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das ações ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação popular e questiona posturas hierárquicas. “É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população” (VASCONCELOS, 2007, p.22).

Segundo Pedrosa (2007, p.16), ao trabalhar com atores sociais, a Educação Popular:

contribui para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos, além de contribuir também com a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais.

Um dos grandes desafios, para isso, é a formação ampliada de profissionais de saúde capazes de uma relação participativa com a população e os seus movimentos. Os princípios da educação popular costumam ser aceitos e defendidos por muitos, contudo a redefinição das ações de saúde executadas no dia-a-dia dos serviços é complicada, visto que cotidianamente os cidadãos e cidadãs são desconsiderados pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional. Ainda predomina a reprodução de ações educativas normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos considerados corretos e saudáveis. Essa forma de

trabalho educativo boicota a participação popular, pois distancia e silencia os sujeitos, inviabilizando o “processo de transformação social por meio do diálogo dos saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde” (VASCONCELOS, 2007, p.26).

Além da importância do investimento na formação profissional para que haja efetiva transformação cultural e política dos padrões das ações de saúde, é fundamental que exista infraestrutura institucional, que garanta condições materiais e administrativas para a realização de ações educativas de fato pautadas na educação popular (id.ibid.).

No entanto, a execução e implementação não se restringe às iniciativas ampliadas e aplicadas nas instituições de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e usuárias, bem como dos movimentos sociais na discussão das ações e condutas implementadas, os novos serviços não se tornarão um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral. Vasconcelos (2007) ressalta que a recomposição da integralidade nos serviços de saúde cabe também ao aumento da capacidade de usuários e usuárias, famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade civil em se articularem, usufruírem e reorientarem as diversas ações, segundo suas necessidades e realidades concretas.

É importante que a educação popular deixe de ser uma prática social que acontece de forma pontual no sistema de saúde, para ser generalizada amplamente nos diversos serviços de saúde, em cada recanto da nação, sendo preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que levem “a democratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde” (VASCONCELOS, 2007, p.25).

Para tanto, não basta alguns saberem fazer, é preciso que estes princípios sejam amplamente difundidos nas instituições de saúde e também na população. Assim, diante dessa necessidade, a Rede de Educação Popular em Saúde tem proposto a adoção da Educação Popular como diretriz teórica e metodológica da Política de Educação em Saúde do Ministério da Saúde, a fim de que esta política se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e da adequação de suas ações à lógica de vida da população, mediante a valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários e usuárias (id. ibid.). E este sonho está se tornando real.

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, espaço colegiado com a participação de representantes da gestão do SUS e dos movimentos populares cujo objetivo primeiro foi participar da formulação, acompanhamento da implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), que foi aprovada no ano de 2012 (BRASIL, 2012). A PNEPS propõe:

uma prática políticopedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Os pressupostos teórico metodológicos - ou diretrizes como convencionalmente são denominados - contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde. São pressupostos da PNEPS: Diálogo; Amorosidade; Problematização; Construção compartilhada do conhecimento; Emancipação; Compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2012). Felizmente, diversos passos estão sendo dados em direção ao estabelecimento de um sistema de saúde mais justo, mais equânime e dialógico. Sempre haverão desafios a serem superados, mas em união, colaboração e cooperação novas conquistas ainda acontecerão.

2.2. Saberes e Práticas Populares de Saúde

Neste item abordaremos a medicina popular, os saberes e as práticas populares de saúde, como eles se delineiam, em que consistem, como se relacionam e se permeiam ao sistema biomédico e a importância de se estabelecer um diálogo efetivo entre os profissionais de saúde e população, a fim de que, verdadeiramente, a assistência à saúde seja pautada no cuidado.

De acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), as práticas populares de cuidado à saúde,

(...) enquanto práticas sociais ocorrem no encontro entre diferentes sujeitos e se identificam com uma postura mais integradora e holística que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população. Constituem-se por meio da apropriação e interpretação do mundo pelas classes populares, a partir da sua ancestralidade, de suas experiências e condições de vida, contemplando a escuta e o saber do outro na qual o sujeito é percebido em sua integralidade e pertencente a um determinado contexto sociocultural. Estas práticas são desenvolvidas por diversos atores em distintos espaços, desde o espaço familiar, comunitário e mesmo institucional (BRASIL, 2012, p.11).

O conceito de popular, neste estudo, procura se aproximar do sentido de população, na intenção de compreender os fenômenos “a partir da ótica da cultura do povo” (MELO, 2014, p.21). Assim, os saberes considerados populares serão os “elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências”, sendo contruídos nos diversos eventos da vida e na interação com o meio cultural (VALLA, 1996, p.179). Nesta mesma direção, Acioli e Luz (2003, p.156) afirmam que “o saber prático ou sabedoria prática pode ser considerado como

tal, não apenas por se referir a uma prática específica no sentido de ação, mas também por se referir aos sentidos, significados e valores provenientes de experiências incorporadas cotidianamente”.

Neste sentido, o termo práticas de cuidado à saúde diz respeito a um conjunto de atitudes que indivíduos e grupos adotam para assegurar a manutenção de sua saúde e, conseqüentemente, da vida. Sobre este aspecto, Acioli e Luz (2003, p.155) definem que:

as práticas de saúde são construídas através de vários habitus que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por uma gama de influências; institucionais, familiares e referentes ao grupo social de que fazem parte. Dessa forma, possuem vários sentidos, que misturam elementos da biomedicina, de outras racionalidades médicas e da chamada medicina tradicional ou popular.

Apesar da hegemonia do modelo biomédico, que considera saúde-doença, acima de tudo, como fenômenos físicos, na opinião popular, tais fenômenos são relações que se expressam no corpo, mas que vão muito além do físico, envolvendo fatores naturais, psicossociais, sócio-econômicos e sobrenaturais (MINAYO, 1988).

Assim, é comum que as pessoas busquem alternativas diversas de cuidado à saúde, de maneira que a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população, que articula diversas concepções sobre a vida, a saúde, a doença, a morte e a cura (VASCONCELOS, 1996; SIQUEIRA et al., 2006).

Neste sentido, as concepções populares de saúde são complexas e envolvem diferentes aspectos, conforme apresentado pela pesquisa de Minayo (1988), realizada em um segmento da classe trabalhadora em favelas do Rio de Janeiro, que investigou sobre representações sociais de saúde/doença, sendo que foi averiguada uma visão pluralista, ecológica e holística.

Minayo (1988) verificou que a base de concepções populares é a sua própria inserção no mundo material, histórico, vivo e repleto de contradições, sendo que entre as causas apontadas para as doenças figuram: *natural*, que envolve os fatores do meio ambiente como clima, lua e também os desequilíbrios alimentares; *psicossocial*, relacionada aos sentimentos e emoções, como raiva, inveja, tristeza; *sócio-econômico*, que se refere às condições materiais da existência, como moradia, trabalho, saneamento básico; *sobrenatural*, circunscrita ao universo da espiritualidade e influência de seres transcendentais (MINAYO, 1988).

No trabalho de Acioli e Luz (2003), desenvolvido junto a um grupo social urbano do Rio de Janeiro-RJ com o intuito de analisar os sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado, a saúde foi percebida de modo ampliado, sendo identificada com sentidos que envolvem o indivíduo e sua subjetividade, mas também o

coletivo. Ou seja, sentir-se com saúde teve o significado de sentir-se feliz, ser solidário, relacionando-se diretamente à qualidade das relações sociais, especialmente as familiares. Além disso, a saúde se mostrou associada à ideia de movimento, através de práticas que envolveram desde atividades cotidianas até atividades de lazer.

Segundo Stotz, David e Bornstein (2007), a concepção popular de saúde compartilha de aspectos da concepção biomédica e também da concepção ampliada de saúde, porém, atribui-lhes sentidos diferentes. Muitas vezes, a saúde é sinônimo de ter capacidade para trabalhar, uma vez que, ainda que o indivíduo tenha adoecido, não pode se ausentar do trabalho, que garante o sustento diário.

Práticas populares de saúde são realizadas com a intenção de manter ou reestabelecer a saúde e o bem-estar, bem como de enfrentar e solucionar as enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu dia a dia. A adoção e propagação dessas práticas assinala um tipo de rede alternativa de acolhimento e representa uma tática de resistência, fazendo frente aos desafios e às limitações do cotidiano da comunidade (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007). Segundo Fleischer (2014, p.6) “há opinião e ação diante do drama que é a doença. Táticas serão buscadas e mil vezes tentadas, dentro das possibilidades e disponibilidades dos envolvidos”.

Na pesquisa de Acioli e Luz (2003), as práticas de saúde se mostraram voltadas para o cotidiano das pessoas, envolvendo atividades como arrumar a casa, lavar, passar, cozinhar e costurar. Algumas vezes, apontaram para o sentido de comedimento, de busca de um equilíbrio em relação aos problemas vivenciados. Outras práticas, como fazer ginástica, caminhar, dançar, viajar, conversar e cantar, refletiram uma associação com vitalidade, com o aumento de energia voltada para o movimento, para o lazer e para o lúdico. Também foram apontadas práticas religiosas no enfrentamento de problemas de saúde. Frequentar a igreja, fazer orações ou ouvir músicas religiosas pareceu ser uma estratégia que faz as pessoas se sentirem com saúde e também melhorarem quando estão adoecidas, além de ser um espaço de apoio social, de solidariedade e refúgio.

A religiosidade e os terapeutas populares representados por benzedeiros(os), rezadeiras(os), dentre outros, muitas vezes ofertam aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade devido ao adoecimento, o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento (SIQUEIRA et al., 2006). Segundo Cardoso (2012, p.46-47), a prática da benzeção ou benzimento:

se configura em procedimentos terapêuticos voltados para a prática do cuidado através da oração para o alívio de doenças físicas, sociais e espirituais. A benzeção tem a função de restabelecer as relações conflituosas com o mundo social e sobrenatural e também curar males que afetam o corpo como a espinhela caída (ossinho no coração que inflama) e a carne quebrada. A benzedeira, que opera devido ao dom ou benção recebida de Deus, tem como função propiciar o tratamento e explicação para a doença.

Ainda que as pessoas creditem determinada doença a causas sobrenaturais e façam “tratamento espiritual, com orações, banhos de descarga, penitências, promessas recorrendo à umbanda, ao espiritismo, às igrejas cristãs, pois o domínio sobrenatural (...) requer obrigações e práticas para cura do espírito” (MINAYO, 1988, p. 372), é comum recorrerem a recursos biomédicos a fim de minimizarem e/ou eliminarem os sintomas físicos que os acometem, de forma que combinam, a seu modo as diversas formas de tratamento a que tem acesso (CARNEIRO DA CUNHA, 2009).

Dessa forma, no Brasil, é comum que as pessoas recorram a diferentes formas de atendimento - desde rezas a medicamentos industrializados - com a finalidade de sanar os desconfortos e enfermidades. A utilização de medicamentos industrializados tem crescido ao ponto de incorporar-se ao acervo popular de saberes e práticas de saúde (GOMES, 1999).

Assim, na prática social do cuidado à saúde ocorrem diversos processos educativos, uma vez que se baseia em trocas e comunicações, sendo que os que cuidam e os que são cuidados aprendem e ensinam. Esses processos educativos podem estar relacionados a aspectos mais práticos, como receitas e procedimentos, que foram desenvolvidos e aperfeiçoados no decorrer do tempo e também a aspectos subjetivos, como saberes, valores e sentidos conferidos à vida.

Os cuidados com a saúde e as práticas de medicina popular geralmente se iniciam na família – núcleo primal de socialização e convívio -, através do compartilhamento de valores e de sistemas de significação (PARISI, 1996). Os saberes referentes à saúde são geralmente partilhados entre gerações, sendo que as mulheres tem sido as principais responsáveis por essa partilha e por realizarem o cuidado à saúde da família, incluindo o autocuidado (ALVIM et al., 2004; LUZ; BERNI; SELLI, 2007; OLIVEIRA, MORAES, 2010).

Badke et al. (2012, p.367), ao investigarem sobre a origem dos saberes e das práticas referentes ao uso terapêutico de plantas medicinais, confirmaram que o compartilhamento dos saberes se dá através das mulheres da família: avós, mães e irmãs mais velhas, reforçando que, “no contexto familiar, a mulher ainda é referência, sob o ponto de vista cultural nos cuidados em saúde dos membros da casa”.

Esses resultados corroboram com os obtidos por Amorim (1999), em sua tese sobre o uso da fitoterapia popular com famílias de Campina Grande, na Paraíba, em que constatou que 82,9% das 782 famílias entrevistadas tinham um/a "especialista" em plantas medicinais, sendo que a maioria era mulher e tinha aprendido a utilizá-las com a própria família. O modo mais frequente de uso das plantas foi o chá e a parte mais utilizada, a folha. A maioria das indicações coincidiu com as da literatura científica. O local principal para a aquisição das plantas era nos quintais das residências dos "especialistas" ou dos vizinhos.

O estudo de Siqueira et al. (2006) objetivou identificar as primeiras condutas adotadas pelos clientes antes da procura pelo médico ou instituições com o intuito de resolver problemas de saúde. Os resultados mostraram que práticas não convencionais de saúde - apesar de muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina oficial - continuam sendo adotadas pela população, envolvendo o uso de chás caseiros, benzeduras, banhos, alimentos e emplastros, sendo os chás caseiros os mais aceitos entre a população. Mesmo quando foram orientados a abandonar o uso de recursos populares, a maioria dos participantes afirmou que optou pela continuidade do mesmo.

Podemos perceber que a relação da população com o sistema médico é ambígua e também complexa. Por quê? Por um lado, existe uma descrença neste sistema, devido a experiências negativas, como casos em que houve a ausência de cuidado ou ainda casos em que a má intervenção dos serviços de saúde provocou outras enfermidades, resultando em mortes ou lesões irreparáveis⁵. Também são mencionados erros médicos, ilustrados nas falas de um colaborador da pesquisa de Minayo (1988, p.369), que afirmou que "(...) *remédio de médico é danado pra provocar problema na gente, (...) era remédio errado*". Essas situações fazem com que as pessoas sintam-se anônimas, impotentes, discriminadas, desconsideradas enquanto seres humanos e desrespeitadas em seus direitos. Por outro lado, a população reconhece também a eficácia da biomedicina para muitos casos referentes aos desequilíbrios da saúde e continua a usufruir desse serviço. "(...) A medicina oficial é uma dentre outras, que ela usa e legitima mas não de forma incondicional" (MINAYO, 1988, p.370).

Ainda que a ciência busque comprovar e explicar os fenômenos por meio de métodos científicos, os resultados de práticas populares nem sempre são abertamente perceptíveis, reconhecidos e classificáveis pelos critérios biomédicos. Os praticantes populares não se

⁵ Para quem se interessar em saber mais detalhes e ler mais casos em que este fato ocorreu indicamos a leitura de Minayo (1988).

preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados, mas se baseiam sim nas sensações e nas respostas às suas necessidades em determinado momento, ou seja, comprovam empiricamente a funcionalidade e eficiência desses recursos, com base em suas próprias experiências ou de pessoas em que confiam, o que contribui para sua propagação e aceitabilidade (SIQUEIRA et al., 2006; FLEISCHER, 2014).

Assim, a utilização de tais recursos e estratégias baseia-se em experiências adquiridas ao longo da vida, mediante o enfrentamento dos problemas, resultando em um processo de construção de saberes, o que Freire (1992) denomina de “saber de experiência feito”. Nas palavras de Minayo (1988, p.377):

(...) Em síntese, a observação do que acontece no dia-a-dia, a experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e grupal fornece às pessoas uma relação de causa-efeito que constitui seu estoque de conhecimentos entranhado e alimentado pela prática. Essa sabedoria tradicional que explica e trata se concretiza de forma muito particular na medicina caseira que não é privilégio dos segmentos das classes trabalhadoras.

Sobre o fato de a medicina popular não ser exclusiva aos segmentos das classes trabalhadoras, consideramos muito relevante o que Fleischer (2014) pontua em relação ao termo “popular”, de maneira que não se refere a “pobres”, mas tenta se aproximar de “povo”. Para a autora, o foco está na forma de cuidar e não exatamente nas pessoas que realizam a ação de cuidado, sendo que o “popular” está presente nas diversas classes sociais, uma vez que pessoas com diferentes condições financeiras desenvolvem uma grande diversidade de práticas e táticas não oficiais para cuidar de si e dos seus, sendo que, ao mesmo tempo em que dialogam, também desafiam as práticas médicas auto-intituladas como oficiais e hegemônicas.

A saúde popular, para Fleischer (2014) pode estar fora, mas também é facilmente encontrada dentro das instituições de saúde, de maneira que vai se infiltrando discretamente mediante palavras que começam a ser usadas, atividades que são introduzidas, acontecendo a todo momento, dentro e fora da biomedicina e de outras medicinas, uma vez que o “popular” faz parte da gente, sendo carregado com as pessoas pelas práticas sociais de que participam, incluindo a prática profissional. O mesmo ponto é destacado por Minayo (1988, p.379) ao afirmar que “(...) o senso comum, tradições familiares e crenças religiosas perpassam também o campo do saber médico "contaminando-o" induzindo-nos a duvidar dessa divisão tão nítida entre o "popular" e o "erudito"”.

Apesar desta fluidez parecer um tanto dificultosa, Fleischer (2014, p.13) ainda destaca que “é justamente essa fluidez que faz o conceito tão interessante, porque não se prende a atores, cenários nem técnicas médicas pontuais, mas se contrapõe, sobretudo, às formas de cuidar mais regimentais, protocolares, oficiais e visíveis”. Assim:

Na esfera do vivido, saberes contra-hegemônicos e hegemônicos permeiam-se e estão imbricados. As ações populares movimentam-se incansavelmente dentro da dimensão oficial, resistindo ainda que sem visibilidade e inaudíveis. Nesse sentido, não há bipolaridades, mas permeabilidades. (FLEISCHER, 2014, p.16)

Para que a atenção à saúde revista-se efetivamente do caráter de cuidado e seja dialógica, o profissional de saúde deve realizar uma escuta sensível das necessidades do usuário a fim de descobrir como, em colaboração, pode fazer uso do que tem à disposição para auxiliá-lo. Assim, podem ser criados espaços de conversação, de encontro subjetivo e acolhimento, nos quais, por mais que o profissional não concorde com determinada prática do paciente, dialogue com ele, considere e respeite o saber popular implicado na questão de saúde com que está trabalhando, permitindo que ele participe de fato da ação em curso, considerando-o como sujeito (AYRES, 2004).

Vasconcelos (1997, p.43) alerta que “o diálogo deve estruturar o relacionamento com a medicina popular. A cultura popular em saúde é algo muito rico”, e vem sendo criada com paciência há vários séculos através do compartilhamento intergeracional do conhecimento construído com base em experiências, com fracassos e sucessos. É uma medicina baseada principalmente em recursos disponíveis na própria comunidade, podendo tornar as pessoas mais autônomas e confiantes em si.

No entanto, como já foi discutido acima, há ações que podem ser prejudiciais à saúde, ao que Fleischer (2014, p.11) nos alerta para que não romantizemos saúde popular, “porque há uma grande diversidade de práticas e táticas, em vez de uma plácida e consensuada forma de realizá-las”. Portanto, é fundamental que exista o diálogo. Sobre o aspecto do diálogo, Freire (1983, p.115) nos presenteia com pertinentes considerações:

(...) E o que é o diálogo? É uma relação horizontal entre sujeitos. Nutre-se do amor, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois polos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação.

Existindo o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, ambos aprofundam sua visão e seus saberes a respeito do problema. Freire (1992, p.65) ressalta a importância desta atitude:

(...) a leitura do mundo não pode ser a leitura dos acadêmicos imposta às classes populares. Nem tampouco pode tal leitura reduzir-se a um exercício complacente dos educadores ou educadoras em que, como prova de respeito à cultura popular, silenciem em face do “saber de experiência feito” e a ele se adaptem. A posição dialética e democrática implica, pelo contrário, a *intervenção* do intelectual como condição indispensável a sua tarefa. E não vai nisto nenhuma traição à democracia, que é tão contradita pelas atitudes e práticas autoritárias quanto pelas atitudes e práticas espontaneístas, irresponsavelmente licenciosas.

O compartilhamento destes saberes, permeado pela comunhão e afetividade, deve visar a ampliação da compreensão crítica acerca de certo conteúdo ou realidade, não se restringindo nem aos saberes populares, nem aos saberes científicos e/ou técnicos do profissional, mas que, sem dúvidas, também deve ser valorizado e respeitado. O verdadeiro diálogo contribui à autonomia dos envolvidos, que é entendida como “a ausência de dependência e se refere ao controle e à capacidade de decisão dos participantes frente à resolução de suas próprias necessidades” (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2009, p.140).

Essa ação coletiva permite que os envolvidos se humanizem e se fortaleçam enquanto indivíduos e cidadãos, de maneira que busquem propostas transformadoras e coerentes com suas vidas e que se comprometam em construir uma sociedade mais justa, saudável e igualitária.

Capítulo III: Cuidado e práticas populares de saúde na gestação

*“Posso sentir seu corpo mãe
Posso sentir seu ventre mãe
Gerando vida, gerando vida”-
Criação (Kalinne Ribeiro)*

3.1. A gestação como oportunidade de cuidados e aprendizados

Este item tratará sobre a gestação e o cuidado à saúde que permeia intrinsecamente esta fase, envolvendo valores, cultura, família, pré-natal, medicamentos e outros recursos terapêuticos. Discorreremos também sobre práticas populares de saúde realizadas na gestação e os saberes nelas envolvidos, incluindo o uso de plantas medicinais, recursos alimentares, além de recomendações sobre ações a serem evitadas ou realizadas.

A gestação é uma experiência muito marcante e transformadora, se caracterizando como evento social e cultural na vida da mulher, que carrega consigo valores, costumes e identidades, construídos a partir de suas relações e influenciados pelo meio onde vive, incluindo seu ambiente familiar (BARUFFI, 2004; REZENDE, 2009). Este período envolve mudanças de diversas ordens – anatômicas e fisiológicas, emocionais, psicológicas, comportamentais, familiares, econômicas, dentre outras -, sendo propício para reestruturações, inclusive para rever a forma como cuida de sua saúde (PICCININI, 2008; BADKE et al., 2012).

Alguns autores consideram a gestação como um rito de passagem. Montecelli (1997) afirma que os ritos de passagem acompanham o nascimento, a infância, a puberdade, o noivado, o casamento, a gravidez, o parto, a maternidade, a paternidade, a morte, dentre outros⁶. Segundo Borges, Shimizu e Pinho (2009, p.262), o rito de cuidado na gravidez e parto “ancora-se nas representações do processo saúde-doença e nos papéis sociais a serem definidos ou redefinidos para acolher o novo membro do grupo familiar”.

Nesse sentido, a gestação é um período concebido culturalmente por diversos saberes e práticas, que se relacionam ao modo como a gestante se cuida e, também, à forma como é cuidada por sua família e pelas pessoas de seu convívio social, a fim de manter a saúde da mulher e do(a) bebê e preservar a vida de ambos. “Em diversas culturas se considera a maternidade como uma fase suscetível da mulher, onde ela precisa cuidar-se, se

⁶ Claro que, apesar da sequência aqui colocada, cada indivíduo viverá esses ritos em diferentes momentos de sua vida, não necessariamente nesta ordem. Além disso, nem todas as pessoas viverão todos os ritos que foram mencionados, uma vez que há homens e mulheres que não optam por não casar, nem ter filhos.

autorreconhecer e autoprotger, evitando os riscos inerentes a esse período” (SANFELICE, 2013).

De acordo Muñoz de Rodriguez (2002), práticas de cuidado na gestação são atividades que as gestantes realizam com elas mesmas no período pré-natal, a fim de seguir vivendo, manter a saúde, afrontar e solucionar suas necessidades, atender suas enfermidades e conservar seu bem estar, baseadas em seu sistema de valores e tradições culturais. Hernández (2008) também ressalta que, a partir do enfoque cultural, as práticas são atos guiados por conceitos e valores, que variam consideravelmente de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, econômicos e sociais.

O atendimento pré-natal se constitui em um espaço onde as mulheres podem esclarecer suas dúvidas e acompanhar o desenvolvimento gestacional. Porém, a assistência pré-natal só representa uma prática efetiva de cuidado quando se caracteriza como um atendimento acolhedor e aberto para o diálogo, onde os significados da gestação construídos no meio familiar e social não são ignorados e onde as gestantes podem expressar seus sentimentos e compartilhar saberes (SANFELICE, 2013).

Contudo, apesar do que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação à humanização e integralidade, ainda existem lacunas em relação à assistência humanizada e holística à gestante. Na pesquisa de Melo et al. (2012), que investigou a integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal, na opinião das mulheres entrevistadas, a integralidade envolve o fortalecimento dos vínculos entre os que prestam e os que recebem o cuidado e engloba ações voltadas à resolução de problemas da gestante a partir da sua realidade. Entretanto, elas reconheceram haver obstáculos para operacionalizar esse princípio no pré-natal.

Nesse sentido, há diversas pesquisas (VIEIRA et al., 2011; COELHO et al., 2014; COSTA et al., 2014; PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2014) que comprovam que, atualmente, a atenção pré-natal é baseada no modelo biomédico e em um cuidado fragmentado, resumindo-se à realização de exames e procedimentos técnicos, com a tomada de decisões e prescrições de maneira hierárquica e unilateral, com valorização apenas do saber científico do profissional. Assim, os aspectos psicológicos, econômicos e socioculturais das gestantes são desconsiderados na maioria das vezes, bem como seus saberes, práticas, valores, costumes familiares e sua autonomia (SANFELICE, 2013).

A utilização de medicamentos na gestação é considerada uma questão delicada e uma prática que merece atenção, pois existem diversas lacunas sobre os efeitos e consequências ao feto e à gestante, devendo ser, a princípio, evitado. Há evidências de que certas substâncias

podem transpor a barreira placentária, o que pode ser prejudicial ao desenvolvimento e formação do feto, uma vez que este possui pouca capacidade de metabolizá-las e elas podem se acumular em seu sangue por um período prolongado de tempo (DO CARMO, 2003; KULAY JUNIOR; LAPA, 2003).

Porém, mesmo diante das recomendações de uma atitude cautelosa no uso dos medicamentos na gravidez – basta lembrar dos resultados catastróficos do uso da talidomida no século XX – devido aos riscos envolvidos com seu uso, tem se observado, na prática, uma demasiada prescrição de medicamentos e o uso crescente da automedicação. Segundo Do Carmo e Nitrini (2004), o quadro que se apresenta atualmente é o da medicalização da gestante, resultante, dentre outros fatores, da lógica mercadológica dos produtores de medicamentos, além da hegemonia da visão mecanicista, biomédica e cartesiana do processo saúde-doença.

Por outro lado, conforme mostram os estudos de Badke et al. (2012) e Mengue, Mentz e Schenkel (2001), é comum que as gestantes procurem tomar menos remédios alopáticos e recorram a familiares, vizinhos, ervanarias, com o intuito de cuidar de sua saúde e minimizar possíveis desconfortos provenientes da gestação com práticas mais naturais, encaradas como seguras, saudáveis e benéficas.

Sanfelice (2013) realizou uma revisão bibliográfica acerca de crenças e práticas do período gestacional. Há uma diversidade muito grande de práticas, envolvendo atitudes a serem evitadas como, por exemplo, ter cuidado ao fazer as atividades diárias, evitando trabalhos pesados, fazer esforços bruscos, ficar muito tempo em pé, correr ou se agachar, pois, na opinião das mulheres, tais esforços podem prejudicar o desenvolvimento do bebê e até mesmo antecipar o parto. Foi observada também uma diminuição da prática sexual ao longo da gestação que pode estar relacionada ao desconforto corporal.

Foram relatados cuidados com o corpo, como exercícios físicos, higiene pessoal e cuidados com a pele (preparo das mamas, hidratação da pele). Também foi mencionada a necessidade de a gestante ter mais períodos de descanso e repouso, que contribuem para repor as energias e aliviar desconfortos, como a fadiga, dificuldades para dormir, falta de ar, edema, varizes e câimbras nas pernas (SANFELICE, 2013).

O cuidado com a alimentação durante a gravidez foi destacado como fundamental para a manutenção da saúde da gestante e também do(a) bebê. Alguns alimentos apontados como benéficos foram frutas, verduras e legumes, peixe, leite, caldos e carnes; também apontaram que os alimentos preparados em casa são mais nutritivos. O uso de chás e remédios à base de ervas medicinais foi mencionado, por terem baixo custo e disponibilidade, sendo que, no

entanto, há gestantes que evitam o uso de certos chás por medo de serem prejudiciais ao feto. Dentre os alimentos considerados prejudiciais foram citados: alimentos gordurosos e muito temperados, frituras, refrigerantes, refeições prontas, doces, sal, açúcar, carne de porco, melancia, pimenta, café e limão (SANFELICE, 2013).

Na pesquisa de Suzuki (2013), a maioria das gestantes (64,1%) entrevistadas afirmaram fazer uso de alguma prática popular, envolvendo plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos para alívios de desconfortos. Os principais sintomas e situações de saúde relatados, aos quais as gestantes associaram as práticas, foram pirose⁷ (beber leite gelado e chupar limão), gripe (mel, chá de gengibre e mel com limão), náusea (ingerir água gelada e chupar gelo), constipação intestinal (comer mamão e tomar chá de ameixa), ansiedade (chá de camomila e chá de erva cidreira), diabetes (chá de pata de vaca), hipertensão arterial (consumo de chuchu) e cãibra (consumo de banana).

Outros sintomas relatados foram empachamento (chá de erva doce e chá de camomila), pedra na vesícula (chá de boldo), dor de barriga (chá de erva cidreira), dor de estômago (chá de boldo e chá de marcelinha), cistite (chá de pata de vaca com barba de milho e malva), dor (chá de chapéu de couro), verme (chá de hortelã) e cólica (chá de transage). A grande maioria delas (80,3%) aprendeu as práticas com pessoas próximas ou família, sendo que nenhuma prática foi indicada por profissionais da área da saúde. Menos da metade (36%) relatou para os profissionais de saúde as práticas que realizava.

Em relação às plantas com fins medicinais, Mengue, Mentz e Schenkel (2001) afirmam que o uso das mesmas é uma das mais antigas formas utilizadas para o tratamento, cura e prevenção de doenças da humanidade. No entanto, há também riscos envolvidos ao seu uso na gestação, de forma que determinadas plantas são contraindicadas devido a potenciais efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos, conforme consta na Resolução SES/RJ N° 1757 (2002).

Assim como na pesquisa de Pontes et al. (2012), a planta mais citada pelas gestantes no estudo de De Araújo et al. (2014) foi o boldo, sendo que as gestantes desconheciam os efeitos tóxicos e potencialmente abortivos causados pelo seu uso. Outra pesquisa recente é a de Martinez et al. (2015), na qual as plantas mais citadas foram *Mentha piperita* L. (hortelã) e outras espécies de *Mentha*, *Chenopodium ambrosioides* L. (erva-de-santa-maria), *Cucurbita pepo* L. (abóbora) e *Punica granatum* L. (romã). Porém, todas elas são contra-indicadas na

⁷ Pirose se refere a sensação de queimação estomacal ou azia.

gestação, o que era desconhecido pelas colaboradoras da pesquisa, pois elas não estavam cientes dos riscos relacionados à utilização de plantas medicinais na gravidez.

Também se observou que elas não relataram ao médico e a outros profissionais de saúde que utilizavam plantas medicinais em suas casas, com a percepção de que o tratamento à base de plantas é "natural" e não traria prejuízos a sua saúde ou a de seu feto, ou ainda por temerem ser repreendidas (MARTINEZ, 2015).

Assim, fica clara a ausência de diálogo que existe entre os profissionais de saúde que realizam o pré-natal e as gestantes atendidas, sendo que, muitas vezes, elas consideram que as recomendações dos profissionais estão distantes de suas realidades culturais. Assim, muitas vezes, elas não seguem essas recomendações e as desconsideram, uma vez que suas concepções culturais têm mais força e fazem mais sentido para elas. Como bem destaca Sanfelice (2013, p.40) “essa constatação implica no envolvimento necessário dos profissionais de saúde para conhecer o meio cultural em que se encontram as mulheres que atendem”.

Porém, é importante que busquemos analisar dos diversos ângulos, a fim de ampliar o olhar para a problemática apresentada. Os(as) profissionais, muitas vezes, também estão insatisfeitos com a atenção oferecida no serviço de saúde e em busca de soluções para estas questões, admitindo suas limitações e dificuldades. Souza, Rosa e Bastiani (2011, p.275) mencionam que os(as) profissionais de saúde admitem e reconhecem a dificuldade de disponibilizarem tempo adequado às gestantes nas consultas de pré-natal, para conversar e, principalmente, para ouvir:

Quando se pratica o ouvir a gestante, significa referir-se à escuta profunda. Seria como se fossem ouvidas as palavras, pensamentos, a postura corporal, tonalidade dos sentimentos e até mesmo o significado que está oculto às intenções do interlocutor. Uma escuta qualificada é construída em um processo transparente, de conversação, compartilhamento, questionamentos e aprendizagem .

Assim como o significado está oculto às intenções do interlocutor, está também às do ouvinte sendo que não basta se dispor a ouvir superficialmente, sendo necessário ter um desejo sincero e verdadeiro de apreender os sentidos, a visão de mundo, a cultura e as particularidades de quem fala, possibilitando o estabelecimento do diálogo e da comunicação. Dessa forma, “a capacidade de desenvolver uma escuta autêntica para compreender as demandas objetivas e subjetivas das mulheres grávidas que buscam as unidades de saúde implica uma prática verdadeiramente interessada com a promoção da vida” (BAIÃO, DESLANDES, 2008, p.2640).

Escutar uma gestante é algo mobilizador. (...) Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências. (BRASIL, 2006, p.16).

No cuidado pré-natal, ao se pensar em um atendimento baseado nos valores culturais, deve-se levar em consideração os saberes da gestação, evitando taxá-los como errados, buscando entendê-los a partir da ótica da gestante, procurando se isentar de julgamentos e preconceitos, para poder de fato se aproximar de sua realidade e visões de mundo (SANFELICE, 2013).

Dessa forma, é necessário que as ações educativas e as consultas no pré-natal busquem conhecer os saberes dessas mulheres e práticas que já são realizadas por elas. Mas para que elas se sintam acolhidas, confiantes e seguras para relatarem o que sabem e fazem é necessário que haja horizontalidade, convivência, empatia e afetividade, princípios da educação popular e saúde. Só assim é possível haver uma troca colaborativa e rica, onde o profissional possa, de fato, auxiliar as usuárias do serviço de saúde, oferecendo possibilidades que sejam realmente compatíveis com sua situação de vida.

Capítulo IV – A Trajetória Metodológica

Neste capítulo apresentamos as ancoragens metodológicas da presente pesquisa, bem como o caminho percorrido para chegarmos aos locais em que ela se desenvolveu, o processo de inserção na ação educativa da unidade do Programa de Saúde da Família São Francisco, a aproximação das colaboradoras, os procedimentos para a coleta e análise dos dados, a fim de atingir o seguinte objetivo: *compreender os significados dos saberes e práticas populares de saúde na gestação, a partir da perspectiva de mulheres gestantes que participavam de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba.*

De acordo com Minayo (1998, p.22), a metodologia “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujo principal objetivo, de acordo com Gaskell (2007), não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar a gama de opiniões e as diversas representações que os sujeitos da pesquisa apresentam sobre o assunto em questão.

Minayo (1994, p.22) discorre que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Sendo assim, de acordo com Chizzotti (2005), o papel do pesquisador qualitativo é atuar como um ativo descobridor dos significados das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais, que por serem tão complexos não se revelam sem que haja uma busca intensa e profunda pelo não aparente, sendo importante que o pesquisador tenha contato com o espaço e o tempo vividos pelos sujeitos da pesquisa, partilhando de suas experiências e vivências, a fim de descobrir o sentido que esses atores sociais dão a elas. Para Bogdan e Biklen (1994, p.48) “divorciar o ato, a palavra ou gesto do seu contexto é perder de vista o significado”.

A presente pesquisa foi desenvolvida com base nos pressupostos da pesquisa participante na qual o(a) pesquisador(a), ao invés de se manter afastado(a) da situação que está investigando, assume o compromisso de participar da mesma (RIBEIRO JÚNIOR, 2009). Sobre a pesquisa participante, Brandão e Streck (2006, p.13) afirmam que esta modalidade envolve diversas experiências de criação coletiva de conhecimentos e busca:

substituir o antigo monótono eixo: pesquisador/pesquisado, conhecedor/ conhecido, cientista/cientificado, pela aventura perigosa, mas historicamente urgente e inevitável, da criação de redes, teias e tramas formadas por diferentes categorias entre iguais/diferentes sabedores solidários do que de fato importa saber. Uma múltipla teia de e entre pessoas que, ao invés de estabelecer hierarquias de acordo com padrões consagrados de ideias preconcebidas sobre o conhecimento e seu valor, as envolva em um mesmo amplo exercício de construir saberes a partir da ideia tão simples e tão esquecida de que qualquer ser humano é, em si mesmo e por si mesmo, uma fonte original e insubstituível de saber.

A pesquisa participante é ancorada na técnica da observação participante, e tem como objetivo maior compreender a vida cotidiana, buscando a colaboração e participação ativa dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa, o que possibilita formas de interação entre o pesquisador e os(as) colaboradores(as), permitindo uma abordagem pessoal e dialógica (EZPELETTA; ROCWELL, 1989).

A observação participante pode ser utilizada com o intuito de “experienciar e compreender a dinâmica dos atos e eventos, e recolher as informações a partir da compreensão e sentido que os atores atribuem a seus atos” (CHIZZOTTI, 2005, p.90). Segundo Minayo (1994, p.59), a observação participante:

(...) se realiza através do contato direto do pesquisador sobre o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto.

Em relação ao registro das observações, Chizzotti (2005) afirma que ele “deve conter todas as informações sobre as técnicas, os dados, o desenrolar do cotidiano da pesquisa, as reflexões de campo e as situações vividas” durante a coleta dos dados.

Para a coleta de dados, foram respeitados os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), sendo que o projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos.

4.1. Caminho percorrido para chegar ao local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Piracicaba, localizada no interior do estado de São Paulo. Conforme apontado por Oliveira et al. (2014a, p.39):

as pesquisas junto a pessoas e grupos, principalmente os “marginalizados”, devem ser realizadas após cuidadosa e paciente inserção dos pesquisadores na comunidade, na instituição, no espaço social, num conviver, realizada em interação e confiança. Essa inserção deve se dar na tentativa de assumir o lugar de um integrante, procurando olhar, identificar e compreender os processos educativos que se encontram naquela prática social. Isto só é possível quando somos acolhidos, nos dispomos a ser acolhidos e a acolher. Participar com a intenção de compreender, não para julgar.

Partindo desta compreensão, da necessidade de nos inserirmos e participarmos, e tendo em vista que as colaboradoras desta pesquisa seriam gestantes, tomamos a decisão de que seria interessante buscar algum grupo de gestantes, o que possibilitaria uma convivência mais frequente com elas quando comparado, por exemplo, com encontros individuais com as mesmas. Considerando que cada gestante tem seus compromissos, horários e rotina, seria difícil encontrar outra via de poder estar junto com elas durante certo período de tempo em alguma outra atividade em que a pesquisadora pudesse assumir o lugar de integrante.

Consideramos que seria importante que houvesse um convívio da pesquisadora com as colaboradoras da pesquisa, sendo que, de acordo com Oliveira (2009), é necessário que a convivência esteja prevista na metodologia de trabalho com comunidades, visto que “compreender e dialogar exige mais do que uma visita; significa uma vivência próxima, afetiva e comprometida” (p.314). Portanto, diante dessas justificativas, decidimos que nosso intuito era que houvesse inserção e participação da pesquisadora em alguma atividade grupal voltada a gestantes.

Outra decisão foi de que buscaríamos que esta atividade grupal fosse desenvolvida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois acreditamos haver um compromisso ético por parte dos pesquisadores e das pesquisadoras de universidades públicas em colaborar e auxiliar em melhorias ao sistema público, uma vez que este deveria estar disponível, acessível e em boas condições à população. No contexto mais específico desta pesquisa, as contribuições seriam de conhecer melhor o público que participa dessas ações educativas, investigando seus saberes e práticas, podendo colaborar com informações aos profissionais de saúde que atuam com este público.

Tomadas estas decisões, o passo inicial, então, foi entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, a fim de apresentarmos o projeto e pedirmos a autorização para a realização do mesmo. A Secretaria poderia ter nos indicado todas as Unidades de Saúde em que houvesse atividade grupal para gestantes, por exemplo, e a partir dessa indicação elencaríamos elementos que selecionassem em qual ou quais coletaríamos os dados. Porém, nos foi indicada apenas uma onde os dados poderiam ser coletados: a unidade do PSF

São Francisco, onde são desenvolvidas ações educativas grupais, conhecidas como grupos ou cursos de gestantes.

Este fato pode ser decorrente também de algumas unidades de saúde da família não terem número suficiente de gestantes em sua área de abrangência e as orientações acabam sendo dadas de forma individualizada, não sendo realizadas ações educativas.

A autorização nos foi concedida (ANEXO I), sendo que assumimos o compromisso de só começarmos a coleta dos dados efetivamente após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. Tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética (Número do parecer: 823.536; ANEXO II), retomamos o contato com a Secretaria Municipal, que avisou a enfermeira responsável pela unidade que a realização da pesquisa havia sido autorizada.

4. 2. A inserção na ação educativa da Unidade de Saúde São Francisco

O próximo passo foi entrar em contato com a enfermeira responsável pela unidade, que foi muito receptiva, aberta e acolhedora, aceitando prontamente a nos auxiliar, autorizando a minha participação nos encontros do grupo. Mencionei sobre a intenção de realizar uma roda de conversa e ela falou que eu poderia inclusive fazê-la em algum dos encontros.

As ações educativas dessa unidade são chamadas de “cursos de gestantes” e, ao final do curso, as participantes tem a possibilidade de ganharem um enxoval para seus bebês. Cada curso consiste em 8 encontros, sendo que as gestantes que participam de, pelo menos, 6 deles recebem ao final do curso um enxoval, cedido pela Pastoral da Criança.

O curso do qual eu participei teve início no dia 29 de outubro de 2014 e finalizou no dia 17 de dezembro do mesmo ano. No 1º encontro foi feita a apresentação das participantes, bem como da enfermeira que coordena o curso e a minha. Acabou sendo mais curto que os demais. Foram 3 gestantes. Como haviam mais inscritas, a enfermeira sugeriu que eu apresentasse a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE 1) na semana seguinte.

O 2º encontro, do dia 05/11, tratou sobre a importância do pré-natal e do cartão da gestante, papel da família e o vínculo, sendo que participaram 5 gestantes. Neste encontro eu tive a oportunidade para iniciar, de fato, a aproximação delas. Segundo Oliveira et al. (2014b, p.127) “a aproximação com o grupo com quem iremos pesquisar é um momento muito importante de um processo que se pretende ser realizado de forma dialógica, coletiva, participativa, colaborativa”.

Já no início deste encontro eu me apresentei, expliquei as motivações para realizar a presente pesquisa, bem como seus objetivos e intenções e as convidei a participar, apresentando o TCLE, que todas assinaram:

Neste momento eu me apresentei, falei que era mãe e logo me perguntaram quantos anos os meus filhos tinham, falei que tinha uma filha de cinco anos e um filho de um ano e meio. Percebi que o fato de ser mãe ajudou a ir se estabelecendo uma confiança em mim e auxiliando para que elas ficassem mais receptivas à minha presença e participação. Expliquei um pouco minha trajetória, do meu trabalho com gestantes e partos, de como cheguei ali, o que motivou a cursar mestrado e realizar esta pesquisa. Expliquei a elas a pesquisa e informei que elas estavam sendo convidadas a participar. Entreguei os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expliquei seu significado e importância e as convidei a realizar uma leitura compartilhada. Pedi que as que se sentissem à vontade realizassem a leitura. O TCLE foi lido por algumas participantes em voz alta e todas as cinco aceitaram participar. (1º conjunto de notas do diário de campo).

No 3º encontro (12/11), o tema foi higiene bucal na gestação, havendo participação de duas dentistas. Neste dia apresentei novamente a pesquisa e o TCLE, sendo que mais uma gestante aceitou participar e assinou o termo. No 4º encontro (19/11), o tema abordado foi amamentação. No 5º (26/11), foi abordada a alimentação saudável e exercícios físicos na gestação. Para este dia, fui convidada pela enfermeira para oferecer uma prática de yoga para as participantes uma vez que sou instrutora de yoga para gestantes, o que fiz com muito prazer. O 6º encontro (03/12) tratou sobre cuidados com bebê, o 7º (10/12) sobre tipos de parto e o 8º encontro (17/12 - fechamento do curso) sobre educação, paternidade e maternidade, com a participação de integrantes da “Escola de Pais”.

No total, seis gestantes se dispuseram a participar da pesquisa e assinaram o TCLE, mas duas delas acabaram não participando assiduamente do curso de gestantes. Uma delas já tinha uma filha pequena e sentia dificuldades em participar dos encontros, que aconteciam no período da manhã. Outra participante apresentou contrações uterinas (possivelmente indicando trabalho de parto prematuro), sendo que o médico orientou repouso e prescreveu medicação e por este motivo, não pôde mais participar do curso. As duas foram convidadas via telefone a participarem da primeira roda de conversas, mas elas não foram.

A primeira roda de conversa foi realizada no dia 10/12, no penúltimo encontro, da qual participaram quatro colaboradoras, no período da manhã e teve duração de, aproximadamente, uma hora. O conteúdo foi gravado em um gravador digital e foi posteriormente transcrito⁸.

Para a etapa de realização das entrevistas, entrei em contato com todas novamente, incluindo estas duas mulheres. A primeira, que já tinha outra filha, aceitou me receber em sua

⁸ A segunda roda de conversas foi desenvolvida após a realização das entrevistas e será descrita mais adiante.

casa e conceder a entrevista. A outra desmarcou três vezes e, percebi que ela não desejava participar, mas estava sem jeito de falar. Agradei e ela falou que para ela seria mesmo difícil me receber, pois seu marido tinha uma oficina de carros em frente de sua casa e ela o ajudava, além de cuidar da casa e do filho, portanto, não tinha tempo para conversar.

Sendo assim, foram cinco mulheres gestantes que compuseram o grupo de colaboradoras da pesquisa. A fim de manter sigilo sobre a identificação das mesmas, é usual que o nome próprio seja substituído por outro. Como esta pesquisa envolve práticas populares e dentre essas práticas são muito utilizadas ervas aromáticas e medicinais, optamos por chamar as colaboradoras por nomes de ervas, sendo que tomamos o cuidado de escolher ervas que não foram mencionadas nenhuma vez em outra parte do texto, nem nos capítulos do referencial teórico, nem na apresentação dos resultados e na discussão dos mesmos. Assim, as colaboradoras serão chamadas de Calêndula, Malva, Melissa, Sálvia e Valeriana.

4.3. Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta de dados envolveu rodas de conversa, notas em diário de campo e entrevistas em profundidade. O início da coleta dos dados teve início em 29 de outubro de 2014 e finalização em 21 de julho de 2015, envolvendo a participação da pesquisadora em oito encontros da ação educativa (curso de gestantes), a realização de duas rodas de conversa e de cinco entrevistas em profundidade, além de anotações no diário de campo.

A participação na ação educativa foi uma forma de inserção e de aproximação das mulheres, mediante a qual a pesquisadora buscava conhecê-las e se fazer conhecer. Segundo Boff (2006), aproximar-se tem o significado de tornar-se próximo das pessoas, buscando conhecê-las e conviver com elas. “O processo de aproximação, portanto, celebra o encontro de sujeitos que passam a construir juntos, uma vez que convivem no mesmo espaço e que estão dispostos a dialogar sobre suas visões de mundo” (OLIVEIRA et al., 2014b, p.127). Além disso,

Na aproximação, o(a) pesquisador(a) vai apreendendo aspectos importantes para condução das conversas e entrevistas, tais como por onde começar, o que incomoda ou o que impede o prosseguimento da investigação, bem como o que é preciso fazer para superar as dificuldades. (Id. *ibid.*)

O processo de aproximação envolveu também a primeira roda de conversa, realizada no dia 10/12 (7º encontro do curso de gestantes). A roda de conversa, de acordo com Silva e Bernardes (2007, p.54), se caracteriza como:

(...) um meio profícuo de coletar informações, esclarecer ideias e posições, discutir temas emergentes e/ou polêmicos. Caracteriza-se como uma oportunidade de aprendizagem e de exploração de argumentos, sem a exigência de elaborações conclusivas. A conversa desenvolve-se num clima de informalidade, criando possibilidades de elaborações provocadas por falas e indagações.

O intuito desta roda foi iniciar um diálogo acerca do cuidado à saúde na gestação, buscando apreender e compreender as percepções e visões de mundo das colaboradoras em relação à sua própria saúde, bem como suas atitudes, saberes e práticas. Além de despertar memórias pessoais e fortalecer a partilha dialógica das experiências vividas. Conforme destaca Nogueira (2008, p.71):

Uma roda de conversa é uma chance de explorar algum tópico, um estudo, um conceito que se pretende aprofundar por meio da experiência das pessoas. Experiência esta que pode ser tão valorosa (...). Esta é uma atividade que não se pretende rigidamente estruturada, mas a diferenciamos de uma conversa cotidiana por ser um pouco formal, por ser regida por perguntas específicas.

Assim, a roda possibilitou que as participantes interagissem entre si, estabelecendo ou reforçando vínculos, partilhando experiências, se identificando umas com as outras em seus desconfortos e descobertas acerca do processo gestacional que estavam vivenciando. As perguntas que iniciaram a conversa foram: O que é saúde para vocês? Como vocês cuidam de sua saúde? Que mudanças a gestação trouxe? Vocês sentem algum desconforto? Se sim, quais são e como vocês os minimiza?

Sobre o diário de campo, Rizzini, Castro e Sartor (1999) afirma que ele é uma técnica que consiste em um relato escrito daquilo que o entrevistador presenciou, observou, ouviu e pensou durante o recolhimento dos dados, propiciando captar o contexto e significado do momento, sendo um instrumento fundamental e complementar a outras técnicas de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Queiroz (1991) ressalta que as anotações do diário de campo devem ir além da simples descrição, sendo dotadas de um significado crítico.

O diário de campo foi composto, no total, por 15 conjuntos de notas⁹, sendo oito dos encontros da ação educativa (sendo que um deles incluiu a primeira roda de conversa), um da etapa de reaproximação das colaboradoras para a realização das entrevistas, cinco das entrevistas e um da roda de conversas final.

Em relação à entrevista, Gil (1999) defende que ela pode ser definida como a técnica em que o entrevistador se apresenta frente à(o) entrevistada(o) e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à pesquisa, representando uma forma de

⁹ No APÊNDICE 2 há um exemplo de conjunto de notas do diário de campo, referente ao dia 05/11/2014.

interação social. Segundo Queiroz (1991), em uma entrevista há uma partilha de emoções que permite um conhecimento mais íntimo do conteúdo obtido e do(a) colaborador(a).

A entrevista, segundo Selltiz et al. (1967), é uma técnica adequada para a revelação de informação sobre assuntos complexos, emocionalmente carregados ou para verificar os sentimentos que permeiam certas opiniões apresentadas. O tipo de entrevista que foi adotado foi a entrevista em profundidade, que foi realizada com o intuito de aprofundar assuntos e elucidar sentidos que emergiram na roda de conversa como, por exemplo, o que elas consideram bom ou não fazer na gestação, como elas cuidaram de sua saúde nesta fase, como e com quem aprendiam estes cuidados. Para a entrevista organizamos um roteiro (APÊNDICE 3) para facilitar a organização de questões que nos permitissem atingir os objetivos do estudo. As entrevistas foram gravadas e seu conteúdo foi posteriormente transcrito.

4. 5. Reaproximando, visitando e partilhando: a reta final da coleta de dados

As entrevistas foram realizadas no período de 23 de junho de 2015 a 21 de julho de 2015, sendo que todas as colaboradoras já tinham passado pelo parto e estavam cuidando do(a) bebê. Houve um intervalo de tempo entre a primeira roda de conversa e a realização das entrevistas, pois optamos por analisar o conteúdo obtido na roda para, com base nos dados emergentes, elaborar o roteiro das entrevistas e perceber quais seriam as questões a serem feitas para que pudéssemos contemplar os objetivos propostos na presente pesquisa. A primeira etapa foi, então, entrar em contato com as participantes:

No dia 19 de junho, após ter passado pela qualificação, ter refletido acerca das considerações e sugestões da banca e ter conversado com Victoria sobre as questões que integrariam o roteiro das entrevistas em profundidade, entrei em contato com as mulheres colaboradoras da pesquisa para perguntar se eu poderia fazer uma visita em seus domicílios a fim de conversar com elas acerca de alguns aspectos da pesquisa e conhecer seus bebês. (9º conjunto de notas).

Cinco delas aceitaram participar das entrevistas e receber a pesquisadora em suas casas. Realizadas as entrevistas, elas foram transcritas e foram pré-analisadas para que fosse possível concluir a última etapa da coleta de dados: a roda de conversa da partilha. Em algumas pesquisas qualitativas, existe o compromisso ético de, nós pesquisadores(as), partilharmos e dialogarmos com os(as) colaboradores(as) da investigação sobre os resultados obtidos, realizando uma análise compartilhada dos dados, perguntando a eles(as) se concordam, se desejam modificar ou acrescentar alguma informação.

Decidimos, então, que seria interessante realizar uma roda de conversas, seguida de um pic nic. Em um primeiro momento, cogitamos em nos encontrar em alguma área de lazer ou praça do bairro onde a maioria delas reside. Mas como todas elas estavam com bebês pequenos, ficamos temerosas com modificações no clima, presença de insetos, incidência do sol, dentre outros fatores. Sugeri que nos encontrássemos no Matri Gaia, local onde ministro aulas de yoga, um espaço onde há uma sala ampla onde poderíamos nos sentar no chão sobre tapetes de borracha e ficar protegidas das variações climáticas. Elas aceitaram.

No entanto, só puderam participar duas colaboradoras, Melissa e Valeriana, sendo que as duas afirmaram que não tinham transporte para ir. Então, eu as busquei em suas casas e as levei até o local. Malva estava viajando para o Piauí de férias, visitando a família. Sálvia havia afirmado que tinha disponibilidade naquela semana, mas na véspera falou que houve uma mudança de planos e estava recebendo sua família em sua casa e não teria como participar. Calêndula também afirmou que poderia ir, mas quando telefonei para ela no dia para confirmar sua presença, ela falou que sua filha mais nova estava dormindo, que ela estava aproveitando o tempo para passar a roupa e que sua filha mais velha iria chegar, não podendo, portanto, participar.

Preparei o ambiente com tapetes de borracha, com pétalas de rosas, frutas, água e as apresentei com um kit elaborado por Gabriela Lubiani, contendo um sal próprio para escaldapés relaxante, um óleo de massagens para bebês (de coco com óleo essencial de lavanda), um cd com instruções para realizar a massagem e uma caneta decorada com tecido para estimular a escrita dos aprendizados e reflexões dessa época tão intensa e desafiadora na vida da mulher: a maternidade.

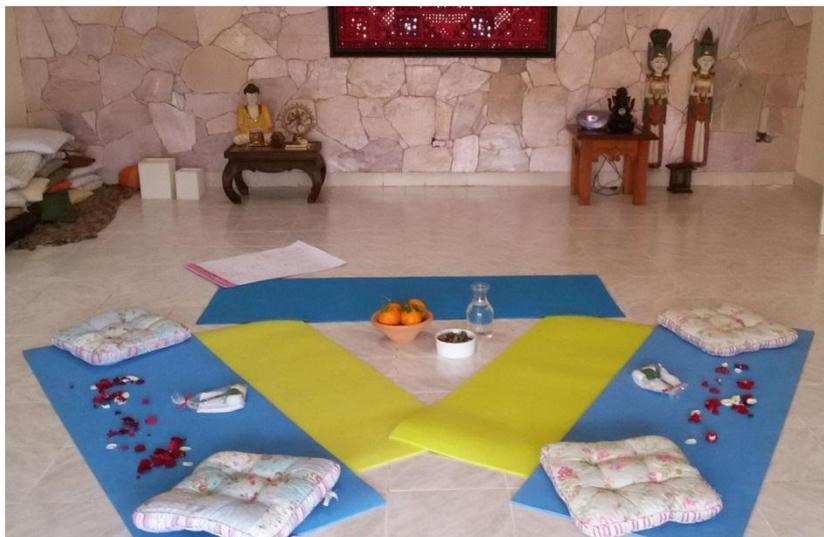


Figura 1: Ambiente preparado para a roda de conversa de partilha.

4. 4. Procedimentos para a análise dos dados

Em relação à análise dos dados, Chizzotti (2005) afirma que para analisar os dados obtidos em uma pesquisa qualitativa, é preciso ir além de sua aparência imediata para descobrir a sua essência, encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto, buscando entender a experiência que os sujeitos têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram.

Minayo (1994) também afirma que a análise de conteúdo na modalidade temática visa ir além dos significados manifestos e explícitos, atingindo um nível mais aprofundado em relação à literatura de primeiro plano, o que valoriza o material a ser analisado. A autora ainda destaca “a necessidade de unir na análise todo o material escrito, como as observações, o contexto estruturado e todo o sentido “evasivo”, “dinâmico”, “complexo” das relações sociais” (p.231). Franco (2005) afirma que, ao analisar o conteúdo, é importante que o pesquisador leve em consideração que a emissão das mensagens está necessariamente vinculada às condições contextuais de seus produtores e afirma que esta contextualização é um dos principais requisitos para garantir a relevância dos sentidos de tais mensagens. Dentre as condições contextuais apresentadas pela autora estão:

A evolução histórica da humanidade; as situações econômicas e socioculturais nas quais os emissores estão inseridos, o acesso aos códigos lingüísticos, o grau de competência para saber decodificá-los o que resulta em expressões verbais carregadas de componentes cognitivos, subjetivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis. (p.12).

Minayo (1994) descreve diferentes técnicas de Análise de Conteúdo, dentre elas a Análise Temática, que foi utilizada neste estudo, e que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p.209). A análise envolveu três etapas principais, sendo que a primeira consistiu na pré-análise, envolvendo a transcrição e digitalização da roda de conversa, e o estabelecimento de um primeiro contato com todo o material coletado, a fim de conhecer e se aprofundar nas mensagens nele contidas.

A etapa seguinte consistiu na exploração do material, envolvendo a impressão das transcrições da primeira roda de conversa, das notas de diário de campo e das cinco entrevistas, a leitura exaustiva e criteriosa de todo o material, o que permitiu o estabelecimento de áreas temáticas e categorias de análise, que emergiram a partir das falas das colaboradoras.

Na etapa da exploração do material, a fim de facilitar a organização e visualização das áreas temáticas, definimos um padrão de cores para identificar cada uma delas: laranja – compreensões sobre saúde, amarelo – percepções sobre a gestação, rosa – cuidados com a saúde, verde claro – mudanças, verde escuro – incômodos e formas de alívio, vermelho – fontes de informação, azul escuro – processos educativos. Assim, na releitura do material os conteúdos referentes a cada área temática foram destacados e pintados com a cor predefinida. Posteriormente, os conteúdos foram agrupados de acordo com as áreas temáticas a que pertenciam. Foram realizadas mais leituras a fim de identificar as categorias de análise.

De forma resumida e sintética, organizei esquematicamente os dados obtidos em cartolinas, a fim de facilitar a apresentação para as colaboradoras, conforme ilustrado na Figura 2, localizada na página seguinte. Estes cartazes foram utilizados na segunda roda de conversas, que foi gravada e os novos dados foram transcritos e incluídos na análise final. As colaboradoras afirmaram ter gostado muito do encontro, tivemos uma conversa bastante rica e, de fato, novas informações foram trazidas por elas, de forma a complementar e enriquecer o trabalho.

A última etapa foi a análise dos resultados obtidos e a interpretação, mediante a discussão dos dados que foram correlacionados ao referencial teórico e a outras pesquisas que dialogam com o presente estudo.

Foram apreendidas três categorias de análise, que serão apresentadas no Capítulo V. A primeira “*A saúde em linhas e entrelinhas: compreensões e práticas*”, se refere às compreensões e entendimentos sobre saúde de uma forma geral e de práticas realizadas pelas participantes no cuidado à saúde antes de engravidarem; a segunda “*Gravidez não é doença: mudanças, cuidados e práticas de saúde*”, onde são abordadas as mudanças decorrentes da gestação em diversos aspectos, bem como as formas que as mulheres cuidaram de sua saúde quando estavam gestantes e o que consideram bom ou não fazer nesta fase da vida e a terceira “*Tecendo saberes e processos educativos: como, onde e com quem aprendemos a (nos) cuidar*”, tratamos sobre os aprendizados dos saberes e práticas pelas colaboradoras, que nos auxiliaram nos entendimentos acerca das fontes de informações que buscaram, com quem conversaram, como foram aprendendo ao longo da vida e das situações vividas a cuidar de sua própria saúde, de seus filhos e de sua família.

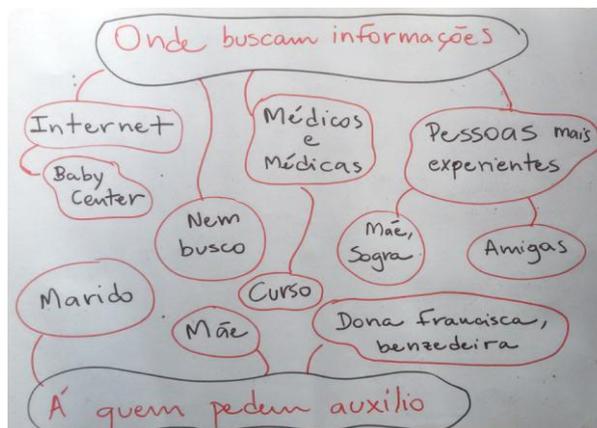
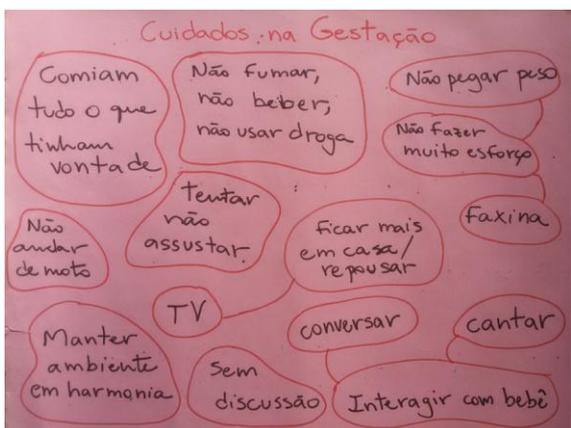
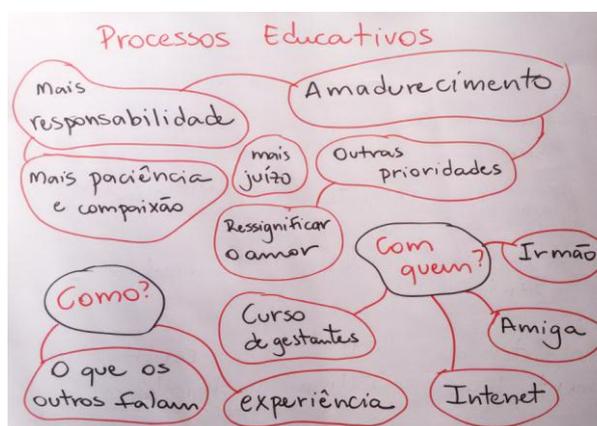
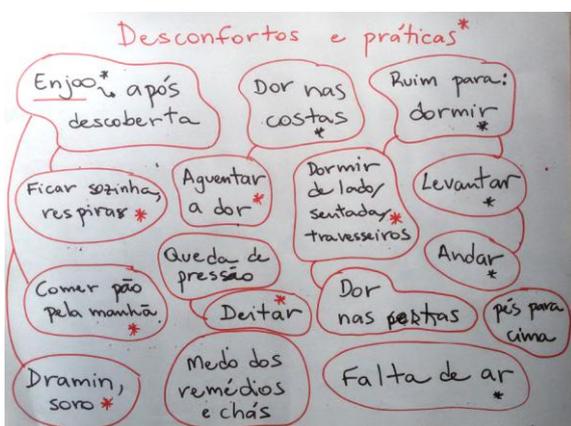
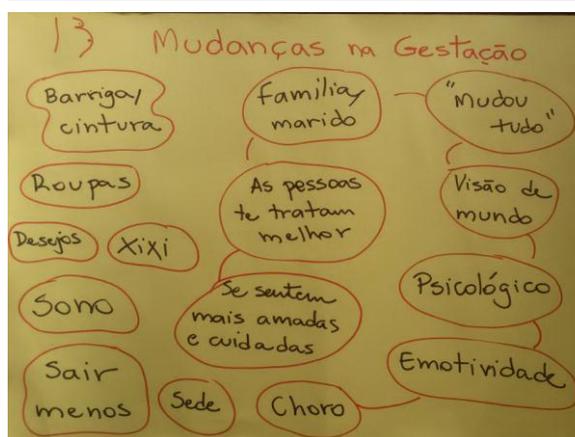
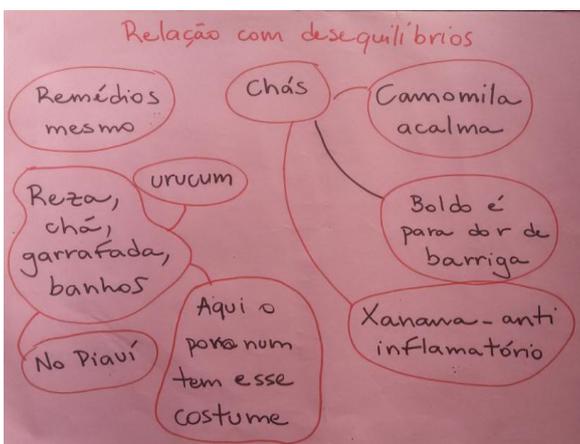
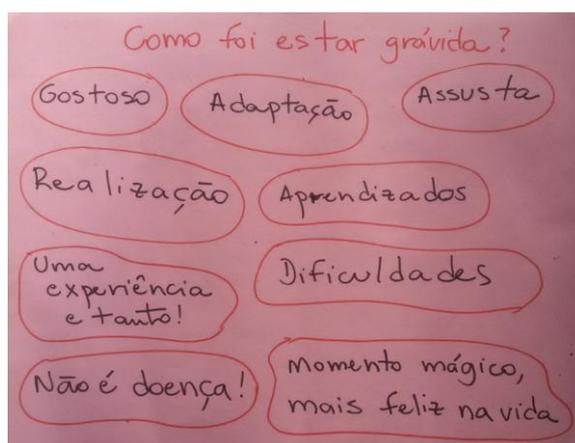
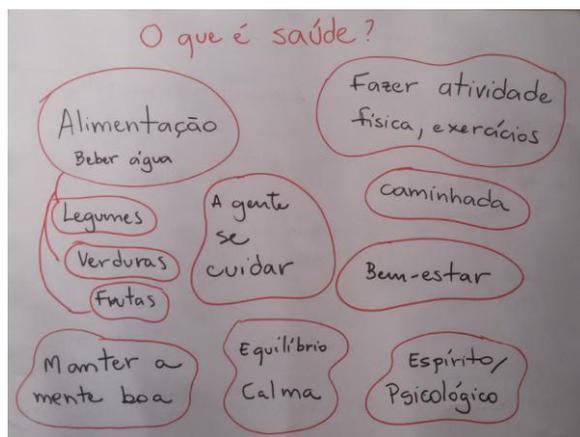


Figura 2: Cartazes contendo uma compilação resumida dos dados a serem apresentados e dialogados com as colaboradoras da pesquisa

Capítulo V - Resultados e Discussão

Este capítulo apresenta os dados encontrados no estudo, bem como a análise e discussão dos mesmos. A pesquisa teve por objetivo *compreender os significados dos saberes e práticas populares de saúde na gestação, a partir da perspectiva de mulheres gestantes participantes de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba.*

No início do capítulo, faremos uma descrição de cada uma das mulheres que colaboraram com a pesquisa, a fim de aproximar o(a) leitor(a) delas e de suas trajetórias. Consideramos importante apresentar a caracterização das colaboradoras, uma vez que suas trajetórias refletem diretamente no que elas vivem, nas escolhas que fazem e na experiência adquirida. Acreditamos inclusive que a análise dos dados deve levar em consideração o contexto de vida e as características individuais dos sujeitos.

A seguir, apresentaremos as categorias que emergiram a partir dos dados, que foram: 5.1. *“A saúde em linhas e entrelinhas: compreensões e práticas”*; 5.2. *“Gravidez não é doença: mudanças, cuidados e práticas de saúde na gestação”*; 5.3. *“Tecendo saberes e processos educativos: como, onde e com quem aprendemos a (nos) cuidar”*.

- ***Caracterização e trajetórias das mulheres colaboradoras da pesquisa¹⁰***

Malva

Malva é uma mulher de 23 anos, natural de São Pedro, Piauí, que reside em Piracicaba há três anos. Ela é casada, católica, possui segundo grau completo, é do lar e na semana em que foi realizada a roda de conversa (10/12/2015), ela estava com 25 semanas de gestação. No dia da entrevista, sua filha estava com dois meses. É sua primeira filha, que nasceu de parto normal (segundo ela, “deu tudo certo”) e estava em aleitamento materno exclusivo.

Quando questionada sobre o número de irmãos, Malva afirmou que era para serem oito ao todo, mas três meninas faleceram, restando cinco. Segundo ela, as irmãs morreram quando ainda eram bebês, sendo que uma ficou viva uma semana, outra alguns dias e a última morreu porque caiu da cama do hospital quando nasceu, falecendo alguns dias depois.

A mudança para Piracicaba aconteceu por vontade do marido, que quis vir porque aqui há mais oportunidades de trabalho. Ela afirmou que “tinha terminado de se ajuntar, não tinha casa ainda...”, aí eles vieram, compraram uma casa, uma moto. Agora ela quer voltar para o

¹⁰ Neste item, faremos a opção pelo uso do tempo verbal presente para descrever as colaboradoras, uma vez que elas tinham estas características no período em que os dados foram coletados, de setembro de 2014 a julho de 2015.

Piauí e ele não, pois “fica meio cismado de voltar pra lá e não arrumar serviço” e ele considera que aqui poderá dar coisas melhor para a filha.

Malva relatou que sente uma diferença grande entre a vida que levava lá no nordeste da que leva aqui no sudeste. Afirmou que quando morava lá, desde criança, “criança mesmo, até os 15, 16 anos era um serviço de roça, era um serviço braçal”. Dos 16 até uns 19 anos, trabalhou em casa de família, cuidando de três crianças. Ela gostava bastante do emprego e disse que sempre foi apegada com criança. Quando veio para Piracicaba, não chegou a ter um trabalho remunerado, mas também cuidou de crianças: o filho da irmã e duas crianças da vizinhança. Tem duas irmãs que residem em Piracicaba.

Ela quer retornar ao Piauí, pois afirmou se sentir muito sozinha e ter saudades de sua família e que, além disso, lá, ela e o marido possuem uma casa própria, toda mobiliada e “arrumadinha”, com tudo dentro. Ela demonstrou estar insatisfeita com a casa em que reside em Piracicaba, dizendo que não terá coragem de criar a filha ali, pois considera um lugar inapropriado devido à escada sem nenhum tipo de proteção e por ser chão de cimento chapiscado, sem acabamento.

Melissa

Melissa é uma mulher de 18 anos, natural de Piracicaba-SP. Ela é solteira, evangélica, possui segundo grau incompleto, é do lar e na semana em que foi realizada a roda de conversa, ela estava com 30 semanas de gestação. No dia da entrevista, sua filha estava com dois meses. É sua primeira filha, que nasceu de cesárea marcada (que segundo ela, “foi bem tranquila”) e que, na roda de conversa final, estava recebendo aleitamento materno e complemento com leite em pó, pois Melissa afirmou que sua mãe falava que a bebê estava com fome e que só o leite do peito não era suficiente.

Melissa tem um irmão mais velho e um mais novo, sendo que o mais velho cursa faculdade de educação física e o mais novo tem sete anos. Ela mora com a mãe e com os irmãos, relatando que a relação familiar é um tanto conflituosa, pois ela afirma ser muito nervosa. Ela engravidou inesperadamente do namorado e já havia abandonado os estudos antes de engravidar. Melissa afirmou que no início da gravidez foi morar com o namorado, mas ele mora com a avó e Melissa falou que não se dá bem com a família dele. Agora estão morando em casas separadas, cada um com sua família, mas continuam namorando e se vêem diariamente.

Ela relatou receber muita ajuda de sua mãe em relação à comida, à higiene das roupas e da casa, não tendo muitas responsabilidades neste aspecto. Destacou esse ponto como positivo. Por enquanto, não pretende voltar a estudar, nem trabalhar.

Sálvia

Sálvia é uma mulher de 24 anos, natural de Guaratinguetá-SP, que reside em Piracicaba há três anos. Ela é casada, evangélica, possui segundo grau completo, é do lar e na semana em que foi realizada a roda de conversa, ela estava com 37 semanas de gestação. No dia da entrevista, seu filho estava com quatro meses. É seu primeiro filho e nasceu de cesárea, pois, segundo ela, ele não queria nascer, chegou nas 41 semanas e seu corpo não dava nenhum sinal. Então, fizeram a cesárea e ela teve complicações.

Já na hora da cirurgia, ela falou que o bebê “subiu”, se encolhendo na porção superior do útero, que deu trabalho para tirá-lo de lá, pois ela sentia os médicos apertando e manipulando sua barriga. Os pontos inflamaram e ela teve que ser internada, tomar antibiótico e outros medicamentos. Relatou que não precisou drenar, pois o líquido purulento saiu sozinho por um buraco da cesárea, o que a assustou bastante. Na data da entrevista, o bebê estava em aleitamento materno exclusivo.

Ela tem dois irmãos, sendo ela a única menina. Ela enfatiza esse fato como benéfico, o que a faz ser muito paparicada por seu pai e sua família. Sua família mora em Guaratinguetá-SP, sendo que a família de seu marido mora em Piracicaba. Afirmou ter planejado engravidar. Antes de engravidar trabalhava como gerente da loja “Pink Bijou”, que vende bijuterias. Mas já estava afastada há um tempo e iria voltar quando engravidou. Falou que quer ficar um tempo sem trabalhar, só cuidando do filho.

Durante os dois primeiros trimestres da gestação morou na casa de seus sogros, mas no terceiro trimestre ela e o marido se mudaram para uma casa própria deles que estava alugada. Ela falou que preferiu ficarem só ela e o marido, pois sente que na casa da sogra ela não tinha privacidade, que não era a sua casa e que não ficava à vontade para fazer o que queria, quando queria. Está feliz em sua casa própria agora. Disse que, em breve, pretende engravidar novamente.

Valeriana

Valeriana é uma mulher de 23 anos, natural de Limeira-SP, que reside em Piracicaba há dois anos. Ela é casada, evangélica, possui ensino superior completo, sendo que no início da coleta de dados ela estava terminando o curso de pedagogia. É estudante e na semana em

que foi realizada a roda de conversa, ela estava com 31 semanas de gestação. É seu primeiro filho e no dia da entrevista, ele estava com 3 meses, nascido de parto normal (segundo ela, “foi tudo tranquilo”) e em aleitamento materno exclusivo.

Valeriana tem cinco irmãos, sendo quatro irmãs e um irmão, todos residentes em Piracicaba e ela afirmou ser bem próxima de todos eles, conversando diariamente com alguma das irmãs ou com o irmão. No período em que estava participando do curso, ela morava com seu marido e também com seus sogros, afirmando se dar bem com eles que, na opinião dela, mimariam bastante seu filho, primeiro neto do casal.

Já na época da realização da entrevista (julho), ela estava morando em outro bairro e outra casa, onde residiam ela, o marido e o filho. Quando questionada sobre o motivo da escolha em mudar de casa ela afirmou se sentir desconfortável com palpites e opiniões sobre como cuidar do bebê e que, além disso, ela sente que a ansiedade dos outros diante do choro, por exemplo, é negativa e a deixa nervosa.

Cursou um semestre da faculdade grávida e um semestre com o bebê pequeno e afirmou ter contado com muita ajuda do marido e dos familiares para se formar. Na data da entrevista, estava aguardando o resultado de um concurso público para trabalhar em escola pública de educação infantil, mas relatou que fica com o coração apertado de pensar em voltar a trabalhar e ter que deixar seu filho sob cuidado de outras pessoas. Afirmou que estava muito contente com a maternidade.

Calêndula

Calêndula é uma mulher de 24 anos, natural de Piracicaba-SP. Ela é casada, evangélica, possui segundo grau completo, sendo que na semana em que foi realizada a roda de conversa, ela estava com 26 semanas de gestação. É sua segunda filha. A primeira é quatro anos mais velha que a segunda. No dia da entrevista, sua filha mais nova estava com dois meses. Sua primeira filha nasceu de parto normal e na segunda foi indicada a cesárea, uma vez que a bebê estava pélvica¹¹. Quando soube que teria que ser cesárea, ela disse que chorou muito e vomitou tanto durante quanto após a cirurgia. Afirmou ter sofrido bastante também no pós-parto, em casa, pois ficou gripada e com tosse, o que gerava dor no corte. Na entrevista, sua filha estava em aleitamento materno exclusivo.

Calêndula tem quatro irmãos, sendo um casal mais velho e um mais novo. Mamou até os seis anos. Quando sua irmã caçula nasceu, ela tinha por volta de 12 anos e relatou que sua

¹¹ O termo pélvico indica a posição na qual o(a) bebê está sentado(a) dentro do útero. A posição mais comum para o parto normal é a posição cefálica, na qual o(a) bebê está com a cabeça virada para baixo.

mãe permitia que ela levasse a bebê para a casa de amigas e brincasse de boneca com ela. Ela afirmou que ela e suas amigas brincavam de dar banho, de arrumar com enfeites e dar mamadeira de verdade.

Antes de engravidar, Calêndula trabalhava como motoqueira, praticamente o dia inteiro. Entregava marmitas na hora do almoço. Na parte da manhã e no meio da tarde fazia cobranças de doações a instituições de caridade e à noite, entregava pizzas. Afirmou que gostava muito do emprego, que se sentia livre. Mas o lado negativo foram os acidentes que sofreu: fratura exposta na perna, “abertura” do joelho e tornozelo. Ela afirmou sentir falta de trabalhar e disse que assim que parar de amamentar, ela entregará os currículos para voltar ao trabalho.

5.1. “A saúde em linhas e entrelinhas: compreensões e práticas”

As mulheres que colaboraram com a pesquisa descreveram que a saúde compreende diversos aspectos, dentre eles o bem estar, o autocuidado; aspectos mais relacionados ao físico como alimentação e exercícios e também a parte emocional e psicológica, destacando o quanto é importante não ficar tão nervosa e procurar manter a mente tranquila na conquista de uma boa saúde como mostram as falas a seguir:

Ah é bem estar né. A gente se cuidar. (Calêndula – E)¹²

Saúde, bem estar, alimentação, exercício físico, pra ter uma boa saúde né... (Melissa – E)

É porque é relacionado ao corpo né... Então, tudo trabalha... A mente... Você tem que estar com uma mente boa pra você se sentir bem, pra você ter uma boa saúde (...) Sempre procurar manter o equilíbrio das situações, não ficar tão nervosa com as coisa que acontece, isso ajuda bastante também né. (Valeriana – R.C.1)

O que Valeriana afirmou sobre tentar não ficar nervosa diante do que vai nos acontecendo em nosso cotidiano, procurando manter o equilíbrio das situações para ter uma boa saúde se aproxima da visão de Boff (1999, p.144) que afirma que saúde “é um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana”, de integração das situações que se apresentam em nossa vida, acolhendo a vida como ela é, com os trabalhos, problemas, limitações e incômodos.

Sálvia destacou que o espírito com que levamos a vida é muito importante. Ela se refere a espírito como a forma de encararmos a vida, ressaltando que a negatividade e a

¹² Em relação às transcrições das falas, optamos por sermos fiel ao português correto, ao invés de escrever conforme a sonoridade das palavras faladas. No entanto, foram mantidas as concordâncias verbais e os plurais conforme as falas das colaboradoras.

percepção de que nada está bom e que tudo dói, prejudica a saúde, pois muitas vezes a pessoa está bem de saúde, mas afirma e pensa insistentemente que está com algum problema, alguma doença, conforme elucidado em suas palavras:

A questão do espírito é muito importante né. Se tiver espírito de: “tudo dói, tudo isso, tudo aquilo” sua saúde vai ser péssima. Às vezes nem tem nada, mais você fica encafifada. (Sálvia – R.C.1)

Sobre este aspecto, Bastide (1983) afirma que "categorias do espírito" podem estimular ou ocultar a consciência de sensações físicas e corpóreas, argumentando, por exemplo, que o sentimento de cansaço não se refere apenas à vivência de certo estado fisiológico, mas é condicionado a tais categorias. Da mesma forma, as concepções de saúde, doença e corpo, as quais, em geral, são percebidas como noções meramente biológicas, também têm sido apontadas como construções sociais.

Assim, para Sálvia, a saúde está intimamente relacionada ao psicológico, sendo que outro exemplo dado por ela é quando há realmente algum desconforto, um desequilíbrio na saúde, mas a pessoa consegue conviver bem com ele e continuar normalmente suas atividades diárias, por exemplo:

Ah eu acho que saúde vai muito do psicológico, da cabeça da pessoa entendeu. Se você fica falando que você tem uma coisa, às vezes você nem tem nada... Ou às vezes você sabe lidar com aquilo entendeu, porque seu psicológico está bem, você passa por cima... Acho que é mais isso. (Sálvia – E)

O psicológico, na opinião de Sálvia, se relaciona a processos de significação da doença, de acordo com as experiências e percepções individuais de quem a está manifestando. Portanto, é relativa e limitada a definição de que saúde é não ter doença, visto que nem sempre a ausência de sinais e sintomas indica uma condição saudável, assim como, muitos se consideram normais e saudáveis, ainda que portadores de uma determinada doença ou desequilíbrio (BATISTELLA, 2007b). De acordo com Almeida Filho e Jucá (2002), indivíduos considerados doentes sob o ponto de vista biomédico, que resistem e acreditam estarem bem, são considerados saudáveis em seu meio.

Malva relata como era sua vida e de sua família quando morava no Piauí, afirmando que lá, as pessoas trabalhavam nas roças e devido a este ritmo de vida, era muito difícil que elas adoecessem como descrito em sua fala a seguir:

Porque lá onde eu morava é aquele negócio assim de trabalhar na roça, aquele negócio pra resolver... No braço... (risos). Era tudo... Aí o povo acostuma naquele ritmo ali, aí não tem tempo pra adoecer. (Risos de todas). É muito difícil adoecer um, nossa! Aí depois que eu me mudei pra cidade, aí já ficou mais... Já é, o serviço

já era mais “maneiro”. Mais quando eu morava no interior mesmo, criança mesmo, até os 15, 16 anos era um serviço de roça, era um serviço braçal. (...), não tinha moleza não! (Malva – R.C.1)

Além dessa percepção da diferença existente entre o trabalho no meio urbano e no meio rural - “na roça” como ela mencionou -, ela também afirmou que ela e sua família recorriam a uma benzedeira e curandeira, que cuidava da saúde deles e, para isso, utilizava diversas práticas populares, como rezas, banhos, chás, garrafadas, as quais ela e sua família faziam uso:

Lá onde eu morava no nordeste, (...) lá tem uma velhinha que ela cuida muito da gente com esses negócio, com reza, com chá, com essas coisa tudo... (...) ia muito nela. (...) Era um chá disso, um chá daquilo... Eu lembro que ela tomava muito chá de xanana. (...) É um pauzinho que dá... Faz um chá da raiz dele, cozinha, aí é bom. Põe na geladeira e fica tomando né. É pra inflamação. (...) Eu já tomei muito, melhora muito mesmo. (...) Tem um monte de... de chá que ela fazia, tem uns banho também. (...) Eu esqueci o nome da folha e do pau... Diz que é bom pra fazer banho pra criança quando ela está gripada. A gente cozinha a folha dela com folha de caju e outra folha. Aí banha a criança que diz que é bom... Era isso, era aquilo, era uma garrafada de casca de pau, era aquilo... Tudo tem um chá pra curar e eu era acostumada muito com essas coisas... Agora aqui não. Que aqui a gente num usa essas coisas. (Malva – R.C.1)

Os chás, banhos e garrafadas mencionados por Malva envolvem o uso de plantas medicinais. Sobre este aspecto, Vêras et al. (2014, p.74), em uma pesquisa acerca de espécies de plantas medicinais comercializadas em Catolé do Rocha-PB, afirmaram que o uso das mesmas era mais comum no meio rural. Segundo os autores, no meio urbano o potencial de uso dessas plantas era baixo, possivelmente porque o acesso a farmácia e a remédios fosse mais fácil e, além disso, as pessoas deste meio consideravam que “tais plantas são vistas cientificamente como metodologia menos adequada para o tratamento das demais doenças”.

Por outro lado, o estudo realizado no nordeste por Souza e Medeiros (2013, p.708), que consistiu em um levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pela população de Pau de Ferro-RN, os resultados apontaram que cerca de 85% dos entrevistados consideravam os remédios naturais melhores do que os convencionais (alopáticos), sendo que algumas das justificativas foram: “a presença de química nos medicamentos de farmácia; experiências próprias de vida, como a cura de doenças ditas incuráveis pelos médicos com plantas medicinais, entre outras”. Neste levantamento, foi mencionado o uso da raiz da xanana, na forma de chá, sendo indicada para problemas de próstata e inflamação, o que corroborou com a fala de Malva.

Segundo Agra, Freitas e Barbosa-Filho (2007), esta planta, conhecida popularmente como xanana, é da espécie *Turnera subulata* Sm. (Turneraceae), sendo que suas raízes e

folhas podem ser usadas na forma de chá para a cura de tosse, gripe, bronquite, inflamações, amenorreias e problemas de próstata.

Malva destacou a diferença que percebeu na forma de cuidar da saúde, sendo que, de acordo com sua percepção, aqui no sudeste prevalece o sistema biomédico, centrado na figura do profissional de saúde e no uso de medicamentos, enquanto lá no nordeste, a população costuma recorrer a pessoas da família ou da comunidade, que dão dicas de que chás tomar para reestabelecer a saúde, mencionando também o hábito de cultivar as plantas medicinais nos quintais, conforme aponta a fala a seguir:

Aqui, quando eu estou sentindo alguma coisa, eles passam remédio eu tomo e nem... Aqui toda coisinha que tem vai pro médico, ele passa remédio e toma remédio... (risos)... Não é? Agora lá não. Lá é diferente... Quando você tá sentindo uma dorzinha aqui, uma dorzinha ali... Aí toma um chá... E aí passa. Aí as pessoas dizem: “faz um chá disso minha filha, toma”... Aí toma e passa. Geralmente o povo tem em casa né, que lá o povo gosta de plantar essas coisas que faz chá. Lá em todo lugar que a gente chega tem um pé de algodão, tem um pé de xanana, tem um pé disso, tem um pé daquilo né. Aí a gente usa tudo né, e aqui num tem... A gente anda e num tem um pé, a gente num vê... Acho que porque aqui também o povo não tem esse costume. (Malva – E)

Ao afirmar que aqui os médicos passam remédio e ela nem questiona, é possível percebermos que Malva não sente existir espaço para diálogo com tais profissionais, o que se confirma pela resposta que ela deu quando questionada sobre falar ou não sobre essas práticas com eles:

Não... Nananinanão! (risos). Até porque se a gente for nos médicos e dizer que a gente usa essas coisas, que toma isso, que toma aquilo, eles vão ficar reclamando né... (risos). Eles vão falar que não pode. Daí eu nem falo nisso. (Malva – E)

Malva afirmou acreditar que se dissesse aos médicos sobre as práticas de saúde que realizava eles iriam reclamar e falar que ela não poderia fazê-las, portanto, optava por se silenciar e não mencionar nada sobre as mesmas. Martinez et al. (2015) realizaram uma pesquisa em Araraquara (SP) acerca do uso de plantas medicinais por gestantes e os resultados mostraram que elas também não relataram ao médico e a outros profissionais de saúde que faziam uso de plantas medicinais em suas casas, por acreditarem que o tratamento à base de plantas era natural e não prejudicaria a sua saúde ou a de seu feto.

No trabalho de Suzuki (2013), que objetivou identificar quais práticas populares eram utilizadas por gestantes de alto risco na cidade de São Carlos (SP), dentre as 50 gestantes que fizeram uso de práticas alternativas, apenas 18 delas relataram para algum profissional de

saúde, sendo que segundo a autora, muitas delas não se preocuparam em consultar estes profissionais para verificar a eficácia ou efeitos colaterais de determinadas práticas durante a gestação. Não são explicitados os motivos de elas optarem não relatar. Dentre as que relataram, os profissionais mencionados foram em sua maioria médicos, mas também nutricionistas e enfermeiros. Desses profissionais, 83,3% fizeram reforço positivo ao saber da utilização da prática popular, 16,6% não fizeram nenhum comentário e nenhum deles fez reforço negativo.

O estudo de Araújo et al. (2007) sobre o uso de plantas medicinais por pacientes com câncer em João Pessoa (PB), evidenciou que 79% dos participantes da pesquisa afirmaram não informar aos médicos sobre o uso de plantas medicinais, e a justificativa foi que os profissionais não perguntavam nada sobre plantas. Portanto alguns motivos apontados nos estudos citados foram os profissionais não perguntarem sobre o uso de plantas, a crença de que por serem naturais essas práticas não trariam nenhum prejuízo à saúde e, na presente pesquisa, Malva justificou não contar aos médicos por acreditar que eles reclamariam e desaprovavam suas práticas.

A partir da afirmação de que lá no Piauí ela fazia uso dos chás e aqui optava pelo uso dos medicamentos, perguntei a ela se ela não tinha vontade de cultivar aqui essas plantas, ou comprá-las secas, ao que ela me respondeu que:

Aqui nem tem tanta coisa que nem lá né? E até tem né, nessas feirinhas assim a gente acha um bocado de coisa de fazer chá que pra lá tem. Mas sabe de uma coisa? Eu não tenho vontade de nada aqui, eu tenho vontade é de ir embora! (risos)...
(Malva – E)

Sobre esse aspecto, fica claro que o cuidado e as práticas de saúde estão muito atrelados à família e a pessoas de confiança da comunidade. Este aspecto é destacado por Budó et al. (2008), que investigaram práticas de cuidados relacionados à presença de dor em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo averiguou que o cuidado envolve uma gama de fatores e procedimentos como, por exemplo, a medicação, o chá, o uso de massagens, calor e frio, mas sempre em associação à presença, ao carinho e ao afeto de pessoas queridas. Segundo os autores, “nas situações de dor, do sofrimento, além do cuidado de tratar esta situação com os medicamentos, fica explícita a necessidade evidenciada da presença e carinho da família ou de pessoa significativa para aquele que se encontra em situação de fragilidade” (id. *ibid.*, p.95).

A suspeita de Malva, de que aqui a população não tem costume de tomar chá para fins medicinais se confirmou entre as colaboradoras, como podemos perceber nas falas de Melissa e Calêndula, que tem a concepção de que chá é para ser usado apenas nos bebês:

Não tem esses negócios de chá... Tá com dor, é remédio mesmo. Eles (integrantes da família) tomam remédio também, não tem esse ritmo de fazer chá. (Melissa – R.C.1)

Ah igual agora eu comprei as peneirinhas, as coisas porque quando liberar eu vou dar pra Luiza. Porque dá quando é nenezinho né, mais a gente assim, não tem costume não. Não tem costume nenhum de chá não. (Calêndula – E)

Outra colaboradora da pesquisa, Sálvia, chegou a mencionar o uso de chás na família, mas afirmou não acreditar muito na eficácia dos mesmos, optando, em sua casa, pelo uso de remédios:

Ah lá na casa da minha mãe é assim: “Ah você tá com dor de barriga, vou fazer um chá de boldo, você tá com dor de num sei o que, chá de tal coisa”. (...) Camomila... Camomila acalma né. (...) Eu não acredito muito nisso não... Na casa da minha mãe é assim, mas em casa quando estava com dor, era remédio. (Sálvia – R.C.1)

Na fala de Sálvia fica clara a descrença que ela demonstra ter nos chás. Ela afirmou que na casa de sua mãe estes recursos eram utilizados no cuidado à saúde da família. Sálvia, então, se casou e saiu da casa da mãe, constituindo um novo núcleo familiar, e, segundo ela, em sua casa quando havia algum desconforto de saúde, quando sentia dor ela optava pelo uso da medicação alopática mesmo. Esse comportamento pode estar relacionado ao fenômeno da individuação, que, segundo Fleming (1997) envolve a separação psicológica da realidade dos pais e também um sentimento de ser diferenciado dos mesmos. Assim, a individuação implicaria em uma maior independência familiar, atrelada à possibilidade da formação de seu próprio grupo familiar.

Mas apesar de terem mencionado o uso dos remédios no restabelecimento da saúde, algumas colaboradoras relataram não gostar muito de tomar medicamentos, usando somente em último caso, como apontam as falas a seguir:

Eu não gosto muito de tomar remédio... Nunca gostei. Eu só tomo mesmo quando eu estiver sentindo uma dor muito forte que eu não estiver aguentando mesmo mais, daí eu tomo. Mais se não for... Eu costumo aguentar... Geralmente tem gente que sente só aquela coisinha e já vai logo pro remédio. E eu não. (Malva – E)

Ai não tomo muito remédio... Tem vez que eu estou com dor de cabeça e eu prefiro deitar e dormir um pouco do que tomar remédio. Eu deito ali e fico quietinha... Acho que o corpo da gente acostuma se tem uma dorzinha, ai qualquer coisinha “ai toma remédio”... Ai eu acho que o corpo da gente acostuma e ai chega uma hora que não faz efeito... (Calêndula – E)

Calêndula aponta uma prática popular, para evitar o uso de medicamentos: ela afirma que quando é acometida por dor de cabeça, por exemplo, ela prefere se deitar, descansar e dormir um pouco, pois acredita que nosso corpo se acostuma com o uso frequente de medicamentos, sendo que estes podem nem fazer mais efeito, pois foram usados diante de qualquer incômodo ou dor.

Sendo assim, as práticas de saúde realizadas antes da gestação que foram mencionadas pelas colaboradoras envolveram o uso de medicamentos, o uso de recursos naturais e também práticas como se deitar, repousar para esperar o desconforto passar. As práticas realizadas durante a gestação serão abordadas na próxima categoria.

5. 2. “Gravidez não é doença: mudanças, cuidados e práticas de saúde”

5.2.1. Ampliando horizontes: as mudanças que permeiam a gestação

Nesta subcategoria, serão descritas as mudanças percebidas pelas colaboradoras da pesquisa nos âmbitos emocionais e psicológicos, bem como os sentimentos que experienciaram na gravidez, as modificações nas relações com familiares e não familiares e a interação com o(a)¹³ bebê.

Para as mulheres colaboradoras da pesquisa, a vivência da gravidez foi descrita como sendo uma experiência boa, maravilhosa, que traz alegria, realização. A descoberta da gravidez pode envolver surpresa e susto no começo, como no caso de Melissa, que foi gradualmente gostando mais à medida que foi se acostumando com a ideia. A gestação também foi descrita como um momento mágico, talvez o momento mais feliz da vida de uma mulher, em que ela se sente mais importante e abençoada pela possibilidade de ter um(a) filho(a) e procriar. Outro ponto positivo de estar grávida que foi mencionado foi a sensação gostosa de sentir os movimentos do(a) bebê na barriga, conforme mostram as falas a seguir:

Ah eu gostei. No começo a gente assusta né. Mais depois com o passar do tempo eu fui gostando assim. A gravidez foi tranquila, eu gostei sim... (Melissa – E)

13 Durante o texto, optamos pelo uso de o(a) para se referir à palavra bebê, para contemplarmos os meninos e também as meninas em suas particularidades. Esta reflexão surge a partir de Paulo Freire, que utilizava a palavra “homens” para se referir a seres humanos – homens e mulheres – em seus escritos. No entanto, esta ação que foi criticada, na década de 70, por mulheres norte-americanas. Em seu livro “Pedagogia da Esperança”, Freire (1992, p.68) faz uma autocrítica e reconhece sua linguagem em “Pedagogia do Oprimido” como machista, afirmando: “Daquela data até hoje me refiro sempre a *mulher* e *homem* ou seres humanos. (...) A recusa à ideologia machista, que implica necessariamente a recriação da linguagem, faz parte do sonho possível em favor da mudança do mundo.”. Importante destacar ainda que Ernani Fiori e Enrique Dussel também utilizam a palavra “homem” para fazer referência ao ser humano – homens e mulheres.

Foi maravilhoso! (...) É muito bom, eu gostei muito. Você se sente mais amada né, você se sente mais importante... Sei lá, não dá pra explicar. Você se sente abençoada por poder ter um filho entendeu... Por poder procriar... Acho que é isso... (Sálvia – E)

Ah, gravidez é uma coisa boa né... Fora os enjoos, é bom né. Quando a gente sente mexer, aí nossa, que alegria, quando ela mexia era uma festa. Acho que deve ser o momento mais feliz na vida da mulher, uma realização né... Eu acho, pra mim foi assim. Pra mim foi um momento mágico... E a chegada dessa coisinha... Nossa senhora! (Malva – E)

Em consonância com estes resultados estão os obtidos por Martins (2010, p.1373) em sua investigação sobre as representações relativas à vivência da gravidez realizada com cem mulheres em Portugal, na qual diversas participantes demonstraram um sentimento de contentamento e satisfação acerca da vivência da gravidez, que “é identificada como uma situação de bem-estar que pode traduzir-se num estado de equilíbrio e harmonia vivida de forma positiva e que despertará na mulher uma sensação de plenitude, de algo que fica e que a torna “mais completa””.

Valeriana destaca que apesar de a gestação ter sido tranquila, foi um período que também envolveu adaptação e dificuldades, uma vez que representou um processo gradual de entendimento e aceitação de que agora iria ser mãe, tendo que assumir responsabilidades sobre uma nova vida, como podemos perceber em seu relato:

Foi uma experiência e tanto né! Teve momentos que foram difíceis, teve momentos assim de muita... adaptação né. Tipo assim, até entrar no meu cérebro que vai ter uma criança, até ficar fixa aquela coisa assim “mãe, eu vou ser mãe”, ter uma responsabilidade... Foi difícil... Mas assim, a gravidez em si foi tranquila. (Valeriana – E)

Nos casos de Malva, Melissa, Sálvia e Valeriana era a primeira gestação e de acordo com Souza, Rosa e Bastiani (2011) a gravidez, especialmente a primeira, sendo ela desejada ou não, sempre traz impactos na vida da mulher, pois representa uma nova etapa de vida que ela começa a vivenciar, gerando uma mistura de sentimentos e expectativas. Um destes impactos se relaciona, por exemplo, ao modo de pensar e as prioridades que não são mais as mesmas de antes. Malva e Calêndula afirmaram que uma modificação que sentiram foi de que a maternidade faz com que a mulher não pense mais só em si mesma, uma vez que a partir de então, a prioridade passa a ser o(a) filho(a), como descrito nas falas a seguir:

Ah muda, a gente se ocupa mais, o pensamento muda, tudo muda. A gente não pensa mais só na gente né, primeiro é eles, depois é a gente. (Calêndula – E)

Muda o modo de pensar né... Que agora a gente pensa tudo é nela (filha). Todo pensar é nela (risos). Nada é pra gente mais, agora tudo é pra ela. (Malva – E)

A chegada de um(a) filho(a) desencadeia uma reflexão sobre as novas exigências e demandas que se impõem, sendo comum tanto a mulher como seu companheiro sentirem medo e ansiedade, se questionando diante das mudanças que são e serão exigidas, o que envolve responsabilidade e a adaptação aos novos papéis que serão desenvolvidos na família e na sociedade (SOUZA, ROSA, BASTIANI, 2011). Esta ansiedade pode estar relacionada a inseguranças que tangem a saúde, o período gestacional, o parto, os cuidados com o(a) bebê e a responsabilidade de ter um ser humano dependente de você em muitos níveis. Assim, essas variações vão sendo enfrentadas e elaboradas na história particular de cada mulher.

A ansiedade vai ficando ainda mais intensa quando o final da gestação vai se aproximando, estando relacionada às histórias que são ouvidas durante a gravidez, algumas com desfechos negativos; às preocupações acerca da saúde do(a) bebê; ao desconhecimento sobre como vai ser o parto e como será cuidar do(a) filho(a), uma vez que representa uma experiência inédita (no caso das primigestas), como podemos ver nos relatos a seguir:

Depois no finalzinho (da gestação) a gente vai começando a ficar mais ansiosa, desconforto que você fica escutando uma coisa, escutando outra, você fica imaginando como será que vai ser, você fica muito nervosa, você fica pesquisando, você vê dez vezes o mesmo site... Ai... Você fica “como será que vai ser?”, será que ai... (Valeriana – E)

A gente às vezes ficava preocupada com aquela ansiedade de saber se vai nascer bem, se vai nascer com algum problema... Ai! Passa tanta coisa... Se vai nascer na hora certa, é tanta coisa que passa pela cabeça da gente. (Malva – R.C.1)

Você chora porque você não vê a hora que nasce, você quer saber como vai ser... Você fica muito emotiva... (Sálvia – E)

O impacto da notícia de estar grávida se inicia na confirmação da gravidez, sendo comum a mulher entrar em contato com uma série de sentimentos e sensações, que envolvem aspectos positivos, como alegria, felicidade, mas também aspectos negativos, como rejeição, tristeza, medo, arrependimento, etc, mas que também fazem parte e devem ser aceitos e não negados e rejeitados. Algumas colaboradoras da pesquisa relataram que somente após terem confirmado que estavam grávidas, é que começaram a sentir incômodos como enjoos e náuseas. Malva inclusive precisou da confirmação de uma profissional da saúde para acreditar e se convencer de que estava mesmo grávida, como podemos ler em seu relato a seguir:

E é interessante né... Que até a gente descobrir, a gente não sente nada... Eu não senti nada. Depois... Eu, passou uma semana, passou duas semana... E eu com aquele negócio ali... Aí não descia, não descia (a menstruação)... Aí, eu fui lá comprar o teste de farmácia e fiz. Mais... Deu positivo e mesmo assim eu não senti um nada. Quando eu vim aqui e que a coisa (a enfermeira) falou: “Está grávida mesmo”, daí quando chegou em casa já começou... Era enjoo, era isso, e era aquilo... E era isso, e era aquilo. E meu marido: “É frescura. Que (...) até você não saber você

não sentia nada, agora está sentindo”. E eu digo assim: “É... Eu acho que... Eu não sei porque!”. Porque até descobrir não sente nada, aí quando descobre começa a sentir... (Malva – R.C.1)

Antes, que eu não sabia, eu não sentia nada também, igual ela falou. Depois que eu fiquei sabendo, mas eu passei tanto mal... Acho que eu passei uns dois meses mal... (...) Eu não comia. Eu ficava semana sem comer. (...) Eu não podia sentir cheiro de nada... Eu comia a comida dos outros... A comida da minha mãe eu não comia... Eu passei tanto mal... Fui melhorar agora, depois dos 3, do 4º mês... Daí melhorou. Mais mudou. Quando eu descobri, aí parece que (risos)... Aí começou as crise... Mais agora... Não tenho mais. (Melissa– R.C.1)

Na gestação, a mulher passa por mudanças de diversas ordens – anatômicas e fisiológicas, emocionais, psicológicas, comportamentais, familiares, econômicas, dentre outras (PICCININI, 2008). O período gestacional demanda novas formas de equilíbrio diante das mudanças inerentes a esta fase, estando algumas destas mudanças mais relacionadas aos ritmos metabólicos e hormonais e outras mais relacionadas ao processo de integração de uma nova identidade, bem como de novos papéis sociais que se relacionam à maternidade (VIEIRA E PARIZOTTO, 2013).

Sendo assim, alguns autores como Maldonado (1988) e Araújo et al. (2012) definem a gravidez como um período de crise, que representa uma transição existencial, em que há uma perturbação temporária, de desorganização de um estado de equilíbrio, exigindo uma resposta adaptativa daqueles que passam por ela, envolvendo reestruturação e reajustamento da identidade.

Durante a crise, é comum surgirem sintomas como insônia, perda de apetite e de peso, agitação, estados de nervosismo, choro, depressão, indiferença, dores de cabeça e de estômago, náuseas, sendo que “estes sintomas costumam diminuir ou desaparecer (...) quando a pessoa começa a vislumbrar alguma saída para essa situação de crise”, de forma que os desconfortos e perturbações no comportamento que normalmente se verificam devem ser considerados como “um sinal de luta interna que busca o reajustamento da personalidade” (MALDONADO, 1988, p.20)

No caso de Malva e Melissa, ambas já estavam grávidas, já estavam passando pelas mudanças hormonais, mas perceberam uma relação muito clara e imediata com o início dos sintomas e a confirmação da gravidez. Elas não haviam planejado engravidar. Malva partilhou sua percepção sobre o enjoo:

Eu acho que enquanto a gente não sabe, a mente da gente não põe aquilo na cabeça... Ai depois que a gente descobre a gente fica naquilo... Eu acho que é aí é que o corpo vai tomar... Como é que se diz?... Vai saber daquilo que está nele, que vai... Eu acho que é. Porque eu não sentia nada, nada, nada, nada... Aí depois que eu descobri foi que começou os enjôos... Gente... (Malva – E)

Sendo assim, algumas pessoas argumentam que o enjoo na gestação está relacionado mais a aspectos biológicos e hormonais, mas como esta fase também se caracteriza como um período de crise, de transição, esse desconforto pode ter origem emocional e psicológica. Segundo Colman (1969¹⁴ apud MALDONADO, 1988, p.26) “é impossível discriminar separadamente as complexas inter-relações entre fatores hormonais e psicológicos”.

As colaboradoras relataram que durante a gravidez ficaram mais suscetíveis a mudanças de humor, se sentindo mais irritáveis e tendo vontade de chorar, muitas vezes sem ter um motivo específico, conforme elas relatam a seguir:

Fiquei mais emotiva entendeu... Qualquer coisa boba já faz eu chorar... É essa parte que eu digo que o psicológico que mudou... Daí depois que passa, você fala: “Nossa porque que eu chorei?”. (Sálvia – R.C.1)

A gente fica emotiva, de vez em quando dava aquela vontade de chorar do nada, não pode ouvir nada que está se derretendo em lágrima... (...) qualquer coisinha está em prantos... Gente... Meu marido fica... Ele fica morrendo que qualquer coisinha eu fico chorando. Ele diz: “Minha filha, que que tu tem?”. E eu: “Nada, mais se eu estiver com vontade de chorar, eu vou chorar!”. (Malva - R.C.1)

No começo, até uns quatro meses eu chorava muito. Muito, muito, muito, sabe... Brigava, chorava do nada... (...) Eu sentia uma necessidade de ter alguém conversando (Risos)... Menina, achei que isso nunca ia passar. E ficava assim sabe... Um sentimento muito estranho assim... Não sei se é por causa da gravidez, tudo... Porque faz tempo que eu moro aqui, estou acostumada a ficar sozinha e coisa e tal. Daí vem tudo junto... Eu já não estava mais trabalhando, estava sozinha em casa, ficava olhando e não tinha ninguém pra conversar! (...) Nossa... Daí é muito ruim... Daí chora muito! Mas não é chorinho de lagriminha... Chora pra valer. Às vezes dá até um alívio depois que chora assim... Você fica... Ah (suspiro)... Mais tarde tem mais... Você fica com o olho inchado, com a cara inchada, você fica olhando procê: “Nossa como você é tonta né!” (risos). (Valeriana - R.C.1)

As oscilações de humor são muito comuns na gravidez, bem como o aumento da sensibilidade e irritabilidade, fatores relacionados às alterações no metabolismo, mas também ao esforço de adaptação a uma nova condição de vida, que envolve novas descobertas, responsabilidades, desafios, aprendizados. Assim, a mulher fica mais suscetível a certos fatores, internos ou externos, que antes não a afetavam tanto, como por exemplo, o fato de ficar sozinha para Valeriana, que já era acostumada, mas na gestação se sentia desconfortável com esta situação. Assim, a ambivalência se faz presente e a mulher alterna de estados de choro e riso com mais facilidade, estando mais alegre e estável em um dia e sensível e irritável em outro (MALDONADO, 1988).

Estes resultados corroboram com os encontrados por Vieira e Parizotto (2013) que ao investigarem aspectos psicológicos decorrentes do período gravídico, constataram a presença

¹⁴ COLMAN, A., Psychological state during first pregnancy, Am. J. of Orthopsychiatry, n.39, v.4, 1969.

de fatores como sensibilidade, ansiedade, sendo que as participantes relataram estar se sentindo mais irritadas, estressadas e com alterações de humor, estando alegres ou tristes dependendo do dia. Sanfelice (2011) também averiguou que as gestantes colaboradoras de seu estudo sentiam-se mais sensíveis, sentindo vontade de chorar e ficando nervosas com facilidade.

Paim (1998) também confirmou mudanças nos estados emocionais em mulheres grávidas, as quais relataram nervosismo e um sentimento incômodo sem causa aparente, a não ser a gravidez, esperando-se que cessasse após este período. Este incômodo sem causa aparente fica claro na fala de Sálvia que afirmou se perguntar, após o choro, porque mesmo havia chorado, não conseguindo encontrar um motivo e também nas falas de Malva e Valeriana, que através da expressão “chorar do nada”, demonstraram que eram emoções incontroláveis e que vinham de repente, ainda que não houvesse uma causa clara e específica, nem explicações lógicas e racionais.

Calêndula também destacou alterações emocionais e no humor, como irritabilidade, emotividade e sensibilidade, além de fazer menção a outro ponto, que é a autoestima e o medo de que as modificações físicas oriundas da gestação a deixassem feia e gorda, o que poderia diminuir o interesse do marido por ela e despertar o olhar dele para outras mulheres, como podemos ler abaixo em suas palavras:

Ah muda bastante, tudo você fica irritada, você não dorme direito, você não faz isso, não faz aquilo... Igual muda o emocional, a gente fica sensível... Tudo a gente chora e se você não tomar cuidado você cria muita briga... Você quando está grávida você acha que você vai ficar feia... Aquela coisa “eu vou ficar feia”, “vou ficar gorda”, “eu vou ter isso, vou ter aquilo”... Você já acha que seu marido está olhando pras outras na rua essas coisa... (...) Daí você acha que está olhando, já briga... Muda bastante... Você fica muito sentida das coisa, qualquer coisinha você chora... Você chora porque você lembra disso, porque você lembra daquilo... (Calêndula – E)

Na gravidez, a mulher passa por um processo de alteração contínua de seu funcionamento orgânico e psicológico, podendo afetar sua estabilidade emocional além de transformar sua autoimagem corporal. Cada mulher vivencia esse processo de uma maneira, sendo que há mulheres que se sentem satisfeitas e bonitas diante destas modificações, enquanto outras vivem em permanente mal estar e descontentamento (NUNES, 2011).

Piccinini et al. (2008, p.68), que realizaram uma investigação acerca dos sentimentos de mulheres gestantes em relação à maternidade e ao período gestacional, constataram que “as transformações físicas da gestação são capazes de despertar diversos sentimentos de naturezas variadas, mas que sempre repercutem de alguma forma na vivência da gravidez”. Algumas participantes do estudo relataram sentimentos de satisfação, conformidade, enquanto outras

demonstraram insatisfação e preocupação. As que expressaram satisfação diante das transformações percebidas em seu corpo, sentiram-se orgulhosas por portarem uma vida em seu ventre e realizadas com o crescimento da barriga, que parece comprovar e simbolizar seu estado de maternidade.

Outro sentimento evidenciado pelas gestantes do estudo de Piccinini et al. (2008) foi o de conformidade com as transformações físicas, o que pode refletir uma aceitação em virtude da maternidade tão desejada ou então a estabilidade e segurança decorrente da constância conjugal, uma vez que todas eram casadas. Por outro lado, algumas gestantes relataram insatisfação e preocupação com as alterações corporais, o que pode ser decorrente da perda de um corpo que representava uma condição de mulher independente e desejada. Esta perda, somada à atual supervalorização da estética e de um padrão corporal imposto socialmente, pode gerar frustrações e insatisfação. Sentimentos de estranheza diante das alterações corporais foram também manifestados pelas participantes e pode ser justificado como uma percepção das gestantes sobre a entrada em uma nova etapa, desconhecida e sobre a qual elas não têm controle.

No estudo de Martins (2010), para algumas mulheres, engravidar significou deixar de ter controle sobre o seu próprio corpo, uma vez que consideram o corpo grávido pouco atrativo, de forma que sua autoimagem fica distorcida e deformada. A mulher pode encarar as alterações que ocorrem no seu corpo como estranhas, desconfortáveis e indesejáveis.

Além das mudanças físicas e corporais, a mulher experiencia alterações psicológicas e de ordem mais subjetivas como as relacionadas a mudanças na visão de mundo, além de perceberem alterações nas relações familiares e também no tratamento recebido de outras pessoas, conforme podemos ler nos depoimentos a seguir:

Eu não sei, eu acho assim, mudou tudo. Mudou tudo, tudo, tudo. A partir do momento que eu fiquei sabendo que estava grávida, parece que... Nossa! O mundo eu enxerguei de outra cor... Sabe? (Valeriana - R.C.1)

Eu não senti enjoo, não senti nada... Mas eu acho que mudou mais meu psicológico do que o meu corpo. (...) Minha vida tá normal, mas acho que o meu psicológico mudou muito. A minha família, meu marido, o ambiente em casa é outro. Mudou completamente. (Sálvia - R.C.1)

As pessoas começam a te tratar melhor né, parece que você se sente mais amada (risos de todas)... E isso é muito bom... Antes você fazia tudo assim, tipo pegar isso aqui... “Não, pode deixar que pego pra você”... (...) Bastante gente trata a gente diferente né. Sabe que tem um bebezinho na barriga, nossa, a gente é super paparicada. Principalmente os mais próximos. Meu pai e minha mãe então nem se fale! Demais! Meu pai sempre foi muito babão por minha causa, eu sou a única menina de casa, então meu pai sempre me paparicou muito. Ah, quando eu contei que eu estava grávida ele até chorou. Ah, daí queria fazer tudo pra mim, mais do que ele já fazia né... A gente fica mimada, mal acostumada... (Sálvia – E)

Na fala de Valeriana, fica clara a mudança na forma de ver as coisas, de encarar a vida. Maldonado (1988) destaca que a vivência da gestação representa uma possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade, não tendo como passar por essa experiência de maneira indiferente. Klaus e Kennel (1992) também defendem que a gestação é dotada de potencial para o crescimento emocional e psíquico. Estes aspectos de amadurecimento e crescimento não se restringem unicamente à mulher que gesta, mas se estende também ao pai da criança bem como à família como um todo, uma vez que a gestação e o nascimento são experiências familiares, envolvendo a chegada de um novo membro.

A percepção de Sálvia de que as mulheres são mais bem tratadas na gestação também foi verificada no trabalho de Oliveira e Dessen (2012), que buscou descrever o apoio prestado às mães por familiares e não familiares durante a gestação e verificar a percepção das mulheres acerca deste apoio, sendo que dentre as principais mudanças relatadas por elas durante o período gestacional e nos primeiros meses após o nascimento do(a) bebê, encontra-se o aumento no recebimento de apoio, atenção, carinho e de ajuda material e/ou financeira. Além disso, as mães relataram, também, que se sentiram objeto de maior preocupação e que receberam melhor tratamento do que anteriormente.

Sálvia mencionou também ter sentido mudanças na família e na relação com o marido. Ela descreveu que a chegada do filho foi algo maravilhoso, que uniu e aproximou ainda mais o casal, sendo que o marido ficou mais atencioso, carinhoso e solícito em atender as necessidades de sua esposa, como ela relata a seguir:

Nossa uniu pra caramba a gente. Nossa ele (filho) foi uma coisa maravilhosa mesmo no nosso casamento... A partir do momento que ele (marido) descobriu que eu estava grávida, nossa! O tratamento foi outro! Ah, ele paparicava muito né! Não deixava eu fazer nada em casa... Ele chegava do serviço e queria fazer... Tudo o que eu queria ele fazia pra mim, sabe... Era bastante carinhoso, conversava bastante com o bebê na barriga... Nossa ele mudou bastante... Desde que descobriu que eu estava grávida ele começou a paparicar já. (Sálvia – E)

Esta sensação de que a gestação trouxe mais união e solidez ao casamento também foi expressa por outras colaboradoras, que relataram que os maridos ficaram mais atenciosos e cuidadosos, mais próximos delas, mais pacíficos e passaram a auxiliar mais nos afazeres domésticos, o que indica uma preocupação da parte deles com o bem estar da mulher e também do(a) bebê que está em seu ventre, já que agora, além de serem um casal, constituem uma família. Estas sensações e percepções estão elucidadas nas falas a seguir:

Ah eu percebi que ele ficou mais atencioso... Na verdade ele ficou mais pacífico também. Não que ele seja uma pessoa explosiva... Mas assim, ele ficou mais pacífico, atencioso, qualquer coisinha ele já estava sempre mais perto, assim, estreito né... (Valeriana – E)

A questão de ela nascer acho que uniu mais. (Calêndula – E)

Senti... Muita... Mudou pra melhor! (risos) Acho que, tipo assim, ficou mais, uma coisa mais firme, mais sólida, não sei... Eu acho que ficou melhor em todos os sentidos né. Só o fato de dizer assim “agora não é só mais eu e ele... Agora nós somos três!”. Nós temos toda responsabilidade do mundo por essa coisinha... Muda pra melhor! Pra mim foi, mudou pra melhor! (Malva – E)

Mais é tão cuidadoso! Chega a ter hora que enjoa... Não pode fazer nada. Qualquer coisinha ele: “Pára aí, quieta aí”. Quando eu estou sentindo alguma coisa ele já quer... Já vai fazer tudo né e eu sem fazer nada: “Vai, ficar lá deitadinha”... E eu: “Não, não vou ficar deitadinha aqui não!”. (Malva – R.C.1)

Diversos estudos têm averiguado que a participação do pai durante a gravidez e após o nascimento dos filhos tem sido mais ativa, uma vez que eles têm estado mais envolvidos com a criação dos filhos desde a gestação, além de mais próximos afetivamente de sua companheira e do(a) bebê (PICCININI et al., 2008; PICCININI et al., 2009). Especialmente quando é a primeira gestação, que traz sentimentos de novidade para o casal, há uma intenção de poupar a mulher de esforços, incluindo o auxílio com as tarefas domésticas, como mencionado por Sálvia e Malva. Malva destacou que, às vezes, este excesso de zelo a incomodava, por se sentir tolhida em seus afazeres, ao que ela respondia que não ficaria deitada, pois sentia que estava tudo bem.

Além dos companheiros, os pais e/ou sogros, também representam fontes importantes de suporte familiar, provendo apoio emocional, financeiro e instrumental como mostra o estudo de Oliveira e Dessen (2012), em que a maioria das mães citou o companheiro como o principal familiar envolvido no apoio durante a gravidez, seguido pelos avós e tios maternos e paternos de seus filhos, além de outros familiares e os próprios filhos mais velhos. Essas mães relataram aumento no apoio, na atenção e no carinho, comparado ao que recebiam anteriormente, e essas mudanças foram consideradas positivas por elas.

Em relação às experiências positivas que permeiam a gestação, além do melhor tratamento recebido dos familiares e não familiares, da maior união e solidez no relacionamento conjugal, foram mencionados os movimentos fetais, descritos como algo gostoso e emocionante. Sálvia e Valeriana descreveram as sensações de sentir os movimentos do(a) bebê, percebendo que eles interagem com elas, respondendo aos estímulos, como conversas e toques na barriga:

Eu converso muito com ele, o dia inteiro. Nossa! (...) E quando eu converso assim parece que ele responde. Eles sentem... Nossa, é muito gostoso né! (Sálvia – R.C.1)

É muito gostoso de sentir, nossa é emocionante assim... Por isso que eu falo, às vezes eu até choro de tão feliz. Porque assim... (...) Que nem agora, eu estou aqui assim ele tá mexendo: “Tira a mão daqui”, ele não gosta que fique com a mão em cima. Parece que ele quer tudo dele. (...) daí eu converso, passo a mão, daí ele mexe... Nossa, mas ele mexe bastante. (Valeriana – R.C.1)

Em ambas as falas, fica clara a certeza de que os bebês sentem os estímulos e respondem a estes através de sua movimentação. Na fala de Valeriana percebemos que a mulher inclusive já vai percebendo a personalidade e preferências do bebê, que segundo ela, parece que ele quer tudo dele, pois ela estava com a mão e o braço apoiados sobre a barriga e ele mexeu. A leitura que ela fez dos movimentos, neste contexto, foi de que ele estava incomodado e que desejava que ela tirasse a mão da barriga. A interpretação que cada mulher faz dos movimentos realizados pelo bebê é algo muito subjetivo e pessoal, pois, tomando como exemplo esta situação, outra mãe poderia interpretar que ele estava se mexendo justamente porque estava gostando da mão da mãe apoiada na barriga.

Estes resultados se aproximam dos encontrados por Paim (1998), que buscou descrever e estudar algumas concepções e práticas acerca da vivência da gravidez e da maternidade com algumas mulheres de grupos urbanos de baixa renda em Porto Alegre/RS. Neste estudo, as participantes mencionaram que elas e seus maridos costumavam conversar com seus bebês, principalmente quando eles se mexiam, indicando que a movimentação fetal estimulava a comunicação materna e paterna com o bebê. Além disso, elas acreditavam que os movimentos fetais poderiam indicar descontentamento ou prazer do bebê, ou ainda explicar determinados acontecimentos.

Um exemplo de descontentamento fica claro no relato de Valeriana, que narra um desentendimento que teve com o marido, que foi jogar futebol ou vídeo game e ela queria que ele ficasse. Quando ele foi, ela chorou bastante e ficou bastante chateada. Em seu relato, ela afirmou ter percebido uma mudança no comportamento do filho, que, segundo ela, sentiu o que estava acontecendo e mexeu bem pouco, mostrando que estava bem, mas estava descontente com a situação, apresentando um comportamento diferente do que era costumeiro, como podemos ler na fala a seguir:

Teve uma vez que... Eu não lembro porque, acho que foi por causa de futebol. Grávida, estava tão chata né, que eu queria atenção só pra mim, eu não queria que meu marido fosse jogar futebol, vídeo game, alguma coisa assim... Daí eu lembro que eu fiquei tão chateada, eu chorei, chorei, chorei... E eu acho que isso afetou nele (no bebê)... Daí naquele dia ele não se mexeu muito, e já era já um mês que ele

estava se mexendo bastante... E naquele dia ele não mexeu muito, ele mexia, mais bem pouco... Aí falei “pronto, aconteceu alguma coisa” né. Eu conversava com ele, ele dava só um chutinho, pra mostrar que está bem, mas que não está no normal... Foi a única briga feia, por causa do futebol... (Valeriana – E)

Nesta situação narrada por Valeriana, ela considerou que a diminuição dos movimentos do bebê mostrou um descontentamento. Já para Sálvia, a diminuição dos movimentos do seu filho teve para ela a conotação de que ele havia se acalmado, uma vez que ele estava agitado (se movimentando bastante) e à medida que ela conversou com ele, ele ia se acalmando e diminuindo os movimentos, conforme mostra a fala a seguir:

Quando ele está muito agitado assim, eu fico passando a mão “Calma filho”, conversando com ele, ele vai parando assim, vai ficando calminho... (Sálvia – R.C.1)

Outra situação que os bebês pararam de se mexer foi quando as mães convidaram outra pessoa para colocar a mão e sentir os movimentos. Segundo elas, eles ficavam imóveis. No encontro da ação educativa do dia 05/11, elas comentaram rindo que “o bebê faz a mãe passar vergonha desde cedo”, pois quando eles estão mexendo e a mãe convida alguém para sentir os movimentos eles param de mexer na hora. Todas elas relataram que percebem que o bebê para de mexer quando alguém diferente coloca a mão, como ilustram as falas a seguir:

Só que o engraçado é que, tipo assim, se eu falo pra outra pessoa colocar a mão, ele não mexe. Gente, eu não sei... Eu pego a mão das minhas irmãs, da minha mãe, fico assim conversando normal, fazendo de conta que é a minha mão... Ele não mexe! Não mexe. Minha mãe fica passando a mão e ele nada... É só comigo isso? (Valeriana – R.C.1)

Eu também. (Melissa – R.C.1)

Comigo também. (Malva – R.C.1)

Às vezes minha barriga tá ondulando assim ó... Daí eu falo pro meu marido: “Olha”!... Pára na hora... (muitos risos das participantes). Parece que é de propósito, a pessoa fala “olha”, ele escuta! (...) Mas ele escuta com certeza! (...) A voz do pai dele ele escuta de longe e ele já chuta. (Sálvia – R.C.1)

A concepção de que os bebês escutam e sentem tudo o que a mãe sente também as faz terem certos cuidados, evitando ficar nervosas, estressadas e ansiosas, por exemplo, por acreditarem que a maneira que a mãe vivencia a gestação irá refletir em sua própria saúde e também na criança, influenciando inclusive na hora do parto, como mostra a fala de Sálvia a seguir:

Eu acho que o repouso é o essencial eu acho, porque isso passa muito pro bebê né... A mãe muito agitada... Eu tenho uma amiga que, nossa, ela era super agitada. O

bebê dela ele é mais novo que o meu e ele não para um minuto entendeu. Eu acho que tudo isso tem a ver com a gravidez. Você passa tudo pro bebê não adianta. Seu nervosismo, sua ansiedade. Eu lembro que quando eu estava muito ansiosa, muito nervosa, ele não parava na barriga. Então assim, ele sente tudo. Eu acho que tudo isso reflete depois na criança. Tentar ficar mais calma porque isso também influencia na hora do parto né, pra criança também. (Sálvia – E)

Para Sálvia, a prática do repouso é essencial na gravidez, para contribuir que a mãe fique descansada e tranquila, visto que as emoções que ela experiencia também são sentidas pelo bebê, passando para ele. Ela faz essa afirmação baseada em sua experiência gestacional, quando percebia que seu filho se agitava e se movimentava mais quando ela estava ansiosa e nervosa, chegando à conclusão de que ele estava conectado com ela, partilhando de seus sentimentos. Ela acredita inclusive que o que for vivido na gravidez irá refletir na criança, depois do nascimento, que pode ter características de agitação, como o exemplo de sua amiga.

Estes dados também foram encontrados por Sanfelice (2011) e Barreto (2012), em suas pesquisas acerca de práticas de cuidado à saúde na gestação, sendo destacada a necessidade de a mulher ter uma gravidez tranquila, evitando ficar nervosa e procurando se afastar de situações estressantes, uma vez que o estresse emocional é prejudicial e repercute negativamente na saúde delas e também do bebê, pois a mulher passa esses sentimentos ao filho, o que pode acarretar no nascimento de uma criança estressada, agitada.

Percepções similares foram encontradas por Paim (1998), sendo que as mulheres entrevistadas afirmaram que o feto sabe tudo o que se passa com a mãe e, em função disto, esta deve evitar incômodos, acreditando que há uma ligação e uma influência mútua entre mães e filhos. Uma das mulheres deste estudo relatou que o sofrimento que passou em decorrência de uma venda mal feita de sua casa, durante a gestação de seu sexto filho, fez com que ele se tornasse muito nervoso.

Este aspecto dos prejuízos trazidos pelo estresse à saúde são destacados também por Valeriana, que, além disso, ressalta como negativas as brigas conjugais e a violência que ela vê através da televisão, afirmando ficar horrorizada e considerar como ações desapropriadas e que atrapalham a gravidez conforme consta na fala a seguir:

Você não ser uma pessoa assim tão estressada né, que o stress afeta também bastante na saúde... (...) Procurar não ficar nervosa, procurar não brigar... Eu vejo esses casos na televisão, credo, a mulher que é gestante, o marido bate, aquela coisa e tal.. Ah isso aí eu fico... Ai, horrorizada... Deus que me perdoe... Então, a briga, nervoso, são coisas que eu acho que não é muito apropriado na gravidez não... Porque isso aí atrapalha a gravidez... (Valeriana – E)

No trabalho de Paim (1998, p.40), a mãe de uma grávida, por acreditar que as brigas e conflitos conjugais são prejudiciais, sugeriu que a filha e o marido resolvessem seus conflitos sem afetar o bebê dizendo que "não se deve ficar nervosa que afeta o nenê e ele não pode se defender, os grandes [adultos] podem". Neste sentido, um ponto destacado por esta mulher é o fato de o feto ser indefeso, estando em uma situação de passividade, não tendo como se proteger destas situações.

O trabalho de Calvasina et al. (2007), aborda os sentidos e significados culturais de impressões maternas acerca da saúde infantil em Fortaleza-CE, mais especificamente a "fraqueza de nascença" (desnutrição). As mulheres participantes afirmaram que os motivos para que seus filhos tenham sido acometidos por este mal foram o impacto das emoções fortes (ódio, raiva e revolta) que sofreram na gestação, destacando outras situações prejudiciais como o abandono, a solidão, a sobrecarga de trabalho e traumas emocionais sofridos durante a gravidez. Portanto, para esta população, as causas da fraqueza de nascença envolvem mudanças radicais no ambiente, como o despejo de casa e também relações conflituosas como a violência física, brigas, traição e abandono pelo companheiro, entre outras.

Sobre este assunto, da influência materna sobre o(a) bebê existem alguns pontos a serem considerados. Por mais que seja ideal que as mulheres vivenciem a gestação da melhor maneira possível, sem situações estressantes e conflituosas, muitas vezes elas serão acometidas por sentimentos ambíguos, negativos e podem se sentir culpadas, acreditando que são péssimas mães e que estão fazendo mal a seus filhos, o que representa um fardo bastante pesado. É claro que é de fato importante que evitem ficarem ansiosas e nervosas, mantendo o equilíbrio emocional, mas nem sempre é possível.

E percebemos também a influência cultural que abarca este tema. No trabalho de Calvasina et al. (2007), por exemplo, as mulheres acreditavam que as causas da desnutrição eram de fundo emocional, quando existem fatores alimentares e nutricionais a serem considerados e abordados pelos profissionais de saúde. No entanto, esta abordagem deve ser muito cuidadosa e respeitosa, uma vez que não é adequado menosprezar as ideias que estas mulheres apresentam, mas gradualmente ir mostrando que existem outras possibilidades, de forma que elas mesmas possam ir concluindo que pode haver outras causas, mediante uma ação dialógica, pautada no acolhimento e em uma relação de vínculo e confiança.

No entanto, Calvasina et al. (2007) afirma que, muitas vezes, os próprios médicos enfatizam o perigo de as mães transmitirem algo prejudicial ao feto, mediante um discurso culpabilizador, que é introjetado pelas mães, que acabam se culpando por terem passado tudo para o bebê na barriga e lhe causado mal. Portanto, um profissional de saúde pautado na

humanização deve estar apto a decodificar a linguagem materna e desculpabilizar a gestante como causadora de males ao(a) seu(sua) filho(a), bem como dignificar e valorizar a mulher fragilizada pelo sofrimento social, buscando auxiliá-la a encontrar opções e estratégias que contribuam a uma vida mais saudável.

Em relação à postura dos profissionais que atendem gestantes, Piccinini et al. (2008) desenvolvem algumas considerações relevantes sobre o modo de compreendê-las, visto que não se trata de futuras mães, nem de fetos, mas de mães e seus(suas) bebês, e assim deve ser tratada a gestação. A própria denominação ‘mãezinha’, usualmente usada por profissionais, com sua característica diminutiva, traz consigo certo preconceito – o de que ela ainda é um projeto, um vir-a-ser. É importante que as equipes de saúde procurem chamar as mulheres pelo nome, uma vez que este tratamento as valoriza em suas identidades, permitindo que se crie empatia com elas, com seus sentimentos e com o(a) próprio(a) bebê. Esta postura tende a possibilitar aos profissionais uma maior possibilidade de acesso psíquico às gestantes e, assim, de promoção de saúde das mesmas, da relação mãe-bebê e da própria conjugalidade.

5.2.2. O cotidiano da gestação: ações e atividades diárias

Nesta subcategoria serão discutidos os dados referentes ao cotidiano das mulheres durante a fase da gestação, abordando como cuidavam de si, o que faziam, suas atividades, sua alimentação, seus desejos e também suas privações, o que deixaram de fazer em decorrência da gravidez.

O repouso foi uma prática bastante realizada pelas colaboradoras, sendo que algumas relataram sentir bastante sono e, por isso, dormiam durante a tarde. O sono da tarde geralmente era associado à televisão, que se mostrou bastante presente no discurso delas, conforme descrito a seguir:

Eu tinha muito sono na gravidez. Quando eu dormia à tarde eu dormia na sala. Aí eu abria o sofá assim, ligava a tv e dormia a tarde inteira. Assistia filme, seriado. (Sálvia – E)

Assistia bastante televisão, porque eu sempre ficava deitada no quarto que tem televisão, que sempre estava ligada... Eu dormia... Dormia bastante... Eu não levantava, fazia bastante corpo mole... (...) A gente fica com o corpo mole né... Então não conseguia fazer nada... Só ficava deitada só... Ah, a gente assistia bastante novela que passava, jornal... (Melissa – E)

Ah durante o dia eu ficava deitada assistindo... Eu tacava lá na novela, assistia sessão da tarde, assistia tudo... (Calêndula – E)
Assistia muita televisão... Muuuta mesmo, demais. (Malva – E)

Assistir televisão foi uma prática muito frequente para elas e dentre a programação do que assistiam estavam novelas, jornais, filmes e seriados. Esta prática sempre estava associada a um momento de descanso, em que as colaboradoras se deitavam na cama ou no sofá. A sensação de sono relatada por Sálvia e Melissa é muito comum, principalmente no primeiro trimestre da gravidez, e pode ser decorrente da hipersonia, ou seja, de uma maior necessidade de dormir e repousar do que o normal (MALDONADO, 1988).

Durante os primeiros meses, quando o corpo está se acomodando às mudanças físicas da gravidez, a mulher costuma se cansar com facilidade. O segundo trimestre, geralmente representa um período mais estável, com mais disposição e vitalidade. No terceiro trimestre, a necessidade de descanso e repouso pode ser ainda mais necessária e frequente. No entanto, o cansaço excessivo e contínuo não é normal e pode ser causado por dor, anemia, depressão, ansiedade ou insônia. Balaskas (1999) orienta que as mulheres durmam tanto quanto puderem e descansem durante o dia, além de ser importante comer bem e evitar alimentos ricos em calorias e de baixo valor nutritivo.

As atividades que envolvem a gestação, sendo ou não aceitas socialmente, variam muito entre diferentes povos e culturas. Um exemplo disso é a própria prática do repouso. Na pesquisa de Moliterno et al. (2013), que visou identificar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang habitantes de uma terra indígena no Paraná, uma colaboradora que estava grávida relatou que sua avó falava que não é para dormir de dia, e sim durante a noite pois, caso contrário, seu olho ficaria fundo. Afirmou ainda que era desaconselhado inclusive ficar deitada de dia, porque o neném não nasceria bem.

Entre as indígenas, o intervalo entre as gestações é curto, de forma que é comum as mulheres passarem grande parte de suas vidas gestando. Aliado a esta função reprodutora, é observado que o papel social a elas atribuído está relacionado às atividades de alimentação da família e comunidade. Dessa forma, “a conduta relatada de não dormir durante o dia pode ser vista como uma maneira de manter a dinâmica da família e comunidade, pois se a cada gestação a mulher repousasse, não haveria quem desenvolvesse suas atividades” (MOLITERNO et al., 2013, p.296).

Neste estudo, as justificativas dadas para a prática de assistir televisão foram de que ela distraía e também de que não havia outra opção de atividade, então, era o que restava para fazer, como mostram as falas a seguir:

Assisto porque eu não saio daqui (da casa)... É difícil eu sair daqui... Porque eu não conheço mais ninguém pra sair assim pra bater papo... Então na gestação eu costumava assistir muita novela... Novela, eu assistia jornal, de vez em quando. (Malva – E)

De tudo que passava a gente assistia, só pra distrair mesmo. (Melissa – E)

Malva afirmou que em Piracicaba não tinha pessoas com quem se sentisse a vontade para sair e conversar, diferente de lá do Piauí, onde a prática de visitar os familiares era frequente e comum, de acordo com seu relato:

Acho que é porque não tem o que fazer né! Porque quando eu morava lá no Piauí eu não gostava muito de assistir televisão. Era bem difícil eu assistir. Depois que eu cheguei aqui eu viciiei em televisão. Acho que é por não ter o que fazer... Lá tem casa de tia, tem casa de mãe, tem casa de irmã pra passear... E aqui não tem é nada! Aqui é só aqui, trancada, infurnada aqui dentro... Muito diferente. (Malva - E)

Malva deixa claro que em Piracicaba acabava assistindo televisão por falta de opção e demonstrou sentir saudades de poder passear na casa da tia, da mãe e da irmã, familiares próximas. Ela mencionou inclusive se sentir presa em sua casa, utilizando as palavras “trancada” e “infurnada” para descrever como se sente. Segundo Souza, Rosa e Bastiani (2011) a interação da mulher gestante com a família é imprescindível, uma vez que a família faz parte do contexto cultural das mesmas, e que, na maioria das vezes, representa a primeira unidade de cuidado, principalmente quando envolve a chegada de um novo membro. Esta interação com a família de origem possivelmente estava fazendo falta para Malva, que, se sentindo sozinha, recorria à televisão como entretenimento e passatempo.

Calêndula, que é natural de Piracicaba, se sente mais à vontade com o lugar e possui vínculos mais fortes com as pessoas daqui, afirmou que havia tarde em que ia visitar uma amiga e conversar com ela, além de resolver coisas na rua quando era necessário, como descrito por ela a seguir:

Às vezes eu ia na casa de uma amiga minha que é lá embaixo né, uma vez ou outra, ficava lá conversando um pouco... Se tinha alguma coisa pra resolver eu ia... (Calêndula – E)

Nenhuma das participantes estava com emprego fixo na gestação, ficando mais restritas ao ambiente doméstico. Apenas Valeriana estava estudando, finalizando a graduação em pedagogia e, portanto, foi a única que não mencionou ter o hábito de assistir televisão durante a tarde, pois o que mais costumava fazer era utilizar o computador para estudar, realizar trabalhos e pesquisar materiais para concluir um estágio que estava desenvolvendo, ilustrado na seguinte fala:

Ah de manhã eu mais dormia... As tardes a maioria do tempo eu passava ou estudando, ou pesquisando as coisas lá pra concluir o estágio... (Valeriana – E)

Durante a gestação, Valeriana estudava e morava com seus sogros. Sálvia também morava com os sogros e havia saído do emprego fixo de gerente de loja de bijuterias desde antes de engravidar. Melissa morava com sua mãe e irmãos, nunca trabalhou fora e já havia abandonado os estudos antes da gestação. Malva estava sem emprego fixo e aqui em Piracicaba não chegou a trabalhar fora de casa. Quando engravidou, Calêndula estava há dois meses sem trabalhar devido a um acidente de moto, no qual quebrou a perna. Ela foi a única que afirmou sentir desejo de retornar ao trabalho tão logo sua filha pare de mamar no peito, conforme podemos ver em suas palavras:

Aí eu sofri acidente de moto, dois meses antes de eu engravidar. Aí eu fiquei parada e de lá pra cá eu estou sem trabalhar... Aí só cuidando da nenê. A hora que ela sair do peito eu vou voltar. Entregar os currículos. (Calêndula – E)

A chegada de um(a) filho(a) transforma as relações de trabalho da mulher e as outras atividades que anteriormente ela realizava, exigindo uma readaptação de seus papéis. É muito comum que as mulheres, ao se tornarem mães, diminuam ou mesmo cessem suas atividades profissionais durante os primeiros meses de vida do(a) bebê ou ainda durante a gestação, por se voltarem mais para as atividades próprias da maternidade.

Sobre a relação da mulher com o trabalho, Piccinini (2008) aponta que, em tempos passados, até meados de 1980, havia uma divisão mais tradicional de papéis de acordo com o gênero, sendo atribuída à mulher as funções de se responsabilizar pela rotina da casa, além de gestar, cuidar e educar os filhos. Segundo Fleck e Wagner (2003), houve mudanças neste contexto no decorrer do século XX, de forma que a mulher conquistou espaço no mercado de trabalho, passando a contribuir de forma importante para o orçamento doméstico. No entanto, acabou havendo uma sobrecarga de exigências para as mulheres uma vez que, além de todas as atribuições domésticas, passou a lhe ser exigido um bom desempenho profissional e também financeiro.

As mães que voltam ao trabalho logo após a licença maternidade costumam se queixar do pouco tempo que resta para ficarem junto aos filhos e também do cansaço advindo da dupla jornada. Por outro lado, as que optam por não voltar a trabalhar, podem se sentir inadequadas e cobradas socialmente por não terem uma fonte de renda ou mesmo se sentirem insatisfeitas, isoladas e privadas de exercer alguma profissão que gostam e na qual se sentem realizadas, o que já era parte de sua identidade (GJERDINGEN, CHALONER, 1994; SALMELA-ARO et al., 2000; PICCININI, 2008).

Na presente pesquisa, com exceção de Valeriana que estava concluindo a graduação, todas as demais colaboradoras já estavam sem emprego fixo ou, no caso de Melissa, já havia abandonado os estudos do ensino médio. Exceto Melissa, que era solteira, todas as demais eram casadas.

Estes dados corroboram com os encontrados por Paim (1998), sendo que das mulheres de grupos populares que participaram da investigação, nenhuma delas tinha emprego fixo e nem demonstrava preocupação em desenvolver carreira profissional; a escola também não apareceu como opção atraente. A maioria das informantes mantinha relação conjugal estável e moravam com seus companheiros. No momento da coleta de dados, o cotidiano das informantes consistia nas obrigações domésticas, no cuidado dos filhos e dos maridos e em redes de troca e de sociabilidade com a vizinhança. Em resumo, as autoras verificaram que “a construção da identidade feminina, nos grupos populares, parece estar predominantemente associada à esfera doméstica” (Id. *ibid.*, p.35).

Outras duas pesquisas mais atuais trazem resultados similares. Budó et al. (2008, p.93) realizaram uma pesquisa acerca de práticas populares de cuidado em relação à dor e afirmaram que na comunidade estudada, “ainda predomina uma visão tradicional de mulher muito vinculada à condição da maternidade como um dos seus principais papéis sociais a ser assumido perante a comunidade”.

Na pesquisa de Oliveira e Dessen (2012) que abordou o apoio social recebido por gestantes e mães, mais da metade das mães participantes não trabalhavam fora e executavam atividades domésticas. Das mães que trabalhavam, algumas deixaram de trabalhar ou até mesmo de estudar para cuidar de seus filhos e do lar, o que favoreceu ainda mais seu isolamento e a diminuição de contatos com amigos.

Seja pelo isolamento e falta de contato com os colegas de trabalho, seja pela questão financeira, muitas mulheres, apesar de pararem de trabalhar fora de casa sentem falta disso, como é o caso de Calêndula, que apesar de relatar que não passa nenhum tipo de necessidades em sua casa, ela sente falta de sua independência financeira, como podemos ver abaixo:

Eu sinto falta de trabalhar, no sentido assim porque... Ter as coisa pra comprar... Mais não falta nada, comida tem, a fralda tem... A gente vai se virando como pode, igual... Tipo, a gente aprende a se virar só um... Meu marido se vira sozinho trabalhando e vou me virando aqui em casa com as coisa. E assim vai indo... (Calêndula – E)

No relato de Calêndula, fica claro que ela estava sentindo falta de trabalhar. Durante a gestação, a mulher pode se sentir privada em outros aspectos, como destacado por Sálvia,

Calêndula e Melissa, como o fato de ficarem mais restritas ao ambiente doméstico, sendo que deixaram de sair de casa da forma que saíam antes de engravidarem, seja devido a dores ou incômodos físicos, seja devido a fatores financeiros ou ainda pelo simples fato de estar grávida, conforme mostram as falas a seguir:

Eu nunca parei muito né... Eu gosto de sair, gosto de... Não gosto de ficar muito parada. Então eu sempre passeava (antes da gravidez), aí depois eu fiquei mais tranquila em casa. (Sálvia – E)

Eu saía bastante de fim de semana. (...) Na gravidez a gente economizava muito... Daí o que mudou bastante foram as saídas. (Calêndula – E)

A gente fica privada né, tipo assim quer sair, ir em algum lugar e você não pode ir porque você está com dor ou você está entendeu... Essas coisa... Eu deixei de sair já por causa de não poder porque estava grávida... (Melissa – E)

Esta sensação de se sentir mais privada também foi encontrada por Souza, Rosa e Bastiani (2011), que desenvolveram uma pesquisa sobre as percepções que gestantes primigestas usuárias do serviço básico de saúde apresentavam sobre maternidade, sendo que as participantes relataram inúmeras mudanças em suas vidas, no seu cotidiano, no lazer, nas relações sociais, sentindo a liberdade tolhida diante das novas responsabilidades, além de não se sentirem preparadas e amadurecidas, vislumbrando o papel de mãe como um fardo.

A questão financeira, destacada acima por Calêndula, que mencionou que o motivo de terem diminuído a frequência das saídas era porque estavam economizando, é discutida por Maldonado (1988, p.22):

A complexidade das mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas: os fatores sócio-econômicos também são fundamentais. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher costumeiramente trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos (profissionais, sociais, etc.), o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas. Privações reais, sejam afetivas ou econômicas, aumentam a tensão (...) e a ambivalência.

Calêndula, além de afirmar que passou a sair menos a fim de economizar, relatou também ter mudado e adequado suas escolhas de compra e o padrão de consumo, deixando de comprar tênis com valores entre 600 e 700 reais, passando a comprar sapatilhas em torno de 50 reais, conforme mostra seu relato a seguir:

Antigamente eu gostava só de tênis... Hoje em dia já gosto daquele sapatinho que você põe no pé já combina com tudo... Antes eu ia lá comprava um tênis de 600, 700 reais. Hoje não, eu compro um sapatinho bonitinho lá de 50 reais e uso a doido. Tem um que eu usei minha gestação inteira. Ah mudou bastante. (Calêndula – E)

Além dessas mudanças relacionadas à diminuição nas saídas e a fatores financeiros, elas descreveram outras situações em que tiveram que parar de realizar certas atividades que antes eram costumeiras como dirigir, andar de moto, fazer faxina, como mostram as falas de Calêndula e Sálvia:

Eu parei de andar de moto, parei muitas coisas... Até novembro assim eu andava de moto. Estava de quase cinco meses, daí começou a dar aquela dorzinha... Ai eu falei “já não dá mais”... Ai a gente já trouxe o carro aí tudo que ia fazer ia de carro, já vi que não dava mais... (Calêndula – E)

Eu fiquei com um pouco de medo de dirigir... Até os três primeiros meses, tudo eu tinha medo de perder o neném, então eu tomava mais cuidado... Eu tive que parar de fazer faxina... Porque uma vez, bem no comecinho, eu estava me sentindo bem e eu falei “ah, vou dar uma limpadinha”... Nem fiz faxina pesada, foi quando eu tive o sangramento... Aí depois eu parei geral, não fiz mais nada... A médica mandou ficar de repouso por conta do sangramento... Acho que dirigir e fazer faxina... (Sálvia – E)

O relato de Calêndula mostra que a própria mulher vai sentindo os sinais que o corpo vai mostrando, podendo ser na forma de dores, que ela relacionou ao fato de andar de moto e, portanto, decidiu parar. No caso de Sálvia, o sinal que seu corpo deu foi o sangramento e, diante disso, ela parou de fazer faxina e também de dirigir. De fato, os três primeiros meses - período em que Sálvia relatou sentir medo de perder o bebê - são mesmo mais delicados, uma vez que o embrião está se implantando no útero e a placenta ainda está em formação, sendo indicado repouso, especialmente se houver sangramento (REBERTE; HOGA, 2009).

Enquanto algumas colaboradoras passaram a tomar mais cuidado na gestação por medo de perder o neném ou prejudicar seu desenvolvimento, outras afirmaram ter continuado a realizar as atividades anteriores à gravidez, como a faxina, por exemplo, não tendo nenhum cuidado específico, afinal, para elas, gravidez não é doença, como podemos ver nas falas abaixo:

Na gravidez, fora o físico né, não mudou tanto assim... Porque eu continuei fazendo as coisa que eu fazia. No meu pensar gravidez não é uma doença. Então, eu fazia tudo. Eu lavava roupa, eu limpava a casa... É porque, eu sempre fui criada com a minha mãe dizendo que gravidez não é doença né, que pode fazer tudo... É que quando ela engravidava de nós ela fazia tudo, ela ia pra roça, ela quebrava coco, ela carregava peso, ela fazia tudo... Hoje em dia, a mulher quando engravida, “não posso fazer isso, não posso fazer aquilo”... Se bem que tem muita mulher que engravida e não pode fazer né... Mas tem outras que é preguiça mesmo! Pra não fazer! A minha irmã de vez em quando ela ficava, quando eu lavava uma colcha de cama ela dizia: “não faz isso!”. E eu dizia: “Eu estou grávida, não estou doente”... (Malva – E)

Nunca tive cuidado específico assim... Tipo igual o povo fala “ai não faça serviço”, mais eu fazia maior faxinão assim, não tinha dor, não tinha nada... Todo dia eu limpava a casa, nunca deixei, então nunca acumulava... Igual, eu sou muito agitada,

eu vou fazendo... Tem dia que eu vou fazendo faxina, se eu ver que aquilo ali está sujo, eu não consigo. Ah cuidado eu não tive nenhum não. (Calêndula – E)

No caso de Malva, fica clara a influência familiar - especificamente de sua mãe – em seu pensar de que a gravidez não é doença, uma vez que o exemplo materno que recebeu quando criança foi de que era possível fazer de tudo. Malva menciona também que há casos específicos em que a mulher realmente tem que parar de fazer certas atividades, mas acredita que há também outras se aproveitam do fato de estarem grávidas para não fazerem por preguiça mesmo.

A percepção da gravidez como manifestação de saúde e não como doença também foi encontrada por Knauth (1991), que investigou sobre representações e práticas sociais acerca de doença e cura em uma vila de classes populares em Porto Alegre/RS, uma vez que as mulheres não abandonavam suas atividades diárias quando grávidas. Neste sentido, a doença passa a ser constatada quando as pessoas precisam deixar de realizar suas atividades diárias e rotineiras.

No caso de Calêndula, apesar de ela ter afirmado que não teve nenhum cuidado específico na gestação, ela teve, pois percebeu que deveria parar de andar de moto e seguiu sua intuição, o que representa uma ação de cuidado, uma vez que sentiu dores e resolveu parar, pois se continuasse poderia colocar sua saúde e a de sua filha em risco. Assim, uma mesma mulher pode perceber que deve parar determinada atividade e sentir que é possível continuar a realizar outras, que podem ser inclusive consideradas perigosas por outras pessoas. Calêndula, por exemplo, ouvia recomendações de outras pessoas que afirmavam que ela não deveria fazer serviços de casa.

A concepção de que a realização de serviços domésticos pode ser prejudicial à gestação é apresentada por Valeriana, sendo caracterizada como uma ação a ser evitada, como mostra a fala abaixo:

Em termos de exercício físico, eu falo atividades dentro de casa, vamo supor... Dependendo da gestação, se for uma gestação mais tranquila, pode até fazer um serviço doméstico mais calmo, sem pressa, sem pegar muito esforço, peso, aquela coisa e tal, e isso é muito importante na gravidez né... Principalmente no finalzinho... Porque vamo supor, lavar o banheiro, de repente você tá com oito meses escorrega no piso, acaba caindo, desconforta aquela coisa e tal... Pode até antecipar o fim da gestação, que não é a hora que o bebê tá preparado... Vamo supor, ficar pegando coisa pesada, fazendo muito movimento brusco... Lavar roupa, se não tiver máquina, lavar no tanque, fica fazendo muita força, tirar tipo a mancha... Isso daí querendo ou não, tudo requer uma atenção especial, vamo supor, né, estender roupa no varal... Arrastar coisa assim né de casa, fazer serviço, arrastando sofá né, coisa pesada, ficar erguendo televisão, rack, essas coisa assim, mesmo que aparenta não ser tão perigoso, na hora da gravidez isso aí é. Isso aí pode também afetar algum desenvolvimento da criança. (Valeriana – E)

Segundo ela, se o serviço for feito com calma, de maneira leve e tranquila não há problemas. Mas os riscos estão relacionados a quedas (ao lavar o banheiro), carregar peso (erguendo ou empurrando móveis), fazer muita força (esfregando roupas manchadas), realizar movimentos bruscos, uma vez que tais ações podem prejudicar o desenvolvimento do(a) bebê ou induzir o trabalho de parto prematuramente, antecipando o nascimento. As ações de fazer força e carregar peso também são identificadas como negativas e prejudiciais por Melissa e pelo marido de Malva, como podemos ver nas falas abaixo:

Ah não é bom fazer muita força porque isso prejudica né... Ah eu não sei... Pegar peso, essas coisa assim pode prejudicar o bebê, diz que pode ocorrer aborto... Eu não sei, dizem né... (Melissa – E)

Ele não gostava que eu botasse força não, não era pra levantar nada pesado... Ele ficava brigando. Quando eu ia arrumar o quarto que eu mudava a cama de lugar, nossa quando ele chegava em casa ele ficava uma fera... “Eu já disse que não é pra tu fazer isso!”... Ele achava que ia mesmo era botar o menino pra fora, pelas perna... (Malva – E)

Fica claro nas falas que o medo de que a mulher faça força está relacionado à ideia de que esta ação faria com que o(a) bebê nascesse. No relato de Malva é perceptível a preocupação de seu marido, que não gostava que ela se esforçasse.

Dentre as práticas consideradas prejudiciais à gestação, também foram mencionados os atos de ingerir bebidas alcoólicas, fumar e usar drogas, conforme mostram as falas a seguir:

Ah, no meu pensar, beber e fumar! Acho que deve pensar em primeiro lugar na criança. Não beber, não fumar... Eu acho que tem muitas mulheres grávidas que bebe, fuma, nossa senhora. (Malva – E)

Graças a Deus eu nunca tive vício de nada. Eu nunca bebi cerveja, eu nunca fumei cigarro. Acho que essas coisa são ruim pra criança sabe... Essas coisa eu acho que... O povo fala que não, mais vai tudo pro nenê, bebida, cigarro... Mais cigarro assim eu acho que afeta muito as criança hoje em dia... Tanto ficar perto né quanto fumar droga né... Tem umas mãe que engravida e não larga a droga, não larga o cigarro, não larga a bebida... Ainda umas tem sorte que a criança nasce saudável... (Calêndula – E)

Bebida, cigarro, bebida alcóolica, quem tem vício de fumar, tanto cigarro como droga também... Ingerir essas coisa assim que não seja bom pra saúde nem sua nem da criança eu acho que faz mal... (Valeriana – E)

Nenhuma das colaboradoras da pesquisa afirmou ter o hábito de consumir bebidas alcoólicas, cigarro ou drogas, nem durante a gestação, nem antes. Nos relatos de Calêndula e Malva, elas mencionam mulheres que mesmo grávidas continuam consumindo, colocando o(a) bebê em risco, uma vez que estas substâncias atravessam a placenta. De fato, as drogas - substâncias que, quando ingeridas, causam alguma alteração no sistema nervoso da pessoa

que a consome – lícitas (como cigarro, bebidas alcoólicas) ou ilícitas (cocaína, maconha, crack), além de prejudicarem o desenvolvimento do bebê, podem criar nele dependência desde o nascimento (SILVA; TOCCI, 2002).

O cigarro pode provocar abortos; partos prematuros; restrições no crescimento fetal, por gerar uma menor oxigenação e aporte nutricional ao feto; o nascimento de bebês com baixo peso, com sinais vitais prejudicados, além de aumentar as chances de problemas respiratórios e cardíacos. A ingestão de álcool por mulheres durante a gravidez, além do risco de aborto, é extremamente prejudicial ao desenvolvimento fetal, pois poderá causar malformações físicas (por exemplo, craniofaciais), problemas no crescimento, disfunções do sistema nervoso central e diminuição na capacidade intelectual (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001; NAKAMURA et al., 2004).

Por outro lado, as colaboradoras indicaram outras práticas como benéficas, citando a realização correta de exames e vacinas preconizados durante o pré-natal, como mostra a fala de Valeriana:

Nossa, pelo amor de Deus, é uma coisa muito delicada porque? É através dela que ela vai... É através da saúde dela que ela vai ter forças pra ter uma criança né... Então, a saúde sempre tem que ser em primeiro lugar. Nossa! Sempre estar em dia com os exame, com as vacina, pra ela estar pronta... Esperar, tipo assim... Estar pronta pra quando ela for ter tanto parto normal quanto cesariana acho que os dois requer bastante assim, um cuidado bem específico na saúde né. (Valeriana – E)

Valeriana afirma que a saúde tem que ser uma prioridade, estando em primeiro lugar, e que é através da mãe que a criança terá um desenvolvimento saudável, portanto, uma maneira de averiguar e garantir que a ambos estão bem consiste na realização dos exames e vacinas, conforme seja necessário. Na visão dessa colaboradora, estas práticas auxiliam a mulher a estar pronta para o nascimento, independente da via do parto.

No trabalho de Barreto (2012), o acompanhamento pré-natal também foi referenciado como um cuidado positivo. As gestantes que participaram da pesquisa destacaram a necessidade de iniciar o pré-natal tão logo a gravidez seja descoberta, compreendendo esse atendimento como fundamental na prevenção ou no tratamento de complicações gestacionais, além de estar relacionado ao cuidado com sua própria saúde, enfatizando a importância dos exames realizados nesse período, bem como as orientações recebidas dos profissionais de saúde nas consultas.

Além dos exames e vacinas, as colaboradoras da presente pesquisa afirmaram que, durante a gestação, a mulher tem que se cuidar mais do que antes, destacando que os

exercícios físicos - como a caminhada - consistem em uma prática benéfica à saúde, bem como a alimentação, conforme mostram as falas a seguir:

Tem que cuidar mais ainda né. Com bastante caminhada... (Valeriana – R.C.1)

Fazer atividade física... (Sálvia – R.C.1)

Tudo isso faz bem pra saúde, exercício, alimentação... (Melissa – R.C.1)

De fato, os exercícios físicos geram melhorias em aspectos gerais da saúde e trazem inúmeros benefícios em qualquer fase da vida, auxiliando na prevenção de diversas doenças, na qualidade de vida e nas relações sociais. No caso da gestação não é diferente e, desde que se tomem todos os cuidados necessários, os benefícios superam os riscos (CASTRO, 2009).

Apesar de atualmente serem amplamente recomendados, a indicação de exercícios físicos durante a gestação foi sofrendo alterações no decorrer da história. Em décadas passadas, as gestantes eram orientadas a reduzirem suas atividades e interromperem, inclusive, o trabalho ocupacional, especialmente durante os meses finais da gestação, acreditando-se que o exercício aumentaria o risco de partos prematuros (ARTAL et al, 1999).

No entanto, no início da década de 90, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 1994) reconheceu que a prática regular da atividade física no período gestacional deve ser desenvolvida, desde que a mulher apresente condições apropriadas e seja uma gravidez de baixo risco.

A realização de exercícios de intensidade leve a moderada durante a gestação trazem inúmeros benefícios, como, por exemplo, promover melhora na resistência e flexibilidade muscular; auxiliar de forma significativa no controle do peso, na manutenção do condicionamento e consciência corporal; atenuar as alterações posturais decorrentes desse período, prevenindo dores lombares, além de reduzir riscos de pré-eclâmpsia e de diabetes gestacional, por propiciar uma melhor utilização da glicose (LIMA, OLIVEIRA, 2005; PRADO et al., 2013).

Estudos também mostram que a manutenção da prática regular de exercícios físicos apresenta fatores protetores sobre a saúde mental e emocional da mulher durante a gravidez – diminuindo a ansiedade e contribuindo a uma melhor adaptação psicológica às modificações e mudanças que vivencia - e depois, no pós-parto, auxiliando inclusive na proteção contra a depressão puerperal (GOUVEIA et al., 2007; RODRIGUES, 2008).

No entanto, apesar de trazer inúmeros benefícios, apenas duas colaboradoras (Sálvia e Valeriana) afirmaram ter feito exercícios, sendo que as que consideraram não ter realizado

ouviam conselhos para que fizessem caminhada, mas ainda assim, não fizeram, conforme mostram as falas a seguir:

Ah falam “anda que faz bem”... Eu não andava porque eu não gosto de sair de casa... (Calêndula – E)

Ah, era só que o povo dizia pra fazer exercício mais eu não fazia não. Nunca fiz. (risos). O povo ficava dizendo “caminha, anda, se não quando for na hora de tu ter ela vai ter trabalho”... Mas não fazia não. (Malva – E)

Calêndula justificou que não caminhava porque não gostava de sair de casa, mas, por outro lado, ela fez faxina durante toda a gestação, se exercitando de outra forma. Malva também se exercitava cuidando de sua casa e, dentre as recomendações que ouviu foi de que deveria fazer caminhada para não ter trabalho na hora do parto. Este aspecto do exercício estar relacionado ao momento do parto também foi destacado por Valeriana, que acreditava que a caminhada auxiliaria na dilatação e facilitaria o parto normal, conforme mostra seu relato a seguir:

Na gravidez eu não mudei assim o hábito, vamos supor, antes de ficar grávida eu já andava bastante, fazia caminhada, fazia exercício, sempre assim, dentro do limite né, nada de mais... Assim, eu fazia caminhada né, que eu queria aumentar a dilatação, pra ter um parto normal... (Valeriana – E)

Estudos indicam que, realmente, a prática de exercícios físicos parece facilitar o trabalho de parto, tanto em relação à diminuição da sua duração, como também das complicações obstétricas, gerando menores índices de cesárea (KARDEL, KASE, 1998; RODRIGUES, 2008). Outro aspecto que chama a atenção na fala de Valeriana é que ela já praticava exercícios antes da gravidez, dando continuidade a um hábito que já existia.

Quando a mulher precisa iniciar este hábito na gravidez, pode ser mais difícil, conforme aponta o estudo de Gouveia et al. (2007), que buscou avaliar os principais fatores que influenciam na prática de exercício físico durante a gravidez. Este estudo se caracteriza como longitudinal (prospectivo), do qual participaram 475 puérperas, atendidas na Maternidade do Hospital de Santa Maria (Lisboa). Os autores constataram que apesar de algumas mães compreenderem os benefícios do exercício físico durante a gravidez, não realizaram nenhuma prática, sendo que a baixa frequência de exercício físico antes de engravidar foi um fator preponderante.

Valeriana e Sálvia, as únicas que mencionaram fazer atividade e exercício físico, fizeram caminhada pela manhã, logo após acordarem, mas o que diferiu entre elas foi que

Valeriana fez até os cinco meses mais ou menos e Sálvia após o quarto mês, conforme podemos ler abaixo:

Fiz exercícios até os cinco meses... Depois eu não consegui mais. Eu andava sempre de manhã, tipo lá por umas sete horas, fazia também... Sabe aquela, lá na área de lazer não tem aquelas... Não é academia... Sabe aqueles materiais? Então, tinha uns lá pra perna que era mais ou menos que nem a caminhada também, só que tudo dentro do limite né... Se começasse a doer, alguma coisa assim, eu parava. (Valeriana – E)

Eu procurava fazer um pouco de atividade física, eu fazia sim... Caminhada eu fazia a hora que eu acordava, quando eu estava animada. Não chegava a ser todo dia, mais também não era só uma vez por semana... Eu saía em um bairro que tem aqui mais descampado, andava uma meia hora, quarenta minutos. Eu comecei a andar mais depois do meu quarto mês mais ou menos. (Sálvia – E)

Na presente pesquisa, a caminhada foi a modalidade de exercício mais citada. No estudo de Gouveia et al. (2007), os resultados indicaram que a maior frequência de exercício identificada foi nas primigestas, sendo que os principais exercícios realizados foram: ginástica pré-natal (32%), caminhada (22%) e natação (19%). Verificou-se ainda que a duração da amamentação exclusiva foi superior nas mães que praticaram exercício físico na gravidez.

Valeriana também fez menção aos aparelhos instalados em áreas públicas conhecidos como “Academia ao ar livre”, uma iniciativa do governo estadual – com diretrizes expostas no Decreto 58.065 de 22 de maio de 2012 - com o objetivo de facilitar cada vez mais a prática esportiva e colaborar para o bem estar da população (SELJ, 2015). Valeriana também demonstrou ter consciência acerca de seu próprio corpo, afirmando que quando sentia dores ela parava e que se exercitava sem exceder seus próprios limites, o que é algo muito importante na prática de atividade física, uma vez que pode evitar lesões e excessos.

Apesar dos benefícios que o exercício na gestação pode oferecer, ele também envolve riscos, como a hipertermia (aumento excessivo da temperatura corpórea), hipoglicemia (queda da taxa de açúcar no sangue) e lesões músculo-esqueléticas. Portanto, o exercício físico em gestantes deve ocorrer preferencialmente nos momentos mais frescos do dia - evitando se exercitar vigorosamente em climas muito quentes -, utilizando roupas leves e ingerindo bastante água, a fim de prover a hidratação adequada e diminuir o risco de desidratação, de modo a não prejudicar a termorregulação da mãe. Aconselha-se que as mulheres grávidas realizem exercício físico regular pelo menos durante 15 minutos, três dias por semana (GOUVEIA et al., 2007).

É interessante que a mulher opte por atividades que apresentem pouco risco de perda de equilíbrio e de traumas, evitando esportes de impacto, de contato ou com alto risco de

colisão, a fim de proteger a si mesma e a criança. Levando em conta estas recomendações, os exercícios aquáticos, por exemplo, são recomendados, sendo benéficos durante todo o período gestacional, por diminuírem a sensação de peso (MAUAD FILHO et al., 1999; LIMA, OLIVEIRA, 2005).

É interessante que aconteça uma avaliação prévia por um profissional de saúde capacitado para ver se a mulher pode se exercitar de maneira segura, uma vez que há certas contraindicações¹⁵. Todas as mulheres que não apresentem contraindicações devem ser incentivadas a realizar atividades físicas que sejam, preferencialmente, de intensidade regular e moderada, sendo adequadas ao período gestacional e às condições de saúde que apresentam, bem como na experiência que têm em praticar exercícios físicos e nas suas necessidades (CASTRO, 2009; PRADO et al., 2013).

Assim, conforme apontam Gouveia et al. (2007, p.213):

(...) parece-nos fundamental o papel dos profissionais de saúde na educação, não só das grávidas mas também da população em geral, para promoção de estilos de vida saudáveis como a prática de exercício físico regular. Na gravidez é importante informar as mulheres de forma a reforçar os aspectos benéficos do exercício físico no bem estar da grávida e do futuro bebê, na tentativa de incentivar para o início e manutenção da prática de atividade física regular.

Além dos exercícios físicos, o sono, a ingestão de água e a alimentação saudável foram citadas como práticas de cuidado à saúde na gestação. Em relação à alimentação, foram mencionados alimentos a serem evitados (fritura, doce, chocolate) e outros indicados para consumo (mais naturais, frutas, legumes e verduras), como apontam as falas a seguir:

Se alimentar bem, dormir bem né. Eu acho que frutas, verdura, não comer muita besteira né (risos)... (Malva – E)

Alimentação né, a forma como você se alimenta... Prestar atenção nos alimentos, procurar comer coisas mais naturais, frutas, legumes e verduras... E evitar ficar comendo assim essas porcarias, fritura, doce, chocolate, aquelas coisa assim que entre aspas é mais rápido, mais prático né, evitar porque isso aí é gostoso no momento né, mas com o tempo vai afetando... Acaba não sendo tão bom assim pra saúde... (Valeriana – R.C.1)

Tomar bastante água... Beber bastante água, limpa, faz bem... Bebida em si eu acho que quanto mais natural, o suco natural, tudo natural possível, evitando também o açúcar, aquela coisa e tal... Nada de artificial assim, que também não vai fazer bem pro neném. (Valeriana – E)

¹⁵ Não abordaremos no texto todos os casos em que há contraindicações. Para quem quiser se aprofundar, indicamos a leitura de “Gravidez e Exercício” de Lima e Oliveira (2003).

Os relatos acima indicam que elas têm conhecimento acerca do que deve ser consumido durante a gestação. Valeriana menciona a alimentação, destacando a necessidade de dar prioridade a alimentos mais naturais, visto que as “porcarias”¹⁶ - apesar de mais rápidas, práticas e gostosas – e os alimentos artificiais não trazem benefícios à saúde, pelo contrário. Outro aspecto mencionado em sua fala é a temporalidade e os efeitos a longo prazo da alimentação, uma vez que as porcarias são gostosas no momento, mas com o tempo vão causando danos ao organismo.

Segundo Penn (2008), uma das tendências mundiais que diz respeito à alimentação é a forte preocupação com uma dieta saudável, com baixas calorias, rica em frutas, legumes e verduras, que proporcione melhor qualidade de vida às pessoas. Com relação à alimentação durante a gestação, o Ministério de Saúde recomenda que sejam feitas alterações na dieta com vistas à saúde do binômio mãe-bebê, uma vez que as necessidades nutricionais aumentam (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o cuidado referente à alimentação destaca-se como essencial para as mulheres no período gestacional que, diante da preocupação com a própria saúde e com o desenvolvimento adequado do bebê, são estimuladas a ingerirem novos tipos de alimentos e fazer alterações em sua dieta. Por outro lado, as mulheres se deparam com novas sensações e passam por mudanças constantes na gravidez, o que influencia diretamente seu apetite e o que desejam consumir, sendo que seus hábitos alimentares são construídos e reconstruídos com base em valores, discursos, crenças, emoções e na experiência cotidiana (SANFELICE, 2013; PENA, COUTINHO, PÉPECE, 2014).

De acordo com Baião e Deslandes (2010, p.3200), em cada fase da vida, “o consumo de alimentos e os modos de se alimentar podem ser influenciados por questões fisiológicas e emocionais, pela cultura, pela situação socioeconômica e nem sempre vão estar de acordo com o conhecimento científico em nutrição”, com o que é ideal e recomendado. Assim sendo, mesmo que durante a gravidez as mulheres estejam cercadas por uma racionalidade técnica, especialmente pelo discurso científico dos profissionais de saúde e do pré-natal, a cultura alimentar também se faz presente, bem como os hábitos e costumes, de forma que o conhecimento em nutrição e a cultura alimentar podem se justapor, contrapor ou conjugar.

Assim, apesar de terem conhecimento acerca da importância de comerem alimentos mais naturais como verduras e legumes - inclusive indicando estes itens como saudáveis - as

16 Mais adiante aprofundaremos a discussão sobre as concepções que as colaboradoras têm acerca delas.

colaboradoras da pesquisa relataram que, na prática, esta ação não é tão simples, envolvendo esforço da parte delas para ingerir tais alimentos, como podemos ver nas falas a seguir:

Eu nunca gostei de legumes, verduras, essas coisas né. Mas agora eu tenho que comer... Eu estou comendo bastante. Ah eu misturo lá com o resto das coisa, enfio na boca... (Sálvia – R.C.1)

Ah eu não como verdura. É muito difícil eu comer verdura. O que eu como só é alface e tomate só e olhe lá ainda. Quando dá vontade só. (Melissa – R.C.1)

Legumes e verduras pra mim também está complicado, mas... Eu estou comendo, mas não tanto... Se eu olhar aquele negócio... Ah... (Risos) eu gosto bastante de alface e rúcula. Mas só. E até couve... Couve eu também gosto... Couve ralada, refogada não. Mais depende... Couve flor, depende do brócolis assim eu... (Valeriana – R.C.1)

Eu não tenho tanto hábito de comer legumes... Porque eu não gosto... Eu já tentei... Hoje em dia a única coisa assim de legumes que eu posso considerar que eu gosto é batata, cenoura... Xuxu nem um pouco, abobrinha não muito... Agora eu estou começando a meio forçar assim, disfarçando, a comer brócolis né, porque dizem que é bom... (Valeriana – E)

Verdura eu não como muito não, agora fruta! Eu não posso passar sem fruta. Agora, durante o dia se tiver mesmo é o dia inteiro comendo fruta: é banana, laranja, é... Maçã, é uva. Tudo o que tiver, vai. (Malva – R.C.1)

De maneira geral, elas demonstraram não gostar deste tipo de alimento e, portanto, não ter o hábito de consumí-los. Quando Sálvia falou que tinha que comer, este ato soa como uma obrigação, que ela precisava se esforçar para conseguir realizar, dizendo que misturava junto com o restante da comida para ser capaz de comer. Melissa disse que comia só alface e tomate e, ainda assim, raramente. Valeriana falou que não gostava nem de olhar para “aquele negócio”, se referindo a legumes e verduras. Malva relatou que não comia muito estes alimentos, dando preferência a frutas.

Estes dados corroboram com os obtidos por Baião e Deslandes (2010), que buscaram analisar práticas alimentares desenvolvidas durante a gestação por mulheres grávidas e puérperas, moradoras de um complexo de favelas do município do Rio de Janeiro. Segundo as autoras, as verduras e os legumes eram pouco consumidos porque não estavam na lista dos alimentos considerados essenciais ou porque as mulheres não gostavam. Porém, quando solicitadas a dar conselhos sobre alimentação, as verduras e os legumes eram sempre indicados como importantes na dieta.

Na pesquisa realizada por Cotta et al. (2009) no município de Teixeira, Minas Gerais, acerca de hábitos e práticas alimentares de gestantes, 71,42% delas relataram ter incluído ou aumentado a ingestão de frutas, legumes e verduras na alimentação por serem mais saudáveis

ao bebê. Sanfelice (2011) investigou sobre saberes e práticas de saúde na gestação e constatou que algumas gestantes aumentaram o consumo destes mesmos grupos de alimentos devido a recomendações sobre sua importância, mas não por terem prazer em comê-los e que seja de seu agrado fazê-lo.

Malva afirmou que não conseguia passar sem frutas, sendo que uma mudança que ocorreu durante a gravidez foi a possibilidade de ampliar o leque de variedades das frutas que consumia, conforme mostra o relato a seguir:

Nos lanches mais é fruta. Banana, laranja, maçã e melancia. Nossa, como eu comi melancia na gravidez. E uva também... Uva, nossa não podia faltar, quando acabava eu já queria logo, eu já ligava pro meu marido e dizia assim: “quando você vier passa no mercado e traz uva pra mim”. Antes da gravidez eu gostava de fruta assim, mas eu comia mais laranja e banana. Essas outras mesmo foi depois da gravidez que eu comecei a comer e aí pronto. Eu nunca gostei de comer muita besteira, tipo chocolate, biscoito, essas coisa, ai... Eu gosto de comer fruta mesmo. Fruta é comigo mesmo. (Malva – E)

De acordo com Sanfelice (2013), este tipo de alimento é considerado mais suave e tolerável no caso de mulheres que sofrem com náuseas e vômitos, como é o caso de Malva, que não passava um dia sem sentir enjoos. Na pesquisa de Baião e Deslandes (2010), as frutas eram mais consumidas (na forma de “vitaminas”, “sucos” ou in natura) do que verduras e legumes e, quando disponíveis, eram escolhidas para os lanches.

Na pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014) sobre o comportamento alimentar de mulheres grávidas e os aspectos culturais envolvidos, as participantes explicaram que passaram a adquirir alimentos mais caros durante a gestação, pensando na qualidade e no que isso poderia refletir em sua saúde e na da criança que está sendo gerada, não havendo muita preocupação em gastar um pouco mais para adquirir alimentos mais saudáveis, por exemplo.

Neste sentido, Malva afirmava que antes da gravidez ela gostava muito de fruta, mas costumava comer banana e laranja, frutas que tem um preço mais acessível. Na gestação, afirmou ter passado a consumir também melancia, maçã e uva, dentre outras, sendo que especialmente a uva não podia faltar e quando acabava ela ligava para seu marido e pedia que ele passasse no mercado para comprar mais.

Outros itens destacados pelas colaboradoras no início desta subcategoria, em relação aos alimentos a serem evitados durante a gestação, foram as “porcarias” e “besteiras”, que se referem a: bala, fritura, bolacha, pizza, lanche, doce, chocolate, refrigerante, sorvete. Sanfelice (2013) também observou que as participantes de sua pesquisa utilizaram os termos porcarias e besteiras e demonstraram saber que é preciso evitar o exagero de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar.

Tais itens alimentares fizeram parte da alimentação cotidiana das colaboradoras da presente pesquisa e foram amplamente consumidos por elas que, apesar de saberem que não se tratava de alimentos saudáveis, comeram tudo o que sentiram vontade, conforme mostram os relatos a seguir:

Ah na gestação eu comia de tudo... Tudo, tudo mesmo... Daí falavam, “isso não pode, não pode”... Mas eu comia tudo, tudo o que eu tinha vontade eu comia. Eu nem ligava que os outro falava que não pode. Mais eu comia, chocolate, refrigerante, bala, não deixava nada pra traz... Fritura eu comia também, eu não ligava não... Aqui não tem regra não. A gente almoça, depois que nem agora (por volta das três da tarde), a gente come bolacha, toma leite... O que tiver vai comendo... (risos). Não tem horário. (Melissa – E)

Fruta eu não era muito chegada em comer fruta não. Poucas vezes que eu cheguei a comer, mas não muito. É mais chocolate, besteira mesmo. Legumes e verdura eu também não como muito não. (Melissa – E)

Ó a parte de alimentação eu não fui cem por cento não... Alimentação eu não cuidava não. Eu tinha vontade de comer porcaria eu comia mesmo, nunca fui de comer muito legume, verdura, não... Ah pizza, chocolate, lanche, refrigerante... Tudo. Bala, tudo essas porcaria gostosa. Aí a gente aproveita que está grávida e fala pro marido “ai estou com vontade de tal coisa”... Daí ele vai e faz. Então eu comi bastante porcaria. Bastante! (Sálvia – E)

Não cuido assim como eu deveria cuidar. Mas como porcaria quando tem... Eu gosto de bolacha recheada, de maisena. Assim, salgada eu como. Eu viciiei. Eu janto, eu almoço eu tenho que comer um doce, eu viciiei. (...) Gosto de chupar sorvete. (Calêndula – E)

Fica claro, então, que ter conhecimento acerca do que seria uma alimentação ideal e saudável não implica em colocá-la em prática. Inclusive, um ponto a ser mencionado é que na primeira roda de conversa elas indicaram qual seriam os alimentos a serem consumidos e evitados, afirmando que estavam se esforçando para consumi-los corretamente, possivelmente por quererem dar respostas corretas e por estarem na unidade de saúde. Os relatos de que consumiam as “porcarias” e “besteiras” vieram nas entrevistas, que foram realizadas em suas próprias casas, o que pode ter contribuído para que se sentissem mais à vontade de se exporem, além de já estarem mais familiarizadas com a pesquisadora.

Neste aspecto percebemos a importância de que seja construído um vínculo de confiança entre profissionais e população, uma vez que se a relação é superficial e fria dificilmente haverá abertura para que se fale a verdade, o que de fato é realizado, ficando de um lado os profissionais dando prescrições sobre o que é correto e sobre o que deve ser feito, e de outro as pessoas que continuarão a realizar suas práticas e hábitos conforme estão acostumadas, uma vez que não está havendo diálogo e ressonância entre os sujeitos envolvidos.

Pena, Coutinho e Pépece (2014, p.407/408) afirmaram que as narrativas das gestantes entrevistadas demonstraram que “o conhecimento sobre as questões nutricionais dos alimentos realmente aumentou recentemente, mas, deste ponto até abandonar completamente antigos hábitos de consumo, há um longo caminho, pelo menos no período de gestação”.

Resultados similares foram encontrados por Baião e Deslandes (2010, p.3202) que averiguaram que as mulheres acabavam desenvolvendo preferência por “alimentos e preparações por elas qualificados como “besteiras”, embora reconhecessem que podiam ser prejudiciais à saúde, principalmente por contribuírem para a obesidade. “Besteira” ou “porcaria” era “tudo que engorda e que não é saudável””. Faziam parte dessas categorias: doces diversos, alimentos industrializados, sanduíches, salgadinhos, pastéis, pizzas, biscoitos, os diversos espetinhos vendidos na comunidade, batata frita, alimentos gordurosos etc.

Rito (2004) em sua pesquisa com mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez, também identificou uma preferência por “besteiras”. No estudo de Collaço (2003), os indivíduos entrevistados entendiam que o sentido de “comida” estava relacionado ao que se comia em casa, que fosse saudável e que representasse uma refeição, sendo que os lanches eram geralmente classificados como “porcaria” ou “tranqueiras”, termos estes que remetem a algo sem valor ou mérito nutricional.

Valeriana também faz referência a esta diferenciação existente entre comida - que é saudável e ideal para o corpo - e besteiras, sendo que estas últimas, segundo ela, apesar de serem gostosas e de sustentarem (encherem a barriga), aumentam o peso e representam alimentos pouco ou nada nutritivos, como mostra o relato a seguir:

Ah eu procurei me cuidar assim... Eu procurei não comer muita besteira pra tipo assim, não aumentar o peso né... Porque não é comida né, coisa saudável... Entre um pouco de aspas, é gostoso, meio dá uma escapadinha só que não é bom né... Porque é assim, um alimento que sustenta, mais não te traz nutrições, que é ideal pro corpo.
(Valeriana – E)

Esta problematização acerca do conceito de “comida” também está presente na pesquisa de Baião e Deslandes (2010, p.3202), sendo que a comida saudável, leve e natural estava representada por: “sopas e caldos, arroz e feijão, “miojo sem pozinho”, pão, galinha, frutas, verduras e legumes, reconhecidos como “comida de verdade, que não enche e que é mais nutritiva”, devendo ser preferencialmente consumida por mulheres grávidas”. Apesar de ter sido considerada a mais indicada para consumo, a “comida saudável, leve ou natural” foi quase inexistente nas práticas alimentares, o que sugere uma influência do discurso científico.

Assim, nem tudo aquilo recomendado como “saudável” era de fato consumido pela maioria das mulheres.

DaMatta (1986) afirma haver distinção entre alimento e comida, de maneira que, no Brasil, nem tudo que alimenta é bom ou socialmente aceitável. O alimento é considerado tudo o que pode ser ingerido para manter alguém vivo, enquanto comida é tudo o que se come com prazer. Assim, “a comida envolve um âmbito bem mais amplo, pois revela um estilo, um jeito de se alimentar, um costume cultural, além de auxiliar as pessoas a se identificarem socialmente” (PENA, COUTINHO, PÉPECE, 2014, p.398).

De acordo com Zamberlan et.al. (2009), o consumo de alimentos não se restringe apenas ao suprimento das necessidades fisiológicas. As práticas cotidianas, regionalismos, hábitos e rituais alimentares exprimem simbolicamente a representação do mundo e definem a identidade de um indivíduo e/ou grupo. Além de nutrir, os alimentos possuem significados e símbolos, tendo um papel muito maior do que simplesmente saciar a fome das pessoas, uma vez que representam uma fonte de prazer e gratificações emocionais, sendo um meio de expressar valores e relações sociais.

Para Collaço (2003), comer é uma temática universal por excelência e compreende dois objetivos principais, um de sentido prático, nutricional e fisiológico que visa atender as necessidades do corpo, e outro simbólico, emocional e cultural. Geralmente, as mulheres sentem mais as questões de carência, insegurança, falta de autoestima, podendo compensar essa falta comendo. Em situações que irão assumir novos papéis, como na maternidade, além dos antigos, elas podem também precisar de compensações por meio de prazeres fáceis, como o de comer.

As preferências e hábitos alimentares das gestantes da pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014) estavam muitas vezes carregados de lembranças da infância, como, por exemplo, o tempero inconfundível da mãe e, além disso, as entrevistadas colocaram as comidas calóricas e alimentos não saudáveis como “recompensas”, uma vez que são considerados mais prazerosos. No geral, “o período da gestação revela que os alimentos funcionam como um presente, uma compensação por estar grávida, trazem poder e liberdade de se permitir comer alimentos nunca experimentados, exóticos, gordurosos, doces, etc” (Id. Ibid., p.414).

Em relação às refeições diárias e itens alimentares consumidos em cada uma delas, consideramos que uma ferramenta útil para organizar e auxiliar a visualização seria a tabela. Assim, na Tabela 1 constam os itens alimentares organizados por refeição e na Tabela 2, os itens alimentares organizados por grupos a que pertencem.

Tabela 1: Itens alimentares consumidos por refeição. A frente de cada item se encontra a letra ou sílaba inicial do nome da colaboradora que o mencionou (C: Calêndula, Ma: Malva, Me: Melissa, S: Sálvia e V: Valeriana).

Café da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Janta
Leite: Ma-Me-V-C Chá mate: S Pão francês: Ma-S-V-C Bolacha salgada: Ma-C Bolacha doce: S-V Pão de queijo: S	Arroz: Ma-Me-S-V-C Feijão: Ma-Me-S-V-C Fruta: Ma Carnes: Ma-Me-S-V-C Saladas: Ma-Me-S-V-C Refogados: C	Danone: V Leite achocolatado: Me Fruta: Ma Bolacha recheada: C Bolacha de maisena: C	Macarrão: Ma-C Sopa: Ma

Tabela 2: Itens alimentares organizados por grupos. A frente de cada item se encontra a letra ou sílaba inicial do nome da colaboradora que o mencionou (C: Calêndula, Ma: Malva, Me: Melissa, S: Sálvia e V: Valeriana).

Carnes	Frutas	Saladas	Legumes	Besteiras
Peixe: Me Bovina: Ma-C-V (de panela, moída) Hambúguer: C-V Salsicha: C Linguiça calabresa: V Frango frito: V	Banana: Ma-C Laranja: Ma Uva: Ma Melancia: Ma	Pepino: Ma Repolho Ma-Ca Alface: S-C-V-Me- Ma Rúcula: S-V Agrião: S Tomate: S-C-V-Me Couve: V	Abobrinha: C Xuxu: C Batata: V-Ma Cenoura: V-Ma Mandioca frita: V	Chocolate: Me-S Refrigerante: Me-S Bala: Me-S Fritura: Me Pizza: S Lanche: S-C

No café da manhã, os itens mais mencionados foram leite e pão, seguidos por bolachas salgadas e doces, pão de queijo e chá mate, como mostram os seguintes relatos:

No café da manhã eu não gostava de comer pão, só tomar leite com achocolatado. (Melissa – E)

No café da manhã eu gostava de tomar leite com pão, sou viciada naquele pão massa grossa (francês). Ou então biscoito. Biscoito de sal, porque eu não gosto muito de biscoito doce não... (Malva – E)

No café da manhã eu tomei muito leite, bolacha de maisena, pão... (Valeriana – E)

Ah café da manhã eu gosto de pão. Comia pão normal... Chá mate eu gosto muito também. Comia pão, chá, pão de queijo às vezes... Alguma coisa doce, tipo bolacha recheada (risos)... (Sálvia – E)

No estudo de Baião e Deslandes (2010) o leite de vaca puro era considerado um alimento saudável pelas participantes e, por isso, indispensável ao desenvolvimento das crianças. Em razão das restrições econômicas, somente as primigestas ou aquelas que não

estavam vivendo com os filhos ou outras crianças no domicílio bebiam leite, sendo pouco consumido pelas mulheres, uma vez que era dada prioridade às crianças.

Na pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014), o leite - assim como as frutas - foi considerado alimento imprescindível e essencial para as gestantes, que o consumiram mesmo quando não gostavam, tanto por seus valores nutricionais, quanto culturais. As frutas foram consideradas muito ligadas ao natural, por não serem tratadas, não possuírem conservantes, nem serem industrializada; o leite tinha valor para elas por estar sempre ligado à figura da mãe, da mulher, do universo infantil.

Para Calêndula, durante a gravidez, o café da manhã era essencial, pois, segundo ela, seu bem estar durante o dia todo dependia do que ela comesse nesta refeição: se não comesse nada ou se comesse algo diferente de pão ou bolacha salgada ela vomitava o dia todo. Chegou a mencionar o leite e o café, mas o essencial eram a bolacha e o pão, como mostra seu relato:

Quando eu estava grávida eu tinha que comer alguma coisa de manhã. Aí eu tinha que comer uma bolacha salgada ou comer pão, filão mesmo... Parece que se eu acordasse e eu não comesse nada, ou se eu já comia outra coisa diferente, eu vomitava o dia inteiro. E assim ia. Às vezes podia tomar leite, às vezes não, se não soltava tudo. Conforme comia já soltava. O café eu tomava mais não muito. (Calêndula – E)

No almoço, os itens mencionados por todas as colaboradoras foram arroz, feijão, saladas e carnes, sendo que também foram citadas as frutas e os legumes ou verduras refogados, conforme mostram as falas a seguir:

Arroz, feijão, carne... A minha mãe faz bastante peixe, essas coisa. (Melissa – E)

No almoço era arroz, feijão, uma salada, porque eu não gosto de legumes então comia salada... Salada eu gosto de tudo, alface, agrião, rúcula, tomate. E uma carne, uma mistura... Eu não gosto de nada refogado, também não gosto de legumes. (Sálvia – E)

No almoço variava... Ah é a típica comida brasileira. Arroz, feijão, e... E uma... Carne de panela, ou cozido, sabe coisa assim... Linguíça calabresa com cebola, aquela coisa e tal. Às vezes eu comia coisas fritas, tipo frango, aqueles hambúrgueres, mandioca, batatinha frita... O bom é que assim, a gente come sempre bastante salada... Salada de tomate, couve, aquela rúcula... (Valeriana – E)

No almoço eu gostava de comer bastante arroz com feijão e fruta. Não era muito fã de carne não, mas quando eu comia preferia comer carne de gado... (...) Salada, a única salada que eu gosto é do pepino e do repolho... É a única que eu gosto. Alface eu comia porque o meu marido ficava brigando comigo, mas não que eu gostasse. (Malva - E)

A pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014) também confirmou que o arroz e o feijão são muito tradicionais na culinária brasileira e vistos como essenciais, por serem

considerados alimentos que “sustentam”, não podendo faltar na principal refeição do brasileiro, que é o almoço. Para as participantes, o arroz e feijão representaram alimentos que dão substância, segurança, dando a sensação de saciedade por um maior período de tempo. Neste sentido, há uma influência simbólica e cultural que permeia o consumo de alimentos por gestantes.

Calêndula relata mudanças nos hábitos alimentares que tinha antes de engravidar devido às náuseas que sentia, deixando de comer alguns alimentos que antes comia. Um hábito que foi modificado, por exemplo, foi o de colocar a calabresa no feijão, pois na gravidez o cheiro a incomodava muito, como mostra seu relato a seguir:

Aí tinha coisa que eu já não comia mais, aquelas costela com gordura, eu gosto mais já não comia... Calabresa também não comia... Porque no começo quando eu casei, eu cozinhava muito feijão com calabresa, essas coisa... Aí grávida, nossa, o cheiro me intoxicava. Tinha vez que eu estava almoçando ou jantando assim aí não dava tempo de eu levantar dali pra ir no banheiro... Daí eu parei, nunca mais coloquei. (Calêndula – E)

Pena, Coutinho e Pépece (2014) concluem seu artigo afirmando que as mudanças alimentares, bruscas ou não, de hábitos ou de gostos, ocorreram com todas as participantes, sendo que os aspectos culturais tiveram grande influência neste processo.

Por outro lado, ao invés de ser um momento de mudar hábitos ou gostos, há pessoas que gostam de preservar sua alimentação tradicional por muitos motivos, como apreciação do sabor, hábito, conveniência, acessibilidade (CÂMARA CASCUDO, 1983). Malva, por exemplo, preferiu manter sua alimentação costumeira, à qual já estava acostumada e habituada, optando por não comer muitas coisas diferentes, como podemos ler a seguir:

E eu não comia muita comida assim diferente... Eu costumava mesmo era comer mesmo só meu feijãozinho, meu arrozinho, minha carniha, alguma saladinha e só isso, que era pra não... Eu não gostava de comer comida diferente né. (Malva – E)

Na janta, Calêndula e Malva mencionaram o macarrão, tanto na forma de sopa como com molho de tomate. Sálvia afirmou que não ter o hábito de jantar, uma vez que costuma comer lanche ou pizza, denominados de “porcaria” por ela e também por Calêndula, como podemos ver nas falas a seguir:

E de janta... Macarrão! Nossa, como eu gostava de comer macarrão! Eu gostava de fazer a sopinha de macarrão com frango ou então carne moída. Aí eu jogava cenoura, batatinha... Hum... Até só ele mesmo com um molhinho de tomate assim por cima... Nossa, eu dou valor demais no macarrão (Malva – E)

Macarronada, eu adorava comer macarrão. Comi bastante macarrão... Comia bastante porcaria assim também, lanche, essas coisa... Era difícil, mas comia... (Calêndula – E)

Na janta era porcaria, não era todo dia, mas na janta era porcaria... Eu nunca fui muito de jantar. Tipo, eu fazia um misto quente, comia o que tinha em casa, isso quando não era o dia de pedir um lanche, uma pizza, alguma coisa assim eu me virava em casa mesmo. (Sálvia – E)

Nestes relatos, novamente as “porcarias” se fazem presentes, apesar de parecer contraditório, uma vez que as colaboradoras da pesquisa demonstraram saber que elas não fazem bem à saúde e, além disso, na gestação os médicos, familiares e amigos vigiam mais a alimentação das gestantes, que também costumam se preocupar mais com a própria saúde (PENA, COUTINHO, PÉPECE, 2014).

Um caso em que os familiares vigiaram a alimentação foi o de Valeriana, que a sogra, sabendo que ela não gostava muito de legumes, fazia comidas cozidas, com bastante couve-flor ou abobrinha, justamente para que Valeriana comesse. No entanto, ela falou que comia somente uma colher para dizer que comeu, mas depois, à noite, matava a fome com leite, conforme podemos ler em sua fala:

Então minha sogra sempre fazia assim coisa cozida, com bastante abobrinha, bastante couve-flor cozida... (...) Às vezes tinha só realmente legumes, porque ela (a sogra) fazia mesmo pra isso, o que que eu fazia? Eu até comia, mas assim... Uma colherzinha de nada, só pra dizer que eu comi mesmo... Só que depois à noite vinha no leite! Tomava bastante leite. E não tinha vontade de comer... Eu não tenho tanto hábito de comer legumes... Porque eu não gosto... (Valeriana – E)

No relato acima, Valeriana afirmou não ter o hábito de comer legumes e, anteriormente (nas falas sobre a refeição do almoço), mencionou comer fritura, descrevendo como um hábito que adquiriu de sua família:

É da minha família esse hábito de comer fritura, comia com bastante frequência, umas três vezes na semana... Mas assim, eu fiz também o exame de colesterol né, graças a Deus não deu nada. Depois que a gente tem que a gente fica meio assim né. (Valeriana – E)

Valeriana demonstrou não sentir necessidade de mudar este hábito visto que fez exame de colesterol, cujos resultados foram normais. Pelo seu discurso, ela não pretende mudar até que seja diagnosticado através de exames laboratoriais e médicos algum problema ou desequilíbrio de saúde. Porém, muitas vezes quando o problema é diagnosticado o hábito já está por demais estabelecido, sendo difícil modificá-lo ou, se necessário, abandoná-lo.

Segundo Câmara Cascudo (1983), a alimentação do povo brasileiro é, em grande parte, determinada pelo paladar. A primeira cultura a ser aprendida é, geralmente, a pertencente ao grupo familiar. Assim, provavelmente, o consumo de determinados alimentos durante a gravidez se deve, em parte, a uma herança cultural familiar.

Outro fator vinculado à alimentação e gestação são os desejos das grávidas. Calêndula e Valeriana relataram ter sentido desejo de certos alimentos, como jaboticaba, pizza hut e nescau ball, como podemos ler a seguir:

Às vezes eu tinha vontade das coisas, mas a gente não tinha dinheiro... Eu trabalhava na pizza hut, aí eu fiquei com vontade, mas meu marido falou “ai amor, nós não temos dinheiro”... Aí passou umas duas semana ele falou “põe uma roupa bonita que nós vai dar uma volta”... Eu coloquei... Aí ele “ai nós vai comer pizza hut”. Aí eu “ai filho da mãe!”... Aí nós foi... Nossa, daí você come com gosto né! (Calêndula – E)

Eu fiquei com vontade de duas coisas: uma foi aquela fruta jaboticaba, e a outra foi aquelas bolinha de nescau ball. Não tem mais essas bolinha gente, pelo amor de Deus... Só tem em cereal agora... Eu fui em todo o lugar que você imagina... Todo mundo falava “ai, saiu de linha, ai não fabrica mais”... Mas a jaboticaba daí meu marido foi lá e comprou. (Valeriana – E)

Para desvendar o que está por trás dos desejos de gestantes por certos alimentos, podemos levar em consideração que “o aprendizado cultural, a transmissão dos valores, crenças, hábitos e costumes é realizada além da família, pela comunicação de massa, pelas várias instituições e grupos sociais que o indivíduo frequenta” (GADE, 1998, p. 206). No caso de Calêndula, ela frequentava a pizzaria Pizza Hut, pois trabalhou lá durante um período de tempo. Mas, conforme ela menciona em seu depoimento, ela não tinha dinheiro para comprar, uma vez que o preço das pizzas são altos e estavam fora do alcance de seu orçamento familiar. Então, durante a gestação, ela sentiu desejo de comer esta pizza e seu marido conseguiu viabilizar a realização do mesmo. Já Valeriana não conseguiu realizar seu desejo de comer Nescau Ball, uma vez que o produto havia saído de linha.

Na pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014) quando as participantes foram questionadas sobre quais desejos sentiram durante a gravidez, algumas respostas foram mais tradicionais, outras mais exóticas, mas todas concordaram que é algo inexplicável e que se torna uma necessidade naquele momento.

Paim (1998) identificou que os alimentos que causaram desejo nas participantes de sua pesquisa não foram exóticos ou incomuns ao cotidiano destas mulheres, citando-se, como exemplo: goiaba, pão com margarina e chá preto. Em geral, o que foi percebido foi o aumento do consumo. Apenas uma informante afirmou ter comido cera e tijolo.

Melissa também afirmou ter sentido desejo de comer areia e comeu, uma vez que seu namorado lavou e peneirou para que ela comesse um pouco:

Eu fiquei com desejo de comer areia. Eu não comia sempre. Mas eu comi um pouquinho. Ele (namorado) lavou a areia, coou e trouxe pra mim na mão. Eu fiz uma vez isso só, mas toda vez que eu via areia eu ficava... Ai, sabe? Com vontade. (Melissa – R.C.2)

Este desejo de ingerir substâncias não alimentares é definido como picamismo ou picamalácia, um fenômeno que não está limitado a uma área geográfica, raça, crença religiosa, cultura ou sexo, mas é mais comum em indivíduos portadores de doenças mentais, crianças e gestantes. Geralmente, na gestação, a pica é causada por deficiência de micronutriente, podendo também ser explicada pela maior sensibilidade da mulher a infecções parasitárias em decorrência da mudança hormonal. Dentre os tipos de picamalácias, as mais conhecidas são a geofagia, caracterizada pela ingestão de argila e tijolo; a pagofagia, ingestão de grande quantidade de gelo e a amilofagia, consumo de sabão em pedra. A amilofagia e geofagia são associadas com deficiência de ferro, anemia e morbidades gastrointestinais (YOUNG, 2010; SANTOS et al., 2013)

As gestantes entrevistadas na pesquisa de Pena, Coutinho e Pépece (2014) consideraram que a alimentação saudável é um ponto muito importante e que deveria ser mais destacado do que já é na mídia, porém, não conseguiram seguir estes hábitos mais corretos, o que corrobora com a presente pesquisa, uma vez que as colaboradoras sabiam o que deveriam comer e o que deveriam evitar, mas, não colocaram em prática.

Este fato pode ser decorrente do fato de elas saberem o que deveriam ou não ingerir, por terem ouvido dos familiares, colegas ou profissionais de saúde, mas não entenderem exatamente a função destes alimentos em seu corpo, o que o consumo deles acarreta para sua saúde e o que a deficiência de certos nutrientes pode causar, já que, muitas vezes, há uma abordagem superficial destes assuntos por parte dos profissionais de saúde, mediante prescrições do que deve ser ingerido ou evitado ou ainda, realizando explicações baseadas em termos técnicos ou biológicos, que dificilmente são compreendidos pela população.

Outro aspecto abordado por Baião e Deslandes (2008, 2010) é que é fundamental evitar que a subjetividade e a cultura alimentar sejam interpretadas pelos profissionais do conhecimento biomédico como saber desqualificado e(ou) falta de informação sobre alimentação. Assim, a abordagem e o entendimento sobre as práticas alimentares necessitam do trabalho multiprofissional e do estabelecimento de relações cujo vínculo e confiança sejam

considerados pilares da assistência no pré-natal, que deve estar voltada para aumentar a autonomia e o autocuidado das mulheres. A escuta compreensiva e autêntica de suas narrativas, bem como de suas demandas objetivas e subjetivas implica uma negociação em substituição à imposição, de um plano de atendimento que seja socioculturalmente sensível são elementos fundamentais para a realização de uma prática verdadeiramente comprometida com a promoção da saúde e da vida.

5.2.3. *Convivendo e superando incômodos da gestação*

Apesar de a gravidez ser, normalmente, um período saudável e natural da vida da mulher, algumas vezes podem surgir desconfortos e incômodos. Nesta subcategoria, serão abordados os incômodos sentidos pelas colaboradoras, bem como as formas de alívio por elas utilizadas. A fim de melhor organizar os dados optamos por, inicialmente, apresentarmos todos os desconfortos mencionados para, logo depois, nos aprofundarmos em cada um deles, buscando elucidar os motivos para que eles aconteçam na gestação e, então, apresentar as formas de alívio utilizadas.

Todas as colaboradoras da pesquisa chegaram a sentir algum incômodo físico durante a gestação, sendo que os mencionados foram dores de cabeça, nas costas e nas pernas; cansaço, lentidão e sensação de estar “pesada”; falta de ar; queda de pressão; azia; enjoos e vômitos; insônia; dificuldades para andar, levantar, comer e dormir.

A gravidez é uma condição especial de saúde que traz diversas modificações ao organismo materno, que passa por transformações orgânicas, hormonais e psicológicas, as quais são inerentes ao ciclo gravídico-puerperal. Acontecem alterações nos órgãos pélvicos, envolvendo o aumento gradativo do tamanho do útero - que passa a receber um maior aporte sanguíneo e circulatório - e, conseqüentemente, há uma realocação dos outros órgãos para cima e para os lados na cavidade abdominal. Em decorrência deste crescimento uterino, há mudanças no centro gravitacional, que geralmente é deslocado para frente, exigindo compensações posturais para dar equilíbrio e estabilidade, que podem levar ao surgimento de desconfortos (GIEHL et al., 2011; DE AQUINO, 2011)

Um desconforto bastante mencionado pelas colaboradoras foi na hora de dormir, por ser difícil achar uma posição confortável, por terem que se levantar diversas vezes para ir ao banheiro fazer xixi e ainda por sentirem muita sede, tendo que ir buscar mais água, sendo que uma estratégia utilizada por Melissa era ter uma garrafa cheia de água próxima à cama, como podemos ler nas falas abaixo:

Desconforto também na hora de dormir, porque daí a barriga incomoda muito, não tem posição... (Valeriana - E)

Ah porque eu (antes da gestação) costumava dormir de bruço né... E com a barriga já não dava mais né, tinha que dormir de lado, daí não dormia direito porque dormia de lado. E também tinha que levantar toda hora pra ir no banheiro, pra beber água. Dava muita sede em mim... Na madrugada... Aí tinha que levantar toda hora e enchia de novo a garrafinha. E ia no banheiro toda hora, fazia xixi bastante. Porque dá bastante vontade né... Nossa. Aí nisso daí já perdia o sono já né... (Melissa – E)

Balaskas (1999) afirma que durante a gestação, especialmente nos últimos meses, existe uma maior dificuldade em encontrar uma posição confortável para dormir à noite e, além disso, pode ser necessário se levantar frequentemente para urinar, uma vez que o aumento do tamanho do útero empurra a bexiga, diminuindo o espaço para armazenar o xixi.

Todas as colaboradoras da presente pesquisa relataram que tiveram que adaptar a forma de dormir, uma vez que gostavam muito de dormir de bruços, com a barriga voltada para a cama, e com o crescimento da barriga tiveram que experimentar outras posições, passando a dormir de lado, de barriga para cima e, até mesmo, sentadas na cama, de acordo com os relatos abaixo:

Agora, o desconforto pra dormir minha mãe disse que sentava, que ela dormia mais sentada assim... Daí dava pra respirar melhor. Mais se ela deitasse não dava não. (Sálvia – E)

Ah eu dormia sentada (risos), gente, eu dormi muito sentada... Eu botava umas almofada assim no espelho (na cabeceira) da cama e ficava mais relaxada... Dormiiii... Era como eu dormia. Às vezes dormia de lado, aí tirava uma soneca, aí virava pro outro lado. (Malva – E)

De lado... Sempre assim, sempre do lado esquerdo né, que dizem... Eu lembro que era um lado que não podia muito. Eu lembro que era o direito se eu não estou enganada, que falam que não é muito bom... Eu lembro que eu dormia no lado oposto. E intercalava com a barriga pra cima... Dormia de barriga pra cima, voltava de lado... E era esse jogo a noite inteira. Mais a posição mais gostosa e que eu senti falta era de bruço... (Valeriana – E)

Também tive que acostumar a dormir de lado... E dormir com o travesseiro na perna, não perdi a mania, acostumei... Eu colocava o travesseiro na perna que melhorava a azia. Agora não tiro mais... (Calêndula – E)

Dentre os motivos apresentados por elas para estas mudanças de posição figuraram a respiração, que, na opinião da mãe de Sálvia, era dificultada quando ela se deitava de barriga para cima e facilitada quando ela se sentava. Neste aspecto, podemos perceber o aprendizado que existe em âmbito familiar, através da partilha de experiências. A posição sentada também foi descrita por Malva, por permitir que ela relaxasse mais e dormisse mais profundamente.

Valeriana fez menção a um saber acerca da posição de dormir, afirmando que procurava dormir sempre do lado esquerdo uma vez que tinha ouvido que dormir sobre o lado

direito não era muito bom. De fato, quando a mulher se deita do lado esquerdo a circulação sanguínea é facilitada, de forma que o sangue flui melhor pelo cordão umbilical, enviando mais oxigênio e nutrientes para o(a) bebê. Quando a mulher está deitada sobre o lado direito e, principalmente, de barriga para cima, o útero gravídico comprime a artéria aorta e a veia cava, os principais vasos que transportam o sangue do coração para o corpo e vice versa, causando mal estar e falta de ar (REBERTE; HOGA, 2009).

No relato de Calêndula, outra prática foi citada: dormir de lado, com o travesseiro entre as pernas. O que é bastante interessante é que uma única prática pode trazer conforto para a mulher em diferentes aspectos, pois além do conforto para o momento do sono em si e de contribuir para um melhor alinhamento da coluna, ela sentia que dormir com o travesseiro desta forma trazia alívio para a azia também. E uma vez que ela se adaptou com o hábito de dormir nesta posição, este permaneceu mesmo depois de sua filha já ter nascido.

Em relação a este aspecto, percebemos que muitos aprendizados se constroem e se validam na prática, através de tentativas de minimizar os desconfortos e de ir encontrando estratégias que propiciem alívio e contribuam para o bem viver. Assim, é muito única e individual cada forma de alívio, sendo que pode ser considerada boa por uma mulher e não por outra e, além disso, pode também não ser reconhecida cientificamente. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde respeite estas práticas e saberes, não desvalorizando-as ou desvalorizando-as.

Além da azia e da dificuldade na hora de dormir, Calêndula mencionou outros desconfortos, afirmando que sentia dificuldades para se alimentar, tinha queda de pressão, dores de cabeça, enjoos, afirmando ter vomitado a gravidez inteira, passando mal todos os dias, como podemos ler a seguir:

Eu passava mal todo o dia. Até pra comer é ruim às vezes, o cheiro é ruim, às vezes passa mal... Eu vomitei muito dela a gravidez inteira... Tinha queda de pressão... Quando caía minha pressão, era esperar um pouco, ou dava dor de cabeça porque de noite eu tinha muita azia, eu vomitava muito, aí às vezes eu não conseguia dormir, porque você fica lá naquele sai, não sai... Tive enjoo bastante... (Calêndula – E)

Uma possível explicação para a azia é que os hormônios produzidos durante a gravidez causam um relaxamento na válvula entre esôfago e estômago, de forma que os ácidos gástricos e os alimentos podem voltar, irritando o revestimento do esôfago e causando uma sensação de dor e queimação peito. A pressão do útero em crescimento sobre o estômago – que está trabalhando em ritmo mais lento - pode acentuar os sintomas, principalmente nos últimos meses. A azia costuma ocorrer depois das refeições, podendo estar relacionada à

alimentação inadequada, aos hábitos de: comer depressa, mastigar pouco, ingerir líquidos durante as refeições e/ou se deitar logo após se alimentar. No entanto, a azia também pode ter origem emocional, podendo ser um reflexo de ansiedade, por exemplo (BALASKAS, 1999; REBERTE; HOGA, 2009).

Um pouco de ansiedade na vida diária é normal, especialmente durante a gravidez, que pode ser caracterizada como um momento de crise, que envolve transformações e adaptações, como discutido anteriormente. Porém, sentimentos de incerteza, insegurança, preocupação ou medo persistentes devem ser levados a sério, uma vez que a ansiedade pode desencadear inúmeros sintomas, inclusive dores de cabeça, tensões musculares, problemas digestivos, erupções de pele, insônia, depressão, palpitações no coração, ataques de pânico ou fobias. A causa da ansiedade pode estar relacionada “a experiências passadas, acontecimentos ou conflitos atuais ou incertezas quanto ao futuro” (BALASKAS, 1999, p.69).

Diante destes argumentos, explícito que os desconfortos não podem ser encarados a partir de um único ponto de vista, levando em consideração apenas os aspectos físicos, uma vez que estes incômodos podem ser decorrentes de diversas outras causas – que muitas vezes não são vistas como relevantes – como fatores emocionais, psicológicos, hábitos inadequados. Para Barros (2002), ainda que muitos profissionais de saúde admitam a influência destes fatores e os identifiquem, na maioria das vezes não se sentem capacitados para abordá-los e trabalhar com eles, tendo dificuldades para incorporar estas questões no diagnóstico e no programa terapêutico.

Porém, segundo Minett (2001, p.98), estudioso da respiração como uma técnica de cura, durante as últimas décadas, diversos médicos estão buscando “alternativas que desenvolvam o potencial do homem em harmonia com a natureza. Esses métodos de cura se baseiam numa abordagem holística, em que toda situação na vida do paciente é avaliada antes que se faça o diagnóstico”.

Para citar apenas um exemplo dessa busca são médicos que se especializam em acupuntura:

uma prática fundamental da medicina tradicional chinesa que busca equilibrar o organismo por meio de agulhas especiais em pontos específicos da pele. Usadas há mais de 4000 anos no oriente e muito praticada no ocidente, esta técnica está baseada no conhecimento dos meridianos – ou canais de energia que existem no corpo, passam pelos órgãos e vão para a pele. Foram mapeados pontos que existem no caminho dos meridianos e que podem ser alcançados por agulhas. (...) A sua utilização em gestantes está voltada à redução de náuseas, vômitos e desconfortos musculares. (REBERTE; HOGA, 2009, p.41).

Outra prática que é bastante simples, acessível e que pode contribuir com a diminuição de diversos desconfortos, inclusive os mencionados por Calêndula, é a respiração profunda ou completa, que proporciona calma e tranquilidade à pessoa, sendo que a concentração no ritmo respiratório a auxilia a prestar atenção em seu corpo e também às suas emoções. Atualmente, é muito comum que não façamos uso de nossa capacidade respiratória total, não prestando a atenção devida a nossa respiração, que geralmente é superficial e curta, desencadeando estados de ansiedade e agitação. Sendo assim, a respiração é afetada pelas emoções, mas também as afeta diretamente (REBERTE; HOGA, 2009).

Calêndula afirmou ser muito agitada, reconhecendo que não conseguia ficar sem fazer faxina, por exemplo, quando percebia que algo estava sujo, como indica sua fala a seguir:

Igual, eu sou muito agitada, eu vou fazendo... Tem dia que eu vou fazendo faxina, se eu ver que aquilo ali está sujo, eu não consigo. (Calêndula – E)

Para os desconfortos que sentia, o recurso encontrado por ela era parar tudo o que estava fazendo, se deitar e ir descansar. Ela também mencionou o banho como uma prática que trazia alívio, bem como ficar sozinha, como podemos ler a seguir:

Aí eu levantava muito cedo, doía a minha cabeça. Aí eu deitava um pouquinho, você tira um cochilinho daí já... Já vai de novo. (...) Tinha dia que caía a minha pressão eu tinha que tomar banho. Se caía a minha pressão eu tinha que deitar. Tinha vez que não dava assim nem pra você tomar banho... Tinha vez que tinha que deitar logo, se não você caía. Eu tinha que deitar, ficar lá um pouco, ficava, ficava... Sempre que eu passava mal eu ficava deitada lá um pouquinho, sozinha, passava. Eu não ficava fraca não. (Calêndula – E)

Ainda que a pressão baixa seja frequentemente associada a boa saúde, uma queda repentina pode causar desmaio ou tontura. Desmaiar é bastante comum no início da gravidez, quando o relaxamento das paredes musculares das veias pode fazer com que o sangue se concentre nas pernas e o cérebro receba pouca oxigenação. Os desmaios podem estar associados a ficar em pé por muito tempo ou após um banho quente; uma mudança repentina de posição ou calor extremo (BALASKAS, 1999).

Assim como Calêndula, Malva afirmou ter sentido enjoo durante toda a gestação, destacando este desconforto como a pior parte da gravidez, por sentir vontade de comer e não poder, pois, quando estava se sentindo mal, se comesse, vomitaria tudo, conforme indica seu relato a seguir:

Eu também tinha, muito, muito enjoo... Gente como é ruim! Acho que a parte mais ruim da gravidez é o enjoo... É muito difícil! A gente tem vontade de comer e não come... Tudo que comer vai pra fora... (Malva – E)

Enjoos e náuseas, também conhecidos como “doença matinal”, e um pouco de vômito, são sintomas normais no início da gestação. A mulher pode sentir enjojo acompanhado de cansaço e letargia em horários diferentes do dia, mas geralmente os sintomas desaparecem após os três primeiros meses. Porém, em alguns casos, - como nos de Calêndula e Malva - os sintomas podem continuar durante toda a gravidez. Apesar de as causas não serem completamente conhecidas, acredita-se que alguns fatores que contribuem são: baixo nível de açúcar no sangue, pressão baixa, mudanças hormonais, ambivalência emocional acerca da gravidez, alimentação deficiente, intervalos longos entre uma refeição e outra, excesso de alimentos refinados, condimentados ou gordurosos e a pressão do útero em crescimento no estômago (BALASKAS, 1999).

Dentre as formas de alívio por elas encontradas figuraram as escolhas alimentares – seja de comer ou não comer, seja do que comer -, mas algumas das colaboradoras afirmaram crer que não havia nada que pudesse ser feito para aliviar e que não tinha remédio, como podemos ler nos relatos abaixo:

Eu não comia! Porque eu era assim, quando eu via a comida, só pelo cheiro eu já sabia se eu ia comer, ou se eu ia botar pra fora, aí eu nem comia... (Malva – E)

Você levanta, você come, tudo o que você puder comer de manhã você come... Tipo, se eu comia pão assim eu ficava bem o dia inteiro, se eu não comesse pão, ficava mal. Da azia não tinha o que diminuir... Nossa, não tinha, enquanto eu não vomitava, não parava. Não tinha o que fazer. (Calêndula – E)

O enjojo acho que não tem como aliviar... Até os três primeiros meses a maioria fala que sente sem parar. Come já vomita, não tem remédio, não tem nada que passe. (Sálvia – E)

Malva destacou a importância do olfato na escolha do que comer ou não comer, indicando que este sentido da mulher pode ficar bastante aguçado durante a gestação. Segundo ela, só pelo cheiro ela sabia se era algo que lhe cairia bem ou se seria indigesto e ela vomitaria. Anteriormente (na discussão acerca de alimentação) há um relato de Calêndula afirmando que modificou um hábito alimentar devido ao olfato: antes de engravidar ela costuma colocar calabresa no feijão, sendo que durante a gravidez ela não suportava sentir o cheiro, que lhe causava náuseas.

Calêndula ressalta a importância do café da manhã, enfatizando a necessidade que sentia de comer pão, o que era um fator determinante no seu bem estar ao longo do dia. Balaskas (1999) e Reberte e Hoga (2009) também afirmam que comer uma bolacha de água e sal, pão ou torrada em jejum pode diminuir as náuseas, uma vez que os alimentos secos geralmente ajudam na absorção do líquido estomacal, aumentado por sua maior atividade.

Outras dicas sugeridas pelas autoras para minimizar os enjoos são: caminhar ao ar livre por volta de aproximadamente uma hora por dia, respirando profundamente; dividir a alimentação do dia em pequenas porções; se alimentar meia hora antes de dormir de um lanche leve e rico em proteínas, uma vez que esta ação auxilia que o nível de açúcar no sangue não caia muito durante a noite; procurar se levantar da cama gradual e lentamente.

Três colaboradoras chegaram a tomar medicamentos para tratar os enjoos. Malva afirmou que sabia que a sensação desconfortável era passageira e, portanto, na maioria das vezes, optava por não tomar medicamentos, exceto quando o enjoo estava muito forte. Calêndula fez menção ao medicamento Dramin, que o médico receitou para ela, porém, em sua opinião, ele dava muito sono, o que a incomodava, fazendo com que ela optasse por não utilizá-lo mais. Já Melissa afirmou que fazia uso de medicação e recorria aos serviços hospitalares, mas relatou que os efeitos não eram muito eficientes, como podemos ler nas falas abaixo:

Elas passaram remédio (para enjoo), só que eu não tomei... Aí eu não tomava. Aí eu sentia os enjoos, mas eu sabia que ia passar e não tomava. Era difícil eu tomar... Eu só tomava mesmo quando estava bastante forte os enjoos... Aí eu tomava, mais era muito difícil eu tomar... (Malva – E)

Pra enjoo o médico passou o Dramin né, mas me dava muito sono... Acho que eu tomei uma vez... Dava muito sono. Daí eu não tomava ele... (Calêndula – E)

Eu tomava. Dramin não resolvia pra mim. Eu tomava... Acho que era... Ai eu esqueci o nome, acho que era... Voltare... Que o médico passou pra mim... Não são todos os remédios né que pode tomar né. Além disso, ia no hospital. Nem adiantava né, porque eles dão soro lá na gente. Passa na hora. Depois chegava em casa... No outro dia já começava tudo de novo, nem adianta. (...) Aí chegou uma hora que eu nem ia mais, ficava em casa mesmo porque não adiantava. Ia no médico e voltava do mesmo jeito... (Melissa – R.C.1)

A partir do relato de Melissa acerca do hospital e soro contendo diversos medicamentos, ficam perceptíveis as limitações da medicina, sendo que os desconfortos foram apenas momentaneamente diminuídos, fazendo com que Melissa inclusive desistisse de procurar estes recursos e optasse por ficar em casa, diante da ineficácia dos mesmos. Acerca deste fato podemos elaborar algumas considerações. Segundo Tesser (2006) e Barros (2002), há o fenômeno da medicalização social, que envolve uma hipervalorização das funções que os medicamentos podem vir a desempenhar, gerando a falsa ideia de que para todo e qualquer problema, independente de sua gravidade ou causas, há uma solução medicamentosa.

Além disso, os medicamentos alopáticos, que são os amplamente utilizados no sistema de saúde brasileiro, tratam os sintomas, buscando cessá-los e inibí-los, desconsiderando (e porque não encobrendo momentaneamente) muitas vezes as reais causas dos desequilíbrios na

saúde (BARROS, 1997). A fim de esclarecer melhor o conceito de sintoma, citamos Dethlefsen e Dahlke (1997, p.18) que afirmam que:

Aquilo que se manifesta no corpo sob a forma de sintoma é a expressão visível de um processo invisível que pretende interromper através desse seu sinal a nossa rotina habitual, avisar-nos de que há uma anomalia e obrigar-nos a indagar qual possa ser. Seria absurdo procurar suprimi-lo, impedindo sua manifestação, uma vez que o que devemos suprimir não é o sintoma e sim a causa.

É certo que o processo de identificar a causa real do sintoma envolve, por parte do indivíduo que o experiencia, um processo de disposição a olhar para suas questões emocionais, suas relações com os outros e com o mundo, seus sentimentos, preconceitos, anseios e medos, o que não representa uma tarefa fácil, sendo que muitas vezes, é mais cômodo não querer olhar para estas questões e desejar que estes incômodos sejam suprimidos.

Existem diversos livros (inclusive alguns deles disponíveis para download na internet) - dentre eles os do médico Rüdiger Dahlke (1992, 2010) - que apresentam esta visão e esta análise mais profunda e metafísica dos sintomas, sendo que a doença é encarada como um fenômeno repleto de sentidos e significados a serem decifrados, representando um caminho para a alma levar à consciência conflitos não solucionados.

Neste sentido, o ato de vomitar seria uma tentativa de livrar-se das coisas que a pessoa não deseja assimilar e deseja afastar de si, sendo uma expressão de defesa e repúdio. Vomitar seria um sinônimo de não aceitar. Na gravidez, os vômitos podem estar relacionados a uma rejeição inconsciente da criança, do sêmen que a mulher não deseja incorporar, da maternidade e de tantas questões inerentes a esta nova condição (DETHLEFSEN, DAHLKE, 1997).

No estudo de Baião e Deslandes (2010), enjoos e vômitos foram apontados pelas gestantes como motivos para falta de apetite, perda de peso e de sofrimento, associando esses sintomas ao fato de terem ficado deprimidas com a gravidez, sendo que a intensidade, gravidade e frequência dos vômitos sugeriam um pensamento pré-reflexivo de “jogar para fora, expelir” aquela gravidez. Também houve as que experimentaram enjoos e vômitos, mas encararam bem a notícia de estarem grávidas. Nestes casos, a ingestão alimentar não foi comprometida e não foi dada tanta importância a esses sintomas, para os quais era atribuído o sentido de uma coisa normal para uma mulher grávida, embora tidos como desagradáveis.

Outro ponto a ser abordado mediante as falas anteriormente citadas consiste no fato de as mulheres colaboradoras da pesquisa terem se mostrado insatisfeitas com a eficiência dos

medicamentos que utilizaram ou ainda por terem optado por abandonarem seu uso, escolhas baseadas na desconfiança nestes métodos. Sobre este aspecto:

(...) as vozes de desconfiança em relação a esta medicina moderna, quase onipotente, tornam-se cada vez mais audíveis. (...) Motivos de crítica não faltam – efeitos secundários, mutação dos sintomas, falta de humanidade, custos exorbitantes, para referirmos apenas alguns. Mais interessante porém do que os motivos de crítica propriamente ditos será a existência da crítica em si mesma, uma vez que, antes de se concretizar de modo racional, a crítica responde a um sentimento difuso de que algo falha e de que o caminho empreendido não conduz ao objetivo almejado. (DETHLEFSEN, DAHLKE, 1997, p.11).

Assim, diante deste quadro, é comum que as pessoas busquem maneiras diversificadas de minimizar seus desconfortos, envolvendo práticas que tragam alívio mediante atitudes outras que não envolvam a ingestão de medicamentos. Valeriana nos dá um exemplo dessas práticas, afirmando que quando tinha enjoo e ficava irritada sentia a necessidade de ficar sozinha, ir para frente de sua casa, respirar um pouco até melhorar, como podemos ler em seu relato a seguir:

Quando eu fico com bastante enjoo assim eu procuro ficar sozinha né, que eu fico bastante irritada (...) Tem que ficar lá na frente, tomar um ar, ficar conversando sozinha, depois passa. Nem sempre, mas remédio... Eu tenho medo de tomar remédio. Eu tomo, mas só a vitamina mesmo, por causa de faltar alguma coisa pro bebê assim... (Valeriana)

Muitas vezes, estas opções de recursos são utilizadas no cuidado à saúde, por medo dos efeitos que os medicamentos podem causar, especialmente na gravidez, um momento mais delicado, que envolve o desenvolvimento de uma nova vida. A ingestão de substâncias medicamentosas – algumas são capazes de transpor a barreira placentária - pode ser prejudicial à formação do feto, uma vez que elas podem se acumular em seu sangue por um período prolongado de tempo, visto ele possui uma menor capacidade de metabolizá-los (DO CARMO, 2003; KULAY JUNIOR, LAPA, 2003).

Outro aspecto apontado por Valeriana é a ingestão de um complexo polivitamínico próprio para ser utilizado na gravidez, a fim de oferecer vitaminas, minerais e outros compostos benéficos ao(à) bebê. Esta atitude foi amplamente realizada entre as colaboradoras, por receio de faltar algo para o(a) bebê e/ou por ser benéfico a seu desenvolvimento, como indicam as falas a seguir:

Não, não tomei nada de remédio. A única coisa que eu tomei foi a vitamina Natele, que o médico ginecologista que receitou, que é vitamina pro desenvolvimento do bebê. Foi o único medicamento que eu tomei. (Valeriana – E)
Desde o começo eu tomo só a vitamina. (Sálvia – R.C.1)

Eu não tomo remédio. (...) Eu tomo só a vitamina. (Malva – R.C.1)

Ah se eu falar pra você, acho que eu tomei o sulfato ferroso e o ácido fólico acho que eu tomei... Se eu tomei três meses foi muito... Aí Paracetamol quando eu tinha dor de cabeça eu tomava... A dor de cabeça era sono... De não dormir dava dor de cabeça. Aí eu tomava e às vezes não. Mas eu não tomava muito remédio não. Eu sempre esquecia. E teve uma vez que eu tomei e daqui a pouco eu já vomitei tudo... Aí às vezes é porque eu tava de barriga vazia, aí tipo eu não queria comer, porque se eu comia eu sabia que eu ia vomitar... Aí nem ia mais pegar no posto... (Calêndula – E)

Calêndula não tomou o complexo vitamínico e sim o sulfato ferroso e o ácido fólico, que também estão presentes nos complexos. O sulfato ferroso é indicado para evitar a anemia e auxiliar a produção de hemácias (células vermelhas do sangue), visto que na gravidez o volume de sangue no corpo da mulher aumenta consideravelmente e, na maioria das vezes, uma grande quantidade é perdida na hora do parto. O ácido fólico é indicado nos primeiros três meses de gestação para auxiliar o fechamento do tubo neural e prevenir anomalias (MURKOFF, EISENBERG, HATHAWAY, 2012).

Em relação a outros medicamentos, ela mencionou o paracetamol, que utilizava quando estava com dores de cabeça – cuja causa ela identificou a falta de sono -, mas afirmou que geralmente não tomava por esquecimento ou por ter passado mal após ter tomado, desistindo de usar e deixando de ir buscar na unidade de saúde.

Sálvia relatou ter vivido na gestação um problema de saúde, a laringite, e optou por tratar de forma natural, apesar da dor que sentia, pois na concepção dela, a mulher não pode tomar anti-inflamatório na gravidez. Mesmo o médico tendo receitado um medicamento, ela optou por suportar os desconfortos da dor e da tosse e não utilizá-lo, por medo de acontecer algo prejudicial ao bebê, como podemos ler em sua fala a seguir:

Esses tempo atrás eu tive laringite... Grávida já, e não pode né tomar anti-inflamatório, nada... Eu sofri, mais eu chorava! Doía muito. Aí eu ligava pra minha mãe, ela falava pra eu ficar calma, que ia passar (risos das demais participantes). (...) Eu chorava, tossia, não conseguia parar de tossir... Daí a minha mãe: “Toma limão!”. Daí eu comprei mel, tomei com limão... Nossa! Foi secando minha tosse. Acabou! Mas a dor continuou, daí até sarar a inflamação sozinha. Mais eu fui no médico, ele passou remédio pra eu tomar, mais eu não quis tomar. Fiquei com medo de acontecer alguma coisa com o bebê. (Sálvia)

Apesar de ter afirmado anteriormente que em sua casa ela tratava da saúde com remédios, recorreu a sua mãe, que indicou que cuidasse com limão e mel. Neste sentido, muitas vezes as práticas sugeridas por familiares podem ter mais peso que a prescrição médica, pois existe uma maior relação de confiança e vínculo com os familiares.

Do Carmo e Nitrini (2004), apontam em sua pesquisa acerca da prescrição e uso de medicamentos por gestantes um quadro de medicalização da gestação. No entanto, em nossa pesquisa observamos que apesar de os medicamentos terem sido prescritos e até mesmo adquiridos pelas mulheres, elas raramente fizeram uso dos mesmos, envolvendo motivos como não gostar de tomar remédio, porque sentiam sono ou enjoo quando os ingeriam, ou ainda por evitar ao máximo tomá-los, pois sendo compostos químicos poderiam trazer prejuízos ao(à) bebê.

Em relação a chás, nenhuma delas relatou utilizá-los para fins medicinais, por saberem que há chás que não podem ser tomados na gestação e também por sentirem medo de causar algum mal ao(à) bebê, sendo que apenas Sálvia afirmou tomar chá mate em substituição ao café, conforme mostram as falas abaixo:

Então, eu fiquei com medo desse negócio de chá, tomar chá assim... Porque antes eu estava tomando aquele chá mate ou chá de camomila né, que é bem docinho. Mas não sei aonde que eu vi que tem alguns chá que a gente não pode tomar né. Aí eu já generalizei na cabeça... (Valeriana)

É... Eu já ouvi falar também... Às vezes não pode né... (...) Chá mate eu tomo todo dia. Eu não tomo café em casa... Aí a gente toma chá. (Sálvia)

O boldo dizem que a gente não pode tomar quando está grávida... (Malva)

No estudo de Rangel e Bragança (2009), que buscou analisar representações formadas sobre o uso de plantas medicinais por gestantes, dentre as concepções e motivos mencionados pelas mulheres para que não utilizassem estes recursos estão: compreender as plantas como perigosas ou tóxicas, sendo prejudiciais ao feto; zelar pela gravidez saudável; desconhecer a fitomedicina; seguir as orientações do médico, se preocupando em usarem plantas sem a sua recomendação.

Valeriana mencionou que existem alguns chás cujo uso é desaconselhado na gravidez, devido a potenciais efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos. O governo do Rio de Janeiro fez uma compilação das plantas que são contraindicadas na gestação mediante a Resolução SES/RJ nº1757 (2002).

Como afirmou Malva, realmente deve-se tomar cuidado com a utilização do boldo durante a gestação, uma vez que, de acordo com Pontes et al (2012), experimentos mostraram que o extrato do boldo durante a gestação pode causar alterações anatômicas, bem como atividade abortiva. Embora a concentração dos princípios ativos presentes nos chás seja inferior ao encontrado em extratos brutos, não há consenso sobre a concentração segura a ser utilizada.

Diante disso, a utilização de chás durante a gravidez tem suas restrições, uma vez que cada organismo responde de uma forma, sendo que algumas gestantes podem ser mais sensíveis aos efeitos, ou seja, o grau de toxicidade depende da dosagem e do organismo. Sendo assim, muitas gestantes sentem medo de utilizar estes recursos na gestação. Estes dados também foram encontrados por Sanfelice (2011), que verificou que há gestantes que evitam o uso de certos chás pela preocupação com o risco de aborto, como por exemplo, de canela, cravo, manjerona, malva e arruda.

Além dos desconfortos gástricos problematizados anteriormente, as colaboradoras também se queixaram de dores nas pernas e falta de ar. Em relação às dores nas pernas, nos relatos das mulheres, elas vieram acompanhadas por sensações de peso nas pernas, cansaço, lentidão e de estar mais pesada, conforme lemos a seguir:

Eu sentia muita dor nas pernas... Gente como doía as pernas, ficava muito dolorido mesmo. Eu me sentia pesada, gente, eu descia essa escada, quando era pra subir, eu subia morrendo, aquele peso danado nas pernas, gente do céu. (...) Eu caminhava um pouquinho já ficava faltando fôlego... E eu sentia muita falta de ar né. (Malva – E)

Às vezes você tem dor na perna... Às vezes você sente cansada, quando chega no final a barriga pesa... Parece que não mais a barriga pesa, a gente fica mais lenta, incomoda bastante pra dormir no finalzinho... (Calêndula – E)

Pra andar também, uma andadinha que a gente já dá a gente já cansa... Eu sentia bastante falta de ar... (Melissa – E)

Malva relatou que as dores nas pernas ficavam mais perceptíveis quando ela descia e subia as escadas de sua casa. Quando caminhava, sentia dificuldades para respirar, afirmando que lhe faltava fôlego. Melissa também descreveu sentir cansaço e falta de ar quando andava. A dificuldade para respirar, também conhecida como falta de ar, é comum em gestantes depois de algum esforço físico. No entanto, se a falta de ar ocorrer em outras ocasiões que não estejam associadas a esforços, pode ser um sinal de sobrepeso, de despreparo físico, de anemia ou de alimentação deficiente (BALASKAS, 1999). Coincidentemente ou não, nem Malva nem Melissa faziam exercícios físicos na gestação e, como mencionado anteriormente, eles auxiliam no condicionamento físico, diretamente relacionado à capacidade pulmonar.

Em relação às dores nas pernas e à sensação de peso nas mesmas, segundo Balaskas (1999), em algumas mulheres, um pouco de inchaço é normal durante a gravidez e é causado pelo aumento geral do volume de líquido corpóreo. As partes que normalmente ficam inchadas são os pés, canelas, tornozelos e dedos e, algumas vezes, o rosto. Ficar em pé muito tempo, assim como o calor e o cansaço podem acentuar os inchaços.

Como formas de alívio para estes incômodos, as colaboradoras descreveram a prática de se deitar e colocar os pés para cima, de maneira a reduzir os inchaços e descansar a perna. Malva relacionou que colocar os pés para cima possivelmente reduziria o inchaço por gerar uma melhora na circulação sanguínea, como mostram as falas a seguir:

Pra dor nas pernas, às vezes eu colocava as perna pra cima. Mas não fazia muita coisa não, porque era coisa que vinha... E às vezes a gente é teimosa. A gente está com aquela dor na perna, mas quer fazer as coisa. Era mais colocar para cima mesmo que melhorava. (Calêndula – E)

A dor nas pernas ele (ginecologista) aconselhava a gente a deitar de barriga pra cima, com os pés erguidos pra descansar um pouco a perna. Aí também diminuía o inchaço né. (Valeriana – E)

Que meu pé no finalzinho da gravidez ele inchava bastante! Inchava, até as canela inchava, inchava tudo... E eu ficava, e eu deitava, e pendurava os pés pra cima e melhorava... Acho que é porque a circulação melhorava e as perna melhorava. (Malva – E)

Dentre as práticas sugeridas por Balaskas (1999) para prevenir e diminuir estes desconfortos figuram: beber muito líquido e manter uma dieta saudável, evitando comer em excesso; fazer exercício físico, evitando fazer muito esforço, procurando relaxar e dormir um pouco durante o dia.

Giehl et al. (2011) desenvolveram um projeto de extensão em Cascavel-PR com o intuito de atuar na prevenção e no tratamento de desconfortos relacionados com o período gestacional através da terapia aquática. Durante o período de execução do projeto, as principais queixas relatadas pelas gestantes foram os desconfortos e/ou dores em região lombar, cervical, membros inferiores, quadril e região infra-costal. Também foram citadas queixas relacionadas ao sistema vascular, como o edema, principalmente nos membros inferiores, acompanhado pela sensação de peso nos mesmos. Os resultados mostraram que a terapia aquática atuou positivamente no alívio e melhora dos desconfortos.

O estudo de Prado et al. (2013), que buscou analisar a prevalência dos incômodos presentes na gestação e demonstrar sua relação com a qualidade de vida, desenvolvido com gestantes em acompanhamento pré-natal em Unidade Básica de Saúde de Presidente Prudente-SP, obteve como resultados que 18 das 20 gestantes avaliadas referiram sofrer algum tipo de desconforto durante a gestação. Os locais mais afetados pelos desconfortos foram a região lombar, região anterior da pelve e as pernas, sendo que as dimensões que foram consideradas mais comprometidas foram os aspectos físicos, dor e vitalidade.

Como nos estudos acima citados, na presente pesquisa as colaboradoras também, além das dores nas pernas, relataram ter sentido dores nas costas - denominadas como dores lombares - durante a gestação, conforme mostram as falas abaixo:

Agora, o que mudou pra mim, fora a parte de dentro que tudo tem que se adaptar, mais pra mim foi a barriga, dor nas costas que agora eu sinto e não sentia... É só. (Sálvia – R.C.1)

Também tive bastante dor nas costa. Quando estava sentada, em pé doía... Doía bastante. (Melissa – E)

Nossa, é bem delicado né... Eu acho que assim, na parte física eu acho que a gente tem muito dor nas costas, dor nas pernas... (Valeriana - E)

De maneira geral, as algias da coluna podem ser decorrentes de problemas de ordem postural, devido às atividades diárias; por se sentar, ficar em pé e dirigir em incorretas posições e permanecer nelas por período prolongado de tempo; da forma de trabalho e nível de exercício físico; em razão de comportamentos sedentários; de modificações na estrutura corporal, como a gravidez e obesidade, por exemplo (KNOPLICH, 2003).

A partir do segundo trimestre da gestação, a mulher sofre alterações em sua postura devido o deslocamento do centro de gravidade, o que gera mudanças no equilíbrio corporal, e contribui para o aparecimento de desconfortos ou dores. Lombalgia é uma patologia que acomete a coluna vertebral, especialmente a porção inferior próxima aos glúteos, podendo irradiar desta região para uma ou ambas as pernas. Essas dores lombares, que podem ser leves ou intensas, aumentam principalmente se elas já eram sentidas pela mulher antes da gravidez, sendo que, nestes casos, o fator desencadeante não é a gestação em si. Além disso, esse sintoma pode perdurar no período puerperal e continuar interferindo em sua rotina diária (DE AQUINO et al., 2011).

Dentre alguns estudos que investigaram a prevalência de lombalgia na gestação estão os de Martins e Silva (2005), realizado em Unidades Básicas de Saúde de Paulínia/SP, sendo que o índice foi de 79,8%; o de De Aquino et al. (2011), desenvolvido na Clínica Escola do Centro Universitário de João Pessoa/PB, cujos resultados mostraram que 83,3% apresentaram dor lombar.

Coelho (2006) desenvolveu uma pesquisa com gestantes atendidas por profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza-CE e objetivou caracterizar a lombalgia quanto à frequência, tipo e intensidade, associando-a às atividades da vida diária; verificar as práticas de prevenção realizadas pelos profissionais do PSF e as práticas de autocuidado realizadas pelas gestantes para o controle e alívio da dor. A frequência da lombalgia foi de

74,3%, que predominou à noite e prejudicou o sono. As atividades diárias que agravaram a lombalgia foram lavar roupa, varrer, apanhar objeto no chão, ficar muito tempo sentada, ficar muito tempo em pé, cozinhar e subir ou descer escada.

Dentre as práticas de autocuidado realizadas pelas gestantes para alívio da dor, Coelho (2006) verificou massagem, repouso, compressa de gelo e alongamento. As práticas de prevenção e controle da lombalgia realizadas pelos profissionais do PSF, segundo as gestantes, envolveram as orientações posturais e indicações para realização de exercícios de alongamento e relaxamento muscular, mas, no entanto, somente a minoria delas recebeu essas orientações. Esses resultados mostram a necessidade de melhorias na capacitação dos profissionais de saúde, para que se tenha uma assistência à saúde mais integral, pois a lombalgia gestacional é muito frequente, interferindo nas atividades diárias.

Em relação às práticas de alívio para as dores nas costas, a visão que prevaleceu entre as colaboradoras foi a de que não tinha o que fazer para melhorar, uma vez que, na opinião delas, não podiam tomar medicamentos para este fim e nem passar nada. Apenas Melissa relatou que apoiava as costas com travesseiros ou encostava na parede, ou então deitava reta na cama, como podemos ler nas falas abaixo:

Eu tinha sempre que ficar com o travesseiro apoiada, ou encostada na parede. Aí eu só colocava travesseiro atrás, ou às vezes deitava reto na cama, mas não tomava nada, não passava nada... (Melissa – E)

Mais não tinha o que fazer... Tinha que aguentar a dor, porque não tinha posição pra ficar, tudo doía... Não podia tomar medicamento né, então tinha que aguentar a dor. (Sálvia – E)

Então a dor nas costas o meu ginecologista falava que não tinha muito o que fazer, porque era assim: de acordo com os meses passando, a barriga aumentando, aquela coisa e tal, não tinha o que fazer. (Valeriana – E)

Na fala de Valeriana um aspecto a ser discutido é o fato de seu ginecologista ter afirmado que para a lombalgia não havia muita solução e que era devido ao crescimento da barriga. Sobre esta questão, por ser uma queixa comum na gravidez, muitas vezes estas dores já são esperadas pelos profissionais de saúde, sendo consideradas inerentes ao período gestacional e, portanto, de ocorrência normal não requerendo adoção de medidas preventivas ou de alívio (DE AQUINO et al., 2011).

No entanto, muitas mulheres se referem à lombalgia como um problema de saúde severo, que interfere e gera limitações nas tarefas de vida diária e capacidade de trabalho, além de contribuir para insônia por se manifestar durante a noite. Apesar de gerar essas limitações e interferir negativamente na qualidade de vida das mulheres, a inespecificidade

dessa manifestação tem conduzido à sua aceitação passiva (FERREIRA, NAKANO, 2001). Esta aceitação também esteve presente entre as colaboradoras da presente pesquisa, como pudemos ver nas falas de acima, uma vez que elas demonstraram crer que não havia solução para este desconforto e que não havia nada que pudesse ser feito para diminuí-lo.

Ferreira e Nakano (2001, p.98) realizaram um trabalho a respeito de lombalgia, a fim de compreender como um sintoma que traz importantes consequências para a mulher pode ser encarado apenas como uma característica normal da gestação. Uma das considerações desenvolvidas pelas autoras é que “a lombalgia na gestação deve ser analisada sob diversos prismas e não simplificada e banalizada em função do próprio processo gestacional”, ficando restrita aos aspectos biológicos e modelo biomédico. Em verdade, a lombalgia é multifatorial e assume formas específicas determinadas pela maneira com que a mulher se relaciona com seu meio e com sua própria natureza: social, biológica e psicológica, dentre outros aspectos.

As condições de vida e de trabalho, assim como as repercussões da dupla jornada e do estresse sobre a mulher, devem ser integradas em um quadro explicativo mais amplo acerca da lombalgia na gestação, que, ao invés de naturalizar o sofrimento, proponha soluções efetivas à partir da consideração da mulher em toda a sua complexidade humana, e não reduzida aos rótulos de reprodutora e gestante. (FERREIRA, NAKANO, 2001, p.98)

Sendo assim, a identificação dos desconfortos presentes no período gestacional e a busca por soluções efetivas, levando em consideração as mulheres em sua integralidade e complexidade, pode viabilizar meios para uma intervenção mais efetiva e direcionada a melhoria da qualidade de vida das gestantes (PRADO et al., 2013). A seguir serão apresentadas algumas possibilidades de minimizar este desconforto, apontadas como positivas por outros autores.

Garshasbi e Faghih Zadeh (2005) demonstraram que as dores lombares parecem ser reduzidas em sua intensidade e a flexibilidade da coluna pode ser aumentada mediante a execução de um programa de exercícios realizado três vezes por semana durante a segunda metade da gravidez. Szabó e Bechara (2001) mencionam que a acupuntura também pode ser de grande auxílio no tratamento das lombalgias gestacionais, sendo que a técnica envolve a aplicação de estímulos ou a inserção de agulhas em pontos específicos da pele chamados de acupontos.

Stuge, Hilde e Vollestad (2003) indicam alguns procedimentos que podem ser úteis para o alívio da dor e melhora dos sintomas como as técnicas de mobilização articular, a hidroterapia, massoterapia, o relaxamento muscular, bem como ajustes ergonômicos. Cole, Morris e Ruoti (2000) destacam que a reabilitação aquática oferece estratégias que auxiliam

no tratamento de desconfortos músculo-esqueléticos, beneficiando o condicionamento geral, possibilitando relaxamento, flexibilidade e o alívio da dor, bem como a melhora postural e dos padrões de sono.

Obviamente estas não são as únicas formas de alívio, mas é importante observarmos que existem possibilidades e que elas devem ser consideradas dentro das particularidades de cada mulher, sendo dialogadas com elas.

Podemos dizer que no processo de construção histórica da visão da gravidez como um evento fisiológico, muitos sintomas e queixas por serem muito frequentes e por não caracterizarem doenças definidas, passam a ser consideradas normais, como sinais característicos da gravidez e, portanto, parte desse processo fisiológico e pouco significativas e relevantes, por não serem palpáveis e não representarem ameaças significativas ao desenvolvimento da gravidez (FERREIRA, NAKANO, 2001).

Este aspecto é encontrado nas falas de Melissa e Calêndula, que apesar dos inúmeros desconfortos que sentiram, consideram que tiveram uma gravidez tranquila e saudável, como apontado a seguir:

Porque gravidez minha sempre foi tranquila. Sempre. Nunca tive problema de nada. Engordava certinho. Tudo certinho. Nunca tive problema. Acho que não mudaria nada não. (Calêndula – E)

Ah eu acho que eu manteria a minha rotina da gravidez que eu tive, porque como foi uma gravidez saudável, eu não tive nenhuma preocupação com nada, a nenê está bem, eu manteria tudo. (Melissa – E)

Neste sentido, percebemos que estes incômodos, decorrentes da gravidez, não representaram para elas problemas de saúde, uma vez que ganharam peso adequadamente, o(a) bebê se desenvolveu bem e nasceu sem nenhuma intercorrência. No entanto, durante a gestação precisaram conviver com estes incômodos, o que gerou desconforto e mal estar.

Assim, a respeito desse assunto, consideramos que seja importante que se busquem alternativas e possibilidades para que a mulher possa ter uma gravidez com mais qualidade de vida. Essa busca envolve tanto os serviços de saúde e profissionais, que podem ampliar o olhar para estes incômodos, que ainda que não sejam patológicos e envolvam risco, se relacionam intrinsecamente à saúde, podendo ser minimizados eliminados. Mas envolve também uma postura ativa das mulheres, a fim de que se comprometam a cultivar hábitos e atitudes que lhe proporcionem bem-estar e beneficiem sua saúde e de seu(sua) bebê.

5.3. *Tecendo saberes e processos educativos: como, onde e com quem aprendemos a (nos) cuidar*

*“Bem vindo meu novo ser, cercado de proteção,
De tanto maior, tanta paz, dentro do meu coração...
É como se eu tivesse esperado toda a vida pra te embalar...”*
– Reconhecimento (Isadora Canto)

Nesta categoria serão abordados os processos educativos no cuidado à saúde, buscando esclarecer como, onde e com quem as colaboradoras da pesquisa aprenderam e ensinaram em suas relações e vivências.

Em relação a como e com quem os processos educativos são tecidos, as colaboradoras mencionaram o diálogo e a convivência, sendo que à medida que vão conversando com diversas pessoas com quem convivem, vendo casos, ouvindo relatos vão, gradualmente, vivendo e aprendendo, conforme mostram as falas a seguir:

Ah o que os outro fala né... Meu irmão também fala bastante porque ele faz faculdade de educação física né, então ele é bem rigoroso... A gente vai aprendendo, vai escutando o que ele fala... (Melissa – E)

Ah sei lá, acho que você vai vendo né, você conversa com um, conversa com o outro, conversa com um, conversa com outro... Na convivência vai vendo aqui, você escuta uma coisinha ali, você escuta outra coisinha assim e vai indo... Vai convivendo com uma colega aqui, uma tia ali e assim vai indo. A gente aprende... Vai de um lado, vai de outro... Vai vivendo, vai aprendendo. (Calêndula – E)

Ah assim, a gente aprende bastante na convivência, na vida... A gente vê um caso, escuta outro... Na família também a gente escuta, vamo supor... Escuta a sogra falando, escuta a mãe falando, minhas irmã também... Tenho minhas irmã que já teve filho, tem cunhada... Aí fala, a minha gravidez foi assim, a minha gravidez foi assado... (Valeriana – E)

As palavras de Calêndula e Valeriana mostram como o processo de aprendizagem não possui uma fonte única, mas sim múltiplas e também que não acontece de uma hora para outra, mas sim de forma lenta e gradual ao longo da vida, mediante o conteúdo com que cada um(a), de forma individual, vai entrando em contato nas situações que vivencia, nos ambientes que frequenta e com as pessoas com quem se relaciona. Este conteúdo vai, então, sendo apreendido, selecionado e elaborado, de forma que o que fizer sentido para aquele indivíduo pode passar a integrá-lo, adquirindo um sentido e significado para ele, constituindo mais um retalho de tecido a ser alinhavado em sua colcha, que é única e singular.

Assim, somos seres humanos em constante (trans)formação. Essa construção acontece no “estar com”, nas diversas experiências das quais participamos em diferentes contextos ao

longo da vida. Neste sentido, em todas as práticas sociais há processos educativos, pois nelas ocorrem interações entre pessoas com diferentes crenças, percepções e modos de ser, possibilitando modificações de realidades, valorização de culturas, aprendizados de habilidades e valores, trocas e partilhas de saberes, tradições e posturas diante da vida. Segundo Oliveira et al. (2014a, p.29), “eu me construo enquanto pessoa no convívio com outras pessoas; e, cada um, ao fazê-lo, contribui para a construção de “um” nós em que todos estão implicados”.

Silva (2003, p.188), em sua pesquisa realizada com negros brasileiros acerca do processo educativo de aprender a conduzir a própria vida – designado pela autora como sentido amplo de educar-se -, aborda estes sentidos mencionados pelas colaboradoras: ouvir, olhar, que também foram mencionados pelos participantes de sua pesquisa:

O ouvir, juntamente com o olhar e sentir, é necessário para apreender, distinguir, entender fatos de que se é testemunha, palavras que se ouvem, situações nas quais se é envolvido ou nas quais a pessoa se envolve. (...) “Sem olhar, prestar atenção com os olhos, os ouvidos, com o sentimento não se aprende nada. Até pode saber do que se trata, mas quero ver botar em uso”, afirmou senhora senegalesa.

De acordo com Silva (2014, p.19) nas relações humanas e nos processos educativos nelas tecidos “as pessoas vão construindo jeitos de ser, viver, conviver umas com as outras, nos ambientes que herdaram e onde atuam, convivem e também naqueles que criam”. Dentre as pessoas com quem nos relacionamos, a família aparece como núcleo primal de convívio e aprendizagem, simbolizando a base de nossa ação de ser-no-mundo com o outro. Segundo Szymanski (2004, p.7):

É na família que a criança encontra os primeiros “outros” e com eles aprende o modo humano de existir. Seu mundo adquire significado e ela começa a constituir-se como sujeito. Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída na afetividade, e constitui o primeiro referencial para a sua constituição identitária. (SZYMANSKI, 2004, p.7)

Sálvia relatou aprender com a mãe e a sogra, mas demonstrou confiar mais nos conselhos e seguir mais as sugestões de sua mãe. Ainda assim, afirmou que nem sempre os coloca em prática, selecionando e apreendendo o que acha cabível para seu contexto. Ela mencionou como exemplo a forma de fazer o bebê dormir, sendo que sua mãe contava de que forma costumava fazer, que era diferente da realizada por Sálvia, o que deixava sua mãe nervosa, conforme mostra o relato a seguir:

Eu acho que tem aprendizado com a mãe, com a sogra, mas nem tudo... Assim, eu escuto mais a minha mãe do que a minha sogra... Então eu faço mais coisa do que a

minha mãe fala do que a minha sogra fala... Só que ainda assim o que a minha mãe fala não é sempre que eu faço, que eu ponho em prática não. Mas eu absorvo aquilo que eu acho que dá. Porque a minha mãe ela quer superproteger ele... “Ah não faz isso, não faz aquilo”... Ele (filho) briga muito pra dormir e às vezes eu dou um “Rafael”! Aí a minha mãe já fica brava... “Ai porque eu fazia assim, eu deixava eles calminhos, eu deitava, fazia massaginha e tal”... E pra ele não adianta, porque ele está brigando mesmo com o sono... Então não é tudo que a minha mãe fala que eu faço, que eu ponho em prática. (Sálvia – E)

Sendo assim, é possível perceber que não há uma transmissão de saberes entre gerações e sim um compartilhamento, de forma que é possível que sejam partilhadas formas de realizar uma mesma prática de cuidado – no caso, fazer o bebê dormir -, mas cada indivíduo a ressignificará e terá sua maneira particular de realizá-la, adaptando as sugestões e observando na prática o que dará melhores resultados e dará mais certo. Mas ainda que dê certo para determinada situação e pessoa, esta vai ser *sua* experiência, *sua* verdade, não podendo ser colocada como verdade absoluta para outros(as), uma vez que “ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria” (LAROSSA BONDIA, 2002, p.27)

Em relação ao caráter único e individual da experiência, Larossa Bondia (2002, p.27) também nos sinaliza que:

(...) o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna.

Sálvia também relatou que, no período de pós-parto, se sentiu pouco atuante nos cuidados com o filho, sendo que sua mãe cuidou dele da forma que estava acostumada. Quando sua mãe foi embora, ela ficou sozinha e responsável por cuidar dele, momento em que, só então, se sentiu protagonista, que desabrochou como mãe e aprendeu - de fato e na prática - ações que não sabia fazer, como podemos ver em sua fala a seguir:

Nesses quinze dias eu digo que eu fiquei meio travada. Apesar de eu ter sido a mãe dele, a minha mãe fazia as coisa do jeito dela... Principalmente porque eu fiquei internada e tal... Então assim, eu quase não cuidei dele... Depois que a minha mãe foi embora, aí eu falei “agora tem que ser comigo”... Aí que eu fui desabrochar mesmo pra ser mãe... Porque até então minha mãe fazia tudo pra mim... Eu não fazia nada. Aí depois disso eu aprendi os horários dele, ver o choro dele pra que que é, posição de dormir, fazer ele dormir... A minha mãe que fazia, eu não sabia fazer ele dormir... Eu mal pegava ele no colo. Então, depois que a minha mãe foi embora que eu comecei a aprender mesmo tudo. (Sálvia – E)

Neste relato fica enfatizada a importância da vivência e da realização da prática para que de fato se aprenda algo e se encontre a própria forma de fazer. Neste caso, o que foi aprendido foi a maneira de cuidar de seu filho e ir decifrando seus sinais mediante os incômodos (como as cólicas) e choros que apresentava, aprendendo a fazê-lo dormir, a encontrar posições e horários que contemplassem suas necessidades. De acordo com Boff (1999, p.109) “cuidar é estar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele”. Assim, é de fundamental importância que a mãe tenha assegurada a oportunidade e a chance de ir tateando seu(sua) filho(a) e ir descobrindo a *sua* maneira de realizar as ações de cuidado.

É claro que esta troca de saberes e a possibilidade de elaborá-los vendo alguém mais experiente fazendo ou explicando como se faz também é muito rica, pois servirá como um parâmetro para que, o(a) iniciante, desenvolva a sua própria maneira de fazer. Nesta relação, é fundamental que haja o respeito à diversidade de pensamentos e práticas, sem julgamento sobre quais são inferiores ou superiores, uma vez que se caracterizam como diferentes. Sobre este aspecto, Silva (2003, p.186), menciona que:

Aprender requer uma atitude fundamental – respeito atencioso dos menos experientes para com os mais experientes, do aprendiz com o mestre, dos mais jovens para com os mais velhos. Aprender demanda atenção, trabalho, esforço para interpretar dados e situações, enfrentar dificuldades, resolver problemas, planejar empreendimentos. Para aprender é necessário que alguém mais experiente, em geral mais velho, se disponha a demonstrar, a acompanhar a realização de tarefas, sem interferir, a aprovar o resultado ou a exigir que seja refeita.

Dessa forma, o respeito tem que existir do(a) mais novo(a) e/ou menos experiente, mas queremos ressaltar também a importância de o(a) mais velho(a) e/ou mais experiente respeitar os(as) que estão aprendendo a conduzir a própria vida e elaborando seus próprios saberes de experiência. Assim, conforme apontado por Silva (2003, p.189),

(...) todos são responsáveis para que todos venham a ter e tenham condições físicas, afetivas, intelectuais, espirituais de conduzir a própria vida, de “edificar o seu jeito de agir”. E quem edifica a si próprio só tem sucesso, se apoiar os outros para que também se edifiquem.

Sobre este aspecto da aprendizagem, Fiori (1991; 2014) considera que, no processo de tomada de consciência do mundo, não basta conhecer o mundo ou se apropriar da cultura, uma vez que isso seria tão somente a reprodução do mesmo. Sendo assim, é primordial que o sujeito se distancie de si mesmo para se ver enquanto ser atuante desse mundo e que a educação não deve ser apenas em receber, repetir e ajustar-se. Pelo contrário, o autor defende o oposto: para ele a verdadeira aprendizagem deve promover no sujeito a capacidade de

recriar e desadaptar-se dos padrões. O processo deve ser dinâmico, em um constante fazer-se e refazer-se, caso contrário é reprodução.

Mais uma consideração de Fiori (2014) cabível neste ponto da discussão é que os homens e mulheres são seres que, além de se fazerem e refazerem continuamente, também refazem o seu fazer. Afirma que ser humano só se realiza enquanto sujeito a partir do momento em que assume a responsabilidade de seu próprio destino, de forma a protagonizar ativamente sua história e tomar sua existência nas próprias mãos, sendo que a prática consciente e crítica da reflexão deve ser uma constante em sua vida.

Segundo Larossa Bondia (2002, p.27), “a experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida”. Para Silva (2003, p.188), “conduzir a própria vida implica aprender e também ensinar outros a fazê-lo. E isto envolve edificar-se (edificar a nós mesmo), pôr sentido no mundo e em si mesmo, usar as palavras, livrar-se do sofrimento causado pela opressão e pelo descrédito”.

Este aspecto do uso das palavras também emergiu nas falas das colaboradoras da presente pesquisa, que mencionaram trocas e aprendizados mediante a oralidade e em conversas. Calêndula, que tinha duas filhas, destacou a importância de dialogar com uma colega sua - que já era mãe e que já havia passado pela experiência da maternidade – durante o pós-parto de sua primeira filha, auxiliando na amamentação. Uma prática aprendida com esta colega foi a de passar o pente nos seios embaixo do chuveiro para aliviar o ingurgitamento das mamas e auxiliar na saída do leite¹⁷.

Mediante a experiência com sua primeira filha, Calêndula afirmou ter se sentido mais segura quando foi mãe pela segunda vez, conseguindo desempenhar mais tarefas sozinha, não precisando recorrer à ajuda de sua mãe com tanta frequência, conforme podemos ler na fala a seguir:

Eu conversava muito com a minha colega Helena¹⁸ ... A menina dela é um ano mais velha que a Roberta (filha mais velha) então ela ajudou muito eu... Da Roberta quando empedrou o leite, eu ia lá ela ajudava eu esgotar... E ela falava “Ai Cá passa o pente embaixo do chuveiro”... “Ai Cá e não sei que tem”... Então era assim... (...). Aí da Laura (filha mais nova) eu já tive mais experiência, então eu me virei mais sozinha, tanto que de noite assim eu nunca precisei chamar a minha mãe pra me ajudar. (Calêndula – E)

Neste sentido, o que é apontado é que ter passado pela experiência em um momento anterior atuou como um fator benéfico e facilitador para a vivência de uma situação

¹⁷ Esta prática não é mais indicada, pois alivia no momento, mas estimula a produção de leite depois.

¹⁸ Os nomes contidos nas falas das colaboradoras também foram modificados.

semelhante. O mundo no qual os homens e as mulheres vivenciam “suas experiências é um mundo social e cultural, onde as pessoas se relacionam de formas múltiplas em suas interações com semelhantes aos quais conhecem em graus diversos de intimidades e normas” (MARTINS; BICUDO, 1989, p.99).

Em relação a ficarmos mais seguros e independentes ao realizarmos determinada ação que já fora realizada previamente também emergiu na fala de Valeriana, que afirmou que se engravidasse novamente, acreditava que se sentiria mais tranquila e menos ansiosa em relação ao parto, uma vez que seu filho nasceu de parto normal, o que a possibilitou sentir em seu corpo as contrações uterinas, como mostra seu relato:

Se engravidasse de novo, acho que no finalzinho também eu não iria ficar tanto mais nervosa porque eu já sei como que vai ser um parto normal, como que vai ser a contração... (Valeriana – E)

No entanto, pode ser que, na prática, seja diferente e que, mesmo sendo uma situação similar a outra já vivenciada ela não perde seu caráter único, pois cada experiência é singular. Calêndula, a única das colaboradoras que estava na segunda gestação, relatou que, mesmo sendo a segunda vez, estava se sentindo, possivelmente, mais nervosa do que na primeira vez, conforme mostra sua fala:

É mais no final mesmo que você começa a ficar nervosa, uma pessoa fala assim “ai fique calma, ai fique calma”... A gente mesmo fica nervosa como se fosse o primeiro... Já é a segunda, a gente tá mais nervosa que o primeiro né... (Calêndula – E)

Calêndula afirmou que, para tirar dúvidas, recorria a mulheres de sua família: a tia, para quem costumava ligar quando tinha alguma dúvida ou quando queria saber a maneira de fazer algo (como doces, por exemplo) e a mãe, que morava no mesmo terreno que o seu, conforme mostram as falas a seguir:

Igual, se eu tinha alguma dúvida eu pegava o celular e ligava pra minha tia sabe... Mais era muito difícil... Ligo mais agora “tia como que faz esse doce?”, “tia como faz isso?”... E assim vai... E outra, qualquer coisa tem a minha mãe no quintal né... (Calêndula – E)

Sobre os aprendizados pela oralidade, Malva aponta alguns conselhos que recebeu de sua mãe, que destacava a importância de a filha se alimentar e dormir bem, que ofereceu sugestões para o alívio dos inchaços e também deu recomendações sobre os alimentos que deveriam ser evitados (carne de porco, ovo, sardinha, feijão) no período de pós-parto, para evitar que surgissem problemas de pele na bebê e no umbigo, como mostram as falas a seguir:

Ah, a minha mãe sempre falou quando eu saí grávida ela sempre dizia “se alimenta bem, coma bem, dorme bem”, né, ela sempre me dizia isso. (Malva – E)

Ah, a minha mãe que falava. Eu falava “mãe estou com os pé inchado”... E ela dizia: “bota os pé pra cima, não fica muito tempo em pé, não despendura os pé não, fica com eles pra cima” (risos)... Aí eu ficava com os pé pra cima. A questão de dormir, eu fui me ajustando mesmo... Achando o jeito mais fácil... (Malva – E)

Depois que eu tive a menina ela fala “não come carne de porco, não come isso, não come aquilo... que não pode... não come ovo por causa da neném que o umbigo dela não está sarado ainda por dentro... não pode... não come sardinha”. Porque lá tem esse negócio né. Quando eu ganhei ela, ela disse “não coma feijão”... e eu “tá mãe, não vou comer feijão”. “Porque coça, que vai nasce caroço na neném... Não coma”... E eu “tá não vou comer”... (Malva –E)

Nos três relatos de Malva, ela afirmou que sua mãe deu recomendações sobre o que era indicado fazer, por exemplo, colocar os pés para cima para minimizar os inchaços e o que seria prejudicial, devendo ser evitado, como certos alimentos no pós-parto. Podemos perceber que houve novamente o compartilhamento de saberes e também de práticas, oralmente. Sobre as palavras, Larossa Bondia (2002, p.21) destaca que:

(...) as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. (...) E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos.

Malva fez menção também a uma prática de saúde aprendida com sua avó, que fazia um preparado fitoterápico com algodão para as mulheres tomarem no período pós-parto, no intuito de fazer uma limpeza interna na puérpera, conforme mostra seu relato:

Minha irmã quando ganhava menino ela tomava o sumo do algodão, da folha do algodão... A minha avó ela tirava o sumo da folha do algodão e levava pra ela tomar... Que era pra limpar, ela dizia que limpava... Amassa a folha, aí tira o sumo, que ela diz que limpa por dentro, que limpa tudo... (Malva – E)

Em diferentes momentos, Malva mencionou os aprendizados relacionados aos cuidados à saúde que teve com sua mãe, sua avó e também a curandeira e benzedeira dona Francisca, a quem recorria no Piauí. Collière (1999) ressalta que havia – e ainda há – diversas mulheres conhecedoras dos mistérios e segredos da vida e da natureza, dentre elas as curadoras populares, capazes de curar desequilíbrios e enfermidades mediante o uso de diferentes recursos, como orações, rituais, ervas medicinais, reestabelecendo a saúde da população. Esses saberes e práticas oriundos das vivências e aprendizados empíricos eram e são partilhados oralmente, de geração em geração.

E ainda que estejam distantes de dona Francisca, Malva e seu marido continuam recorrendo a ela, pedindo por orações, rezas e benzimentos, pois estas práticas populares fazem sentido para eles e fazem parte de sua matriz familiar e cultural. Malva relatou uma situação que aconteceu no pós-parto, sendo que seu marido, ao observar a filha com muito sono, considerou que ela estava com “quebrante” e telefonou para seu pai, pedindo que ele fosse até dona Francisca, a fim de que ela rezasse pela bebê, conforme podemos ler no relato abaixo:

Mais semana passada ele ligou pro pai dele, pro pai dele ir lá e rezar na neném. Porque ela estava assim dormindo, ela estava sonolenta, dormindo, passava a tarde inteira dormindo... E ele só olhando ela e dizendo: “minha filha está com quebrante, minha filha está com quebrante, eu vou mandar rezar na minha filha”. Aí quando foi de noite, nove horas da noite ele ligou pro pai dele, “vai lá, pede para ela rezar na nenê que a nenê está só dormindo...”. Aí o pai dele foi lá, chegou lá e pediu pra ela rezar nela, aí fez o cordão, que era pra ele botar junto com a foto dela lá na casa dele, aí ele ficou mais sossegado. (Malva – E)

De acordo com Budó (2004) e Queiroz (1991), no cuidado familiar, geralmente são as mulheres quem detém os saberes sobre o cuidado e também são as principais responsáveis pela passagem dos mesmos. O processo de aprendizagem se dá, principalmente, no convívio com outras mulheres, especialmente mães e avós, geradoras do cuidado, seja em âmbito familiar ou ampliado na rede social. Além disso, conforme apontado por Faúndes (1996), são as mulheres também que desempenham a atribuição de cuidar de si e dos familiares, promovendo o bem-estar da família.

No entanto, neste aspecto, consideramos importante atentar para o risco de que haja uma naturalização desta função feminina como cuidadora, tradicional culturalmente, como se fosse destino dado e não houvesse liberdade de escolha por parte das mulheres em desempenhá-la ou não. De acordo com Gutierrez e Minayo (2010, p.1505), a centralidade da mulher enquanto principal representante dos cuidados na família traz consequências paradoxais:

Desta forma, precisamos lembrar que a centralidade conferida à mulher tem importantes implicações políticas, pois traz consigo (a) a justificação social da ausência e da desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados com a saúde e (b) o aprisionamento da mulher em suas atividades tradicionais, o que é uma forma de permanência da opressão feminina e seu enclausuramento na cena doméstica.

A naturalização do papel social da mulher como cuidadora implica também a questão, de certa forma, invisibilizada socialmente que é a atuação do homem na esfera dos cuidados com a saúde. Segundo Couto et al. (2010, p.267) “é imprescindível reconhecer que gênero é,

dentre outras categorias, ordenadora de práticas sociais e, como tal, condiciona a percepção do mundo e o pensamento. Funciona, assim, como um crivo por meio do qual o mundo é apreendido pelo sujeito”. Dessa forma, os autores (2010, p.257) apontam que ainda prevalecem “iniquidades sociais (re) produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde”, estando o feminino relacionado ao cuidado à saúde e o masculino ao não-cuidado.

Felizmente, hoje em dia, diante das mudanças socioeconômicas e configuracionais pelas quais a família brasileira tem passado, estão, cada vez mais, favorecendo questionamentos acerca dos papéis sexuais. As tarefas assumidas por mulheres, na esfera pública e no mercado de trabalho, têm aberto espaços para a maior atuação e participação masculina na esfera privada e familiar, quer seja desempenhado atividades domésticas ou cooperando nos cuidados com os(as) filhos(as) (DE OLIVEIRA, DE BRITO, 2009).

O marido de Malva, por exemplo, desempenhou uma prática de cuidado com a saúde da filha, uma vez que na concepção popular de saúde a esfera espiritual e sobrenatural está presente (MINAYO, 1988). Além disso, este dado confirma o que foi mencionado anteriormente, de que os pais estão ficando mais participativos e atuantes no cuidado com os(as) filhos(as).

Além das(os) familiares (irmão, marido, irmã, cunhada, mãe, sogra, avó) e pessoas mais experientes do círculo de convívio (colega, benzedeira), as colaboradoras mencionaram fontes de informação, dentre elas a escola (faculdade), mídia televisiva e virtual (internet, sites, aplicativos no celular), posto de saúde, curso de gestantes e o pré-natal.

Valeriana citou as palestras das quais participou durante a graduação de pedagogia, programas que assistia na televisão e também pesquisas que realizava no computador, como mostra sua fala a seguir:

Na escola a gente tem bastante palestras também né. Porque como eu fiz pedagogia, então assim, eles falam bastante sobre o desenvolvimento da criança, então eles relatam bastante alguns fatos específicos, importante né pra criança e coisa e tal que a gente vai aprendendo. Eu vejo também em casos do jornal que passa né, Cidade Alerta, aquela coisa assim. É mais mesmo pelas pesquisa, pelo computador e coisa e tal, ou pela televisão, ou palestra na escola... (Valeriana – E)

O meio virtual (internet) foi mencionada pela maioria das colaboradoras como uma fonte de busca de informações, sendo utilizada como um recurso para tirar dúvidas e para acompanhar o desenvolvimento do(a) bebê. Foram citados aplicativos de celular e sites, como o youtube (de vídeos), google e bebê center, conforme mostram as falas a seguir:

Eu acompanhava bastante o desenvolvimento das criança, de acordo com a semana que eu estava... Daí eu ficava vendo as coisas, pela internet. Ah eu aprendi muito assim as coisas lendo os aplicativos que eu baixo no celular, acompanhando as coisas do youtube... Daí eu ficava vendo como que era uma coisa, comparava uma coisa com a outra... (Valeriana – E)

Ah, sempre via na internet. Se tinha alguma dúvida, alguma coisa, eu ia lá e pesquisava na internet, sempre na internet... Porque a internet dá bastante informação né. Então sempre as informação que dava, batia entendeu... Eu colocava no google, mais sempre o site que eu abria era aquele bebê center, lá acha todas as informações. (Melissa – E)

No baby center também tem vídeo semana a semana do desenvolvimento do bebê, então eu sempre assistia a semana que eu estava pra ver o que acontecia nessa semana. (Sálvia – E)

Valeriana afirmou ter aprendido diversos assuntos e obtido informações através destes meios de comunicação e destacou a possibilidade de poder comparar as informações que encontrava, pesquisando possivelmente em mais de um site, lendo e tirando suas próprias conclusões. Melissa também destacou que as informações que encontrava na internet coincidiam, sendo que ela tinha preferência pelo bebê center (também chamado de baby center).

As gestantes participantes da pesquisa de Sanfelice (2011) também demonstraram interesse pelo desenvolvimento do feto dentro do útero, semana a semana, o que proporciona às gestantes e sua família maior entendimento das modificações no corpo, além de contribuir para a personificação do(a) bebê que ainda não é visível, mas é sentido(a). Hoje em dia há diversos sites na internet – o baby center é um deles – em que as gestantes se cadastram e têm o acompanhamento personalizado das características e do desenvolvimento em cada semana gestacional.

Sálvia também fez menção a este site, apontando diversos motivos para utilizar a internet como principal fonte de consulta, superando inclusive a família e os profissionais de saúde, conforme podemos ler em seu relato a seguir:

Internet... No site baby center. Eu sempre entrava no baby center. Era tudo internet... Mais do que a família e do que a médica... Porque na internet você vê várias versões né. Porque assim, às vezes o que a gente sente não é uma coisa... Como que eu posso explicar? Às vezes a gente não sabe explicar pro médico o que que a gente sente. E nesse site baby center tem comentários embaixo... E lá tem vários, aí você se identifica bastante entendeu? Aí você vê lá a resposta que o site deu pra pessoa... Mesmo porque a médica você tinha que ir lá na médica... A internet já está mais fácil, bem mais acessível. (Sálvia – E)

Dentre os motivos mencionados para justificar o uso da internet figuraram a possibilidade de encontrar diversas versões de um mesmo assunto, de ler os comentários e

dúvidas que outras pessoas já escreveram no site, o que permite que o leitor se identifique, bem como ter acesso às respostas dadas pelos organizadores e responsáveis pelo site. Outro motivo estava relacionado à dificuldade que a gestante tem em explicar para o(a) médico(a) o que está sentindo, além do fato de ter que ir até o local de atendimento para sanar as dúvidas. Neste contexto, a internet foi caracterizada como um recurso mais fácil e acessível.

Outra fonte de informação foi a Unidade de Saúde da Família (USF) e o curso de gestantes. Valeriana relatou ter tido diversas aprendizagens no curso e destacou ter achado muito bom participar, afirmando ter sido positivo e importante para o seu desenvolvimento e aprendizado. Ela destacou a relevância de imagens no processo educativo e como conteúdos que teve contato lá ela citou a alimentação, lembrando que a dentista orientou que quanto mais colorido estivesse o prato de comida, mais saudável e equilibrado ele estaria:

Aprendi bastante também lá no postinho né... Que a gente fez aquelas roda de conversa, aquela... O curso de gestantes foi muito bom, tanto é que tinha aquelas imagens lembra? Aquelas imagens, aquelas coisa, nossa, foi muito bom para o nosso desenvolvimento, para o nosso aprendizado, foi muito importante. Eu aprendi bastante lá também, sobre alimento, o que é bom pra comer, o que realmente pode, o que não pode, evitar, aquela coisa e tal. Eu lembro uma vez que a dentista foi lá. A dentista falou que cada vez que o prato estiver mais colorido, aí cada vez é melhor né... (Valeriana – E)

Os encontros do curso eram conduzidos pela enfermeira responsável pela USF, mas de alguns deles participavam outros(as) profissionais, como foi o caso de duas dentistas, que abordaram o tema da saúde bucal gestacional e infantil. Como já foi mencionado na metodologia, ao final dos oito encontros, quem tivesse presença mínima em seis deles ganhava um enxoval. Na fala de Melissa, ela demonstra ter decidido participar do curso depois de sua amiga ter falado que era legal e que também ganhava o enxoval, como mostra seu relato abaixo:

Minha mãe que falou pra mim, a Sandra (agente de saúde) só que eu nem fui atrás. (...) Até no primeiro dia eu nem fui, nem dei muita importância. Aí depois que a minha colega falou “ai vai, é legal, é gostoso né, você ganha também bastante coisinha né”... Aí eu fui, comecei ir e gostei. Comecei a ir toda semana... Adorei o enxovalzinho, vem bastante coisas úteis né que a gente usa. (Melissa – E)

Todas elas foram convidadas pela agente comunitária de saúde, que passava nas residências das gestantes avisando sobre o início do curso. Dentre outros motivos mencionados pelas colaboradoras para terem participado do curso foram ser mãe pela primeira vez; sentir curiosidade para saber e vontade de aprender; desejo por aprender a forma

“correta” de cuidar da própria saúde e também do(a) bebê, a fim de identificar que aspectos seriam divergentes do que a mãe e a sogra falariam, conforme vemos a seguir:

Ah porque mãe de primeira viagem, eu não sabia nada. (...) Nada do que a gente aprende é demais né... Sempre é bom aprender. Aí eu fui fazer por conta disso, ver se eu aprendia alguma coisa. Porque às vezes a sogra fala, a mãe fala... Cada uma fala uma coisa e às vezes não é certo né... É o jeito da pessoa fazer, e não é o correto. Aí eu fui lá pra aprender, pra ver o que era de diferente que elas falavam. (Sálvia – E)

Eu tinha muita sede... Eu tenho muita sede, de vontade de aprender, principalmente do desenvolvimento das criança né... (Valeriana – E)

Ah eu decidi ir porque eu era curiosa pra saber das coisa, a gente fica naquela curiosidade, (...) Aí eu fui fazer o grupo. (Malva – E)

Todas as colaboradoras que participaram assiduamente do curso (Malva, Melissa, Sálvia e Valeriana) demonstraram ter gostado bastante, tendo considerado bom, gostoso, legal e aprendido diversas coisas que não sabiam ou que queriam saber mais, como alimentação, amamentação, cuidados com o(a) bebê, banho, limpeza umbilical e higiene bucal, como mostram as falas a seguir:

Gostei muito! Gostei bastante. (Sálvia – E)

Foi bom, tinha bastante coisa que a gente não sabia né. Muito conhecimento de algumas coisas. (Melissa – E)

Nossa, foi super legal, gostei pra caramba. (...) Em cada cursinho a gente aprendia cada coisa, eu sempre ficava naquela expectativa: amamentação, alimentação... Isso tudo fez com que eu gostei muito do cursinho. (Valeriana – E)

Foi muito bom... A gente aprende muita coisa, ela explica muita coisa que a gente não sabe, não tem noção, é bom. Por exemplo, como dar banho, como limpar o imbigo, a limpeza da boca, sobre os dentinho também que ela explicou bem... Muita coisa que ela explica e que eu não sabia né... Foi bom... (Malva – E)

Além do curso de gestantes, as colaboradoras mencionaram os aprendizados nas consultas de pré-natal, com os médicos(as) ginecologistas. Na fala a seguir, Valeriana relatou que bebia muita água durante a gestação. Esta prática foi recomendada pelas profissionais da USF, no curso de gestantes, pelo seu médico ginecologista, que afirmava que fazia bem para o bebê e enchia a bolsa do líquido amniótico. Mas, além disso, ela sentia em seu corpo a necessidade de beber água, e a salivação, para ela, tinha o sentido de estimulá-la a ingerir mais água, como podemos ler abaixo:

Ah lá no curso né que nós fez lá no São Francisco, as menina sempre falou que era bom, no ginecologista quando passava né, ele falava que tinha que beber água bastante e eu sentia muita sede... Nossa como eu sentia sede. Nossa, cada vez que eu

bebia água minha boca salivava mais pra eu beber mais e mais... Foi bastante assim, e o médico falou que cada vez que bebe água é importante pro nenê, porque além de estar enchendo a bolsa (de líquido amniótico) né, faz bem pro nenê, aquela coisa e tal... (Valeriana – E)

Este exemplo mostra que uma mesma prática pode ter sido indicada por diversas pessoas e ter sido originária de múltiplas fontes de informação, mas essencialmente era guiada pelas sensações que Valeriana tinha, que a estimulavam a beber água. Já Calêndula cita uma situação em que adaptou a orientação recebida da médica em relação à alimentação. A médica havia indicado que ela comesse bolachas salgadas pela manhã para evitar o enjoo. Porém Calêndula percebeu que, para ela, não era suficiente e considerou, experimentando, que o pão dava melhores resultados, conforme seu relato:

Ah eu mesma vi que adiantava. Porque eu vomitava muito, eu estava secando... Caramba, gravidez é pra engordar e eu estava secando. Aí a médica falou assim “de manhãzinha, você come duas bolacha água e sal”... Mas não era o suficiente. Então eu já acordava tinha que comer pão, tomar leite e assim ia. Passava bem o dia inteiro. Se não comesse, vomitava o dia inteiro. A médica falou da bolacha, mais daí eu comia pão, adiantava bastante. O pão adiantou muito! (Calêndula – E)

Assim, os conselhos recebidos, as informações obtidas mediante a convivência, os diálogos, as buscas na internet, a participação em palestras, cursos e consultas vão constituindo uma gama de opções e possibilidades de serem colocadas em prática e experimentadas, porém cada indivíduo os utilizará e significará de uma maneira, uma vez que estes novos elementos se mesclarão à sua visão de mundo, a seus valores e à sua forma de ser e viver. Na experiência e na realização das práticas, novos saberes e fazeres vão sendo elaborados, com base na observação dos resultados, de forma que as práticas que apresentam resultados mais satisfatórios se mantêm e as que não são bem sucedidas são modificadas, adaptadas ou descartadas.

Em relação aos saberes, também acontece essa resignificação e interpretação de informações. Sálvia acreditava que a mulher não poderia ficar na posição de cócoras, pois esta postura poderia induzir algo, como o parto, por exemplo, e Valeriana temia se assustar, pois tinha medo de que a criança aderisse (“grudasse”) na placenta ou tivesse algum problema em seu desenvolvimento (surdez, por exemplo), como mostram seus relatos a seguir:

Falavam que não podia abaixar assim de cócoras sabe? Agora esse negócio aí de cócoras eu acreditava que podia acontecer alguma coisa com ele... Até tem aquele parto de cócoras, significa que induz alguma coisa né... Então eu evitava... Quando eu ia abaixar assim eu abaixava total assim (curvando o tronco pra frente) e não curvando o joelho. (Sálvia - E)

Na gravidez em si, a gente fica, a gente tem certos cuidado né, aquela coisa que não pode assustar... Ah, assustar eu sempre tive medo... Porque a criança gruda na placenta né, foi o que aconteceu comigo. Quando minha mãe estava com oito meses, ela foi passar no semáforo a mulher falou que podia passar, só que daí o carro deu um tranco, o carro freou bem em cima de mim. Daí depois eu grudei na placenta, aquela coisa, já estava na hora do nenê nascer, não estava dando sinal, mais na verdade estava grudada na placenta. Então, na gravidez eu tinha medo de tomar susto por causa disso. De o Davi grudar na placenta ou de acontecer alguma coisa também com ele né, de repente ele toma algum susto no processo de desenvolvimento dele, porque, Deus me livre, se ele vem com algum problema né, sei lá pode ser surdo... Eu tinha medo, a gente passa por cada coisa porque a gente não é médico né... Então a gente fica pensando um monte de coisa... (Valeriana – E)

No caso de Sálvia, ela deve ter ouvido falar que existia o parto de cócoras, no qual a mulher tem a possibilidade de ficar acocorada, o que de fato facilita o nascimento, seja pela ação da gravidade, seja pela maior abertura do canal do parto (SABATINO, 2000). No entanto, durante a gravidez esta postura por si só não induz o trabalho de parto e nem causa malefícios. Pelo contrário, abaixar dobrando os joelhos é a forma indicada para abaixar e levantar um peso, uma vez que curvando as costas apenas a região lombar pode ser sobrecarregada, resultando em dores e desconfortos (REBERTE; HOGA, 2009).

Valeriana nos apresentou um relato de sua própria experiência, quando sua mãe estava grávida dela e tomou um susto no trânsito, de forma que Valeriana teria grudado na placenta e, portanto, sua mãe não havia entrado em trabalho de parto. Paim (1998, p.34) destaca que “a cultura popular pode tomar elementos de outros universos para compor determinada visão de mundo, como, por exemplo, na apropriação do discurso médico pelas mulheres de grupos populares”.

Ainda que em algumas de suas explicações utilizem expressões das quais, provavelmente, tenham tomado conhecimento a partir do contato com os médicos e enfermeiras nos postos de saúde ou hospitais, este saber é reinterpretado – em alguns casos, até contestado – com base em uma lógica simbólica própria à cultura popular em que estão inseridas as informantes (PAIM, 1998, p.35).

Quando Sálvia e Valeriana deram estes relatos, elas já não estavam mais grávidas, já haviam parido, tinham feito o pré-natal e o curso de gestantes e não se sentiram a vontade de mencionar estes aspectos e/ou de tirar dúvidas em relação a eles. No final de sua fala, Valeriana demonstrou que o desconhecimento gera insegurança, de forma que diversos pensamentos, preocupações e medos permeiam o processo gestacional, em decorrência da gestante não ter formação médica e domínio deste saber.

Este desabafo ressalta a importância do diálogo entre profissional e usuário(a), o que poderia esclarecer muitas dúvidas apresentadas pelas mulheres. As gestantes que participaram

da pesquisa de Barreto (2012) também relataram que o esclarecimento de dúvidas e a liberdade para que isso aconteça é algo importante a ser realizado no pré-natal.

Estas duas mesmas colaboradoras, Sálvia e Valeriana, afirmaram que levavam nas consultas de pré-natal listas com dúvidas e que o(a) médico(a) até chegava a responder, mas podemos perceber que não se sentiram completamente contempladas, seja por se sentir julgada como “chata” por perguntar demais, seja porque considera que deveria haver mais diálogo, como mostram seus relatos a seguir:

É... (...) eu espero a hora que eu for no médico, já tenho uma listinha... Eu acho que ele deve pensar: “Ó a chata da gestante”, porque eu pergunto tudo! Nossa! Tudo, tudo, tudo... Porque o meu médico assim, ele é muito bom... Só que assim, ele responde aquilo que você perguntar. Ele não é aquele médico que vai falando, tira dúvida, por ser o primeiro filho, aquela coisa. Não sei, acho que é o jeito dele né. (...) Eu pergunto geralmente pro médico ou vejo na internet. Ou pras pessoas que já teve filho né, a minha mãe, minha sogra... (Valeriana – R.C.1)

Eu também... Escrevo tudo que eu vou perguntar. (...) Eu levo a minha listinha lá de dúvidas, ela responde tudo, conversa. Ela conversa bem. (...) Ela fez tudo aquilo que eu esperava. Mas eu acho que seria bom mais diálogo, se ela perguntasse ou se ela se mostrasse interessada eu falaria mais. Seria bom principalmente pra mãe de primeira viagem, porque com a médica dá pra você perguntar várias coisas... (Sálvia – R.C.1 e E)

Mediante o relato de Valeriana, podemos perceber que, muitas vezes, depende da mulher questionar e tirar as dúvidas, sendo que o(a) médico(a) assume uma postura pouco dialógica, não costumando dar explicações muito detalhadas. Na percepção dela, ele deve considerá-la “chata” por ela perguntar tanto, o que indica que ela sente que ele desaprova sua curiosidade e interesse, quando, na verdade, ela deveria ser estimulada e parabenizada por essa atitude.

Sálvia chegou a mencionar que se a médica se mostrasse mais interessada e se perguntasse mais aspectos ela falaria mais, tiraria mais dúvidas, considerando que seria positivo que houvesse mais diálogo. No entanto, considerou que a médica fez tudo aquilo que ela esperava, o que demonstra que a população, na maioria das vezes, já espera esta postura por parte do(a) profissional. O caráter biomédico e pouco dialógico das consultas médicas de pré-natal fica explícito nas falas abaixo:

Nunca cheguei a falar muito dos desconfortos... Eu nem entrava em detalhes muito. Que eu achava que era normal, então... Eu nem comentava... Eu chegava lá, aí como ele tem ultrassom lá no consultório, ele passava, via como o bebê estava, ele pesava e só. Era só o básico, não conversava muito não. (Melissa – E)

Com a médica eu conversava era mais do vômito, porque não tinha muito o que eu reclamar pra ela, não tinha dor, não tinha nada. Então era mais que eu vomitava. Vomitei a gravidez inteira, inteira... (Calêndula - E)

A médica fazia mais a consulta mesmo. Eu ia lá, ela perguntava se estava tudo bem, eu falava que estava, ela perguntava se eu tinha passado mal, tomado alguma medicação fora o que ela passava né, que era a vitamina. Não perguntava mais nada não. Aí ela pesava, media a barriga, a circunferência da barriga, fazia o ultrassom e só. Daí passava o exame se eu tivesse que fazer alguma coisa... E depois, pronto. Já estava liberado. Era só o normal mesmo, o habitual. (...) (Sálvia – E)

Melissa afirmou que optava por não entrar muito em detalhes e nem comentar o que de fato estava sentindo porque achava que era normal. Calêndula demonstrou crer que o que deveria ser falado com a médica eram as reclamações e os incômodos físicos que sentia. Estes dados indicam que a conversa entre gestantes e médicos(as) geralmente fica restrita a medições (peso, altura uterina), desconfortos, medicações e exames, caracterizando uma relação superficial e com pouco vínculo.

A pesquisa de Lasso Toro (2012) acerca de práticas culturais realizadas por mulheres gestantes na Colômbia averiguou que, ainda que elas estabelecessem relações cordiais com os(as) profissionais de saúde, sentiam medo de contar todas as práticas que realizavam durante a gestação. Particularmente, elas relataram que gostariam de compartilhar seus pontos de vista e saberes culturais, aos quais atribuem grande importância, sobretudo quando provém da experiência, de forma a serem reconhecidas e respeitadas, porém acabam se silenciando.

Este silêncio pode ser decorrente da percepção do desinteresse do(a) profissional, pois de acordo com Sálvia, se a médica perguntasse ou se mostrasse mais interessada, ela falaria mais e, na opinião de Valeriana, por ser curiosa e perguntar bastante, ela supunha que o médico a considerava uma “chata”. Podem se silenciar também por medo de serem julgadas e repreendidas por serem o que são e fazerem o que fazem. Sálvia aborda ainda outro aspecto que atua como um empecilho para o estabelecimento do diálogo nas consultas que é a quantidade de pessoas para serem atendidas, conforme mostra sua fala a seguir:

Ah eu acho que eles fazem mais o tradicional, o clichê mesmo... Porque é tanta gente pra atender que eles não conversam muito entendeu. (Sálvia – E)

Este aspecto é abordado também por Sanfelice (2011) que afirma que embora haja um esforço concentrado nos programas de humanização de pré-natal, parto e nascimento, a atenção pré-natal ainda está voltada, em muitos serviços, para o cumprimento de metas e normas que acabam prezando pela quantidade do atendimento e não por sua qualidade.

Neste sentido, as consultas de pré-natal, nas unidades de atenção primária à saúde, acabam resumindo-se “à realização dos procedimentos técnicos e preenchimento de papéis,

sendo que os aspectos psicológicos, econômicos e socioculturais das gestantes são desconsiderados na maioria das vezes” (SANFELICE, 2011, p.15).

Duas pesquisas qualitativas, que utilizaram como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, também encontraram resultados similares. Ambas foram realizadas junto à rede pública de saúde e buscaram apreender as representações sociais de mulheres (gestantes e puérperas) sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, sendo que a de Parada e Tonete (2008) foi realizada em Botucatu-SP e a de Costa et al. (2014) em Cascavel – CE.

Parada e Tonete (2008) concluíram que a assistência pré-natal ainda é caracterizada, majoritariamente, como uma consulta ambulatorial com solicitação de exames, desconsiderando as usuárias como protagonistas no processo de cuidado e assistência à saúde. Costa et al. (2014) também verificaram que as mulheres são geralmente tratadas como coadjuvantes, em uma atenção marcada pela ausência de vínculo com os(as) profissionais, quando deveriam ser reconhecidas como principais partícipes, tendo suas escolhas respeitadas.

Mas o que, então, estaria impedindo o estabelecimento do diálogo e de um vínculo mais profundo entre profissionais e usuárias? Foi mencionada a quantidade excessiva de pessoas a serem atendidas, e um fator diretamente relacionado é o tempo. Larossa Bondia (2002, p.23) tece algumas considerações neste sentido, fazendo uma crítica à sociedade em geral:

Esse sujeito da formação permanente e acelerada, da constante atualização, da reciclagem sem fim, é um sujeito que usa o tempo como um valor ou como uma mercadoria, um sujeito que não pode perder tempo, que tem sempre de aproveitar o tempo, que não pode protelar qualquer coisa, que tem que seguir o passo veloz do que se passa, que não pode ficar para trás, por isso mesmo, por essa obsessão por seguir o curso acelerado do tempo, este sujeito já não tem tempo.

Assim, estando introjetada nas pessoas a questão da pressa – trazendo implícita a ideia de que “time is money” - , da quantidade em detrimento da qualidade, do ter sobressaindo ao ser e da linha de produção em que os fins justificam os meios, muitas vezes as relações humanas passam a ser desvalorizadas e as pessoas, coisificadas. De acordo com Dussel (1998, p.26), esta “relação prática” com o Outro, como mera instrumentalidade, de maneira “econômica”, como se houvesse um produtor e um produto, coisifica o Outro, encarando-o como o “não-ser”.

Estabelecendo um paralelo ao pré-natal, o sistema de saúde seria a linha de produção em que a mulher passa a ser encarada apenas em seus aspectos biológicos, o corpo feminino

passa a ser coisificado e considerado uma máquina a ser verificada e, se necessário, consertada. Contudo, Fiori (2014, p.61) ressalta que inclusive a mais feroz dominação não é capaz de coisificar totalmente o ser humano, uma vez que:

(...) sempre há de lhe sobrar suficiente subjetividade para integrar funcionalmente o sistema de dominação. Desde aí esta pequena faixa de luz, de subjetividade, poderá passar pelas brechas estruturais do sistema, crescer, fazer-se consciência crítica e práxis libertadora. Esta é a condição de possibilidade de desalienação.

Dussel (1998) afirma que a superação deste sistema de dominação envolve a alteridade, que consiste no reconhecimento do outro como outro, mediante a afirmação de sua dignidade e de seu valor, destacando a importância do contato face-a-face, da proximidade e da ação comunicativa entre sujeitos. Neste sentido, o pré-natal possui um potencial para que esta ação se estabeleça.

Budó et al. (2008) sugerem que haja uma reorientação no modelo de saúde, visando contemplar a vida de forma mais abrangente, incluindo diferentes aspectos da subjetividade humana, como o amor, a emoção, o diálogo, o companheirismo. Tais valores devem ser as bases sobre as quais a promoção da saúde se estabeleça, de forma que o cuidado seja, de fato, exercido e valorize o afeto, a presença, os sentidos por inteiro, do ser cuidado. O profissional de saúde deve aprender a visualizar além de sua própria cultura, estendendo sua sensibilidade, seu olhar solidário, sua capacidade de escuta e seu entendimento ao sujeito cuidado por ele, sua família e seu contexto de vida, focalizando a diversidade cultural.

Ressalta-se, ainda, que, para que o processo de cuidar alcance seus objetivos, ele deve ser compartilhado entre o cuidador e o sujeito cuidado, não sendo possível que se efetive se não houver disposição e abertura de ambos a investigar e compreender o que os aflige e quais as possíveis soluções. Conforme destacado por Sung (1995, p.3):

Razão, mansidão e respeito são pré-condições para um diálogo frutífero. Sem respeito ao outro, não há diálogo, pois não há abertura para ouvir o que o outro tem a perguntar e falar. Sem mansidão, o diálogo se perverte numa imposição autoritária de uma ideia. Mansidão é a postura de quem propõe, e não impõe. Sem razão, sem argumentação lógica, o outro não pode compreender uma ideia nova.

São diversos os caminhos para que se chegue a estes objetivos e que este cuidado se estabeleça de fato, mas focaremos na Educação Popular e Saúde. A educação popular, libertadora e dialógica, é pautada no trabalho conjunto e horizontal entre educador-educando e profissional-usuário, onde todas as contribuições são valorizadas, visto que ambos são considerados sujeitos, portadores de visões de mundo, de conhecimentos e de saberes, nem melhores, nem piores, mas apenas diferentes. O compartilhamento destes saberes, permeado

pela comunhão e afetividade, deve visar a ampliação da compreensão crítica acerca de certo conteúdo ou realidade, não se restringindo nem ao saber popular, nem ao saber científico e/ou técnico do educador (OLIVEIRA, 2009).

Essa ação coletiva permite que os participantes se humanizem e se fortaleçam enquanto indivíduos, cidadãos e cidadãs, de maneira que busquem propostas e soluções transformadoras e coerentes com suas vidas e que se comprometam em construir uma sociedade mais justa e mais igualitária. A construção desta relação dialógica necessita de convivência, de vínculo e abertura à intersubjetivação das consciências para que se possa compreender e respeitar a diversidade entre as pessoas. É importante também que os sujeitos envolvidos se disponham a reconhecerem-se como inacabados e repensem continuamente sua prática, em um processo contínuo e dialético de emersão e imersão, reflexão e ação (Id. Ibid., 2009).

A seguir veremos os processos educativos que emergiram da maternidade, a partir da convivência e do vínculo, abordando o autocuidado, dos cuidados com o(a) bebê e das relações humanas como um todo.

Enquanto estavam grávidas, as mulheres que colaboraram com a presente pesquisa discorreram sobre diversas mudanças que perceberam em suas vidas em decorrência da gestação. No entanto, elas perceberam ainda mais mudanças depois que os(as) bebês nasceram, apontando especialmente para modificações na rotina, na forma de perceber o tempo e sono, por exemplo. A dedicação exclusiva ao(à) bebê envolve muita doação e dedicação, de forma que o autocuidado passa a ser secundário e ações básicas como lavar o cabelo e cuidar das unhas se tornam raras, sendo realizadas somente com a ajuda de familiares como a sogra ou o marido, como mostram as falas abaixo:

Mudei mais depois que o Davi nasceu, depois que ele chegou aqui mesmo. Daí a rotina foi outra. Nossa! A rotina, tanto nós pra se adaptar com ele como ele pra se adaptar com o ambiente fora da barriga, aquela coisa e tal. Acho que a mudança aconteceu mais depois que caiu bem a ficha mesmo que ele está aqui, tem que cuidar e é meu, e é nosso! É uma responsabilidade. Acho que caiu mais a ficha depois que eu vi ele nos meus braços... (Valeriana – E)

O que eu mais sinto que mudou foi meu sono. Eu sempre senti muito sono e agora, sono pra mim é ostentação... Então isso eu sinto muito... Falta de tempo pra fazer praticamente tudo, pra cuidar de mim, unha, essas coisa, não dá tempo... É a hora que a minha sogra vem aqui e fica com ele... Eu acho que é mais isso mesmo, que é tempo e falta de dormir... O resto eu estou conseguindo encaixar bem, viver normal... Mais o que eu sinto mais falta assim, que mexeu muito foi com meu sono e com meu tempo. (Sálvia – E)

Mudou. Muda muito. Agora que mudou mesmo, depois que nasce é que muda... A gente não tem tempo pra nada, só tem tempo pra ela. Não faz mais nada. Até lavar o cabelo... Ô meu Deus... Quando lava dá um alívio na cabeça! Eu faço a maioria das

coisas quando o pai dela está em casa, daí final de semana dá pra mim cuidar mais de mim, porque daí o pai dela fica com ela. Lavar cabelo, essas coisa, vixi... É uma raridade, é mais final de semana mesmo. (Malva – E)

Fica perceptível nos relatos acima que a materialização do(a) bebê – até então idealizado(a) – acontece de forma mais real após o nascimento, sendo que todos os envolvidos têm que se adaptar às novas condições de vida. E a mãe, especialmente, sente na pele essas mudanças, mediante privações de necessidades e/ou sobrecarga de atividades, uma vez que o(a) bebê demanda muitos cuidados e é totalmente dependente dos adultos cuidadores, que são os responsáveis por sua saúde e bem estar. Dessa forma, nesta ação de se doar e se dedicar a outro ser, a mulher passa a colocar o(a) filho(a) em primeiro lugar, pensando menos em si mesma, conforme relatam a seguir:

Depois que nasce tudo o que a gente for fazer pra gente tem que pensar neles primeiro né. Que a gente nem pensa mais na gente né. A minha vida é em torno da nenê agora né, é tudo focado nela né. Então a gente até fica um pouco pra traz né (Melissa – E)

Que sua atenção você sabe que acabou, acabou você né... Agora é só eles... Acho que é isso. (Calêndula – E)

Ela é minha vida agora! Tudo o que eu puder fazer por ela eu faço. (Malva – E)

Por ocasião do nascimento dos filhos, a rede social de apoio atua desde o período pré-natal até o pós-parto, sendo que os tipos de ajuda fornecidos são variados, envolvendo o suporte material e financeiro, o auxílio na realização das tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, as orientações e informações e o oferecimento de apoio emocional. Geralmente esta ajuda é oferecida pelos seus companheiros e também pelos próprios pais ou sogros (DESSEN, BRAZ, 2000).

As mudanças provenientes da maternidade e paternidade geram diversos benefícios, mas também inúmeros desafios e problemas a serem enfrentados pela família, pois a chegada de um(a) filho(a) requer adaptação à nova situação. Aceitar a criança no sistema familiar e ajustar o relacionamento com a família e com o ambiente são alguns dos desafios desse período de transição familiar. Assim, adaptar-se à presença da criança, compartilhar a responsabilidade do filho e das tarefas domésticas, e administrar o tempo livre, além de reorganizar as tarefas do trabalho e do ambiente social são tarefas necessárias no ajuste do casal, especialmente da mulher, a esta fase da vida (OLIVEIRA E DESSEN, 2012).

As colaboradoras afirmaram que o exercício da maternidade lhes trouxe mais juízo, amadurecimento, responsabilidade, gerando mudanças no comportamento e nas prioridades, conforme mostram as falas abaixo:

Ah mais responsabilidade, isso daí trouxe... (Melissa – E)

Achei bom... Eu aprontava muito essas coisa de moto, eu ficava empinando pra rua... Tinha vez que minha moto chegava a ser presa três vezes no mês de tanto que eu ficava aprontando, tive que trocar de moto porque a polícia conhecia a minha moto... Então amadureci bastante... Eu só gostava da moto barulhenta, agora se é original eu não ligo. Eu gastava muito dinheiro na moto, minha moto tinha que estar chique pra mim andar, nossa senhora! Daí agora eu já criei mais juízo. (Calêndula – E)

Ah, foi diferente. Porque da Roberta (primeira filha)... Aconteceu. E dela a gente já quis, então foi diferente né... Mas as duas foi bom, mas dessa eu tenho mais juízo que da primeira. Tinha vezes que eu dava mais atenção de ficar na rua do que ficar com a Roberta. Da Laura(segunda filha) já não, tipo, como é tudo junto, está com o pai dela tudo, então fico mais em casa... (Calêndula – E)

Calêndula relatou ter modificado o comportamento de infringir leis de trânsito e gastar tanto dinheiro com a moto, passando a ficar mais em casa com a família e ter mais consciência financeira. Um fator que contribuiu para esta mudança foi o fato de estar vivendo junto com o pai da segunda filha, ao contrário da primeira filha, quando estava separada do pai dela. Ela também mencionou ter ficado mais cuidadosa com o que fazia e falava, uma vez que, ao se tornar mãe, a mulher passa a ter alguém que depende dela, o que exige mais responsabilidade, como mostra seu relato a seguir:

Ah a gente tem mais cuidado com as coisa... Cuidado com o que a gente faz, cuidado com o que a gente fala... Acho que você fica mais responsável... Fica mais responsável, porque a gente já depende da mãe da gente. Agora alguém depende da gente. Então... a gente se torna realmente mais responsável. Acho que isso né... Você fica mais cuidadora. Com tudo... (Calêndula – E)

Neste aspecto, percebemos que a maternidade estimula a mulher a rever seus valores, princípios e escolhas, uma vez que será o exemplo para um novo ser, o que a estimula a ter mais consciência sobre suas atitudes e palavras. De acordo com Fiori (2014), no caminho constante do ser humano de existir e se reinventar, a conscientização é a constituição da consciência como existência, ou seja, a prática consciente e crítica da reflexão passa a ser uma constante em sua vida. Assim, a conscientização se caracteriza como ação transformadora, “tarefa mundana e compromisso pessoal de amor” (FIORI, 2014, p.59).

O cuidado também foi mencionado por Sálvia, que afirmou crer que as pessoas cuidam de quem e do amam, caracterizando o amor pelo filho como algo inexplicável e que ela não sentia por mais ninguém dessa forma, como mostra sua fala a seguir:

Eu vejo agora, mãe, o cuidado que eu tenho com o meu filho é uma coisa que eu não tinha com ninguém... Cuidado é amor... Você cuida daquilo que você ama. E é um amor que eu não sei explicar o que eu sinto entendeu... Eu acho que se resume em amor. (Sálvia – E)

De acordo com Gutierrez e Minayo (2010), o cuidado pode estar relacionado a aspectos afetivos e relacionais, no sentido do inclinar-se reverentemente para o outro indivíduo, escutá-lo, compreendê-lo e ajudá-lo. Nesse sentido, a mãe desempenha mais que funções de cuidado físico, pois seu papel funciona como uma “película protetora” contra interferências externas e desconhecidas ao(à) bebê, provendo proteção e segurança. De acordo com Piccinini et al. (2008, p.70):

(...) na gestação a mulher começa a se reorganizar e a reformular sua identidade, além de suas relações interpessoais, o que terá continuidade mesmo após o nascimento do bebê. Seus pensamentos e sentimentos passam a se voltar para o bebê, e neste sentido, desde a gestação a mulher se relaciona com o filho, sendo esta relação responsável por novas atitudes diante das exigências externas.

Mudanças nas relações interpessoais também foram relatadas pelas colaboradoras, positivamente. Elas se perceberam mais compreensivas e pacientes com as pessoas, se colocando mais no lugar delas, assumindo uma atitude mais atenciosa e amorosa, conforme mostram as falas a seguir:

Depois que ele nasceu eu aprendi a ter muito mais paciência... Antes eu já me considerava uma pessoa pacífica, mas hoje em dia eu tenho muito mais paciência... Hoje eu entendo muitas coisas que eu não entendia, vamo supor... Casa bagunçada de mãe que tem filho, a rotina do relacionamento como muda... (Valeriana – E)

Agora eu sou mais paciente com as pessoas, eu acho que eu aprendi a amar mais as pessoas... Porque, por exemplo, eu tinha muita dificuldade de relacionamento com a minha sogra... Eu acho que a minha sogra protege muito meu marido entendeu. E agora eu sendo mãe, eu me coloco no lugar dela. Então eu comecei a lidar muito melhor com ela a partir do momento que eu comecei a entender isso. Eu acho que esse lado meu amadureceu muito. Eu era muito impaciente, agora eu tenho bastante paciência... Eu acho que eu amo mais as pessoas, eu olho mais as pessoas... Tentando ver o lado bom, porque antes eu não fazia isso... Eu acho que foi mais isso... (Sálvia – E)

Sálvia relatou a melhora que percebeu no relacionamento com a sua sogra, de maneira que depois que se tornou mãe começou a entender aspectos que não entendia, como a proteção dos filhos, por exemplo. Brandão (2005) destaca que quando cada um constrói a

qualidade de sua vida individual colabora à qualidade plural da vida, através de suas ações cotidianas, de sua forma de ser e estar no mundo, de se relacionar com as pessoas, percebendo e respeitando os demais integrantes da teia da vida.

Como uma emoção fundadora, o amor é uma experiência a ser partilhada em qualquer situação em que pessoas se reúnam para construir os saberes e os sentidos de suas vidas. É uma experiência humana que, para não ser 102 mais uma vaga palavra tornada uma vã teoria, precisa enraizar-se em modos não apenas de ser e de pensar, mas de viver a vida de cada momento e de compartilhar com outros cada instante dela (BRANDÃO, 2005, p. 47).

Sálvia e Valeriana passaram por transformações e sua visão de mundo foi modificada, uma vez que uma mesma situação – seja a superproteção da sogra para com o filho, seja a casa bagunçada da cunhada – passou a ser enxergada a partir de outra ótica. Segundo Dussel (1995, p.96), quando nos relacionamos pautados na alteridade, conhecemos algo a partir de um horizonte, mas imediatamente outro se abre, de forma que a compreensão está em constante movimento: “La comprensión cotidiana como futuro es dialéctica, en el sentido que va pasando de un horizonte a otro y va creciendo”.

Assim, “o respeito supõe reconhecer o outro em sua alteridade e perceber seu valor intrínseco” (BOFF, 2006, p. 54), brotando do amor e se alimentando no compartilhamento das diferentes visões de mundo daqueles que convivem. Corroborando com essa reflexão, Brandão (1986, p.103) destaca que, “o dado fundamental das relações de todas as coisas do mundo é o diálogo. O diálogo é o sentimento do amor tornado ação”. Desse modo, através do diálogo se estabelecem as relações entre os seres humanos, que se comunicam consigo mesmos, com outros homens e mulheres e com o mundo criando, assim, a sua cultura.

Brandão (2005, p. 123) nos diz que “nos tornamos humanos e nos transformamos de uma geração a outra, de uma era da trajetória humana a outra, porque aprendemos a viver entre nós, em múltiplas e indispensáveis experiências socialmente prescritas e regidas pelo princípio recíproco de dar, receber e retribuir”.

Dussel (1995) aponta que somos seres no mundo e que surgimos a partir do outro, uma vez habitamos um útero, nascemos e fomos amamentados (se não todos, a maioria). Assim, a primeira relação do ser humano não é com coisas, mas sim com pessoas, de forma que cada um não vai constituindo seu mundo e sim vai sendo constituído por outros indivíduos no mundo.

Assim, destacamos o potencial que existe no diálogo, nos trocas interpessoais, uma vez que “nossos caminhos pessoais são os mais diversos, num horizonte necessário de comunicação” (FIORI, 2014, p.59). Mediante a comunicação, vamos aprendendo novos

saberes e práticas e vamos nos transformando, vamos nos fazendo, refazendo, aprendendo também a nos humanizarmos e nos libertarmos. Neste sentido vamos fazendo cultura, uma vez que “toda cultura é medularmente aprendido. (...) Cultura autêntica é aprendido e aprendido autêntico é conscientização” (Id. Ibid., p.67).

Portanto, é na interação com outras pessoas que podemos nos educar, nos conscientizar, fazermos cultura. Mas este processo só acontecerá se nos colocarmos abertos ao mundo, sendo que esta abertura só pode acontecer de dentro para fora, espontaneamente.

Assim, para que o processo educativo se efetive de forma humanizada e se estabeleça, de fato, uma partilha, é necessário que os sujeitos envolvidos se disponham a educar-se, reproduzir-se, refazer-se e adentrar a si mesmo, com lucidez e coragem em uma postura ativa, de forma que cada um de nós possa, cada vez mais, mediante as experiências e a intersubjetivação das consciências, ir se tornando protagonista da própria vida, aprendendo a conduzi-la e tomando-a nas próprias mãos.

Algumas considerações:

*“Beija flor me mandou embora...
Trabalhar e abrir os olhos” – Benke
(Milton Nascimento)*

Eis que chegamos ao fim desta caminhada. Digo desta pois muitas outras virão para vocês, leitores e leitoras, e também para mim. Fazendo uma reflexão sobre o que a realização deste mestrado acrescentou nas águas de meu rio e na colcha de retalhos que sou, me deparo com uma imensidão de sentimentos, aprendizados e lembranças, mas o mais marcante é a gratidão por ter vivido processos tão ricos, em minha vida profissional e também na pessoal. E o mais bonito é perceber como os processos estão interligados.

Como disse na introdução, ao ingressar no mestrado descobri que estava gestando pela segunda vez e, sendo assim, cursei o primeiro semestre grávida, acompanhada pelo meu “companheiro de ventre”, Cainã. Refletia muito sobre o quão rico era para ele também ter contato com todo o universo das aulas, das conversas e das vivências.

Neste mesmo semestre, me casei e, no final de junho, meu filho nasceu, em nossa casa, naturalmente. Então, vivenciei pela segunda vez o período pós-parto (puerpério) e seus desafios, amamenteei e mergulhei profundamente no cuidar e zelar, me afastando temporariamente dos estudos e da teoria para experienciar e viver inteiramente a maternidade. A coleta dos dados se deu após este mergulho, a escrita do referencial teórico também.

E assim, meus estudos e minha vida foram se entrelaçando. Enquanto escrevia o referencial teórico sobre cuidado, ia ressignificando o meu olhar sobre a maneira que cuidava de mim mesma, da chácara onde moro, das plantas, dos animais, das relações interpessoais, dos meus filhos e das mulheres que eu acompanhava em seus partos. Tenho para mim que, para que nosso pensar e agir sejam legítimos e verdadeiros, é necessário que estejam maduros dentro de nós, no campo de nosso sentir, afinal, somos o que vivenciamos. Assim, durante todo o processo do mestrado me refiz e refiz o meu fazer (conforme ressalta Fiori), amadurecendo e me transformando como mãe, mulher, esposa, profissional e cidadã.

Conforme abordado no referencial teórico, a saúde é dinâmica e está relacionada a como vamos enfrentando o que nos acontece durante a vida e posso afirmar que este foi um aprendizado que tive, visto que vivenciei casamento, partos (o meu próprio e de mais, aproximadamente, vinte mulheres), puerpério, amamentação, mudança de casa, adoecimento dos filhos e buscava ir equilibrando as emoções, sentimentos e prioridades. Claro que diversas vezes me senti confusa, amedrontada e sem forças, mas fui vivendo um momento de cada vez, procurando estar presente e inteira em cada ação, me entregando, confiando, aceitando e

agradecendo. E procurei passar por este processo de forma saudável, buscando respeitar minha saúde e manter o equilíbrio. Portanto, chegar até aqui envolveu determinação, sacrifícios e superações, sendo que não teria conseguido sem o apoio e auxílio de meus familiares, ajudantes e amigos.

Vou explicar porque considero importante partilhar estes fatos. Sempre gostei muito de ouvir histórias (e como vêm, adoro contá-las também), especialmente as que aconteceram de verdade. E sinto que elas são, em si, práticas populares de saúde, pois com elas podemos nos inspirar, nos identificar, encontrar um pouquinho de nós nelas, repensando nossas escolhas e ressignificando nosso viver. Saber que não estamos sozinhos(as). Especialmente nestes tempos em que as pessoas tendem a só mostrar aos outros o que é belo, alegre e resultante de vitórias e sucesso (especialmente nas redes sociais e eventos públicos), a partilha das dificuldades, percalços e desafios nos fortalece, mostra que ninguém é perfeito e que sempre podemos ir além, gerando uma sensação de pertencimento:

O sentido de pertencimento presente nas práticas de educação popular em saúde contribui para o fortalecimento de identidades e do espírito de coletividade, como é expresso nas redes construídas pelos coletivos, movimentos, articulações de nível nacional e local, necessários para ampliação da qualidade da saúde das populações. O apoio social construído nestas redes tem se manifestado importante na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012, p.12).

Este sentimento de acolhimento, pertencimento, espírito de coletividade, fortalecimento de identidades, tessitura de redes, eu, Regina, experiencio e encontro nas rodas de que participo: nos círculos sagrados femininos nas noites de lua cheia, nos rituais xamânicos, nos grupos de gestantes e casais grávidos, nas aulas de yoga, nas festas escolares das crianças, nas danças circulares sagradas... Estes são rituais que representam e compõem a minha espiritualidade. E também minha saúde, meu autocuidado, são momentos em que me encontro comigo mesma, que posso respirar minha essência com mais calma, me fortalecer em minhas verdades e valores e adquirir vitalidade para me transformar e melhorar sempre.

Para mim, a espiritualidade é algo essencial, que me ajuda a superar as dificuldades, ressignificar os caminhos que vou percorrendo: os passos que dei, o chão que estou pisando e as trilhas pelas quais eu andarei; e também a observar o que deve permanecer em mim, o que devo mudar e melhorar e o que tem que fluir, abrindo espaço para que o novo possa chegar. Na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) consta que:

Uma dimensão importante presente nas práticas de educação popular em saúde é a espiritualidade, entendida como a motivação profunda que orienta e dá sentido às opções de vida mais fundamentais das pessoas. Ela pode se assentar em valores e perspectivas religiosas ou não. Está fortemente presente na luta dos movimentos e

nas práticas populares de cuidado. (...) A consideração da dimensão espiritual permite que motivações subjetivas, profundas para o trabalho e para a luta pela saúde, possam ser elaboradas e ampliadas coletivamente através do diálogo. Traz para o cotidiano do trabalho em saúde emoções, sentimentos e disposições que fortalecem o vínculo entre as pessoas, entre as comunidades e destas com o planeta, promovendo a solidariedade local e a integração da luta pela vida com a dinâmica ecológica (BRASIL, 2012, p.11).

Considero relevante destacar a importância desses rituais, pois percebo neles o potencial para que nos fortaleçamos em nossa dignidade, em nossa honra. Nos povos indígenas, por exemplo, os rituais faziam parte da vida cotidiana: a conexão com a natureza, com as estações do ano, com o clima, com as fases da lua guiavam suas ações e decisões e, assim, o plantio e a colheita eram celebrados, a transição para a vida adulta era ritualizada, bem como a menstruação, o nascimento e a morte.

Atualmente, há uma tendência mundial que impulsiona ao consumo, à praticidade, à rapidez e à superficialidade, que pode ser observada na alimentação, na educação, na saúde, nas relações humanas, apenas para citar alguns exemplos. Analisando especificamente os eventos femininos de menstruar e parir, ainda prevalece a desvalorização destes processos: há diversos medicamentos que inibem a menstruação; prevalecem, especialmente no Brasil, taxas altíssimas de partos cirúrgicos (cesarianas) realizados sem necessidades reais, inclusive agendados, ainda que esta ação possa trazer riscos ao bebê e também à mãe.

Felizmente está crescendo o número de pessoas que estão optando por um estilo de vida mais consciente: o consumo de alimentos mais saudáveis, pedagogias que respeitam o tempo e a individualidade da criança, formas mais naturais e holísticas para o cuidado à saúde e movimentos de mulheres que valorizam a menstruação e o parto como ritos de passagem, como processos naturais e que, portanto, não devem ser suprimidos, mas sim vivenciados em sua inteireza, intensidade e beleza, ainda que possam envolver dores e desconfortos.

Uma prática de saúde relacionada à menstruação que tem se popularizado no Brasil é o uso do coletor menstrual¹⁹, que além de não produzir resíduos ao meio ambiente, possibilita às mulheres uma nova relação com o corpo e também com o sangue menstrual, que, na grande maioria das vezes, ainda é visto como sujo, impuro e como algo a ser escondido, descartado. A relação que temos com a menstruação se vincula também à gestação e ao parto, pois quando temos um contato mais íntimo com nossos fluidos, secreções e sensações tendemos a ficar mais seguras acerca dos processos que acontecem nestes eventos.

¹⁹ O coletor menstrual consiste em uma espécie de copo de silicone que coleta o sangue menstrual, dispensando o uso de absorventes descartáveis, prejudiciais à saúde da mulher e também ao ambiente.

Outro exemplo de prática feminina é a sincronização da Bênção do Útero, organizada e disseminada virtualmente em nível mundial pela inglesa Miranda Gray. Basta que seja feito o cadastro no site (www.wombblessing.com) para que a mulher receba a meditação em sua caixa de e-mail. Tem sido cada vez mais comum que mulheres de uma mesma cidade se reúnam em círculos para meditarem juntas, dialogarem, troquem experiências e experienciem uma nova forma de se relacionarem, se afastando da competição e comparação – ainda tão presentes em nossa sociedade – e se aproximando de valores como a cooperação, a colaboração e a sororidade.

Assim, uma nova cultura está se formando, ao meu ver, uma revolução está acontecendo e é a revolução do feminino, que valoriza o resgate da ancestralidade, a intuição, a paciência, o acolhimento, a conexão consigo mesma, com a natureza cíclica feminina. Dessa forma, vão sendo lançadas sementes de uma nova forma de ser mulher, de acolher as meninas com mais cuidado e delicadeza em suas menarcas, mostrando para elas o quanto somos dignas de respeito e que não podemos mais admitir o machismo, a opressão, a violência, nos valorizando, nos orgulhando de sermos mulheres, nos conectando à nossa essência, aos nossos ciclos e saberes e lutando, sim, por nossos direitos, com uma postura amorosa, acolhedora, e ao mesmo tempo, firme, corajosa e segura.

Neste sentido, sinto que é muito importante que cada homem e mulher aprenda cada vez mais a se respeitar, a se sintonizar com o próprio corpo e com as próprias emoções, ouvir mais a intuição, a voz que vem do coração. Entrar mais em contato com o sagrado, com a espiritualidade (independente de religião), a adentrar a si mesmo(a), a se conhecer e descobrir oásis dentro de si, jardins, e sombras também, dores, mas ter coragem de olhar, de buscar ajuda, de confiar nas pessoas e se dispor a se trabalhar. Estes cuidados estão intimamente ligados à relação entre profissionais de saúde e usuários(as) dos serviços.

Eu acredito que para que possamos cuidar de outras pessoas, precisamos também cuidar de nós mesmos(as). Assim, para que de fato se estabeleça uma atenção à saúde pautada na integralidade, na humanização e no diálogo - além da formação dos profissionais, da infraestrutura do sistema e da maior participação popular - é necessário que os(as) profissionais também se cuidem e sejam cuidados, que cada um(a) procure participar de grupos e encontrar espaços em que possa olhar para si, em que aprenda a se relacionar de uma forma mais saudável e íntima consigo mesmo(a). Somente assim é possível se disponibilizar a ouvir o outro com empatia, em relação face-a-face, a olhar no olho, o que não necessariamente envolve mais tempo, mas sim mudanças de posturas, que fluem e refletem fora quando se está em paz por dentro, internamente.

Tendo exposto as contribuições que o mestrado trouxe para minha vida pessoal, vamos tecer algumas considerações sobre os resultados e aspectos metodológicos. Retomando os objetivos da pesquisa: o objetivo geral foi de *compreender os significados dos saberes e práticas populares de saúde na gestação, a partir da perspectiva de mulheres gestantes participantes de ação educativa em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Piracicaba* e teve como objetivos específicos: *descrever os sentidos atribuídos à gestação e ao cuidado à saúde; identificar os saberes e práticas populares de saúde na gestação; compreender onde, com quem e como aprendem o cuidado à saúde.*

A vivência da gestação foi descrita pelas colaboradoras da pesquisa como um momento mágico, de alegria e realização para a mulher, que ao se sentir mais amada, mais importante e abençoada pela possibilidade de gerar uma vida, tem sua autoestima elevada. Como pontos positivos também destacaram que passaram a ser mais bem tratadas pelas outras pessoas, tanto familiares como não familiares, além de terem percebido que os maridos ficaram mais atenciosos, cuidadosos, carinhosos, prestativos, ajudando mais nos serviços domésticos, o que trouxe mais solidez e união ao casamento (para as que eram casadas).

Também afirmaram ser muito gostosa a interação com o(a) bebê na barriga, sendo que acreditavam que ele(a) percebia e sentia tudo, respondendo aos estímulos através de sua movimentação. Esta comunicação com o(a) bebê envolveu o aprendizado de se conectar mais ao corpo e às sensações experienciadas ao sentir o(a) filho(a) se movimentar.

Para as colaboradoras, a gestação representou uma fase de transição, que envolveu adaptação à nova condição: mãe. A descoberta e a confirmação da gravidez representou o início de uma longa jornada, repleta de mudanças, trazendo à tona uma gama de sentimentos ambíguos, dúvidas e preocupações, de forma que todas elas se perceberam mais sensíveis, ansiosas, nervosas, com as emoções mais oscilantes e intensas, chorando bastante, na maioria das vezes, sem um motivo específico. Assim, ainda que a notícia tenha sido bem recebida (mesmo a gravidez não sendo planejada), cada mulher, cada casal enfrentou um período de crise e transição existencial, se deparando com as consequências de suas próprias escolhas e com o peso da responsabilidade que está envolvido na maternidade e paternidade.

Todas essas emoções podem repercutir, além do campo psicológico, em desconfortos físicos, sendo que as colaboradoras perceberam e sentiram esta relação. Assim, os enjoos e náuseas que tiveram poderiam, por exemplo, estar relacionados à “digestão” e adaptação a essa nova condição em suas vidas e à luta interna para o reajustamento de sua personalidade. Além dos enjoos, foram percebendo modificações corpóreas em decorrência do crescimento da barriga e precisando ajustar hábitos alimentares, de sono, dentre outros. A partir das

percepções que tinham de seu corpo, foram também buscando formas de alívio, através de conselhos e orientações recebidas de outras pessoas e também a partir da própria experiência, encontrando práticas que melhoravam os desconfortos, quando era possível amenizá-los.

Nesse sentido, identificamos que um processo educativo foi o de aprender a conviver com desconfortos (caso eles não pudessem ser eliminados ou minimizados) e a se transformar diante das exigências da vida, procurando ficar menos nervosa e dar menos valor aos problemas, buscando o equilíbrio, se esforçando para modificar hábitos e passando a ter outras prioridades, seja no campo financeiro - mudando e adequando escolhas de compra e o padrão de consumo, seja no campo social – deixando de frequentar determinados locais.

As práticas destacadas por elas como benéficas incluíram o repouso, a realização do pré-natal e de exames, alimentação saudável, exercícios físicos, dentre outras. Já as prejudiciais, a serem evitadas ou cessadas, foram ficar nervosa, estressada e ansiosa; realizar esforços físicos excessivos; consumir bebidas alcoólicas, fumar e usar drogas; ingerir alimentos gordurosos. Algumas colaboradoras, por motivos específicos, sentiram a necessidade de parar de fazer faxina e/ou de andar de moto ou de carro; outras continuaram realizando suas atividades normalmente, por considerarem que gravidez não é doença e por não terem tido nenhuma intercorrência durante a gestação.

Apesar de terem citado diversas recomendações sobre o que consideravam benéfico e o que deveria ser evitado, nem sempre suas ações estavam em consonância com o que indicavam como ideal. Por exemplo, recomendaram a prática de exercícios físicos, mas nem todas fizeram; indicaram a ingestão de alimentos saudáveis (mais naturais, frutas, legumes e verduras), mas não os consumiam; por outro lado, contraindicavam o consumo de “porcarias” (fritura, doce, chocolate), porém estes eram alimentos muito presentes na alimentação delas.

Sobre este aspecto é importante expormos algumas considerações acerca da metodologia utilizada. Os resultados nos apontaram que estas “confissões”, de que não faziam exercícios e que comiam o que sentiam vontade e não o que julgavam saudável, não emergiram na primeira roda de conversa e sim nas entrevistas em profundidade, realizadas individualmente nas casas das colaboradoras, sendo que este instrumento de coleta de dados foi considerado adequado.

Existem diversas possibilidades para que isto tenha acontecido dessa forma. Um ponto que pode ter interferido é que a roda de conversas foi realizada na própria USF e, ainda que estivéssemos só nós no local da roda de conversa, em uma sala anexa estavam diversas profissionais da unidade de saúde e as colaboradoras podem ter se sentido um pouco inibidas e terem respondido da maneira que elas imaginavam que seria a ideal e a esperada pela

pesquisadora e também pelas profissionais. Outro ponto é que elas poderiam ainda estar estabelecendo o vínculo com a pesquisadora e não tenham se sentido à vontade para se abrir.

As duas rodas de conversa tiveram objetivos diferentes uma da outra, sendo que este instrumento também se mostrou adequado. A primeira teve o intuito de aproximação e estabelecimento de vínculo, além de oferecer subsídios para a elaboração das questões a serem aprofundadas nas entrevistas. A segunda foi realizada a fim de compartilhar com as colaboradoras os resultados obtidos mediante o processo de pesquisar com elas, de maneira que elas poderiam se apropriar deles, além de poderem trazer novos apontamentos e esclarecer aspectos que não estavam coerentes com o que, de fato, quiseram dizer.

Em relação à segunda roda de conversa, além de ser uma possibilidade para que as colaboradoras da pesquisa conhecessem e se apropriassem dos resultados da pesquisa, considero que foi uma oportunidade para que eu também colocasse meus pontos de vista sobre o cuidado à saúde de forma mais fluida e o simples fato da organização e estética do ambiente ser diferente do usual, com todas nós sentadas no chão, já envolve ensinamentos sobre a horizontalidade, a comunhão. Além disso, sinto que é a oportunidade de ofertarmos aos que se dispuseram a caminhar conosco pelos caminhos da pesquisa um agradecimento, mostrar que honramos sua participação e que somos gratos(as) por ela.

Sobre os processos educativos relacionados ao cuidado à saúde, verificamos que as colaboradoras ensinaram e aprenderam mediante o diálogo e a convivência, conversando com diversas pessoas, vendo casos, ouvindo relatos. Foi observado também que as informações não foram provenientes de uma fonte única, mas sim de múltiplas e que a elaboração dos saberes e práticas aconteceu de forma lenta e gradual, ao longo da vida, mediante o conteúdo com que cada uma, de forma individual, foi entrando em contato nas situações que vivenciou, nos ambientes que frequentou e com as pessoas com quem se relacionou.

Dessa forma, os seres humanos estão em constante (trans)formação, sendo que vão construindo jeitos de ser, viver e de conduzir a própria vida. Esse processo acontece no “estar com”, mediante trocas intersubjetivas e no compartilhamento – não transmissão - de saberes. As colaboradoras mencionaram aprender com familiares (mãe, sogra, avó, tia, irmão, irmã, cunhada), colegas, pessoas mais experientes, profissionais de saúde (médicos(as), enfermeiras, agentes comunitários de saúde).

Na relação com os profissionais de saúde, especialmente com os(as) médicos(as), as colaboradoras relataram que, apesar de tirarem suas dúvidas, não se sentiram totalmente contempladas, o que fica perceptível no caso de Malva, que não relatava aos profissionais suas práticas populares de saúde por acreditar que eles iriam reclamar ou reprová-las; no caso

de Valeriana, que acreditava que era considerada “chata” pelo seu médico, por fazer muitas perguntas a ele e no caso de Sálvia, que relatou que se a médica se mostrasse mais interessada e fizesse mais perguntas, ela falaria mais, considerando que ter mais diálogo seria proveitoso.

As colaboradoras também destacaram que as consultas médicas eram baseadas quase exclusivamente nos aspectos biológicos e técnicos, ficando restritas a medições (peso, altura uterina), desconfortos, medicações e exames, caracterizando uma relação superficial e com pouco vínculo. Diante de um fazer profissional eminentemente técnico é urgente que novos valores sejam priorizados como o convívio, o diálogo, o acolhimento, a escuta e o respeito à diferença cultural, de forma que todos os saberes sejam valorizados.

O cuidado é uma prática que acontece nas relações sociais e como prática social se constitui na interação entre seres humanos, sendo importante que haja, entre eles, respeito aos valores, opiniões e condições de vida do outro, com quem se relaciona, tendo como base a alteridade. Esta postura possibilita que processos educativos aconteçam, saberes sejam elaborados nesta relação, bem como haja o compartilhamento de experiências e práticas.

Assim, nesta pesquisa, os conselhos recebidos oralmente, as informações obtidas mediante a convivência, as conversas, as buscas na internet, a participação em palestras, cursos e consultas representaram uma gama de opções e possibilidades de serem colocadas em prática e experimentadas, de forma que cada uma das colaboradoras os utilizou e significou de uma maneira, uma vez que estes novos elementos foram se mesclando à sua visão de mundo, a seus valores e à sua forma de ser e viver.

Na experiência e na realização das práticas, novos saberes e fazeres foram sendo elaborados, com base na observação dos resultados, de forma que as práticas que apresentaram resultados mais satisfatórios se mantiveram e as que não foram bem sucedidas foram modificadas, adaptadas ou descartadas.

Outro aspecto a ser considerado é a relevância do período pós-parto. As colaboradoras afirmaram que a vida delas, que já havia mudado durante a gravidez, mudou ainda mais depois de o(a) bebê ter nascido, sendo que relataram ter ficado mais ajuizadas, responsáveis, mais cuidadosas e também mais amorosas e compreensivas com as outras pessoas. Ainda que não fosse o foco da pesquisa, dados bastante interessantes emergiram. Na gestação, diversos olhares são voltados à mulher, tanto no pré-natal, quanto socialmente. No entanto, quando nasce o(a) bebê, ele(a) passa a ser a prioridade e a mulher fica em segundo plano. Assim, ressaltamos a importância de que mais pesquisas sejam realizadas acerca desta temática.

A compreensão dos sentidos e significados atribuídos pelas mulheres à forma de cuidar da saúde durante a gestação pode contribuir com a valorização de seus saberes e

práticas, no sentido cultural, de forma a estimular o diálogo entre os diferentes saberes. Esta pesquisa visa contribuir também para fornecer entendimentos acerca de processos educativos relacionados ao cuidado à saúde e à maternidade.

Almejamos também que esta pesquisa possa fortalecer ainda mais a área de educação popular em saúde e saúde da mulher contribuindo para que as ações educativas sejam realizadas partindo dos saberes dos(as) participantes e que aconteçam de maneira dialógica e horizontal. Destacamos os avanços nas Políticas públicas destas áreas com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), Rede Cegonha, dentre outras, sendo que os avanços se deram devido à ativa participação e reivindicações dos movimentos sociais. Desejamos também que os diversos movimentos sociais de mulheres possam encontrar pontos em comum e que vigore a união, a soma de forças para que haja conquistas e melhorias no sistema de saúde, pois ainda há muito o que melhorar.

Assim, esperamos trazer contribuições para a melhoria da assistência à saúde das mulheres e que, para tanto, os(as) profissionais também passem a receber cuidados e trabalhar suas questões emocionais e psicológicas para terem condições e disponibilidade para oferecerem um atendimento pautado na humanização, escuta ativa e diálogo.

Por fim, almejo que cada um(a) de nós procure atuar em todos os campos de nossa vida – material, espiritual, profissional, pessoal – e em nosso cotidiano com inteireza, verdade, consciência, entrega e respeito nas relações conosco, com os outros e com a vida. Assim, espero que possamos valorizar mais as pessoas, as trocas de saberes, a amorosidade nas interações, nos doando verdadeiramente a cada conversa, buscando viver a vida com qualidade, se esforçando sempre mais para “passar dos devaneios e das teorias para as construções de novos saberes e de novas práticas sociais” (BRANDÃO, 2005, p.49).

Referências

- ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v.11, n.2, p. 153–158, 2003.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. COMMITTEE ON QUALITY ASSURANCE. Quality assessment and improvement in obstetrics and gynecology. **American College of Obstetricians and gynecologists**, 1994.
- AGRA, M.F.; FREITAS, P.F.; BARBOSA-FILHO, J.M. Synopsis of the plants known as medicinal and poisonous in northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 17, n. 1, p. 114-140, 2007.
- ALEXANDRE, M. O saber popular e sua influência na construção das representações sociais. **Revista Comum**, p. 161-171, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A.; FARIA, P. G.; AYRES, A. V. Tecnologias na enfermagem: o resgate das práticas naturais no cuidado em casa, na escola e no trabalho. In: FIGUEIRESO, N. M. A. (Org.). **Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem**. São Paulo: Difusão Editora, p. 338-35. 2004.
- AMORIM, J. A. **Fitoterapia popular e saúde da comunidade: diagnóstico para proposta de integração nos serviços de saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil**. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999. 316f.
- ARAÚJO, E. et al. Uso de plantas medicinais pelos pacientes com câncer de hospitais da rede pública de saúde em João Pessoa (PB). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.44-52, jun.2007.
- ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.
- ARAÚJO-OLIVERA, S. S. Exterioridade: o outro como critério. In: OLIVEIRA, M. W.; SOUSA, F. R. (Org.) **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EDUFSCar, 2014, p. 47-112.
- ARTAL, R.; GARDIN, S. K. Perspectiva histórica. In: ARTAL, R.; WISWELL A. R.; DRINKWATER, L. R. **O exercício na gravidez**. São Paulo: Manole; p.1-7. 1999.
- ÁVILA, M. B. M.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

- BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.363-70. abr-jun, 2012.
- BAIÃO, M. R. et al. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Cien Saude Colet**, v. 15, n. Supl 2, p. 3199-3206, 2010.
- BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 11, p. 2633-2642, 2008.
- BALASKAS, JANET. **Gravidez natural**. São Paulo: Manole, 1999.
- BARBIERI, M. C. et al. Vivência da maternidade: percepção de mulheres participantes de grupos de pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETO, C. N. Atenção pré-natal: cuidados na gestação. **XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: aprender e empreender na educação e na ciência**. Volume 3,. UNIFRA – Santa Maria. 2012.
- BARROS, J.A.C. A atuação dos balconistas de farmácia: ajudando a promover saúde? **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.73, n.2, p.120-127,1997.
- _____. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BARROS, M. N. A. **As deusas, as bruxas e a Igreja: séculos de perseguição**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- BARROSO, I. C. **Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: histórias e memórias**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. **Campinas, SP**, 2001.
- BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo (RS): UPF, 2004.
- BASTIDE, R. Técnicas de repouso e de relaxamento. In: QUEIROZ. **Roger Bastide**. São Paulo: Ática, 1983.
- BATISTA, D. C. et al. Atividade Física e gestação: saúde da gestação não atleta e crescimento fetal. **Rev. Brasileira de Saúde Materna infantil**. V.3 n. 2. Abr. Recife 2003.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F., CORBO, A.D., (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 51-86, 2007a.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F., CORBO, A.D., (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 25-49, 2007b.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 142-147.

_____. **Virtudes para um outro mundo possível**, vol. II: convivência, respeito, tolerância. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEN, D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 317-322, 2007.

BORGES, M. S.; SHIMIZU, H. E.; PINHO, D. L. M. Representações Sociais de Parteiras e Benzedeadas sobre o cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n.2, p. 257-263, 2009.

BOSI, A. Cultura brasileira, culturas brasileiras. In: _____. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.308-345.

BRANDÃO, C. R. **Os caipiras de São Paulo**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

_____. **Educação Popular**. São Paulo: Brasiliense, 1984a.

_____. **Saber e ensinar: três estudos de educação popular**. Campinas: Papyrus, 1984b.

_____. **O que é o método Paulo Freire**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. (Coleção Primeiros Passos; 38).

_____. **Aprender o amor: sobre um afeto que se aprende a viver**. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. A pesquisa participante e a partilha do saber: uma introdução. In: _____. (Org.). **Pesquisa Participante: o Saber da Partilha**. 1. ed. Aparecida, SP: Ideias & Letras, v. 1, p. 7-20. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

_____. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

_____. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1.ed., 2.reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência**: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 1, p. 90-6, 2008.

BUDÓ, M. L. D. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSEN I.; MARCON S.S.; SILVA M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá (PR): EdUEM; 2004.

CALVASINA, P. G. et al. “Fraqueza de nascença”: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.371-380, fev. 2007.

CÂMARA CASCUDO, L. **História da alimentação no Brasil**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1983.

CAMARGO, J. R. **Biomedicina, ciência & saber**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

CANCLINI, G. N. **Culturas híbridas: estratégias para entrar y salir de la modernidad.** México D.F.:Editorial Grijalbo. 1989

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos poderes hospitalares. 1998.

CARDOSO, A.; SANTOS, S.M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação. **Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 141-159, jan/jun, 2007.

CARDOSO, I. L. **O saber/fazer das parteiras populares do entorno do Distrito Federal.** 2012. Brasília. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, out. 2012.

CARDOSO, R. S. Corpo de mulher: o social e o individual em uma sociedade patriarcal. In: ____ (Org.). **É uma mulher...** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CARNEIRO DA CUNHA, M. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. In: _____. **Cultura com aspas e outros ensaios.** São Paulo: Cosac & Naify, 2009.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento: Uma Experiência de Investigação Científica do Ponto de Vista Popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.** 1. ed., São Paulo: HUCITEC, p.101-114, 2001.

CASTRO S. M. D. et al. Exercício físico e gravidez: prescrição, benefícios e contra-indicações. *Universitas: Ciências da Saúde Brasília*; 7(1):91-101. 2009

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 7.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COELHO, D. M. L. **Práticas de prevenção e controle da lombalgia gestacional.** 2006. Fortaleza. 88f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde/ Fundação Edson Queiroz da Universidade de Fortaleza, 2006.

COELHO, E. A. C. et al. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2014.

COLE, A. J.; MORRIS, D. M.; RUOTI, R. G. **Reabilitação Aquática.** São Paulo; Manole. 2000.

COLLAÇO J. H. L. **Um olhar antropológico sobre o ato de comer fora.** Campos; v.4, p.171-194. 2003

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, M. A. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva das gestantes. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes e mães de crianças menores de dois anos de idade: o programa saúde da família em pauta. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 294-302, 2009.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comun Saúde Educ**. v.14, n.33, p.257-70. 2010.

DA MATTA, R. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DAHLKE, R. **A doença como linguagem da alma**: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento. São Paulo: Cultrix, 1992.

_____. A doença como símbolo – **Pequena enciclopédia de psicossomática: sintomas, significados, tratamentos e remissão**. São Paulo: Cultrix, 2010.

DE AQUINO, D. L. et al. Prevalência de Dor Lombar em Mulheres Grávidas Atendidas na Clínica Escola do UNIPÊ. 2011. **VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**: Fortalecendo redes e alianças estratégicas pela cidadania e saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

DE ARAÚJO, C. R. F. et al. Uso de fitoterápicos com potenciais efeitos teratogênicos e abortivos por gestantes: intervenção na atenção básica e em maternidade. **XIII Encontro Nordeste dos grupos PET (ENEPET)**. Universidade Federal de Campina Grande. 2014.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.

DE OLIVEIRA, E. M. F.; DE BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 595-601, 2009.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.16, n.3, p.221-231, 2000.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A doença como caminho**: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. 17. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

DO CARMO, T. A. Medicamentos e Gravidez. **Saúde em Revista**, v.5, p.55-61, 2003.

DO CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1004-1013, 2004.

DUARTE, L. F. D. **Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)**. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

DUSSEL, E. I. La totalidad vigente; II. La alteridad o la exterioridad del sistema. In:_____. **Introducción a la filosofía de la liberación**, Colombia: Ed. Nueva América, 1995. p. 84-140.

ERNST, E. Herbal medicinal products during pregnancy: are they safe? **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.109, p.227-235, 2002.

EZPELETTA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. 1989. p. 74–120.

FAÚNDES, A. Gênero, Poder e Direitos Sexuais e Reprodutivos. **Femina**. v. 24, n. 7, p. 661-4, 667-8, 670. 1996.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 95-100, 2001.

FIORI, E. M. Conscientização e educação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasil: Ministério da Saúde, 2014, p.55-71.

_____. **Textos Escolhidos: Educação e Política**. Porto Alegre: Ed: L&PM, 1991.

FLECK, A. C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, v.8, n. esp., 2003.

FLEISCHER, S. Puxando barrigas para puxar assuntos: a massagem abdominal como uma fonte de saber e significados entre parteiras marajoaras. **Revista de Humanidades** [Dossiê Ruralidades, org. Sandra Nogueira]. Caicó (RN), v.7, n.19, p.239-72, 2006.

FLEISCHER, S. Saúde Popular: esforços etnográficos para definir o conceito. **Pós-Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, v. 12, 2014.

FLEMING, M. **Adolescência e autonomia**. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. 2.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, p. 389-394, 2011.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise do conteúdo**. 2.ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

FREIRE, P. Educação “bancária” e educação libertadora. In: PATTO, M. H. S. (Org.) **Introdução à psicologia escolar**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 61-78.

_____. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 11.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 44.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

- GADE, C. **Psicologia do consumidor e da propaganda**. São Paulo: EPU, 1998.
- GALVÃO, N. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- GARSHASBI, A.; FAGHIH, Z. S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. **Int J Gynaecol Obstet** 88: 271-5, 2005.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. & GASKELL, G. (Ed). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GIEHL, C. R. FRARE, Juliana Cristina. Terapia aquática na prevenção e tratamento de desconfortos músculo-esqueléticos gestacionais: uma vivência extensionista. **Anais do V Congresso Paranaense de Fisioterapia**. UNIOESTE Cascavel, Paraná.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GJERDINGEN, D. K.; CHALONER, K. M. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. **Journal of Family Practice**, v. 38, n. 5, p. 465-473, 1994.
- GOLDFARB, M. P. L.; LEANDRO, S. S.; DIAS, M. D. O 'cuidar' entre as calin: concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.11, n.33, pp.851-876, 2012.
- GOMES, K. R. O. et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, jun. 1999.
- GONÇALVES FILHO, J. M. Olhar e memória. In: NOVAES, A. (Org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p.95-124.
- GOUVEIA, R. et al. Gravidez e Exercícios físico: Mitos, Evidências e Recomendações. **Acta Médica Portuguesa**. v. 20, p. 209-214, 2007.
- GRISCI, C. L. I. Ser mãe: produção dele, reprodução dela. In: CARDOSO, R. S. (Org.). **É uma mulher...** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1497-508, 2010.
- HERNANDEZ, L. M. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo (a). **Avances en Enfermería**, v. 26, n. 1, p. 97-102, 2008.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

KARDEL K. R.; KASE, T. Training in pregnant women- Effects on fetal development and birth. **Am J Obstet Gynecol**; v.178, n.2, p.280-6. 1998.

KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 9, p. 575-580, 2001.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

KNAUTH, D. **OS Caminhos da Cura: sistema de representações e práticas sociais sobre a doença em uma vila de classes populares**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1991.

KNOPLICH, J. **Enfermidades da Coluna Vertebral: uma visão clínica e fisioterápica**, 3ed. São Paulo: Robe, 2003

KULAY JUNIOR, L., LAPA, A. J. **Drogas na Gravidez: Manual de Orientação**. 1.ed. São Paulo: Ponto, 2003.

LAROSSA-BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n.19, p.20-28, 2002.

LASSO TORO, P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?. **Pensamiento psicológico**, Cali, v. 10, n. 2, p.123-133, dez. 2012.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practies**. 2.ed. [S.I.]: McGraw-Hill, 1995.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Gravidez e exercício. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 188-90, 2005.

LOYOLA, M.A. **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel; 1984.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O.; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n.1, fev. 2007.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: **Ed. Vozes**, 1988.

MARTINEZ, I. et al. Infecções parasitárias na gravidez: prevalência e auto medicação com plantas medicinais na região de Araraquara-São Paulo-Brasil. **Raízes e Rumos**, v. 2, n. 2, p. 12, 2015.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, R. F.; SILVA, J. L. P. Prevalência de dores nas costas na gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 51 (3) p. 144-14. 2005.

MAUAD FILHO, F. et al. Exercício físico na gravidez. **Rev. Go Atual**. V. 8 n. 11-12, p. 54-58, nov,1999.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do Exercício – Energia e Desempenho Humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2003.

MELO, J. F. Concepções de popular. In: _____. **Extensão Popular**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014.

MELO, R. M. et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, 2012.

MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.11, n.1, p.21-35, 2001.

MENGUEA, S. S. et al. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.5, p.415-20, 2001.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, dez. 1988.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

MINETT, G. **Respiração e Espiritualidade**: Rebirthing, uma técnica de cura. São Paulo: Editora Pensamento, 1994.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.2, 2013.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, L. Línea de investigación Prácticas de Cuidado Materno Perinatal. **El arte y la ciencia del cuidado**. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 364, 2002.

MURARO, R. M. Breve introdução histórica. In: KRAMER, H., SPRENGER, J. **O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro (RJ): Record, 1998. p. 5-17.

MURKOFF, H.; EISENBERG, A.; HATHAWAY, S. O que Esperar Quando Você Está Esperando. Rio de Janeiro: Record, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657. 2005.

NAKAMURA, M. U. et al. Repercussões obstétricas e perinatais do tabagismo (ativo e/ou passivo) na gravidez. **São Paulo Medical Journal**, v. 122, n. 3, p. 94-8, 2004.

NOGUEIRA, S. **Processos educativos da capoeira angola e construção do pertencimento étnico-racial**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

NUNES, C. I. V. P. B. D. **Saúde Consumo e Ambiente: Práticas e Valores das Grávidas**. Dissertação (Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos) – Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, Universidade de Santa Maria, Lisboa, 2011.

OLIVEIRA FILHO, A. D. et al. Aderência autorreferida a medicamentos prescritos durante a gestação. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 34, n. 4, p. 147-152, 2012.

OLIVEIRA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 81-88, jan./mar. 2012.

OLIVEIRA, M. W. Educação Popular e Saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 6, n. 1, p.73-83, jan./dez. 2007.

_____. Os serviços de saúde e os saberes populares. In: MANO, M. A. M., PRADO, E. V. **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: EdUFSCar, 2010.

_____. Pesquisa e trabalho profissional como espaços e processos de humanização e de comunhão criadora. **Cadernos CEDES**, v. 29, n. 79, p.309-321, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/02.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

OLIVEIRA, M. W. et al. Processos educativos em práticas sociais: reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. **Anais da 32ª Reunião da ANPED**, 2009.

_____. Processos educativos em práticas sociais: reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. In: OLIVEIRA, M. W.; SOUSA, F. R. (Org.) **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EDUFSCar, 2014a, p. 29-46.

_____. Pesquisando processos educativos em práticas sociais: reflexões e proposições teórico-metodológicas. In: OLIVEIRA, M. W.; SOUSA, F. R. (Org.) **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EDUFSCar, 2014b, p. 113-142.

OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Uso racional de los medicamentos**. London: Organización Mundial de la Salud, 1986.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.25-32, 1998.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998. p.31-47.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

PARISI, A.; ACEVEDO, P.; BRACACCINI, J.; CIPOLLONI, P. M. I. **Nuevos sujetos sociales**: identidad y cultura. Buenos Aires (ARG): Espacio; 1996.

PENA, B. S.; DE ANDRADE COUTINHO, F. G.; PÉPECE, O. M. C. Eu e o bebê estamos com desejo! Os significados culturais do consumo de alimentos por grávidas. **Revista Ciências Administrativas**, v. 18, n. 1, 2014.

PENN, M. J. **Microtendências**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2008.

PEREIRA, N. M.; GUIMARÃES, B. N. S.; LANZA, F. M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.13, n.1, p. 63-72, 2008.

_____. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de psicologia**. Campinas. v. 26, n. 3, p. 373-382, jul./set., 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: _____. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 2004.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM R. B.; MATTOS, R. A. (Org). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ; 2006.

PINN, G. Adverse effects associated with herbal medicine. **Australian Family Physician**, v.30, p.1070-1075, 2001.

PINTO, B. C. M. Vivências cotidianas de parteiras e ‘experientes’ do Tocantins. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 441-448, 2002.

PONTES, S. M. Utilização de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação. **Com. Ciências Saúde**. v.23, n.4, p.305-311, 2012.

PRADO, K. A. S. et al. Prevalência dos desconfortos do período gestacional e qualidade de vida em mulheres que frequentam uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 20, n. 4, p. 113-117, out-dez 2013.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre Saúde e Doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas: Unicamp; 1991.

RANGEL, M.; BRAGANCA, F. C. R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 11, n. 1, p. 100-109, 2009.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. Celebrando a vida: cartilha educativa nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante. In: **Cartilha Educativa**. São Paulo: Oboré, 2009.

RIBEIRO JUNIOR, D. **Criação audiovisual na convivência dialógica em um grupo de dança de rua como processo de educação humanizadora**. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Departamento de Metodologia de Ensino, UFSCar, São Carlos, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Resolução SES/RJ Nº 1757** de 18 de Fevereiro de 2002: Contra-indica o uso de plantas medicinais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/proplam/RES1757.doc>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, abr. 2007.

RITO, R. V. V. F. **Obesidade e gravidez: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança). Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R.; SARTOR, C. S. D. **Pesquisando...: guia de metodologias de pesquisa para programas sociais**. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

RODRIGUES, V. D. et al. Prática de exercício físico na gestação. **Revista Digital**, v. 126, p. 13, 2008.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. (Org.). **Parto humanizado: formas alternativas**. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

SALMELA-ARO, K. et al. Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. **Journal of Family Psychology**, 14(2), 171-186. 2000.

SANFELICE, C. **Tem que se cuidar: saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS**. 2011. 149p. (dissertação). Santa Maria (RS): Programa de Pós-graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

SANFELICE, C. et al. Crenças e práticas do período gestacional: uma revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 39, n. 2, p. 35-48, 2013.

SANTOS, A. M. et al . Transtorno alimentar e picacismo na gestação: revisão de literatura. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 2, jul. 2013.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SECRETARIA DE ESPORTE, LAZER E JUVENTUDE. Governo do Estado de São Paulo. **Academia ao ar livre**. Disponível em: <http://www.selj.sp.gov.br/?page_id=2065>. Acesso em: nov. 2015.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações pessoais**. 2. ed. São Paulo: Herder, 1967.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p.269-279, jul/ set, 2004.

SILVA, P. B. G. Aprender a conduzir a própria vida: dimensões do educar-se entre afrodescendentes e africanos. In: BARBOSA, L.M. de A.; SILVA, P.G. e S.; SILVÉRIO, V.R. **De preto a afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil**. São Carlos: EDUFSCar, 2003. p.181-197.

_____. Práticas sociais e processos educativos: da vida e do estudo até o grupo de pesquisa. In: OLIVEIRA, M. W.; SOUSA, F. R. (Org.) **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EDUFSCar, 2014, p. 19-28.

SILVA, T. P.; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v. 3, p. 50-6, 2002.

SILVA, P. B. G.; BERNARDES, N. M. G. Roda de Conversas: excelência acadêmica é a diversidade. **Educação**, ano XXX, n. 1 (61), jan./abr., 2007.

SILVA, R. M. C. Cultura popular e educação. In: _____(Org.). **Cultura popular e educação: salto para o futuro**. Brasília: TV Escola, 2008. p.7-11.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SOUZA, J. P. C.; MEDEIROS, V. F. Levantamento etnobotânico e etnofarmacológico da região do Alto-Oeste Potiguar – RN. In: **IX Congresso de Iniciação Científica do IFRN**. 2013.

SOUZA, Z. N. R. de; ROSA, M. C. da; BASTIANI, J. de A. N. Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do serviço básico de saúde. **J. Health Sci. Inst**, v. 29, n. 4, 2011.

SPINELLI, H. **Salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004.

STERN, D. N.; VERONESE, M. A. V. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Artes Médicas, 1997.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S.; BORNSTEIN, V. J. Introdução/ Saúde, doença e cuidado. In: **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ/ Ministério da Saúde. p.1-9. 2007.

STUGE, B.; HILDE, G.; VOLLESTAD, N. Physical Therapy for Pregnancy-related Low Back and Pelvic Pain: A Systematic Review. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 82(11), p.983-90. 2003.

SUNG, J. M. Entrevista: Jung Mo Sung. **Jornal Igreja Nova**, n. 40, nov. 1995.

SUZUKI, L. K. **Práticas populares utilizadas por gestantes de alto risco: existe suporte na literatura sobre essas práticas?** 2013. 118f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2013.

SZABÓ, M. R. S.; BECHARA, G. H. Acupuntura: bases científicas e aplicações. **Ciência Rural**. 31(6). 2001.

SZYMANSKI, H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, maio/agosto 2004.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3615-24, 2010.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação e Realidade**. v.21, n.2, p.177-190, 1996.

VASCONCELOS, C. T. M.; MACHADO, M. F. A. S.; BECKER, S. L. M. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 107-116, set/dez. 2007.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**, v.49/50, p. 101-106. 1996.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, V. O.; OLIVEIRA, M. W. Educação Popular: uma história, um que-fazer. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 13, n. 2, p. 135-146, mai./ago. 2009.

VÉRAS, M. L. M. et al. Caracterização das ervas medicinais vendidas no município de Catolé do Rocha – PB: conhecimento popular versus conhecimento científico. **Revista Terceiro Incluído**, v. 4, n. 2, p. 72-84, 2014.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 255, 2011.

VOLICH R. M. **O cuidado e o sonhar**: Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo.

WAGNER, A. et al. Compartilhar papéis? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.2, n.2, p.181-186. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Officials Records of the World Health Organization**, United Nations, Interim Commission, Geneve, n.2, p.100, 1948.

YOUNG, S. L. Pica in pregnancy: new ideas about an old condition. **Annual Review of Nutrition**, 30,403-22. 2010.

ZAMBERLAN, L. et al. Do churrasco à parrilha: um estudo sobre a influência da cultura nos rituais alimentares de brasileiros e argentinos. XXVIII Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, São Paulo, 2009. **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba

01/07/2014 Prefeitura do Município de Piracicaba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo Interno - SAÚDE

Protocolo N°: 2014 - 106405 Data: 30/06/2014 N° Processo/Documento: 2014 - 813

Procedência: Tipo de Documento: OFÍCIO

Assunto: INFORMAÇÃO

Requerente: SEMS

Interessado: SEMS

Texto: INFORMA A AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA "EDUCAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO E
VIV-ENCIA DE SABORES E PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE ENTRE MULHERES
NA GESTAÇÃO"
MESTRANDA - REGINA MACHADO DE SOUZA - PSF SÃO FRANCISCO

Observações: A UNIVERSIDADE DE SÃO CARLOS - UFSCAR
A/C REGINA MACHADO DE SOUZA
AV. COMENDADOR PEDRO MORGANTI, N° 5110 - BAIRRO MONTE ALEGRE -

Local: 30.00.00.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
30.34.00.00 - DOCUMENTOS PARA ÓRGÃOS EXTERNOS

Encaminhado em: 30/06/2014


08
07
14

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VIVÊNCIA DE SABERES E PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE ENTRE MULHERES NA GESTAÇÃO.

Pesquisador: Regina Machado de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35479714.0.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 823.536

Data da Relatoria: 29/09/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto está muito bem delineado com a literatura e bem alinhada com o escopo do projeto. A metodologia proposta está bem definida e todos os documentos estão apresentados de maneira adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequados e delineados de acordo com a literatura

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

bem definidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Uma pesquisa que visa investigar se os saberes e práticas populares de saúde - relacionados à gestação – são construídos e vivenciados por mulheres que realizam o pré-natal e participam de uma ação educativa voltada para gestantes no Programa de Saúde da Família (PSF) em Piracicaba-SP; também pretende compreender que processos educativos são desvelados na prática do autocuidado à saúde que as participantes realizam durante a gestação. Com isso pretende evidenciar que o cuidado à saúde na gestação se faz importante tanto pelo bem estar da mãe como pelo do bebê e que pode ser prazeroso e recompensador realizar este cuidado.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 823.536

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados e bem definidos tanto no projeto quanto no TCLE

Recomendações:

aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 08 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você, _____, está sendo convidada a participar da pesquisa “*Construção e vivência de saberes e práticas populares de saúde entre mulheres na gestação*”, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Aida Victoria Garcia Montrone. Os objetivos desta pesquisa são investigar que saberes e práticas populares de saúde - relacionados à gestação – são construídos e vivenciados por mulheres que realizam o pré-natal e participam de uma ação educativa voltada para gestantes no Programa de Saúde da Família (PSF) em Piracicaba-SP; também pretende compreender que processos educativos são desvelados na prática do autocuidado à saúde.

Você foi selecionada como participante por estar grávida e participar do grupo de gestantes oferecido pelo Programa de Saúde da Família (PSF) São Francisco. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro. Poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo. Sua participação será por meio de atividades em grupo, denominadas rodas de conversa, nas quais se dialogará de maneira livre com a pesquisadora e com o/as demais participantes sobre temas relacionados ao cuidado à saúde e gestação. As rodas serão gravadas para posterior análise. Sua participação poderá lhe trazer benefícios, pois haverá trocas de experiências, aprendizados, e, ainda, a possibilidade de ampliar seu círculo de amizades.

Os riscos nessa participação são mínimos ou inexistentes. Caso sinta-se desconfortável ou indisposta por qualquer motivo, você poderá se retirar da atividade a qualquer momento. Sua participação nessa pesquisa será sigilosa e as informações obtidas serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e de sua participação, agora ou a qualquer momento. Há, ainda, o e-mail da orientadora do pesquisador, Aida Victoria Garcia Montrone: <montrone@ufscar.br>. Sinta-se à vontade para entrar em contato, pois ficaremos satisfeitos em atendê-la.

Regina Machado de Souza (pesquisadora responsável)

RG: 43.664.270-0 / Telefone: (19) 9 9988-0046

Avenida Comendador Pedro Morganti, 5110, Monte Alegre - Piracicaba/SP.

Declaro que a pesquisadora leu o presente termo comigo, que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou, ainda, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565- 905 – São Carlos/SP- Brasil. Fone: (16) 3351-8110.

Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Piracicaba, ____ de _____ de 20____

Assinatura da participante

Telefone(s) ou outra forma de contato: _____

APÊNDICE 2 – Exemplo de Anotações do Diário de Campo

2º Conjunto de Notas do Diário de Campo – 05/11/2014

Neste encontro do dia 05, estavam presentes cinco gestantes, sendo que uma delas estava acompanhada pela mãe.

Maysa (a enfermeira que coordena o grupo) iniciou explicando que o curso é formado por oito encontros, sendo que o último será no dia 17/12. Informou que é necessário ter o mínimo de seis presenças para ganhar, ao fim do curso, um enxoval.

Ela abriu então para a apresentação. A primeira que se apresentou foi a Calêndula, que tem 23 anos, está esperando seu segundo bebê, sendo que tem uma filha de 4 anos. A segunda foi a Camomila, que tem 18 anos e está esperando seu primeiro bebê. Ela engravidou do namorado e estava acompanhada por sua mãe.

A terceira se chama Malva, uma moça tímida, natural do Piauí, esperando também seu primeiro filho. A quarta se chama Sálvia, tem 23 anos, está esperando um menino, está de oito meses de gestação. A quinta foi a Valeriana, também de 23 anos, à espera de seu primeiro bebê.

Neste momento eu me apresentei, falei de meus filhos e expliquei um pouco minha trajetória, como cheguei ali, o que me motivou a cursar mestrado e realizar esta pesquisa. Expliquei a elas a pesquisa e informei que elas estavam sendo convidadas a participar. Entreguei os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizamos uma leitura compartilhada. Pedi que as que sentissem à vontade lessem. O TCLE foi lido por algumas participantes em voz alta e todas as cinco aceitaram participar.

O primeiro tema abordado pela Maisa foi a campanha de vacinação que aconteceria no sábado dia 08. Falou sobre a importância de todas elas tomarem a vacina e de como os anticorpos passam ao bebê durante a gestação e também durante a amamentação.

Após esse assunto, a Maisa pegou uma cartilha do Ministério que se chama “Fortalecendo a família” e começou a dialogar sobre a importância da família na gestação e na maternidade. Neste momento senti vontade de formular a pergunta: “E vocês, tem familiares por perto? Como é a relação com a família?”. Mas não houve espaço, resolvi deixar para depois.

Falou também sobre a importância do pré-natal para a garantia da saúde da mãe e do bebê. Comentou que aqui em Piracicaba, assim como em nível nacional, tem o Pacto pela Redução de Morte Materno-infantil, que preconiza o pré-natal dentre outras ações. Ela mencionou que a mãe tem direitos, mas também tem deveres: de acessar o serviço de saúde, de querer aprender, de correr atrás.

O assunto abordado a seguir foi: quais sintomas são normais e quais não são na gestação? O primeiro exemplo foi o sangramento, que não é normal. A orientação foi para que, se houver sangramento, a gestante se encaminhe à maternidade. Outro exemplo: os vômitos. Elas falaram que consideram normal. Maisa disse que é mesmo, mas que tem que ficar atenta à quantidade de vezes, devido ao risco de desidratação. Foi abordada também a

questão da ardência ao urinar, que tem que ser observada por poder representar um sinal de infecção. Outro exemplo dado foi a perda de líquido, que não é normal se não estiver bem próximo do parto e tem que ser observado.

As gestantes começaram a trazer algumas dúvidas e relatos. Valeriana afirmou que uma amiga perdeu líquido com sete meses de gravidez e que tinha pressão alta. Sálvia falou que o líquido de uma amiga dela secou, pois ela tomou anti-inflamatório. A resposta da Maisa foi que isto não é normal, que o comum é a bolsa romper perto ou durante o parto e que se houver perda do líquido antes disso tem que procurar um serviço de saúde.

Sálvia trouxe um medo dela em relação à movimentação do bebê. Disse que no dia anterior seu bebê estava muito quietinho e preguiçoso para se mexer, que ela começou a ficar preocupada achando que algo estava errado com ele, que queria ouvir o coração, mas não foi ao posto porque estava chovendo muito. Disse também que foi pesquisar na internet e começou a ver “um monte de besteira” e ficou ainda mais preocupada. Valeriana até sugeriu que o bebê estava mais dorminhoco pois estava chovendo naquele dia. Malva falou que ainda não sentiu mexer. Calêndula sentiu mexer no domingo.

Sálvia, Valeriana e Camomila, que já sentem melhor os movimentos do bebê, relataram que o bebê costuma mexer mais à noite depois de comer e quando elas se deitam para descansar. Maisa sempre fala que talvez seja porque elas estão mais paradas quando se deitam, que durante o dia devido a tanta atividade pode ser que o bebê mexa e a mãe nem perceba. Todas elas comentaram rindo como “o bebê faz a mãe passar vergonha desde cedo”, pois quando eles estão mexendo e a mãe convida alguém para sentir os movimentos eles param de mexer na hora.

Sálvia afirmou que o bebê sempre mexe quando escuta a voz do pai e quando ele toca sua barriga. Camomila falou que antes os movimentos “eram como ondinhas e agora é tsunami!”.

Maisa comentou que quando o bebê estiver se movimentando pouco é interessante a mãe comer e se deitar sobre o lado esquerdo e observar os movimentos do bebê, que costuma mexer após essa ação. Ela afirmou que o bebê deve mexer ao menos sete vezes ao dia.

Outra dúvida que surgiu foi sobre o porquê de se deitar do lado esquerdo do corpo. A Maisa explicou que do lado direito há menos obstrução de vasos que levam nutrientes e sangue ao bebê. Então a avó falou que ela ouvia que o melhor era de barriga pra cima, mas que era desagradável à mãe. Eu então complementei que, na verdade, esta posição é a menos aconselhada devido à compressão da artéria aorta e veia cava que são paralelas à coluna vertebral e se comprimidas podem resultar em uma menor circulação (menos oxigênio) ao bebê.

Perguntei a elas então: “E vocês tem mãe ou sogra perto? Com quem vocês moram? Como é a família de vocês?”.

Calêndula foi a primeira a responder e afirmou que tem uma relação muito boa com a mãe: “Eu moro no fundo da casa da minha mãe. Ela me ajuda muito com minha menina mais velha. Eu precisei voltar a trabalhar muito cedo quando tive a minha menina, e mesmo a minha mãe fazendo as vontades dela, ela me ajuda a educar, a cuidar”. Falou que tem uma

boa relação com a sogra. Relatou que este bebê que ela está esperando não é do mesmo pai de sua primeira filha. Do primeiro marido ela se separou quando a bebê tinha seis meses. Com 2 ou 3 meses da filhinha ela voltou a trabalhar e então desmamou. Disse que teve muitas dificuldades em amamentar a primeira filha, pois doía. A vizinha falou que era bom dar leite de soja... E ela deu. Disse que foi horrível, que a bebê se afogou e que ficou engasgada. Calêndula deu graças a Deus de sua irmã estar junto, pois foi a irmã que teve a atitude de na hora sugar o nariz da bebê várias vezes até tirar todo o leite. Calêndula disse que foi desesperador e que ficou triste em ter que deixar a bebê tão pequena para ter que trabalhar. Referência fortes para ela: mãe e irmã.

Malva falou que veio do Piauí, que não tem nem mãe nem sogra na cidade, mas sim duas irmãs, que percebi não serem tão próximas.

Sálvia relatou que sua mãe mora em Guaratinguetá, e a sogra mora aqui. Ela perguntou se é normal sair colostro. Foi dito que é normal sim e ela relatou ouvir “dos antigos que passar salsinha amassada no seio é bom”.

Valeriana afirmou que mora com a sogra e sogro, que sente que eles vão mimar bastante o bebê, relatando inclusive que acha que o avô vai querer dar muita “bobagem” (alimentar) ao filho/a. Valéria relatou ter muito medo de amamentar, de sentir dor... Conversamos sobre como a dor pode ser benéfica, que a amamentação é um ato de amor e que envolve mesmo uma superação de nossos próprios limites pelo nosso/a filho/a.

Camomila mora com a mãe e estava acompanhada por ela. Disse que engravidou do namorado, que não era esperado, mas que a família aceitou. Sua mãe disse que é seu primeiro neto e que está contente. Ela teve dois filhos (um casal) por meio de cesariana.

O tempo estava excedendo o limite e tivemos que encerrar o encontro, finalizando com lanche.

APÊNDICE 3 – Roteiro para a Entrevista em Profundidade

- Conte-me, como foi para você estar grávida?
- Você sente que a gestação trouxe mudanças? Quais?
- Você mudou sua forma de viver na gestação? O que mudou? Porque resolveu mudar?
- Que hábitos e atitudes você fazia e parou e quais você não fazia e começou a fazer?
- Como você acha que a mulher grávida deve cuidar de sua saúde e do bebê que espera? Onde e com quem aprendeu?
- Como você tem cuidado de sua saúde na gestação? Com quem aprendeu a cuidar da saúde?
- Você sentiu desconfortos na gestação? Quais? Que práticas você fez para aliviar cada um deles?
- Onde você buscava informações? Quem procurava para pedir orientações?
- Que aprendizados você acha que a gestação trouxe para você?
- Se engravidasse novamente, o que você manteria e o que mudaria?

Obs: não foram realizadas somente estas perguntas e não necessariamente nesta ordem, mas eram possibilidades e questões elaboradas para auxiliar a organização e preparação individual da pesquisadora para a realização das entrevistas.