

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM GESTÃO INTEGRADA
DO TERRITÓRIO – GIT

ALINE VALÉRIA DE SOUZA

MATERNIDADE E REPRESENTAÇÕES: territorialidades e relações estabelecidas
por gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família

GOVERNADOR VALADARES
NOVEMBRO/2019

ALINE VALÉRIA DE SOUZA

MATERNIDADE E REPRESENTAÇÕES: territorialidades e relações estabelecidas por gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão

GOVERNADOR VALADARES
NOVEMBRO/2019

FICHA CATALOGRÁFICA

S729m Souza, Aline Valéria de

Maternidade e representações: territorialidades e relações estabelecidas por gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família / Aline Valéria de Souza. – 2019.

131 f.

Dissertação (mestrado em Gestão Integrada do Território) – UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2019.

Orientação: Marileny Boechat Frauches Brandão.

1. Serviços de saúde à maternidade – Governador Valadares. 2. Cuidado pré-natal – Governador Valadares. 4. Territorialização. I. Título.

CDD-306.8743



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

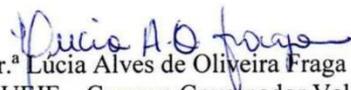
ALINE VALÉRIA DE SOUZA

**“MATERNIDADE E REPRESENTAÇÕES: territorialidades e relações estabelecidas
por gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família”**

Dissertação aprovada em 01 de novembro de
2019, pela banca examinadora com a seguinte
composição:


Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão
Orientadora - Universidade Vale do Rio Doce


Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Examinador – UNIVALE/UFVJM


Prof.^a Dr.^a Lúcia Alves de Oliveira Fraga
Examinadora – UFJF – Campus Governador Valadares.

Dedico o presente trabalho às gestantes com quem tive o privilégio de saber as mais significativas vivências da maternidade.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pelo cuidado e por me proporcionar a oportunidade de conhecer pessoas que contribuíram com a minha trajetória acadêmica e profissional. Aos meus familiares pelo apoio e compreensão das várias ausências.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Marileny Boechat, pelo conhecimento transmitido, orientação, competência, profissionalismo e paciência.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Dias, pela sabedoria e contribuições irrefutáveis ao ponto de partida desta pesquisa e contribuições memoráveis para esta dissertação.

Aos membros da banca do Exame de Qualificação, Prof^ª. Dr^ª. Maria Terezinha Bretas Vilarino e Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, pelas reflexões e contribuições que auxiliaram no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos demais professores do programa, funcionários, colegas de classe e às secretárias da APPG, pelos momentos de convivência e amizade.

À minha psicóloga, Gisele Oliveira Assis, pela escuta afetiva, incentivo para ingressar no mestrado e contribuições com literatura e reflexões sobre o tema.

À pesquisadora, Samara Avanzi, pelas entrevistas realizadas com tamanha sensibilidade enquanto bolsista de iniciação científica.

Aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Estratégias Saúde da Família (ESFs) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Governador Valadares/MG, em especial às gestantes assistidas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

“Será o amor materno um instinto, uma tendência feminina inata, ou depende, em grande parte, de um comportamento social, variável de acordo com a época e os costumes?”

(BADINTER, 1985, p. 02).

RESUMO

A maternidade é uma construção histórica indissociável dos contextos biopsicossociais, das vivências, das relações e da cultura em que a mulher está inserida em determinado território. Ela se configura na presença do Poder jurídico-político, exercido pelo Estado, e do Poder simbólico, expressos pelas territorialidades temporal e local, não podendo desvincular a mulher da realidade social e territorial. As vivências e transformações que ocorrem na gestação, como alterações corporais, hormonais, sociais e psicológicas representam o medo e ambivalência em torno da maternidade, e requerem assistência pré-natal de qualidade que garanta segurança para a gestação, livre de complicações para a gestante e para o feto. O objetivo deste estudo foi analisar as vivências, sentimentos e percepções de gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à maternidade, a partir do perfil destas, considerando as variáveis socioeconômicas, demográficas, planejamento da gestação e apoio familiar. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagens quantitativas e qualitativas, realizado no período temporal de 2016 a 2018. A amostra foi constituída por 100 gestantes usuárias dos serviços prestados na Estratégia Saúde da Família do município de Governador Valadares/MG, com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independente, com função cognitiva preservada, em idade gestacional de 30 semanas ou mais. Com roteiro semiestruturado, as entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados quantitativos foram analisados nos softwares *Microsoft Office Excel*[®], versão 2010, software R, para as distribuições de frequência e análises de associação Qui-quadrado, e teste exato de Fisher e IBM Watson, para análise das representações sobre “Ser Mãe”, baseadas em inteligência artificial com entendimento de linguagem natural IBM. A pesquisa evidenciou que 77,0% das entrevistadas compreenderam a faixa etária de 20 a 35 anos e 75,0% das mulheres possuíam cônjuges (casadas ou em união estável) e renda familiar menor que dois salários mínimos (SM), sendo 43,0% até um SM. A escolaridade apresentou-se baixa: 59,0% das entrevistadas concluíram o ensino fundamental somente, com ocupação do lar para 65,0%. A classificação econômica enquadra-se na classe C, onde C1 e C2 representam 66,0% da amostra. Destaca-se neste estudo o alto número de gravidez não planejada 64,0%. No quesito apoio familiar e reação familiar em relação à gravidez, os dados apontaram que 87,0% das entrevistadas receberam apoio familiar na gestação, apesar da porcentagem inferior 67,0% das famílias que reagiram positivamente à notícia da gravidez. Em relação às percepções e sentimentos sobre maternidade, 80 entrevistadas demonstraram sentimento positivo. As associações estatisticamente significativas se deram nas variáveis idade da gestante ($p=0.017$), estado civil ($p=0.001$), reação dos familiares ao descobrirem a gravidez ($p=0.032$) e apoio familiar ($p=0.007$). A maternidade representa um sentimento positivo para 80,0% das gestantes e independem dos espaços geográficos. Já as representações negativas (16,0%) apontam para uma relação com a dimensão espacial. A compreensão das individualidades e contextos social, histórico e cultural não pode ser desvinculada deste estudo na compreensão das diferentes modulações que permeiam os sentimentos vivenciados.

Palavras-chave: Maternidade. Territorialidade. Pré-natal. Vivência. Percepções.

ABSTRACT

Motherhood is an inseparable historical construction of biopsychosocial contexts, experiences, relationships and culture in which women are inserted in a given territory. It is configured in the presence of the juridical-political power exercised by the State and the symbolic power expressed by the temporal and local territorialities, and cannot disconnect women from social and territorial reality. The experiences and transformations that occur during pregnancy, such as body, hormonal and social changes, represent the fear and ambivalence around motherhood. And they require quality prenatal care that ensures safety for pregnancy-free pregnancy for the pregnant woman and the fetus. The objective of this study was to analyze the experiences of motherhood of pregnant women assisted in the Family Health Strategy (FHS) in Governador Valadares / MG from the socioeconomic and demographic characteristics, as well as characteristics of pregnancy and family support. This is an observational, descriptive, cross-sectional study with quantitative and qualitative approaches, conducted from 2016 to 2018. The sample consisted in 100 pregnant women who use the services provided by the Governador Valadares / MG Family Health Strategy. With a semi-structured script, the interviews were conducted after signing the Informed Consent Form. Data were analyzed using Microsoft Office Excel®, version 2010, R software, for frequency distributions and Chi-square association analyzes, and Fisher and IBM Watson's exact test for analysis of intelligence-based representations of "Being a Mother", based on artificial with understanding of natural language IBM. The survey showed that 77.0% of respondents comprised the age group of 20 to 35 years and 75.0% of women had spouses (married or in a stable union) and family income lower than two minimum wages (MS), being 43, 0% up to an SM. Schooling was low: 59.0% of respondents completed elementary school only, with household occupancy at 65.0%. The economic classification falls into class C, where C1 and C2 represent 66.0% of the sample. This study highlights the number of unplanned pregnancies 64.0%. Regarding family support and family reaction in relation to pregnancy, the data showed that 87.0% of respondents received family support during pregnancy, despite the lower percentage of 67.0% of families who responded positively to the news of pregnancy. Regarding the representations about motherhood, 80 interviewees showed a positive feeling. Statistically significant associations were found in the variables age of the pregnant woman ($p = 0.017$), marital status ($p = 0.001$), reaction of family members to discover pregnancy ($p = 0.032$) and family support ($p = 0.007$). Motherhood represents a positive feeling for 80.0% of pregnant women and is independent of geographical spaces. Negative representations (16.0%) point to a relationship with the spatial dimension. Understanding the individualities and social, historical and cultural contexts cannot be detached from this study in understanding the different modulations that permeate the feelings experienced.

Key words: Maternity. Territoriality. Prenatal. Experience. Perceptions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas e demográficas, Brasil,	68
Tabela 2 - Distribuição das características do planejamento da gestação e apoio familiar.	75
Tabela 3 - Análise de Associação entre Sentimento Ser mãe e Idade da gestante.	92
Tabela 4 - Análise de Associação entre Sentimento Ser Mãe e Estado civil da gestante.	94
Tabela 5 - Análise de Associação entre sentimento “Ser Mãe” e a reação da gestante ao descobrir a gravidez.	95
Tabela 6 - Análise de Associação entre sentimento “Ser Mãe” e apoio familiar.	96

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Razão de mortalidade materna, MG, Brasil, 2002-2011.	39
Gráfico 2 - Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos de GV, 2005-2017.....	40
Gráfico 3 – Proporção de gestantes adolescentes no município de GV/MG, período	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Zoneamento urbano do município de GV/MG.....	61
Figura 2 – Evolução prevista da pesquisa NLU através de diferentes épocas ou curvas.	65
Figura 3 - Sentimento sobre maternidade para gestantes. 2019 (n=100).	80
Figura 4 - Mapa de localização das creches - GV/MG.	89
Figura 5 - Mapa da distribuição de renda em 1980 no distrito-sede, GV/MG.	89
Figura 6 - Mapa-síntese de diferenças intra-urbanas, no distrito-sede, GV/MG.	90
Figura 7 - Mapa com as áreas de risco social, no distrito-sede, GV/MG.	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GCH – Gonadotropina Coriônica Humana
IA – Inteligência Artificial
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MES – Ministério da Educação e Saúde
MS – Ministério da Saúde
NLU – Natural Language Understanding
NV – Nascidos Vivos
ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RMM – Razão da Mortalidade Materna
RS – Representações Sociais
SCH – Somatomamotropina Coriônica Humana
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento da Gestante
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Técnica da Associação Livre de Palavras
TCH – Tirotropina Coriônica Humana
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMM – Taxas de Mortalidade Materna
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	18
2.1 PRIMEIRO TRIMESTRE: QUANDO TUDO COMEÇOU.....	18
2.1.1 Maternidade: concepção de conceitos e sentimentos marcados pelo tempo...	18
2.1.2 Da ordem biológica à psicológica: contextos indissociáveis	26
2.1.3 Cultura e representações sociais como aporte na compreensão da maternidade	30
2.2 SEGUNDO TRIMESTRE: O CUIDAR DE SI NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	34
2.2.1 A Gestação e o pré-natal	35
2.2.2 O cenário: mortalidade materna	37
2.2.3 Evolução histórica das políticas públicas de atenção a saúde da mulher no Brasil	40
2.2.4 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	44
2.3 TERCEIRO TRIMESTRE: MATERNIDADE E PODER, CONTRIBUIÇÕES DO TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MATERNA	49
2.3.1 Territorialidades: o poder simbólico da maternidade	49
2.3.2 A Estratégia Saúde da Família e as Políticas públicas de Saúde como território jurídico-político	54
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM	59
3.1.1 Universo e local do estudo	60
3.1.2 Amostra e critérios de inclusão/exclusão	62
3.1.3 Estudo piloto	62
3.1.4 Coleta de dados	62
3.1.5 Análise dos dados	63
3.1.6 Entendimento de linguagem natural	64
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 O NASCIMENTO	66
4.1.1 Caracterização das gestantes pesquisadas	67
4.2 REPRESENTAÇÕES, SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE..	78
4.3 RELAÇÕES ESTABELECIDAS NA ASSOCIAÇÃO DA MATERNIDADE COM VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	100
REFERÊNCIAS	101

APÊNDICES	115
ANEXOS	130

1 INTRODUÇÃO

A maternidade e o comportamento materno, durante a Idade Média, oscilaram entre sentimentos de indiferença e abandono e sentimentos de ternura e intimidade com os filhos, frequentemente relacionados ao papel da mulher no casamento e à procriação. Somente a partir do século XVIII, com argumentos de Rousseau, que a maternidade torna-se uma realidade, apoiada no imaginário social que descreveu a maternidade como uma tendência inata, atribuindo às mulheres as responsabilidades com a prole, considerando que a elas havia sido concedido o direito à gestação (BADINTER, 1985).

À mãe são atribuídas as responsabilidades na transmissão dos fundamentos de educação e religião. Surge então a “mãe perfeita”, devota aos filhos, capaz de se entregar, compreender os filhos e dar amor incondicional. A presença vigilante da mãe e os cuidados e afeto dispensados à prole foram essenciais na redução da mortalidade infantil, o que atribuiu uma crescente valorização da mãe, dotada de poder, especialmente no lar (BADINTER, 1985; FORNA, 1999; MOURA; ARAÚJO, 2004).

O poder conferido à mulher culminou em lutas por igualdade e ou diferenças, pelas instituições de poder masculino, Igreja e o Estado. A mulher, com suas características biológicas, exerce o poder de gestar, com influências culturais e simbólicas que fortalecem a identidade feminina (DEL PRIORE, 1995; SCAVONE, 2004).

O primeiro trimestre da gestação é caracterizado por sentimentos de ambivalência, que vão desde a confirmação da gravidez até a aceitação da nova condição. Os sentimentos mais comumente descritos são: dúvida entre querer ou não estar grávida, mesmo após a confirmação clínica, sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade, e em alguns casos, franca rejeição (MALDONADO, 2017). As mudanças e sentimentos frequentemente se inter-relacionam de maneiras diferentes, pois se encontram condicionados aos códigos, valores, relações sociais, culturais e históricas de cada mulher (DIMENSTEIN, 2008).

No segundo trimestre, a gravidez de fato é percebida por alterações fisiológicas como ganho de peso, aumento das mamas e do perímetro abdominal. Tais mudanças favorecem a procura pela assistência pré-natal, pois a mulher se sente confusa, passiva e introvertida. Torna-se então imprescindível, que tais alterações sejam compartilhadas com um profissional de saúde (COSTA et al., 2010; MALDONADO, 2017; ZIEGEL; CRANLEY, 2008). Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) torna-se a principal precursora de trabalho para a promoção da saúde por meio da assistência pré-natal qualificada, que visa a redução das mortalidades evitáveis relacionadas à gravidez,

que ainda permanecem altas. Em 2017, Governador Valadares/MG apresentou alto índice de mortalidade materna com Razão da Mortalidade Materna (RMM), que atingiu 128,4 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos (NV) (PMS/GV, 2017).

No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se novamente com a proximidade do parto e da mudança de rotina após a chegada do bebê. Os temores mais comuns estão associados às fantasias que surgem nesse período, sendo comum observar um caráter autopunitivo (MALDONADO, 2017).

No que diz respeito ao território, a maternidade frequentemente é representada por relações sociais e culturais, que circundam o Poder simbólico da maternidade a partir das territorialidades vividas e incorporadas. A territorialidade descrita por Sack (1986) e Haesbaert (2014) não se restringem à simples relação ou noção de poder material, afetiva ou emotiva que incumbem a maternidade, mas se relacionam com toda manifestação social, histórica, econômica e cultural em que se possa encontrar o poder simbólico exercido pela territorialidade temporal e local.

Para este estudo, a interdisciplinaridade apresenta-se como ponto de partida para a compreensão das diversidades dos indivíduos, atitudes e fenômenos que envolvem a maternidade, favorecendo novas formas de aproximação da realidade social e novas leituras das dimensões socioculturais das comunidades humanas.

Como questão norteadora buscou-se compreender quais os sentimentos e relações que se estabelecem entre a maternidade e as vivências das gestantes assistidas nas Estratégia Saúde da Família de Governador Valadares/MG.

Tomando como base o contexto apresentado, o presente estudo objetivou analisar as vivências, sentimentos e percepções de gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Governador Valadares/MG em relação a maternidade, a partir do perfil destas, considerando as variáveis socioeconômicas, demográficas, planejamento da gestação e apoio familiar. Dessa forma, buscou-se compreender e correlacionar os múltiplos significados e sentimentos da maternidade para essas gestantes.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 PRIMEIRO TRIMESTRE: QUANDO TUDO COMEÇOU

“Eu senti. Tive infecção urinária, dor no peito, não quis tomar remédio para infecção porque eu senti que estava grávida, eu fiz exame de farmácia e de laboratório e deu positivo”. G85

Entender as percepções que permeiam o sentido da maternidade perpassa por diferentes espaços, visto que o termo e sua evolução são indissociáveis às relações sociais, psicológicas, biológicas, políticas, econômicas e culturais, sempre marcadas pelo momento histórico vivido.

O que se propõe neste capítulo é fazer uma análise histórica dos diferentes momentos que formam e transformam as crenças e suposições que ancoram o sentido da maternidade na contemporaneidade, possibilitando favorecer as discussões em torno da representação social da maternidade, além de compreender as alterações psicobiológicas e socioculturais que abarcam a complexidade do assunto.

2.1.1 Maternidade: concepção de conceitos e sentimentos marcados pelo tempo

O entendimento em torno da maternidade é objeto de discussão ao longo de décadas, fazendo-se necessário compreender e interpretar a evolução histórica em que esteve pautada a mulher/mãe. Como afirmam Moura e Araújo (2004), o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo e sofreu influências de uma série de agenciamentos sociais, culturais e temporais. Entre eles, destacam-se os discursos científicos e políticos como influência nas concepções e práticas relacionadas à maternidade e ou maternagem.

A evolução histórica que se refere à mulher envolve momentos distintos, que podem ser explicados pelas lutas por igualdade e ou diferenças, pelas instituições de poder masculino, bem como pela Igreja e pelo Estado. Uma igualdade por Estado democrático, pressupondo, assim, condições iguais de direitos e deveres para todos os cidadãos, sendo estas costuradas em torno das características biológicas e do valor atribuído à maternidade e ou maternagem, amarrando práticas culturais e representações simbólicas, parto e cuidado com os filhos, como fortalecimento da identidade das mulheres (DEL PRIORE, 1995; SCAVONE, 2004).

Antes de prosseguir, faz-se necessário esclarecer o sentido das palavras maternidade e maternagem. Enquanto a maternidade é tradicionalmente permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, partindo prioritariamente da ordem biológica, a maternagem é estabelecida pelo vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe e independe da ordem biológica para caracterizá-la (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

A descrição da superioridade masculina, culturalmente, é imposta há milhares de anos. No antigo testamento, em Gênesis (3:16), lê-se: “[...] multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gravidez, em meio de dores dará à luz filhos, o teu desejo será para teu marido, e ele te governará” (BÍBLIA, 1999, p. 14). Nesse contexto, em referência à concepção do “pecado do homem”, as relações de harmonia e intimidade são corrompidas e distorcidas pelo domínio e submissão forçada da mulher. O homem era, então, percebido como superior à mulher e à criança. Essa diferença lhe foi concebida como parte do processo da natureza humana, tornando-o uma autoridade natural sobre a esposa e os filhos, como reafirmam autores décadas mais tarde (BADINTER, 1985; MOURA; ARAÚJO, 2004).

Por séculos, a fecundidade é tida como benção divina, ao passo que a infertilidade é tida como castigo. Embora ao longo da história a procriação tome sentidos divergentes, há exemplo no século XVI, quando um terço da população europeia foi dizimado pela “peste negra”, em que a representação social da maternidade e fecundidade, em tais circunstâncias, traz sentido de promessa da renovação e repovoamento (MALDONADO, 2017).

Para os autores Badinter (1985), Camargo (2013) e Fornal (1999), embora não se possa traçar uma linha temporal e contínua dos eventos, a maternidade e ou maternagem podem ser vistas de maneiras diferentes a partir de 1762, quando do lançamento pelo filósofo Jean-Jacques Rousseau do livro “Emílio ou Da Educação”. Essa obra exerce influência sobre o comportamento familiar moderno, atribuindo as instruções para que as mulheres pudessem aceitar o sacrifício de se tornarem boas mães em nome do dever e da felicidade, e especialmente, na busca da família fundada no amor materno ou instinto materno.

Antes disso, o comportamento das mães oscilou entre a indiferença e a rejeição. A família europeia era constituída a partir dos interesses econômicos, excluindo qualquer tipo de relação afetiva entre os cônjuges e entre estes e os filhos. Nesse cenário, as mulheres e as crianças figuravam igualmente como pessoas de pouca importância, que se subordinavam ao marido/pai. A criança vinha em último lugar em hierarquia da casa e a maternagem não era exercida, sendo os bebês alimentados e cuidados pelas amas de leite de classe baixa, a quilômetros de distâncias, geralmente no campo ou na periferia, e permaneciam sob os cuidados de terceiros até atingirem certa idade (BADINTER, 1985; FORNAL, 1999).

A história da maternidade traz exemplos como de Émilie de Châtelet e Louise d'Épinay. A figura de Émilie representava a maioria das mulheres da época, que viviam a maternidade como apenas mais uma de suas obrigações sociais, pariam e entregavam imediatamente os filhos às amas de leite que, de forma mercenária, amamentavam, cuidavam e educavam os filhos da nobreza. Essas mulheres preenchiam suas vidas com atividades da corte, com a companhia de amantes, e raramente com dedicação aos estudos. Por outro lado, Louise, amiga de Rousseau, abre uma nova era na história da mulher deixando a ciência aos homens, ela se apodera simbolicamente de um novo papel, deixado vago há muito tempo: o de mãe (BADINTER, 1985; CAMARGO, 2013).

A ausência da maternagem pela mãe e a falta de cuidados especiais colaboravam para as altas taxas de mortalidade dos nascidos vivos (NV) naquela época, em decorrência de maus tratos e ou negligências pelas amas. A justificativa para a negligência das mães era de que o bebê não merecia tamanha atenção, uma vez que, por ser frágil, teria poucas chances de sobrevivência. Era comum o infanticídio e a prática do abandono da criança à própria sorte como forma de limitar o número de filhos. As famílias eram numerosas e o acolhimento às pessoas nas casas não se restringia aos que possuíam os mesmos laços sanguíneos, sendo dominante a vida em comunidade (BADINTER, 1985). Assim completa Forna (1999):

A maternidade não tinha um status especial, deveres ou pressupostos especiais. A mulher dava à luz e pronto. Não se presumia que ela fosse amar o filho, a não ser que se resolvesse a amá-lo. Não se esperava sequer que ela cuidasse do bebê. Na verdade, em casos de divórcio na Inglaterra, França e América do Norte, geralmente era o pai quem tinha a custódia dos filhos, frequentemente por solicitação da mãe (FORNA, 1999, p. 44).

Em geral, o leque social das crianças entregues à amas abria-se muito, indo da burguesia às classes populares, do conselheiro da corte aos operários. Apenas a nobreza e a alta burguesia quase não estavam representadas, pois, essas famílias preferiam o sistema de contratar amas de leite a domicílio. O comportamento dessas mulheres era baseado nos costumes e condições da época, tornando-se parte da cultura (BADINTER, 1985).

Badinter (1985), em sua obra “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, traz registros da transposição do termo maternidade para maternagem, com críticas remotas ao comportamento da mãe durante a Idade Média e que se estendeu até o século XVIII. A partir do novo modelo familiar, sentimentos de indiferença e abandono transformam-se e desenvolvem-se em sentimentos de ternura e intimidade, ou seja, sentimentos importantes para a manutenção dos cuidados maternos.

Maldonado (2017) corrobora com Badinter (1985), e em um resgate histórico do surgimento do amor materno, mostra que somente a partir do século XVIII começa a se estabelecer responsabilidades à mãe, enfatizando a importância desta na transmissão dos fundamentos de educação e religião. Com a redução do alto índice de mortalidade infantil, esse investimento afetivo entre mãe e filho tornou-se justificável. A partir dos discursos e publicações médicas, o cuidado materno é definido, estabelecendo a amamentação como um dever das mães. Esse processo incluía intimidar e culpar a mãe que se recusasse a amamentar ou que praticasse aborto (BADINTER, 1985; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Para Del Priore (1995), em “Ao Sul do Corpo”, pensar a história da maternidade no Brasil colônia significa examinar a condição feminina à luz de relações familiares e conjugais. Em um tempo marcado pelo fluxo e refluxo humano, sobretudo masculinos, em decorrência do processo de colonização da nova província, condutas individuais permeadas por disponibilidade e exploração sexual influenciavam diretamente as relações e sentimentos, sempre envolvidos por leis e normas da Igreja ou Estado. Os comportamentos e pensamentos eram dominados pelas condições sociais e históricas do Brasil nos séculos XVII e XVIII. A maternidade era vivenciada e emoldurada por relações lícitas e ilícitas, mas para, além disto, Del Priore afirma que:

[...] pensar a história da maternidade, sua função social e psicoafetiva, vai transformar-se, ao longo deste período, num projeto de Estado moderno e principalmente da Igreja para disciplinar as mulheres da Colônia, fazendo-as partícipes da cristianização das Índias (DEL PRIORE, 1995, p. 45).

Pautados nas necessidades de povoamento do novo Estado, a população feminina abafada por esse novo projeto, se vê catequizada pela Igreja e submissa aos poderes do novo Estado (DEL PRIORE, 1995).

Entre os séculos XVIII e XIX, com o desenvolvimento do capitalismo e a ascensão da burguesia, instaura-se a divisão entre as esferas públicas e privadas. Cabia ao Estado administrar as relações de produção, e à família, as condições de sobrevivência. Desse modo, a criança, até então criada em comunidade, passa a ser responsabilidade dos pais. Ao mesmo tempo, consolida-se a diferenciação de papéis sociais. Ao homem caberia o sustento da casa, enquanto à mulher os cuidados da família (DEL PRIORE, 1995; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; SCAVONE, 2001).

É nessa época, século XVIII, que surge o imaginário feminino “instinto materno” ou mito do amor materno. A partir dos argumentos naturalistas de Rousseau na França, a maternidade, assim como a maternagem, era uma tendência feminina inata, pois se somente as mulheres poderiam gestar, eram elas as pessoas mais apropriadas para criar os bebês (BADINTER, 1985; CAMARGO, 2013; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Para Forna (1999), os mitos da maternidade são definidos como o mito da “Mãe perfeita”, devota aos filhos e ao seu papel de mãe capaz de se entregar, compreender os filhos e dar amor total. Por esse argumento, a mãe possui capacidade de praticar enormes sacrifícios e tem o dever de ser fértil e ter instinto maternal. O autor continua sua definição com a terminologia de que a mãe é a melhor e a única capaz de cuidar corretamente dos filhos, devendo ela incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como acolhimento, ternura e intimidade, definidos em um estilo único de maternagem exclusiva em tempo integral.

No final do século XVIII e principalmente no século XIX, desenhou-se uma nova imagem da maternidade, segundo a qual o bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A devoção e presença vigilante da mãe surgem como valores essenciais, sem os quais os cuidados necessários à preservação da criança não poderiam mais se dar. A ampliação das responsabilidades maternas fez-se acompanhar, portanto, de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade, desde que não transcendesse o domínio doméstico (MOURA; ARAÚJO, 2004).

No Brasil, em 1879, sob influência da França, o médico higienista Carlos Costa fundou na cidade do Rio de Janeiro o jornal “A Mãe de Família”. A finalidade da publicação nacional era educar a mulher para ser uma boa mãe de família a partir de termos discursivos que buscavam organizar a produção dos sentidos da época adaptados à sociedade carioca. A defesa do aleitamento materno constituiu um assunto prioritário e foi também tratado como “assuntos de Estado”, no sentido de que poderiam contribuir positivamente para a imagem do país civilizado no final do século XIX (AMARAL, 2008; CARULA, 2012).

Amaral (2008) descreveu ainda, que na interpretação e no discurso médico, Carlos Costa condena a prática das amas de leite e as mulheres que entregavam o filho para ser amamentado por outra mulher, considerando-as displicentes no cumprimento do único papel que lhes cabia – a maternidade. O médico condenava as mulheres que recusavam a exercer seu papel, devido à negligência, ao egoísmo, à indolência, à servil submissão às etiquetas sociais, à vaidade e a luxos como os prazeres da vida em sociedade. O discurso era sustentado para a necessidade de ensiná-las a serem mães e exercerem de modo adequado a maternidade

como função social da época. Uma maneira de coagir a mãe a amamentar seu próprio filho era causando um sentimento de perda e culpa.

Apesar de todo o discurso médico, o aleitamento materno feito pela ama de leite continuou sendo o mais comum na época, mesmo os jornais publicando a venda de cabras e de alimentos artificiais para a alimentação do bebê, como a farinha láctea da Nestlé e o leite condensado. Todavia, esses artifícios só vieram a ser realmente utilizados nas primeiras décadas do século XX (AMARAL, 2008).

Para Amaral (2008) e Nunes (2012), a partir de movimentos sanitaristas iniciados na Europa, o Brasil no início do século XX traz na sua agenda o saber médico como normatizador do comportamento humano. Nesse sentido, tudo deveria ser pensado e medido de acordo com prescrições médicas, interferindo na vida da sociedade e estabelecendo novos preceitos no cuidado com a saúde. Essa agenda higienista era caracterizada por campanhas educativas em parcerias com a imprensa. Esta, aliás, foi utilizada como estratégia de construção de consensos e dissensos, forjadora de costumes, veículo de propaganda política e de formação de opiniões, somando-se a um amplo processo de modernização que mudaria a estrutura social e urbana nas capitais brasileiras.

No início do século XX, começou a se materializar a ideia da existência de secreções internas que regulariam quimicamente o organismo. A definição e o conceito dos hormônios com efeitos regulatórios sobre outros órgãos, incluindo órgãos sexuais produzidos pelas gônadas masculinas e femininas, foram temas de amplas discussões (DIAS et al., 2018). Surgem então, como estratégias de redução de riscos decorrentes da sexualidade, o controle minucioso da vida e da sexualidade feminina. Pautas como parto, aleitamento, ciclos hormonais, condutas sexuais, cuidados com os filhos, vestimentas, hábitos alimentares e atividades sociais tornam-se medidas restritivas para a formação da mulher que deseja ser mãe, percebidas na sensível queda da natalidade no país a partir de 1960 (NUNES, 2012; PEDRO, 2003).

Antes, porém, na Europa das décadas de 1920 e 1930, são identificados e sintetizados os hormônios sexuais, com produção em larga escala de produtos de base hormonal, que foram comercializados como drogas para tratamento de condições como desordens menstruais, infertilidade, menopausa, impotência, e, finalmente, para controle da fecundidade feminina. Já nos Estados Unidos na década de 1950, especialistas, ginecologistas, cientistas e a indústria farmacêutica reuniram esforços no interesse e comercialização da pílula anticoncepcional Enovid[®], o primeiro método contraceptivo oral com seguridade de 90%, sendo considerado um marco na história da reprodução humana, e rapidamente, o produto se

difundiu pelo mundo, incluindo o Brasil, tornando-se um dos principais recursos utilizados pelas mulheres para evitar gravidez (DIAS et al., 2018; PEDRO, 2003).

De igual maneira, Badinter (1985), na França, vê o século XX como um novo marco para as mulheres. Com a possibilidade do acesso ao mercado de trabalho, a maternidade e a vida doméstica perdem espaço e novas escolhas podem ser feitas, como por exemplo, o de não ser mãe. Dado esse novo contexto que foi construído pelas mulheres principalmente a partir da segunda metade do século XX, possibilitou-se a participação delas em setores anteriormente ocupados tão somente por homens. Essas mudanças não fizeram desaparecer as desigualdades, mas, por outro lado, tornaram cada vez mais concretas as possibilidades da emancipação feminina.

No final do século XX, o Brasil incluiu ainda em sua agenda, momentos históricos políticos importantes para a sociedade e, sobretudo para as mulheres. O Brasil das décadas de 1960 e 1970 teve mudanças socioeconômicas e culturais significativas, com aceleração dos processos de industrialização e urbanização, incremento da participação das mulheres no mercado de trabalho e aumento da escolaridade geral e feminina. Também nessa época, houve uma grande expansão da indústria farmacêutica multinacional, que impulsionou a abertura do mercado farmacêutico nacional a empresas estrangeiras e acelerou a entrada de laboratórios farmacêuticos multinacionais no país (DIAS et al., 2018; PEDRO, 2003).

As mudanças na cultura e a ampliação do horizonte feminino para além da esfera doméstica abriram novas possibilidades subjetivas e expectativas de vida para as mulheres. A entrada das mulheres das camadas média e alta no mercado de trabalho e o advento da pílula anticoncepcional permitiram, de forma mais eficaz, que elas pudessem decidir se e quando queriam ter filhos, alterando o padrão de fecundidade e resolvendo o impasse que tanto afligia a geração de suas mães e avós (PEDRO, 2003; NUNES, 2012).

Na década de 1960, na França, os valores seriam questionados nos movimentos feministas, que lutaram pela igualdade, pelo fim dos privilégios dos homens em relação ao saber e o poder (BADINTER, 1985). Pedro (2003) reportou que na França a pílula somente foi liberada para consumo em 1967. Contudo, no Brasil, a pílula anticoncepcional e o Dispositivo Intrauterino (DIU) foram comercializados sem entraves desde o início da década de 1960.

Sempre marcados pelas políticas internacionais voltadas para a redução da população e redução da mortalidade infantil, houve ampla divulgação e propagação da pílula, que agitou o mercado científico e econômico brasileiro. Em 15 anos, observa-se a ampliação de novos laboratórios produtores de anticoncepcionais em decorrência do aumento do consumo de modo que, em 1986, 50% de todas as mulheres brasileiras entre 15 e 44 anos já haviam utilizado

pílulas em algum momento da vida (DIAS et al., 2018; PEDRO, 2003).

Apesar da comercialização e propagação rápida, no Brasil, em detrimento ao período marcado pela ditadura militar, os espaços de direito e discussão sobre os métodos contraceptivos tiveram influências e apoio da Igreja Católica, dos discretos movimentos feministas na crítica aos contraceptivos hormonais, algo impensável no movimento feminista europeu. Em 1975, publicações de um médico católico no jornal “Brasil Mulher” aconselhavam as mulheres a jogar fora a pílula, justificando os possíveis problemas de saúde que a droga provocaria (PEDRO, 2003).

Mais tardiamente, o país foi lócus privilegiado dos debates envolvendo médicos, religiosos, parlamentares, autoridades civis e militares, empresários, setores de esquerda, feministas, bem como diferentes segmentos sociais, que mobilizaram razões diversas para apoiarem ou se oporem tanto às estratégias de controle populacional, quanto às pílulas anticoncepcionais e outros métodos contraceptivos. Com propostas de novas tecnologias contraceptivas para o “planejamento familiar” e o problema populacional, visando o controle demográfico, se resolveria a equação fecundidade-pobreza-desenvolvimento (DIAS et al., 2018; PEDRO, 2003).

Os direitos reprodutivos e não reprodutivos da mulher movimentam-se em diferentes contextos, como o direito legitimado sendo incorporado em instrumentos jurídicos e normativos que regulam as políticas públicas, a exemplo da Constituição Federal (1988). Em seu artigo 226, o texto constitucional estabeleceu o planejamento familiar como direito fundamental e proibiu coerções nesse âmbito. A medida foi favorecida também por uma conjuntura internacional favorável (BRASIL, 1998), como se lê:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1998, Art. 226 § 7º).

Para Dias et al. (2018), os termos “direito” e “responsabilidade” são difundidos nos discursos midiáticos de compartilhamento no papel da família e sociedade e Estado, no que diz respeito ao planejamento familiar. Interesses políticos levaram a ampliação da oferta aos serviços públicos de saúde reprodutiva em meio a opiniões conflitantes entre entidades como Estado, Igreja e sociedade civil. Em alguns casos esses segmentos divergem da Constituição em relação à liberdade de decisão do indivíduo ou do casal sobre a reprodução e o dever moral e responsabilidade cívica destes de planejar o número dos filhos e formar uma prole. A ideia

de “paternidade responsável” se demonstrou potente para reunir vários participantes do debate, contribuindo para a confluência de posições diferentes, inclusive conflitantes e, principalmente, fazendo uma ponte entre o Estado e a Igreja Católica. No final dos anos de 1970, as autoridades católicas, embora ainda opositoras das pílulas anticoncepcionais, se abriram à ideia de uma política da fecundidade, com uma “alternativa humanista”.

Em afirmativa semelhante, Souza e Fonseca (2013) descrevem que a crença e o mito moderno do amor materno são resultados dos espaços como casa, trabalho, espaço de lazer, escola, mídia, associações, sindicatos, movimentos sociais e instituições religiosas, que convertem espaços em produção de sentidos ou verdades. Toda essa construção histórica culminou na crença generalizada do mito moderno “do amor materno” como um instinto biológico, inerente às mulheres em geral. Surge, historicamente, a mãe educadora e disciplinadora, que atende aos interesses da família, do mercado e da nação (SOUZA; CASCAES, 2008).

Em relação ao espaço casa, Souza e Fonseca (2013) afirmam que a casa é um lugar de produção de verdade e zona de influências. Mesmo com a diversidade de espaços ocupados pelas mulheres, a casa se configura em um território com marcas históricas, econômicas, políticas, simbólicas, culturais, afetivas, geracionais, de gênero, classe e etnia, que contribuem e fortalecem a produção e discurso referente ao papel da mulher/mãe.

Forna (1999) considera que as informações da história da maternidade nem sempre se mostram tão claras, mas evidenciam a mudança de papéis ao longo dos tempos, em que a política do maternalismo do século XIX e XX jamais daria frutos e jamais faria sentido se não considerasse os outros espaços e momentos históricos.

2.1.2 Da ordem biológica à psicológica: contextos indissociáveis

A gestação é um período marcado pela cópula e o encontro das células sexuais, espermatozoide e óvulo. E a partir disso, a mulher sofre diversas alterações corporais e afetivas, naturais do período gravídico. Essa mulher vive um período com intensas transformações do aspecto biológico e psíquico e essas repercussões variam de gestante para gestante e da idade gestacional, fazendo-se necessário compreender as conexões que existem entre as mudanças do corpo e da alma (SILVA; SILVA, 2009; ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

O corpo da mulher torna-se o centro da atenção, envolto pela mama como sustento da criança e a capacidade de parir a partir do útero, sob influência de vários hormônios da maternidade. Entre eles, a prolactina e a ocitocina, bem como a Gonadotropina Coriônica

Humana (GCH), a Somatomamotropina Coriônica Humana (SCH) e a Tirotropina Coriônica Humana (TCH), além dos hormônios proteicos produzidos pela placenta, como a progesterona e o estrogênio, que tem sua concentração aumentada na gravidez (ZIEGEL; CRANLEY, 2008). Tantas mudanças de ordem biológica podem ser claramente percebidas pela mulher mesmo antes da constatação da gravidez por meio de exame clínico, como afirma Maldonado (2017):

A percepção da gravidez pode ocorrer bem antes da confirmação pelo exame clínico e até mesmo antes da data em que deveria ocorrer a menstruação. Não é raro a mulher captar de modo inconsciente as transformações bioquímicas e corporais que assinalam a presença de gravidez e expressar essa percepção através de sonhos ou “intuições” (MALDONADO, 2017, p. 36).

O ganho de peso, o aumento das mamas e do perímetro abdominal, bem como alterações hormonais são mais algumas das profundas modificações fisiológicas que ocorrem no corpo materno durante a gravidez. É um processo natural que provoca alterações em todos os sistemas, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo (COSTA et al., 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Maldonado (2017) e Ziegel, Cranley (2008) apontam também que as náuseas e vômitos são os sintomas mais comuns do primeiro trimestre gestacional, também descritos como sinais presuntivos ou subjetivos de gravidez, e referem ainda como causas múltiplas que envolvem mudanças bioquímicas e hormonais, fatores psicológicos, como tensão emocional, oscilações entre aceitação e rejeição da gravidez, e participação do marido.

A prevalência de náuseas e vômitos na gestação é calculada em torno de 85,0%, e o período de incidência entre cinco e nove semanas, reduzindo progressivamente e tornando-se ocasional a partir de 20 semanas. Cabral (2018) define-a como:

[...] o vômito ou êmese é a expulsão do conteúdo gástrico pela boca, causada por contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal. A náusea é definida como sendo a sensação desagradável da necessidade de vomitar, habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorreia, hipotonia gástrica e refluxo do conteúdo intestinal para o estômago (CABRAL et al., 2018, p. 2).

Cabral (2018) compartilha dos achados de Maldonado (2017), e também descreve como multifatorial a etiologia das náuseas e vômitos, sendo preocupante o achado de recentes estudos que mostram a possibilidade de persistência de disfunções emocionais em mulheres

que apresentaram as formas mais graves como a hiperêmese gravídica¹.

O que Cabral (2018) chamaria de teoria psicogênica é historicamente especulado como etiologia das náuseas e vômitos, devido à manifestação de uma doença psicossomática, em que o processo emético seria a forma de exteriorizar conflitos intrapsíquicos. Entre as variáveis situacionais que compõem essa teoria, o autor afirma que as náuseas e vômitos no período gravídico seriam a manifestação subconsciente da gestante rejeitar uma gravidez não desejada, o que corrobora com relatos de Maldonado (2017).

Para Cabral (2018), as náuseas e vômitos podem estar associados à gravidez não programada, rejeição à maternidade, a rejeição ao pai, a imaturidade emocional, o temor do ganho de peso, as situações de violência, a pobreza, a busca de compensações, a insegurança, as limitações financeiras e a estabilidade no emprego, entre outras questões. Essas situações de estresse potencializam sinergicamente o aparecimento e manutenção do processo emético em gestantes predispostas.

Não podendo considerar isoladamente os fatores que causam náuseas e vômitos, Cabral (2018) faz referência a outras teorias como teoria da infecção pelo *Helicobacter Pylori*, em que estudos constataram a associação entre a carga bacteriana e a intensidade dos sintomas. E a Teoria Genética, em que o risco de uma gestante desenvolver náuseas e vômitos é de até três vezes mais se sua mãe também apresentou essa complicação. No entanto, a falta de estudos que identifiquem os genes responsáveis por essa alteração são fatores limitantes para se desenhar abordagens mais específicas de controle da doença.

Todavia, é a Teoria Endócrina que apresenta maior relação com as náuseas e vômitos maternos. Esta tem relação temporal direta com o pico da concentração máxima da GCH. A justificativa para a não ocorrência de náuseas e vômitos em todas as gestantes, visto que é inerente a todas o aumento da GCH, é que o hormônio apresenta diferentes isoformas (CABRAL, 2018; ZIEGEL; CRANLEY, 2008). A placenta, que servirá de órgão endócrino, é palco das maiores alterações hormonais produzidas pelos trofoblastos, hormônios proteicos e esteroides que começam a ser produzidos no início da gravidez e continuam a sê-lo na medida em que a placenta cresce. Dentre os hormônios proteicos encontram-se o GCH, a Somatomamotrofina Coriônica e a Tirotrófina Coriônica. O GCH também é conhecido como hormônio da gravidez, pois se apresenta elevado em todas as provas laboratoriais biológicas e imunológicas confirmatórias para a gravidez (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

¹ Hiperêmese gravídica: vômitos persistentes que levam a uma perda de peso maior que 5% do peso pré-gravídico, associada a desequilíbrio hidroeletrólítico e cetonúria, o que ocorre em cerca de 1% das gestações.

O GCH aparece muito cedo, no início da gravidez e continua a ser secretado na urina. Uma das suas principais funções é a manutenção do corpo lúteo, impedindo sua degeneração ao final da vida normal. Este, por sua vez, assegura a presença do hormônio progesterona que é essencial para a gestação. Sua concentração sérica começa a diminuir depois da 10^a ou 11^a semana de gravidez, até que a produção hormonal de progesterona pela placenta seja suficiente para manter a gestação (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Na relação da progesterona e do estrogênio com as náuseas e vômitos, os hormônios reduzem o tônus da musculatura lisa e a atividade peristáltica de todo o trato gastrointestinal. A distensão intestinal, que ocorre em resposta a essas adaptações funcionais do organismo materno à gravidez, ativa alguns mecanismos biomoleculares que são envolvidos na geração dos estímulos eméticos, além do aumento dos hormônios tireoidianos em até 70,0% das mulheres, provocando hipertireoidismo transitório e, como consequência, as náuseas e vômitos (CABRAL, 2018).

As hipóteses endócrinas não somente representam a maior relação com náuseas e vômitos, mas explica também todas as outras grandes e profundas transformações na gravidez. Elas percorrem as alterações por meio do sistema endócrino, com a elevação de hormônios circulantes, sejam estes secretados pelas glândulas hipófise, tireoide, suprarrenal e outras (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Ainda sobre o primeiro trimestre de gestação, pode-se descrever como sinais presumíveis de gravidez a cessação da menstruação, com forte indicação de gravidez a ausência de dois períodos menstruais sucessivos após relação sexual desprotegida em mulheres com ciclo menstrual regular, além de alteração nas mamas, que aumentam de tamanho e consistência, com sensação de plenitude descrita por algumas mulheres. Descreve-se, ainda, o Sinal de Chadwick, que se trata da mudança da cor rosada da vagina ou vulva para uma coloração mais escura, também chamada de púrpura ou azul-escuro (ZIEGEL; CRANLEY, 2008). Outras alterações fisiológicas ocorridas na gravidez podem ser observadas no avanço semanal da gestação.

Embora a gravidez seja um fenômeno biologicamente normal, ela é um acontecimento excepcional na vida de uma mulher e de sua família, como ressaltam Ziegel e Cranley (2008). No primeiro trimestre, ela (a gestante) se procura. Exatamente essa palavra: procura-se, permeada por um sentimento de ambivalência, que vai desde a confirmação da gravidez até a confirmação/aceitação da nova condição. A ambivalência afetiva, como descrita por Maldonado (2017, p. 37), a “balança do querer e do não-querer”. Os sentimentos de ambivalência mais comumente descritos são a dúvida entre querer ou não estar grávida,

mesmo após a confirmação clínica, sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade, e, em alguns casos, franca rejeição (MALDONADO, 2017).

Essa oscilação, também chamada de “Teoria da Crise”, agirá como um impulso positivo no processo de reorganização e adaptação à nova condição. Nesse período, a mulher recebe influências culturais e do seu próprio estilo de vida, e o mecanismo da ação da Teoria perpassa momentos distintos nos três trimestres gestacionais (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

O primeiro trimestre, que corresponde até a 13ª semana de gestação, é a etapa da aceitação e garantia ou confirmação da nova condição de grávida, como descrito por Ziegel e Cranley (2008):

Essa aceitação psicológica da gravidez é análoga à implantação física. Se o blastocisto não se fixa firmemente à parede uterina, o desenvolvimento interrompe-se e o feto é abortado. Da mesma forma, se a gravidez não é psicologicamente aceita, o desenvolvimento do vínculo com a criança se imobiliza e o relacionamento mãe-filho pode ser abortado (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p. 218).

Em concordância a esse raciocínio, Maldonado completa:

É comum também a sensação de o feto não estar ainda suficientemente “preso” no útero, o que provoca inúmeras fantasias de aborto e, em alguns casos, tentativas propositais ou “acidentais” – como, por exemplo, excesso de exercícios físicos e atividades físicas, propensão exagerada a tombos, fumo e bebida em excesso (MALDONADO, 2017, p. 38).

Para Maldonado (2017, p. 37), “não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, mesmo quando há clara predominância de aceitação ou rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente”. Inerente às relações interpessoais significativas, torna-se natural a ambivalência relativa às mudanças na gravidez, que envolvem perdas e ganhos, permitindo a coexistência dos mais diversos sentimentos na mulher gestante no plano da lógica emocional que, quase sempre, tem peso maior na determinação de sua conduta.

2.1.3 Cultura e representações sociais como aporte na compreensão da maternidade

O desejo e as representações da maternidade podem ocorrer antes da existência de um corpo gravídico, com as brincadeiras de bonecas na infância. Entretanto, é durante a gravidez, com a presença do filho em seu corpo, que a mulher começa a se sentir mais intensamente como mãe. A intensidade e o momento em que se vivenciará a maternidade estão diretamente

relacionados às influências culturais do meio em que a mulher se encontra e também de sua história pessoal e afetiva (BADINTER, 1985; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Para Del Priore (1995) e Dimenstein (2008), a maternidade extrapola os conceitos para além dos contextos culturais. Os autores afirmam que a maternidade possui um imenso conteúdo sociológico e antropológico, com uma visível presença na evolução histórica. Além disso, há uma infinidade de representações de maternidade, variando em diferentes sociedades e classes sociais, fortemente ligadas aos valores reinantes na sociedade em torno da sexualidade e do corpo feminino.

Torna-se, portanto, a vivência da maternidade uma construção social inseparável dos contextos subjetivos, dos códigos, dos valores e crenças, da representação de uma sociedade. Essa representação de sociedade está, por sua vez, condicionada historicamente às relações sociais, não podendo desvincular o ser humano da realidade social e territorial na qual está inserido em um dado momento histórico, entre as classes sociais, determinando assim, diferentes configurações (DIMENSTEIN, 2008). Ou seja, as vivências e as representações da maternidade para um grupo são variáveis culturalmente de uma sociedade para outra e dentro de uma mesma sociedade, como afirma Claval (2008):

A ênfase está na comunicação em que a cultura é transferida de um indivíduo a outro, de uma geração a outra. Por meio da interiorização das práticas, dos conhecimentos e dos valores que ele recebe, o indivíduo torna-se uma pessoa, com uma identidade pessoal e social. “Graças à cultura, o homem torna-se um ser social” formado a partir das construções sociais da geografia moderna e cultural (CLAVAL, 2008, p. 26).

A partir desse contexto, Cadoná e Strey (2014) reafirmam que a maternidade se constitui enquanto produto da cultura e assume as características atuais da sociedade temporal, por intermédio das práticas de significação linguística e cultural dos sistemas simbólicos. Os significados da maternidade são construídos e direcionam as mulheres a um entendimento de sua vivência, que conduzem seus sentimentos e práticas em relação à maternidade.

É preciso lembrar também a definição, ainda mais carregada de pressupostos ideológicos, que descreve o instinto materno, como afirma Badinter (1985):

[...] uma tendência primordial que cria em toda mulher normal um desejo de maternidade e que, uma vez satisfeito esse desejo, incita a mulher a zelar pela proteção física e moral dos filhos, pois acredita-se que uma mulher pode ser "normal" sem ser mãe, e que toda mãe não tem uma pulsão irresistível a se ocupar do filho (BADINTER, 1985, p. 11).

A proposta de refletir a cultura como parte integrante do processo saúde/doença que

permeia o sentido da maternidade advém do desafio de se compreender primeiramente o que e como esse conceito “cultura” aparece no cenário de adoecimento e cura de uma população. O conceito e sua mobilidade podem ser definidos em uma relação intencional de aproximar assuntos do campo da saúde com as relações dos sujeitos e seus territórios.

Tomada em seu amplo sentido, a cultura tem caráter interdisciplinar e caracteriza-se pelo conjunto de traços materiais e espirituais, intelectuais, afetivos e simbólicos que caracterizam o sujeito e o território e a própria identidade, nascida a partir da história e das experiências sociais, como afirmam Langdon e Wiik (2010):

[...] um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON; WIİK, 2010, p. 175).

As identidades individuais e coletivas são fortemente ligadas ao desenvolvimento da consciência territorial. Assim, a construção das identidades, baseada nas marcas do território, facilita a comunicação entre os inseridos naquela cultura e fortalece as referências simbólicas do espaço vivido. Nesse sentido, a identidade aparece como uma construção cultural, uma apropriação individual de normas e valores sociais afirmados por uma cultura que se construiu em um determinado território. A definição proposta por Claval (2014) assume a seguinte afirmativa:

A cultura é a soma dos comportamentos, dos saberes, das técnicas, dos conhecimentos e dos valores acumulados pelos indivíduos durante suas vidas pelo conjunto dos grupos de que fazem parte. A cultura é herança transmitida de uma geração à outra. Cada cultura caracteriza-se por um sistema original de representações e de construções intelectuais (CLAVAL, 2014, p. 71).

Porto (2011) reconhece que a cultura se configura como uma teia de significados e significantes, e considera que a cultura exerce a função orientadora e tradutora de processos comunicativos, convicções e valores, a partir do saber coletivo. Nas interpretações dos laços culturais que abarcam os significados e representações da maternidade, apresenta-se ainda Geertz (2014), com sua complexa definição de cultura:

[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significado (GEERTZ, 2014, p. 04).

Há um enfoque especial que incorpora o papel da mulher ao se considerar as características peculiares e os aspectos de vida, mediados por relações sociais e culturais. As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para seu próprio atendimento quanto para acompanhar seus filhos, familiares e pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004). Portanto, a cultura e o saber popular moldam as dinâmicas das interações dentro das comunidades, legitimando comportamentos, práticas e processos (BARROS, 2002).

Dessa forma, partindo do pressuposto de que a cultura é um fenômeno social e que somos todos sujeitos da cultura, compreende-se que as doenças e os cuidados em saúde estão presentes em todos os grupos sociais. Os diferentes territórios, sujeitos e culturas trazem diversidade na promoção em saúde, pois cada sujeito interage com um território determinado e a sua cultura define quais práticas permitem sobreviver nesse território. Langdon e Wiik (2010) mostram que cada grupo se organiza coletivamente por intermédio de meios materiais, pensamentos e elementos culturais, para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos.

Tornam-se, então a cultura e as representações do grupo, como abordagens necessárias para a compreensão do processo saúde/doença em sua totalidade. Nessa perspectiva, a busca pelas dimensões interdisciplinares possibilita compreender as relações sociais que envolvem a maternidade, uma vez que integram saberes e práticas no cotidiano que podem intervir na produção de sentidos e cuidado em torno da maternidade.

Na compreensão das Representações Sociais (RS), Moscovici (2013) interpreta que o grupo social procura selecionar a expressão que mais se aproxima da capacidade figurativa conservando as crenças passadas do grupo, assim como os conjuntos de imagens construídas socialmente. Para Moscovici (2013), a RS é definida como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientarem-se em seus mundos material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2013, p. 21).

As RS referentes à maternidade estão fortemente relacionadas com o ato sublime e divino que explica a maternidade, correspondendo a um fenômeno natural, emocional e complexo, que se apoia nas experiências cotidianas das mulheres com a família, os serviços de saúde, a relação com os profissionais, nas conversas informais ou grupos sociais e mídia

(ARAÚJO; MANDÚ, 2016; CARNEIRO et al., 2013).

Em relação aos saberes e influências dos profissionais, essas representações podem estar relacionadas com a maneira de pensar e agir, evidenciando que estes são guiados por um paradigma biotecnista no cuidado que se dá no período da gestação que remete às representações na mulher (RODRIGUES et al., 2013). Moscovici (2013), por sua vez, afirma que as representações “que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são repensadas, re-citadas e re-apresentadas” (MOSCOVICI, 2013, p. 37).

Para Araújo, Mandú (2016), a expressão de estar grávida significa dar visibilidade à feminilidade e reafirmar a fecundidade como algo que enaltece a condição de mulher. Há a necessidade de uma adaptação biopsicossocial da gestação e da maternidade às situações de aprendizagem que envolvem o cuidado de si e do bebê. As relações interpessoais com os profissionais de saúde, as influências sofridas pela mídia e as experiências compartilhadas e vividas indicam que são produzidas representações sociais nesses espaços de cuidar-cuidado em que pensamentos individuais e coletivos se interpenetram.

Para Carneiro (2012), mulheres têm sofrido as influências tecnicistas e capitalistas no processo de engravidar, parir e cuidar do seu filho e de sua família, em que os seus saberes acerca do próprio corpo, as suas origens, crenças, culturas e direitos não têm sido considerados.

Nessa perspectiva, as RS podem influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade, em que o próprio coletivo penetra como fator determinante dentro do pensamento individual. A afirmativa de Carneiro (2012) leva a compreender que toda representação pode ser repensada ou ressignificada, possibilitando novos conhecimentos e práticas sociais. Como sistemas de entendimento compartilhado do mundo, as representações e relações sociais oferecem padrões de conhecimento, orientações e condutas que podem transformar ambientes sociais em lares para os atores individuais. Solidificadas em práticas culturais e em instituições, fornecem os recursos para a construção das identidades sociais e para a renovação das sociedades (ARAÚJO; MANDÚ, 2016).

2.2 SEGUNDO TRIMESTRE: O CUIDAR DE SI NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

“Quando eu tô fazendo lá (no posto) ela (a enfermeira) ouve o coração, eu penso assim, colocou lá e eu escuto ai sim, ele tá bem, o coração tá batendo forte eu fico mais tranquila”.

G81

“Porque eu me preocupo com minha filha em primeiro lugar, outro dia ela não estava mexendo, eu fui no posto e a médica me atendeu e falou: mas só tem menos de uma hora que ela não mexe, não precisa preocupar desse jeito”. G93

“Porque eles (posto) ajudam a gente bastante né, se não fosse o posto, o cartão de pré-natal muitas crianças não iam nascer com saúde, não ia dar certo a gravidez”. G97

O segundo trimestre é considerado por Maldonado (2017) como o mais estável do ponto de vista emocional, e os movimentos e batimentos cardíacos do feto são favoráveis para a aceitação da gravidez em 85,0% das gestantes. Porém, a ambivalência presente no segundo trimestre tem conotação diferente da observada no primeiro trimestre e pode manifestar-se na interpretação dos movimentos fetais de duas maneiras: a primeira, por alívio ao sentir os movimentos e perceber que o feto está vivo, e a segunda, por ansiedade quando não consegue perceber os movimentos, surgindo o temor que algo não esteja bem. Ao avançar na gestação surge uma preocupação com o progresso seguro para si e para seu filho durante a gravidez e trabalho de parto, assim como a aceitação e compreensão do papel de ser mãe (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Neste capítulo, será analisado o curso da gestação que avança e requer cuidados especializados que possibilitam dar conta das transformações, principalmente físicas, que são mais perceptíveis nesse período, uma vez que “a mulher começa a adquirir um aspecto de gestante” (ZIEGEL e CRANLEY, 2008, p. 219).

2.2.1 A Gestação e o pré-natal

A gravidez se constitui em um fenômeno fisiológico que se caracteriza por uma experiência mobilizadora entre a mulher, familiares e profissionais de saúde, e na maior parte dos casos tem sua evolução sem intercorrências, apesar das intensas transformações que requerem cuidados especiais mediante a assistência pré-natal. Essa, por sua vez, tem como objetivo acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, período de mudanças biopsicossociais, vivenciado de forma distinta e caracterizado como um acontecimento sociocultural e espiritual, também permeado por crenças, costumes e interdições, cujos significados transcendem o fator fisiológico (BAIÃO et al., 2013; COSTA et al., 2010; LANDERDAHL et al., 2007).

A gestante, ao final do primeiro trimestre e principalmente no segundo, está em um processo de passividade e introversão. Com frequência, ela se sente confusa com todas as mudanças. A preocupação agora é para com ela e seu filho, assim deseja receber mais do que doar, tem maior necessidade de afeto, cuidados e proteção (MALDONADO, 2017; ZIEGEL; CRANLEY, 2008). É no segundo trimestre que aumenta o interesse em aprender coisas a respeito de si própria e de seu filho, favorecendo a procura pela assistência pré-natal, leitura de temas relacionados e conversas com outras gestantes, estabelecendo assim, uma rede de contatos relacionais (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

É também no segundo trimestre que as alterações fisiológicas como ganho de peso, aumento das mamas e do perímetro abdominal, processo natural que ocorre durante a gravidez, são mais observadas e podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo. Torna-se imprescindível que tais alterações sejam compartilhadas com um profissional de saúde no momento da assistência pré-natal (COSTA et al., 2010).

Para Maldonado (2017), a mulher poderá vivenciar as alterações corporais de diferentes maneiras e estão intimamente relacionadas com sua sexualidade e atitudes do parceiro. A mulher poderá se sentir fecunda e se desabrochar como mulher, com sentimento de orgulho pelo corpo gravídico, ou vivenciar as transformações como deformações, se sentindo feia, um “monstro”, sexualmente incapaz, o que pode representar um dos maiores temores da gravidez, o medo da irreversibilidade. Esse temor, além do seu aspecto objetivo, pode ter um significado simbólico mais profundo: o medo de ficar modificada como pessoa pela experiência da maternidade.

Ela está definitivamente grávida. No primeiro trimestre ela vivenciou os sinais presuntivos da gravidez, como a cessação da menstruação, as náuseas e vômitos, o início das alterações das mamas, que se consolidam no final da gestação, sendo perceptível a presença de leite materno no final do segundo trimestre. O aumento do abdome, alterações uterinas, palpação da cabeça do “feto”, o que pode ser confundido com a presença de um tumor, são considerados sinais de probabilidade, além dos testes de gravidez, que apesar de serem bastante confiáveis, consideram-se ainda falsos-positivos e erros laboratoriais. Os sinais positivos indiscutíveis são a ausculta e contagem dos batimentos cardíacos fetais, assim como movimentos ativos do feto (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Ainda não suficientemente próxima e pronta para o trabalho de parto, mas enfim grávida, a mulher no segundo trimestre sente-se em um período “seguro”, um pouco distante do parto que representa uma ameaça. Essa fase torna-se ideal para receber todas as

informações que deseja para se tornar armada de conhecimento e habilidades para o enfrentamento do que está por vir (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

A mulher tem necessidade de atenção física e psíquica. O modelo de atenção à saúde proposto pelo Ministério da Saúde (MS) sugere um modelo bimodal focado no sujeito, no seu balanço e sua conexão corpo-mente, e atrelado às relações sociais e culturais (BRASIL, 2014). O pré-natal objetiva um acompanhamento seguro para o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de medidas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, fácil acesso a bons serviços de saúde, detecção e a intervenção precoce das situações de risco, sejam elas clínicas, sociodemográficas e ou comportamentais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O propósito está na promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para alto risco, com qualificação da assistência ao parto. Fatos, emoções ou sentimentos vivenciados e relatos das gestantes, percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal, devem ser também considerados como determinantes e com potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; GOUDARD et al., 2016).

Para Naidon et al. (2018), fatores como trajetória de vida da mulher, o não planejamento da gestação, o início tardio do pré-natal e a falta de vinculação com o profissional que realizou o pré-natal são fatores que demarcam a dificuldade de acesso e adesão aos serviços de saúde, podendo colaborar para a mortalidade materno-infantil.

Todo cuidado e assistência dispensados no decorrer da gravidez transmitem à gestante a segurança desejada para uma gestação tranquila, livre de complicações para si e para o feto. É na assistência pré-natal, o momento apropriado para se monitorar mãe e feto, na tentativa de redução dos índices de mortalidade materno e infantil, em participação conjunta da gestante, seus familiares e órgãos assistenciais de qualidade.

2.2.2 O cenário: mortalidade materna

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a mortalidade materna como:

[...] a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1995, p. 143).

A mortalidade materna representa um grave problema de saúde pública e é um indicador mundial de desenvolvimento, qualidade de vida e assistência à saúde de mulheres, em especial, no período reprodutivo. Rodrigues (2013) afirma que, apesar da relativa diminuição de casos de mortalidade materna, a prevenção e as ações estratégicas ainda são consideradas um desafio. Com intuito de diminuir cada vez mais esses índices, o MS investiu na promoção da saúde das gestantes com a tentativa de fortalecimento e de organização da Atenção Básica à Saúde (ABS), almejando assim maior qualidade da assistência.

A investigação de óbitos é realizada pela Vigilância de Óbitos Maternos do município residente da mulher. Ocorrem em mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, considerando como morte materna aquela ocorrida durante a gestação ou até um ano após seu término sendo, porém, contabilizado como Razão da Mortalidade Materna (RMM) somente óbitos ocorridos até 42 dias após o parto (BRASIL, 2009a).

As causas obstétricas diretas mais frequentes de óbito materno são as doenças hipertensivas incluindo eclampsia, síndrome HELLP², hemorragias e infecção puerperal. As causas indiretas são as que resultam de doença prévia da mãe ou desenvolvida durante a gravidez e não devido a causas obstétricas diretas. Estas costumam ser agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como diabetes e hipertensão, além de outras doenças cardiovasculares. É importante destacar que quase todas as causas diretas são passíveis de prevenção (BRASIL, 2009a; DIAS et al., 2015; OMS, 2008).

De acordo com o relatório da OMS, publicado em 2016, a mortalidade global diminuiu 44,0% entre os anos de 1990 e 2015. O objetivo a partir de então é reduzir o índice global de mortalidade para menos de 70 óbitos por 100.000 NV entre 2016 e 2030 (OMS, 2016). Os dados atuais revelam a mortalidade mundial em 216 óbitos por 100.000 NV (OMS, 2017). Esse índice é decorrente das elevadas taxas apresentadas pelos países em desenvolvimento.

No Brasil, a mortalidade materna está em declínio, porém, ainda distante da meta estabelecida pelo quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que estimou a RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 NV até 2015 (MARTINS et al., 2017). Isso corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. A queda da morte materna se deve, fundamentalmente, à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas (OMS, 2016).

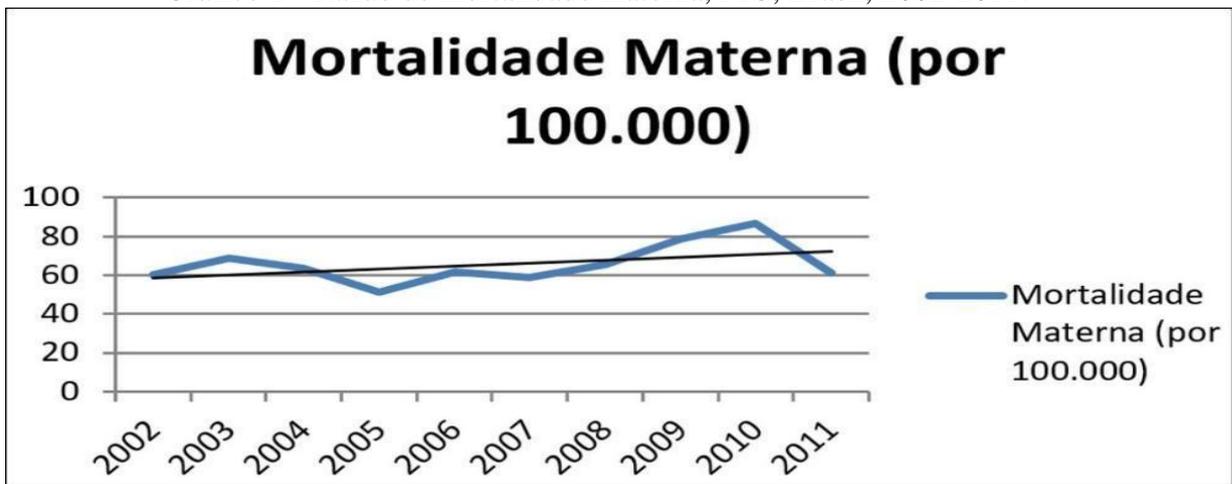
² A Síndrome HELLP é uma síndrome laboratorial definida por três sinais cujas iniciais dos termos em língua inglesa formam HELLP: H - Hemólise, do inglês: *Hemolytic anemia*; EL - Enzimas hepáticas elevadas, do inglês: *Elevated Liverenzymes*; LP - Baixa contagem de plaquetas, do inglês: *Low Platelet count*.

Os dados relativos à evolução da mortalidade materna no Brasil são apresentados pela OMS em *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*, e pode-se observar a redução na mortalidade, no entanto, acima da meta do milênio, sendo: 104/100.000 NV em 1990, 84/100.000 NV em 1995, 66/100.000 NV em 2000. E, apesar da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2002, não se observa grande redução no índice que se manteve de 67/100.000 NV em 2005, 65/100.000 NV em 2010 e 44/100.000 NV em 2015 (OMS, 2015).

De acordo com a OMS (2015), no ano de 2010, o índice nacional de RMM foi 65/100.000 NV, sendo que no mesmo ano, no Estado de Minas Gerais, os índices atingiram 86,7/100.000 NV. Silva et al. (2016), em estudo que avaliou dados de 2001 a 2012, afirmam que se compararmos os dados nacionais com o Estado em todos os anos analisados, observa-se que os registros de óbito em Minas Gerais foram maiores que o índice nacional.

O gráfico 1, a seguir, apresenta os dados do Estado no período de 2002 a 2011, com intuito de avaliar o comportamento da mortalidade materna após a implantação do PHPN. Observa-se que a média da morte ao longo dos anos foi de aproximadamente 70,0/100.000 NV. A RMM mais acentuada foi nos anos de 2009 e 2010, apresentando 78,7 e 86,7/100.000 NV, respectivamente.

Gráfico 1 - Razão de mortalidade materna, MG, Brasil, 2002-2011.

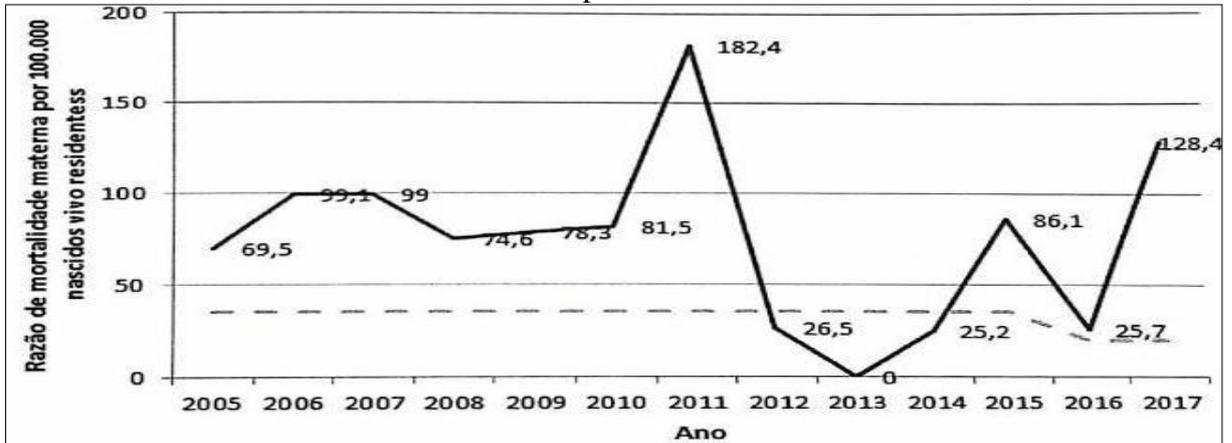


Fonte: DATASUS, 2018.

No que tange as Taxas de Mortalidade Materna (TMM), tornam-se mais preocupantes os dados divulgados em 2017 pelo Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materno-infantil de Governador Valadares/MG, quando, em 2011, o Município atingiu uma razão de mortalidade de 182,4 óbitos por 100.000 NV, e em 2017, os dados atingiram 128,4 óbitos por

100.000 NV. Com isso, demonstram-se poucos avanços na atenção à saúde da gestante ao se considerar os indicadores de mortalidade já estabelecidos pela OMS (PMS/GV, 2017), conforme pode ser verificado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos de GV, 2005-2017.



Fonte: Prefeitura Municipal de Governador Valadares/MG, 2017.

A partir da análise epidemiológica do município, o Plano Municipal de Saúde de 2017 estabeleceu como meta prioritária reduzir a mortalidade infantil, a morbimortalidade de doenças transmissíveis e a mortalidade materna.

A assistência à saúde da mulher, no que se refere à mortalidade materna, move-se na necessidade de repensar e concentrar esforços conjuntos para instituir ações efetivas que influenciem diretamente nos dados de mortalidade materna no mundo, no Brasil e em Governador Valadares/MG.

Há necessidade de mudança do paradigma biotecnista do cuidado, para que tanto as mulheres quanto os profissionais ressignifiquem seus saberes e práticas e produzam mudanças que venham contribuir para as transformações do cenário atual da mortalidade (CARNEIRO et al., 2013). Ademais, ao atentar para o cumprimento de metas e programas governamentais, buscando a qualificação contínua dos profissionais que atendam ao binômio, é possível afirmar que tais atitudes promovem o fortalecimento de ações em prol da redução do índice de mortalidade materna e infantil.

2.2.3 Evolução histórica das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil

Com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu portarias, manuais e programas direcionados para atenção à saúde da

mulher e da criança (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012).

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011).

Os movimentos e ações nas décadas de 1930 a 1970 eram voltados para o controle da natalidade, da mortalidade materna e de infecções sexualmente transmissíveis. A partir de 1974, as ações eram voltadas para o planejamento familiar e ainda com foco no controle do crescimento demográfico da população (OLIVEIRA, 2016).

Um marco na saúde da mulher está descrito no ano de 1984. Neste, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação para a mulher em todo o seu ciclo de vida, englobando a assistência em clínica ginecológica, obstétrica, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e outras necessidades da saúde da mulher. A partir de 1984, outras ações, como documentos técnicos, propuseram nortear as “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011; SERRUYA, 2003).

No ano de 1991, o MS implementou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Assim, as ações direcionadas para o controle da mortalidade materna estão relacionadas ao acesso e à qualidade da atenção desenvolvida pelos serviços de saúde, principalmente, na atenção ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011). Em 2000, o governo brasileiro assinou acordos e tratados internacionais que visaram à redução da mortalidade materna e instituiu o PHPN (BRASIL, 2000). O PHPN tem como finalidade diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e infantil. Seu foco é a assistência humanizada, em que assegura o direito de acesso ao serviço de saúde, a cobertura e a qualidade do acompanhamento em todo ciclo gravídico e puerperal, garantindo assim, os princípios básicos de direito à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2002; NAIDON et al., 2018; RODRIGUES, 2013).

Ainda sobre os preceitos que se baseia o Programa, a humanização é condição primária na assistência e fundamenta-se no dever das unidades de saúde em receber com dignidade, ética e solidariedade à mulher, seus familiares e o recém-nascido, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-

nascido, e que com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Algumas das metas e atividades descritas no PHPN (BRASIL, 2000; BRASIL 2002) podem ser elencadas abaixo:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Garantir os seguintes procedimentos:
 - I. Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - II. Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - III. Realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta.
3. Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
4. Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
5. Realização de atividades educativas.
6. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
7. Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Outras medidas descritas garantem o atendimento adequado da gestante quanto à assistência ao parto, a regulação de leitos e transporte adequado, presença de pediatra na sala de parto, vinculação do pai sem restrição de horários e outros procedimentos (BRASIL, 2000; BRASIL 2002).

Os anos seguintes foram intensos nas publicações de portarias e manuais que reforçam e ampliam as metas do PHPN. Em 2003, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sendo uma das pautas a “Saúde e Gênero”, que ressalta as necessidades singulares das mulheres, sejam elas indígenas, negras, profissionais do sexo ou lésbicas (OLIVEIRA, 2016).

A partir desse momento o MS apresentou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, tendo como prioridade promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada que amplie a adesão ao PHPN, com

vistas a contribuir para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzir a morbimortalidade materna por causas passíveis de prevenção (BRASIL, 2004; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Para Mattar e Diniz (2012), durante décadas, as mulheres foram alvo preferencial dos programas de controle populacional e de iniciativas de desenvolvimento centradas em uma perspectiva masculina. A ampliação da agenda dos direitos reprodutivos das mulheres deve ser entendida no contexto de uma luta por igualdade e não de discriminação das mulheres.

Atualmente, as políticas de saúde apresentam uma transformação, pois entendem que a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também o acesso às políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer, apontando-se a intersetorialidade como uma das estratégias para se garantir que o direito se efetive.

[...] O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010, p. 13).

Em relação aos avanços nos programas que objetivem qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo país, em 2012, o MS institui o programa Rede Cegonha, pela portaria nº 1.126, de 08 de outubro de 2012, pautado nos princípios e ideais do PHPN, ampliando itens que se referem e/ou garantam o acesso das usuárias da rede pública de saúde aos serviços oferecidos. Sendo princípios básicos da Rede Cegonha, mudanças nos processos de cuidar, tais como humanização, com ampliação de práticas baseadas em evidência, acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, estabelecimento de vínculo, realização de exames com resultados em tempo oportuno, além de articulação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e qualificação técnica das equipes de atenção à saúde da gestante (BRASIL, 2012). Para atender aos princípios do Programa “Rede Cegonha”, o MS lançou o Caderno de Atenção Básica (AB): Atenção ao pré-natal de baixo risco, que objetivou apoiar as equipes de AB na qualificação do cuidado e na articulação em rede (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços e a redução na mortalidade materna, observa-se que ainda estão elevados os índices em relação às metas estabelecidas, demonstrando a necessidade de se repensar o caminho percorrido até os dias atuais, quanto à eficácia de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida da mulher.

2.2.4 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser interpretada em contextos diferentes ao longo da história de sua formulação. Mendes (2015) a classifica em: APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. De fato, os contextos interpretáveis são necessários para compreender sua construção e transformação na história.

A história que modula a APS teve início em meados de 1920, por meio do Relatório de Dawson, que surgiu no Reino Unido e sob influência de vários outros países, com foco na organização da atenção à saúde em níveis como os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino, hoje conhecida como Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2015).

Ao longo de 50 anos, vários movimentos influenciaram a construção e reformulação da APS, a saber, o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, já descritos no capítulo anterior, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares e o surgimento de uma grande liderança na direção da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que em 1978, organizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Alma-Ata (MENDES, 2015).

Entende-se a importância da Declaração de Alma-Ata como um marco simbólico para a construção da visão holística da saúde coletiva, pois traz à tona a seriedade de se entender a dinâmica social, os atores e cenários envolvidos em uma melhor condição de vida, incluindo os direitos de todos à saúde, agregando o Estado como partícipe na busca da qualidade de vida, saúde e igualdade de direitos (MENDES, 2015). A proposta para a APS traz o cuidado ao indivíduo e a família, mediado por tecnologias leves com atividades que previam baixo custo, apoiadas no saber científico com foco na prevenção e promoção à saúde, elencadas por Mendes (2015).

A educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2015, p. 30).

Ao longo do século XXI, a construção da APS foi marcada por ciclos e transformações do modelo da atenção que passaram de iniciativas privadas para o poder público. Considera-se ainda a passagem de uma proposta centralizada nas Universidades e programas regionais, como programas desenvolvidos especialmente para o Nordeste, e a construção seletiva definida acima por Mendes (2015) para a descentralização política, que permitiu a expansão quântica das APS.

Duas importantes iniciativas nesse sentido ocorreram na década de 1920, com a criação dos Centros de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP), e nos anos 40, com o surgimento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), conhecida hoje como Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Essas duas medidas contribuíram para a consolidação das APS no país, mesmo sendo considerado um modelo verticalizado nos dias atuais (BASTOS, 1993).

De acordo com Bastos (1993), vale ressaltar que as ações do SESP foram direcionadas principalmente no sentido de prestar assistência médica e sanitária às populações das áreas onde existia matéria-prima de interesse estratégico político, como Minas Gerais, onde havia extração de mica e cristal de rocha, especialmente na região do Vale do Rio Doce. As ações eram organizadas em atividades de higiene, assistência médica e laboratorial.

As ações citadas por Bastos (1993), ainda que regionalizadas, foram organizadas pelo SESP na Conferência da Organização Sanitária, realizada em abril de 1948, e iam ao encontro das ações descritas por Mendes (2015), ressaltando e reafirmando em suas colocações a importância da promoção e prevenção na saúde comunitária, “[...] saneamento do meio ambiente, da educação para a saúde, da higiene materna, da higiene da criança, o combate às grandes endemias regionais e a prática de medidas de controle que possam ser utilizadas em massa e ao redor dos casos” (BASTOS, 1993, p. 165).

E não menos importante, a Conferência tratou de incluir a assistência médica curativa nas ações do SESP (BASTOS, 1993). Além das doenças emergentes na agenda Sespiana, as demandas em torno do binômio mãe-filho sempre estiveram presentes na instituição, bem como as ações e atividades para toda a comunidade, independente de raça, religião, idade. Tradicionalmente os dois grupos, mulheres grávidas e crianças, mereceram especial atenção.

Pode-se deduzir que as ações de cadastramento, anteriormente chamadas de abertura de pasta da família, realizadas pelas visitadoras sanitárias (BASTOS, 1993), iniciavam um processo de territorialização nos locais de concentração dos SESP.

Governador Valadares/MG foi palco das estratégias e implementações do SESP, sendo escolhida como Unidade Sanitária para servir de campo de experimentação para implantação de novas normas, melhorias e de capacitação, como se lê:

A comissão escolheu a Unidade Sanitária de Governador Valadares do Programa de Minas Gerais para servir de campo de experimentação. Depois de preparadas, testadas e julgadas capazes de realmente facilitarem o funcionamento da unidade, com desburocratização dos seus serviços e conseqüentemente, em melhoria do atendimento às populações, então as novas normas foram estendidas às demais unidades operadas pelo SESP, para sua incorporação à rotina, com as adaptações necessárias às características e às possibilidades de cada região (BASTOS, 1993, p. 168).

Importante perceber no texto acima, a atenção dada ao Município de Governador Valadares/MG, que é cenário desta pesquisa, como palco da construção de saúde em busca de atendimento de qualidade. Mas, além disso, perceber também a atenção e preocupação dos diretores técnicos do SESP em considerar o território com características distintas na ampliação das novas normas.

As ações do SESP para promoção da Saúde Materna e infantil justificavam-se por meio dos seguintes motivos apresentados por Bastos (1993): 70,9% da população representada por esses dois grupos apresentou elevados coeficientes de natalidade e mortalidade infantil, sendo que 68,0% dos óbitos ocorridos no país foram causados por doenças consideradas evitáveis.

Pensadas e praticadas no antigo SESP, as ações propostas de assistência à mulher se direcionavam para a prevenção do câncer de colo uterino, no período puerperal e à saúde da criança, em especial, as ações propostas para as gestantes (BASTOS, 1993), que permanecem fortemente recomendadas em políticas públicas atuais, claro que repensadas, ampliadas e reformuladas. Dentre as ações do SESP, as atividades educativas, visitas domiciliares, higiene e alimentação da gestante e captação precoce da gestante ganham destaque. A seguir, outras ações realizadas no primeiro contato com o médico que continuam fortemente recomendadas.

[...] o médico procedia ao exame clínico obstétrico e pedia os exames complementares de rotina, urina, pesquisa de albumina, sorologia para sífilis (que implicava em tratamento padronizado, caso positivo), parasitológico das fezes, dosagem de hemoglobina, imunização contra tétano neo-natorum [...]. Nas visitas seguintes, 01 consulta por mês, o médico procedia aos exames complementares que julgasse necessário (BASTOS, 1993, p. 177).

Ações e atendimentos, antes exclusivos dos médicos, são modificados ainda no SESP, utilizando a enfermagem em tarefas relacionadas ao pré-natal e puerpério. No novo modelo, que se aproxima ainda mais do modelo de assistência pré-natal atual, à enfermagem competia então o atendimento na primeira consulta, com anamnese, solicitação dos exames (pesquisa de albumina e glicose na urina, sorologia para sífilis, classificação do grupo sanguíneo e fator Rh, exame de secreção vaginal), além de orientações sobre cuidados e higiene no pré-natal,

imunização de rotina. Pertencia ao médico somente três consultas de rotina: a primeira após a obtenção dos exames de laboratório, a segunda no intercurso da gestação para prevenção de complicações e a terceira no final da gestação, para avaliação das condições clínico-obstétricas e orientação do parto (BASTOS, 1993).

A partir dos ideais do SESP, se concretizou e implantou o SUS formalmente em 1988. Vale ressaltar que as ideias para o SUS surgiram a partir da década de 70, com a intensa mobilização urbana das camadas densas para regiões periféricas e posterior constituição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em municípios que acumulavam as experiências de atenção integral, universal e equitativa. Essas muitas iniciativas antecipavam, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e igualdade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988 (CONILL, 2008).

Mendes (2015) agrega à dimensão quantitativa da APS, uma dimensão qualitativa, como destacado no trecho abaixo.

Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015, p. 31).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) torna-se a principal precursora de trabalho para a promoção da saúde, uma vez que é pensada como modelo de expansão, qualificação e consolidação da AB, favorecendo a reorientação do processo de trabalho e aprofundando suas ações nos princípios, diretrizes e fundamentos da ABS. Uma das fundamentações básicas dessas diretrizes está no processo de coordenação de ações integrativas, programáticas e demanda espontânea, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado em prol da autonomia dos usuários e coletividade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Em um breve histórico das ESF e sua consolidação, pode-se afirmar que o período de 1991 a 1993 representou um marco importante na formulação das ESF. O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu oficialmente em dezembro de 1993, a partir da indignação pela falta de acesso da população ao sistema de saúde, e também da existência exitosa do PACS em 1991, que se mostrou ser o maior programa de APS no Brasil, o de maior capilaridade. A ideia era aproveitar as experiências brasileiras que existiam em Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, Niterói/RJ, Recife/PE, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambai/GO e tentar elaborar uma estratégia

totalmente nova e original que contemplasse os agentes comunitários de saúde e que levasse atenção à saúde de qualidade às comunidades. Inicialmente, a iniciativa foi abrigada e financiada pela FUNASA, em 1994 (CONILL, 2008; BRASILc, 2010).

No âmbito das ações e políticas que integram a missão qualitativa atrelada à expansão quântica da AB, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, sendo revisada em 2011, e por último, em 2017, pela Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que traz uma nova definição:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017. p. 2).

A PNAB foi se adequando e remodelando seu conceito, considerando os novos aspectos sociais, sempre atrelados aos princípios da integralidade, que buscam assistir à coletividade em sua plenitude no processo saúde-doença em determinada base territorial.

A ESF, proposta prioritária da PNAB, como modelo de saúde em expansão e consolidação da AB, compartilha o cuidado e apoia as práticas de saúde resolutivas, de forma a garantir a coordenação do cuidado e ampliação do acesso, considerando políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social e relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

As ações previstas no PNAB em 2006 foram reformuladas e em 11 anos a PNAB (BRASIL, 2017) evoluiu e ampliou propostas, ambas articuladas com os princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade. Porém, a PNAB de 2017 mergulha em contextos antes não considerados e enfatiza a saúde em sua totalidade social, econômica, cultural, demográfica e epidemiológica no território local.

Outro aspecto importante a se destacar é a atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas, fortalecendo ainda mais as características sociais na PNAB, que considera o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos. São exemplos de atenção especial as populações em situação de rua, em medida socioeducativa, privadas de liberdade, ribeirinhas, fluviais, residentes em instituições de longa permanência, em abrigos, dentre outros. Ainda sobre o aprofundamento dos conceitos territoriais, a nova PNAB traz consigo a RAS, com suas ordenações dos fluxos assistenciais.

2.3 TERCEIRO TRIMESTRE: MATERNIDADE E PODER, CONTRIBUIÇÕES DO TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MATERNA

“Meu marido e minha filha sempre me apoiaram, meu marido agora mais no final (...) Me sinto culpada porque eu tenho diabetes, eu acho que eu deveria ter me cuidado mais”. (G82)

“No início eu queria parto normal, só que agora está acontecendo tanta coisa, eu estou a mil, ai eu prefiro cesárea”. (G84)

No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se novamente com a proximidade do parto e da mudança de rotina após a chegada do bebê. Os temores mais comuns estão associados às fantasias que surgem nesse período, sendo corriqueiro observar um caráter autopunitivo (MALDONADO, 2017).

Por meio de um complicado entrelaçamento de alterações físicas e psíquicas, enfim chega o término da gravidez. Ziegel e Clanley (2008) descreveram a gravidez na seguinte ordem: (1) aceitação primeiramente do estado de grávida e (2) aceitação de uma criança. Na gestação, a mulher procurou auxílio para garantir sua própria saúde e do seu filho, e está completando o ciclo. Há retorno no terceiro trimestre da ambivalência do primeiro: “ela odeia a gravidez, deseja a criança, mas teme o nascimento” (ZIEGEL; CLANLEY, 2008, p. 220). O poder materno ao qual se refere Moura (2013) está entre dar a vida ou morte ao novo ser, estabelecendo uma estreita relação com o poder e a culpa, respectivamente.

Objetiva-se neste capítulo a compreensão, mesmo que introdutória, da amplitude que o conceito maternidade dispõe, bem como das articulações de diferentes abordagens e diversidade de pensamentos que auxiliarão o entendimento do poder simbólico (ou não) a partir das territorialidades inerentes à maternidade, considerando as relações sociais e a construção histórica do tema, assim como a manifestação do poder jurídico-político que envolve as políticas públicas e espaços territoriais da maternidade.

2.3.1 Territorialidades: o poder simbólico da maternidade

No entendimento teórico amplo que representa o simbolismo maternidade, não se restringindo apenas ao binômio mãe-filho, mas circundado por outras experiências, tratar-se-á de deleitar nas compreensões, mesmo que subjetivas ou subentendidas, propostas no pensamento social de Pierre Bourdieu, Robert Sack e Rogério Haesbaert, na tentativa de aproximação da maternidade ao conceito de poder simbólico e suas territorialidades.

Para melhor compreensão do poder simbólico exercido pela mulher/mãe ou sobre ela, buscar-se-á esclarecer o que Bourdieu afirma: “o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2011, p. 4). O autor explica que o poder está por toda parte, porém em algumas situações ele pode deixar se ver menos, sendo completamente ignorado, mas ele está ali, como uma espécie de círculo onde o centro é o poder simbólico.

Para Bourdieu (2011), o poder simbólico se organiza em sistemas estruturantes e estruturados, sendo o primeiro deles representado pelo mito, a língua, a arte e a ciência, pois são instrumentos de conhecimentos e de construção do mundo. Para o autor os sistemas estruturantes só podem exercer um poder porque são estruturados. Na hegemônica tentativa de aproximação entre maternidade e poder simbólico e sistema estruturante de Bourdieu, a mulher/mãe torna-se vulnerável em receber desses sistemas o poder simbólico por meio do conhecimento social.

Em um breve retorno ao primeiro capítulo, lembra-se que o mito do amor materno (BADINTER, 1985), construído a partir da ciência por meio do pensamento científico de Jacques Rousseau, exerceu influência sobre o comportamento materno, o que pressupõe a vulnerabilidade materna na construção social das relações estabelecidas na maternidade. A Igreja e o Estado podem ser incluídos como sistemas estruturantes, quando exercem influência e poder simbólico ou não simbólico, no controle da natalidade e planejamento familiar, bem como na idealização do amor materno.

Sobre os sistemas simbólicos de comunicação (língua, cultura), Bourdieu (2011) atribui a responsabilidade na execução e funcionamento dos sistemas estruturantes de conhecimento (arte, mito, ciência). E conclui:

Os símbolos são os instrumentos por excelência da integração social: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração *lógica* é a condição da integração *moral* (BOURDIEU, 2011, p. 06).

Sobre os sistemas simbólicos estruturados, há aproximação entre cultura e comportamento materno, como descrito anteriormente por Badinter (1985). As influências culturais do meio em que a mulher se encontra determinarão a intensidade e as vivências da experiência da maternidade. Claval (2008) reafirma:

A ênfase vai em primeiro lugar para a comunicação, graças a quem a cultura é transferida de um indivíduo a outro, de uma geração a outra. Através da interiorização das práticas, dos conhecimentos e dos valores que ele recebe, o indivíduo torna-se uma pessoa, com uma identidade pessoal e social. Graças à cultura, o homem torna-se um ser social (CLAVAL, 2008, p. 26).

Bourdieu (2011), em uma explicação sobre a aproximação cultural da história com a ciência, traz consigo a relação entre a história retificada e a história incorporada, em que o ser social é aquilo que foi, mas também é aquilo que uma vez foi e ficou para sempre inscrito só na história. O que é óbvio, aliado ao ser social, nas coisas e nos corpos, frutos de momentos de lutas os seres se moldam, podendo modificar a história objetivada por história incorporada a partir de movimentos revolucionários e pós revolucionários.

Trazer a história da maternidade no primeiro capítulo reforça a importância da construção histórica do modelo e conceito atual da maternidade, como reafirma Bourdieu:

A história é também, como se vê, uma ciência do inconsciente. Ao trazer à luz tudo o que está oculto tanto pela doxa, cumplicidade imediata com a própria história, como pela alodoxia, falso reconhecimento baseado na relação ignorada entre duas histórias que leva a reconhecer-se numa outra história (BOURDIEU, 2011, p. 104).

A descrição da maternidade no século XVIII por Badinter (1985), com o caráter de distanciamento da mulher do papel da maternagem, pode ser pensada como atitudes inconscientes, ou atitude doxa, pois a depender do momento histórico uma sociedade elabora uma verdade óbvia/natural, podendo ser chamada de crença ingênua a ser superada a partir do conhecimento “verdadeiro”.

A partir da evolução histórica, o termo alodoxia representa os discursos médicos, científicos, políticos e midiáticos que definiram o comportamento materno e possibilitaram a agregação de conhecimentos incorporados nos símbolos estruturados a favor da cultura.

O poder simbólico que a maternidade confere à mulher pode ser visto por amplos aspectos, da ordem biológica à subjetiva ou psicológica. A mãe toda poderosa é capaz de gestar, dentro de seu próprio corpo, um corpo que depende inteiramente dela para suprir as suas necessidades orgânicas básicas (MOURA, 2013). A partir de estruturas indispensáveis à vida e ao bem-estar do feto, a mãe exerce um poder simbólico de ordem biológica, explicado pela placenta e as membranas fetais que proporcionam ao feto proteção contra traumatismos, oxigênio, nutrição, remoção de dióxido de carbono e produtos de desintegração metabólica (ZIEGEL; CLANLEY; 2008).

Outra manifestação de poder materno pode ser visto de maneira simbólica ou subjetiva por Freud e Lacan, que se referem à constituição psíquica de um ser que se encontra no início de sua vida (MOURA, 2013). Gutierrez, Castro e Pontes (2011) afirmam que as transmissões psíquicas de sentimentos entre mãe e filho iniciam-se durante o período fetal, já na história da gravidez e envolve a história de vida dos pais, sendo essas transmissões a partir do inconsciente e do intersubjetivo.

Gutman (2013) chamaria essa subjetividade de o poder do discurso materno, no qual a criança se molda a partir do nível de maternagem que recebeu e os discursos maternos ouvidos. A autora afirma que “a realidade emocional de uma criança raramente é análoga ao que a mãe disse” (GUTMAN, 2013, p. 43). Ela continua em seus trabalhos e suas terapias frequentemente relacionando o discurso materno como a sombra que a criança poderá carregar por toda vida.

Outro ponto importante discutido por Badinter (1985) foi o domínio da procriação exercido pela mulher como forma de poder, a partir da introdução da pílula anticoncepcional. Nesse momento, a mulher já não seria mais identificada como mãe, fruto do poder simbólico exercido sobre a mulher, advindo da natureza e da sociedade. O homem agora só se tornará pai a partir da permissão da mulher que exerce o controle da fecundidade.

Forna (1999) atribui ao poder político esse controle da natalidade e afirma que “A política formata a maternidade” (FORNA, 1999, p. 267). No capítulo *Com o bebê no colo: como os políticos manipulam as mães*, a autora traz exemplos históricos de poder político por meio do controle da natalidade, limitações do aborto e isenção de impostos para a família em épocas de maior desemprego. A mãe é manipulada para permanecer em casa com cortes de creches e limites de jardins de infância, pois tais condutas se relacionam diretamente com a economia, conforme aponta Forna (1999, p. 268) “a maternidade é tão influenciada pelos indicadores econômicos quanto a bolsa de valores”.

Para Badinter (1985), o interesse da mulher na maternidade vem como oportunidade de promoção e de emancipação, com melhora da posição social. O poderio viria baseado em duas premissas conhecidas como “poder da chave”, representado pelo poder simbólico exercido pela mãe sobre a casa e os bens materiais, e o poder sobre os seres humanos, os filhos, o que as tornavam o eixo da família. Apresenta-se, então, o poderio materno em detrimento da autoridade paterna. Tais afirmativas podem ser expressas nas palavras de Badinter.

A mulher a quem a sua condição de mãe, de nutriz, de protetora, prescreve deveres que os homens não conhecem, tem, portanto, o direito positivo à obediência [...]. A mãe é agora usualmente comparada a uma santa e se criará o hábito de pensar que toda boa mãe é uma Santa Mulher (BADINTER, 1985, p. 223).

Assim, se modula parte das inúmeras relações simbólicas de poder exercido por ela, mulher/mãe, ou sobre ela, não se resumindo somente nos exemplos citados acima. O exercício do poder torna-se vasto, assim como a amplitude que os conceitos de maternagem foram se transformando ao longo da história.

Esse poder simbólico da maternidade pode ser melhor entendido nas definições de territorialidade propostas por Sack (1986) e Haesbaert (2014), que sugerem o enraizamento do termo no comportamento humano. Para os autores, a territorialidade envolve as perspectivas dos controlados e daqueles que estão controlando, sejam indivíduos ou grupos em interconexões do campo físico, social e psicológico.

Mas, afinal, como se formam esses territórios e espaços semeados por mulheres/mães? Haesbaert (2014) utiliza o termo territorialidades como uma amplitude nas formações do território, que podem ser expressas pela ordem simbólico-cultural. E completa dizendo que as territorialidades proporcionam qualidade ao território, ora definido como espaço material pela geografia, não dissociando o sentido material das relações afetivas ou emotivas do comportamento humano, representadas pelas territorialidades que envolvem a maternidade, por exemplo. O autor percebe as relações de forma integrada na sociedade moderna, em que os novos circuitos de poder são desenhados por complexas territorialidades por meio das redes territoriais.

Sack (1986) faz essa aproximação tão desejada do poder do lar e considera esse o espaço o mais pessoal de todos, representado pelas relações familiares de poder dos pais. O poder do lar é compreendido por dimensões espaciais ou geográficas que afeta, influencia e controla fontes e pessoas, podendo, de certa forma, ser exercido por conveniência dos genitores. O lar então, exerce territorialidade chamada pelo autor de social histórica. Haesbaert (2014) também descreve o tempo ou historicidade como marcos importantes na construção relacional de grupos ou indivíduos, e ainda tornará essa territorialidade repleta de movimento, fluidez e dotada de interconexão, desmistificando o sentido estático do território.

Em suma, a territorialidade ora descrita por Sack (1986) e Haesbaert (2014) não se restringe à simples relação ou noção de poder material, afetivo ou emotivo que incumbem a maternidade, mas se relacionam com toda manifestação social, histórica, econômica e cultural em que se possa encontrar o poder simbólico, exercido pela territorialidade temporal e local.

2.3.2 A Estratégia Saúde da Família e as Políticas públicas de Saúde como território jurídico-político

É cada vez mais frequente a aproximação do arcabouço teórico dos estudos territoriais às compreensões e operacionalizações das políticas públicas de saúde. O conceito incorporado por diversos autores tem conotações diferentes a depender do campo de estudo. Para Haesbaert (2014), o território pode ser percebido com uma enorme amplitude de conceito nas ciências humanas, em especial na Antropologia, Ciência Política, História e Psicologia.

O território e suas especificações tem sido pauta de programas importantes na (re)modelagem do SUS. A PNAB faz referência aos conceitos de território, fluxos e nós, em que a AP é a base das redes de saúde, associando à “porta de entrada” por representar o primeiro contato com o usuário (BRASIL, 2017).

Para Faria e Bortolozzi (2009; 2016), apoiados nas definições de Santos (2009), o território se faz presente nas abordagens e problemas de saúde do Brasil, nas ações de planejamento territorial dos serviços de saúde do SUS e, sobretudo, na implantação das redes de atenção e definição dos limites territoriais de atuação das unidades de APS.

Nesse contexto, a APS, redes e fluxos e território operam em dimensões equivalentes. Os serviços das APS devem atender um público alvo, em um dado território definido por área de abrangência (BRASIL, 2017). A APS, por sua vez, é caracterizada pelo nível de assistência de baixa complexidade, por ofertar atividades e procedimentos básicos com o intuito de obter a integralidade, pelo foco na prevenção de agravos e promoção da saúde em busca da equidade, por meio de parcerias com ações intersetoriais, participação social, práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação. Ademais, realiza o atendimento básico, divulga e informa as iniciativas voltadas para a saúde de toda a população, fortalecendo, assim, o sistema de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Mendes (2011), a APS forma a base sobre a qual se assentam as redes de atenção, as chamadas redes temáticas, representadas pelos pontos de atenção secundários e terciários. Sem a atenção primária não há redes de saúde e ou fluxos e nós que fortaleçam ou fragmentem as redes. A compreensão do SUS perpassa pela RAS, organizada pela Portaria Ministerial nº: 4.279, de 30 de dezembro de 2010, sendo definida como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010b, p. 04).

Os escritos acima permitem adentrar no pensamento de Rogério Haesbaert, cujos conceitos e assertivas enquadram parte do território e do poder em que a gestante está intimamente relacionada, que é a APS, representada pela ESF, o território base desta pesquisa. O conceito de território usado como o vínculo mais tradicional da definição de território faz a associação entre território e os fundamentos materiais do Estado com controle político, historicamente contextualizado, por meio de relações sociais (HAESBAERT, 2014).

O pensar no território para Haesbaert (2014), como já dito, perpassa por vertentes que explicam como se formam ou modulam os espaços antes considerados pela Geografia como espaços materialistas. O conceito é indissociável das relações sociais e representações de um grupo. Assim, o autor amplia o pensamento para entender esses espaços em torno das vertentes cultural ou simbólico-cultural, econômica, naturalista e jurídico-política, bem como sua estreita relação com o território das ESFs e Políticas Públicas de saúde. As demais vertentes poderão ser utilizadas em outros entendimentos deste trabalho.

A explicação da vertente jurídico-política para Haesbaert (2014) traz o espaço e a aproximação com o poder institucionalizado, “onde o território é visto como espaço delimitado e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes (mas não exclusivamente) relacionado ao poder político do Estado” (HAESBAERT, 2014, p. 40). Para o autor, o campo dialoga diretamente com a concepção simbólica, o que permite em alguns momentos, dispor dessa vertente e outras como perspectiva integradora.

Na saúde, o poder institucionalizado pode ser bem exemplificado por Faria e Borlollozzi (2009) em relação ao controle e ocupação urbana, por meio do planejamento territorial urbano, que cria um ambiente favorável e saudável, tanto para moradias quanto para o controle mais eficaz de ações de saúde pública, que consideram o território para implantação de serviços e equipamentos condizentes com a realidade local.

Gondim (2008) amplia a discussão em relação ao planejamento territorial urbano na conceituada relação de nomenclaturas usadas no SUS e divisões territoriais, que se organizam em redes, a saber: estado, município, distrito sanitário, micro-área, área de abrangência, adscrição de clientela, referência e contra-referência. Todas essas delimitações, em diferentes escalas, se estruturam no espaço e criam territórios demarcados e dotados de poder jurídico-político, com o objetivo de compreender a dinâmica populacional, as relações sociais e econômicas, e/ou vigiar, controlar, organizar e intervir sobre as necessidades de saúde dos territórios por elas definidos.

Outros conceitos são descritos e aproximados dos conceitos de espaço e território. Por exemplo, a regionalização, que visa a organização e oferta de serviços em níveis de complexidades para populações definidas por áreas geográficas delimitadas entre municípios. E a municipalização, que traz a noção de território e necessidade de se delimitar para atender uma determinada abrangência populacional na cidade. A regionalização torna-se um pouco mais ampla, onde as regiões de saúde são entendidas como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011d, p. 01).

Haesbaert (2014) cita Jean Gottman (1955) como marco no debate que introduz e explica o território jurídico-político e o caráter político-administrativo do território para além do Estado nação, mas definido como um conjunto de terras agrupadas em uma unidade que depende de uma autoridade comum e que goza de um determinado regime. O território pode ser visto por alguns autores (FARIA; BORTOLOZZI, 2016; HAESBAERT, 2014) como espaço físico, geopolítico, como uma visão jurídico-política, definido formalmente e muitas vezes imposto.

Ainda sobre os conceitos de Gottman, é importante destacar a ideia abstrata de território dentro da perspectiva jurídico-política, em que descrevem os sistemas de movimentos que diferem da ideia tradicional de estabilidade do território e os sistemas de resistência ao movimento representado por uma dimensão mais abstrata e simbólica na composição dos territórios. E conclui que, mais do que as fronteiras físicas, as divisões mais importantes são as do espírito ou símbolos (HAESBAERT, 2014).

O território torna-se dinâmico, móvel e transitório enquanto apropriação social, política, econômica e cultural. Para Faria e Bortolozzi (2009), o conceito torna-se qualitativo no jogo de poder próprio das relações sociais, e a partir dessas relações, o território pode ser percebido em diferentes escalas que envolvem acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia e em uma visão mais global e institucionalizada, os territórios jurídico-políticos são representados pelas políticas públicas de saúde, infraestrutura, economia e outros.

Para uma melhor organização da sociedade, o conceito de região é incorporado, seja elencado ao poder político, ou simbólico-cultural ou técnico-econômico. O termo traz divergências, pois podem ser utilizados separadamente ou integrados, capazes de reconhecer e de tratar o espaço social em todas suas múltiplas dimensões (HAESBAERT, 2014). Para este

espaço de discussão, os limites propostos são em torno da perspectiva mais tradicional do território, como se lê:

[...] o território como sendo uma área de feições ou, pelo menos, de relações de poder relativamente homogêneas, onde as formas de territorialização como “controle de acesso” de uma área, seriam fundamentais, seja para usufruir de seus recursos seja para controlar fluxos, especialmente fluxos de pessoas e de bens (HAESBAERT, 2014, p. 76-77).

Essa abordagem ampla de território abre possibilidades para análise em saúde, em especial a ESF, o que exige ações de vigilância e novos modelos assistenciais que auxiliem o entendimento do processo saúde e doença, pois envolve desde a dimensão espacial e material até as relações sociais e o significado atribuído a esse espaço (MONKEN et al., 2008; FARIA; BORTOLOZZI, 2016). É a saúde, vista pela ótica geográfica, que expressa as condições de existência do ser humano no território. Nesse sentido, entender as desigualdades socioespaciais e suas consequências para o bem-estar social, que extrapola o setor saúde, é fundamental para se discutir sobre saúde e proteção social no mundo contemporâneo (FARIA; 2016).

As ESFs atuam em territórios delimitados com características específicas e de prioridades distintas, definidas pelos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de cada região que, a partir de diagnóstico, realiza o planejamento e programação das ações e serviços de saúde. Nesses espaços, as equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional com enfoque na doença e atenção curativa por uma abordagem ampliada com visão sistêmica e multidisciplinar, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e proteção à saúde (BRASIL, 2010). Para Gondim et al. (2008), a ESF é responsável por um recorte territorial que facilita a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos e de condições de vida e ambientais.

Tal fato nos remete ao conceito de territorialização, apontado por Gondim et al. (2008) como um processo de diagnóstico, intervenção e produção de informação, com metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso as ações e serviços de saúde.

Vale ressaltar que algumas abordagens e planejamentos em saúde não podem se limitar ao conceito de território e talvez fosse mais adequado utilizar os conceitos de lugar, região, rede e paisagem (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

[...] os princípios constitutivos do SUS (universalidade, equidade e integralidade) dependem fundamentalmente de uma organização territorial do sistema, pois a oferta (a existência dos serviços nos lugares) e o acesso (o uso equitativo e integrado) são processos relacionados ao território (FARIA; BORTOLOZZI, 2016, p. 305).

Na ESF, a família é entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto social, econômico, cultural e considera que é nesse contexto que ocorrem interações e conflitos que podem ser capazes de influenciar de maneira direta a saúde das pessoas (BRASIL, 2011). As dimensões e concepções referentes ao território devem ultrapassar os limites físicos e entrelaçar conceitos históricos, culturais, sociais, políticos e simbólicos, permeadas pelas relações sociais e poder (HAESBAERT, 2014).

Gondim et al. (2008) consideram relevante o reconhecimento do território e a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como a avaliação dos impactos dos serviços de saúde para a população, o que pode ser denominado territorialização. Nas Políticas Públicas de Saúde, tal afirmação pode ser correlacionada com as primeiras ações previstas para consolidação das ESF, descritas como territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, assim como o cadastramento familiar, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2017).

As características do território devem ser levadas em consideração no processo que permeia as políticas de saúde, tanto no território material ou jurídico-político quanto no simbólico-cultural, indissociável, definido no tempo e no espaço, por meio das relações sociais. A compreensão do vivido das populações permite subsídios para as intervenções propostas pela política de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares”, que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Processo APQ 02524-14. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce sob o parecer CEP/UNIVALE 441.089 de 14/10/2013 (ANEXO 1).

Para a realização do estudo foram consideradas as normas éticas preconizadas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo à entrevistada o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa, e a Resolução nº 510/16, também do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais.

3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. As pesquisas descritivas têm como objetivo apresentar as características de determinado grupo populacional ou fenômeno e/ou as demonstrações de relações entre variáveis (GIL, 2017; MARCONI; LAKATOS, 2017).

O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua prevalência e inter-relação em um determinado momento (LAKATOS, MARCONI, 2017; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Enquanto pesquisa descritiva, o estudo explicita as opiniões, atitudes e crenças dos atores envolvidos no PHPN, permitindo uma melhor compreensão do contexto comportamental da saúde e da influência que o Programa exerce sobre a vida dos envolvidos. A partir desses elementos, pôde-se criar uma possibilidade de generalizações para uma determinada população, assim como de proposição de alternativas para o melhor alcance da política a que serve o programa.

Neste estudo, foram adotadas abordagens quantitativas e qualitativas. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e

generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000). 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, entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar acerca do que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2014).

A combinação das duas abordagens é passível de produzir resultados de melhor qualidade, além de ser um meio eficiente para aumentar a compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2014).

3.1.1 Universo e local do estudo

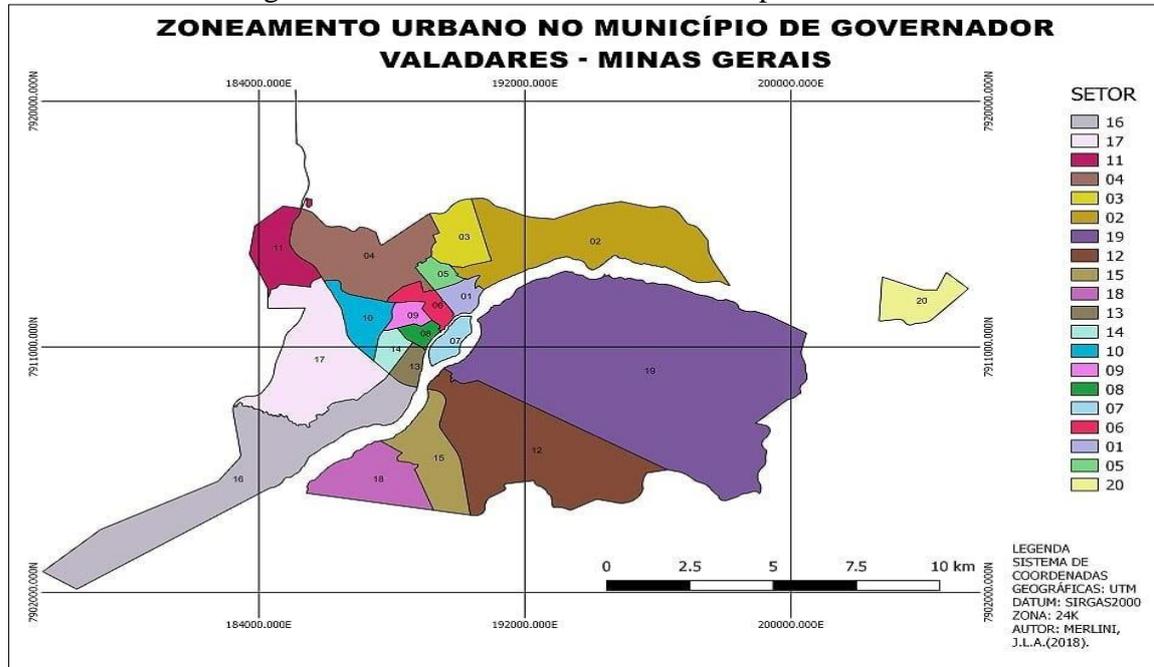
A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares/MG, cidade fundada em 1938 e situada na mesorregião do Vale do Rio Doce, leste do Estado de Minas Gerais. O município é o mais populoso da mesorregião e o nono mais populoso do estado, ocupando uma área de 2.342325 km² (IBGE, 2017). Com população estimada, em 2018, de 278.685 habitantes, a maioria (95,0%) reside no perímetro urbano. Nesse município, a população feminina é composta de 52,5% e a população masculina 47,4% (IBGE, 2018).

Atualmente, a rede de APS possui uma ampla rede de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, 11 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que têm se desenvolvido e ampliado nos últimos anos. Encontra-se dividida em oito regiões de saúde que compreendem 55 ESF na zona urbana e seis ESF na zona rural, além de nove UBS, um Consultório de Rua que presta atendimento às famílias de rua com vulnerabilidade social. Esses dados representam um avanço de 40% de cobertura em 2005 para 74% de cobertura da população residente em 2018 (DATASUS, 2018; PMS/GV, 2017).

Em relação à forma de nascer na cidade, os dados dos anos de 2001 a 2016 apresentam-se elevados em relação à proporção de partos cesáreos, com média de 36,1% no município, sendo o padrão de 10,0 a 15,0% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018). Proporções elevadas de partos cesáreos estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil inadequada no pré-natal (PMS/GV, 2017).

O universo deste estudo foi constituído por gestantes usuárias dos serviços prestados na ESF, cadastradas no Sistema de acompanhamento de gestantes (SISPRENATAL) e que compreendam as regiões geográficas citadas abaixo (FIGURA 1):

Figura 1- Zoneamento urbano do município de GV/MG.



Fonte: Prefeitura Municipal de Governador Valadares/MG, 2018

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácara Braúnas – Sítio das Flores – Sir – Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugenia – Esperança – Morada do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújo

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Santo Antônio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Loudes – Vila Bretas

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia – Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Pérola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras – Planalto – São José – Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

Região 20: Chácara Recanto dos Sonhos – Chácara São Francisco – Chácara Pontal.

3.1.2 Amostra e critérios de inclusão/exclusão

Na ocasião desta pesquisa, a amostra foi constituída por 100 gestantes cadastradas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), na zona urbana de Governador Valadares/MG, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018, considerando os seguintes critérios de inclusão/exclusão: idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independente, com função cognitiva preservada, em idade gestacional de 30 semanas ou mais.

3.1.3 Estudo piloto

Para verificar o tempo gasto na entrevista e o modo de abordagem das questões, foi realizado um estudo piloto, com seis gestantes cadastradas no PHPN que estivessem acima da 30ª semana gestacional. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

3.1.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados foi realizada inicialmente uma reunião com os Gestores (Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores), explicando os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser utilizada. Na ocasião, foi solicitada autorização para a realização da pesquisa nas ESFs (APÊNDICE A). Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe da ESF para a apresentação do estudo e explicação dos objetivos da pesquisa, ressaltando o caráter voluntário, a confidencialidade das informações, a não identificação da gestante por nome e a relevância do estudo. Destacou-se, ainda, que a pesquisa não resultaria em interferência no funcionamento das atividades nas Unidades de Saúde e tampouco nos serviços prestados pelos profissionais.

O próximo passo foi o fornecimento, pelo gestor da ESF, do nome e do endereço das gestantes cadastradas no PHPN que se encontravam a partir da 30ª semana de gestação. Em contato com a gestante, a pesquisadora forneceu informações acerca do objetivo e dos procedimentos da pesquisa, e a partir da concordância na participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), iniciou-se a entrevista guiada por um Roteiro Semiestruturado (APÊNDICE C). As entrevistas com as gestantes foram realizadas em seus domicílios ou nas dependências da UBS (consultório médico ou de enfermagem), sendo que as datas, locais e horários foram definidos de acordo com a

conveniência das entrevistadas. Objetivando um clima adequado para realização da entrevista, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros. Em todas as entrevistas manteve-se o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistadora e entrevistada. A coleta de dados foi realizada desde janeiro de 2016, com finalização em dezembro de 2018.

O roteiro semiestruturado era constituído por 57 perguntas agrupadas da seguinte forma: identificação e caracterização socioeconômica demográfica das gestantes pesquisadas; situação da gestante no Programa de acordo com as diretrizes do PHPN; entendimento e avaliação das gestantes acerca do pré-natal; questões referentes ao apoio e relação familiar na gestação e representações e significados relativos à maternidade. Para atendimento a este último objetivo, foi realizada a Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP)³, em que foi solicitado à gestante pesquisada que falasse cinco palavras ou expressões que lhe viessem imediatamente à mente, em relação à palavra “ser mãe”. A partir disso, a gestante enumerou por ordem de importância as cinco palavras ou expressões citadas, sendo a número um a palavra/expressão mais relevante e a número cinco a de menor relevância. Após a enumeração das evocações, foi solicitado o significado da palavra escolhida como sendo a principal (número um) e a justificativa de sua opção em relação a essa palavra/expressão.

O registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um gravador de voz digital, com o consentimento das entrevistadas. Tal procedimento visa obter o registro de todo o material fornecido pelas informantes, apresentando fidelidade quanto à fala das entrevistadas e viabilizando o retorno ao material sempre que necessário.

3.1.5 Análise dos dados

Softwares utilizados

Para as análises quantitativas, as bases de dados do presente trabalho foram inicialmente agrupadas em uma pasta do *Microsoft Office Excel*[®], versão 2010. Esse software é reconhecido pela simplicidade de manuseio por meio de uma interface gráfica intuitiva e atraente para o usuário, possibilitando inúmeros tipos de análises. Contudo, uma vez que se

³ A Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP), também conhecida como Teoria do Núcleo Central ou Sistema Central, proposta por Jean Claude Abric (1976) constitui-se de uma técnica projetiva, que busca identificar os conteúdos implícitos na construção do objeto estudado e permite alcançar a representação de um objeto (pessoas, profissões, religiões, ideias conceituadas). A técnica foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS).

utilizaram abordagens diferenciadas de inteligência artificial as quais não são contempladas, até o momento, pelo MS Excel[®], se optou por utilizar esse *software* única e exclusivamente para armazenamento dos dados e realização de estatísticas descritivas elementares como: medidas de tendência central (médias e medianas), medidas de dispersão (variâncias e desvios padrões), frequências absolutas e frequências relativas.

Além do MS Excel[®], utilizou-se outros dois softwares para o tratamento e as análises de dados em questão: (1) R, para as distribuições de frequência, construção dos mapas (via *leaflet*⁴) e análises de associação Qui-quadrado e teste exato de Fisher; (2) IBM Watson, para análise qualitativa das representações sobre maternidade, baseadas em inteligência artificial. A inteligência artificial utilizada para compreensão de linguagem natural da IBM é disponível gratuitamente no site da empresa⁵, assim como R, que também é um software gratuito e muito robusto, disponível no site do *Projeto R*⁶.

Inteligência Artificial (IA)

Basicamente, em tecnologia da informação, entende-se como Inteligência Artificial (IA) aquela demonstrada por máquinas, em contraste com a inteligência natural dos seres humanos. Trata-se de uma mimetização do raciocínio humano a fim de resolver problemas (RUSSELL, NORVIG, 2009). Com o rápido avanço da computação, tarefa humanamente complexa como o entendimento da linguagem natural, vem sendo realizada mais fácil e corriqueiramente. Essas tarefas já não compõem apenas o amplo espectro do aprendizado de máquina, mas vem tornando-se ferramentas computacionais comuns da existência humana (KAPLAN, HAENLEIN, 2019). A IA pode ser classificada como *analítica*, *inspirada em humanos* ou *humanizada*, dependendo do grau de complexidade e interação com a espécie humana (HAENLEIN, KAPLAN, 2019). Neste trabalho, foi adotado o *entendimento de linguagem natural*, um tipo de IA humanizada.

3.1.6 Entendimento de linguagem natural

Amplamente representado pela sigla NLU (do inglês *Natural Language Understanding*), NLU é um subtópico da inteligência artificial que trata da compreensão de leitura de máquina (ETZIONI, BANKO, CAFARELLA, 2006). A NLU prima por

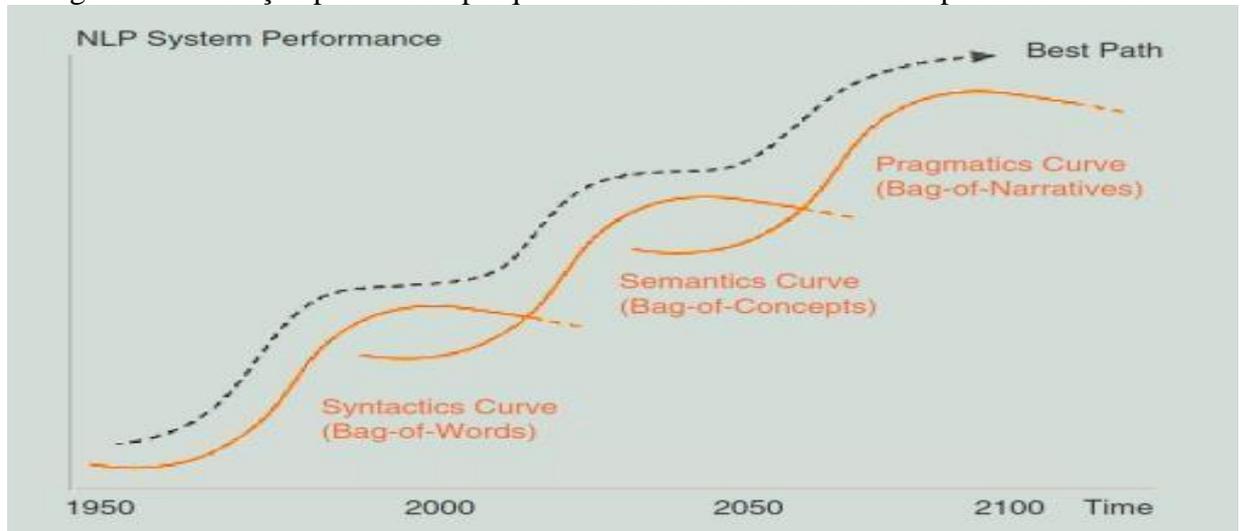
⁴ <https://leafletjs.com/>

⁵ <https://www.ibm.com/watson/services/natural-language-understanding/>

⁶ <https://www.r-project.org/>

compreender automaticamente documentos inteiros sem antecipar seu conteúdo e para a qual estima-se um crescimento performático (FIGURA 2):

Figura 2 – Evolução prevista da pesquisa NLU através de diferentes épocas ou curvas.



Fonte: SCHNELLE-WALKA, 2016.

Enquanto, no passado, a NLU concentrava-se no processamento de documentos em um nível de sintaxe, como busca por palavras-chave e/ou contagem de palavras, atualmente é aplicada em recursos associados ao texto em linguagem natural humana (CAMBRIA, WHITE, 2014). Na vida cotidiana, depara-se cada vez mais com a presença constante de aplicativos que demonstram alto nível de entendimento e consulta de informações, conhecidos como *atendentes virtuais* (SHAWAR, ATWELL, 2007).

Outra utilização cotidiana da NLU baseia-se na adoção de *assistentes pessoais virtuais* (APVs) como, por exemplo, a Siri da Apple, a Cortana Microsoft e o Google Now (FERRUCCI *et al.*, 2010). Existem, ainda, APVs de cunho mais científico, voltados para desenvolvedores que incluem o IBM Watson e o LUIS de Microsoft, capazes de inferir graus de sentimentos e emoções presentes em um texto ou voz (WILLIAMS, 2015).

Assim, nesta pesquisa, as análises qualitativas foram baseadas nas evocações de “ser mãe”, no significado e na justificativa, sendo que o processamento deste conteúdo foi realizado no software IBM Watson, para conhecer o sentimento do grupo em relação à maternidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O NASCIMENTO

“Vou me sentir melhor com alguém da minha família, eles falam muita coisa, que os médicos são ruim, força parto normal.”
(G95)

“Tenho medo de tudo, se for cesárea tenho mais medo, alguém para acompanhar o bebê.” (G55)

“É um momento único, tem que ser único para a pessoa que você escolheu”.
(G98)

Para Maldonado (2017), o parto significa um momento crítico que marca o início de mudanças significativas com diversos níveis de simbolização, representado por sentimentos como o medo diante da impossibilidade de controlar o seu progresso e imprevisibilidades. É considerado um processo abrupto que introduz mudanças internas, externas, intensas e inevitáveis, ou seja, é um período de enfrentamento de um estado para outro na vida da mulher e da família.

Os fatores mecânicos relacionados ao processo de nascimento são referidos como “motor, objeto e trajeto” (ZIEGEL; CRANLEY, 2008). Em uma mera semelhança, então nasce o resultado e o tão esperado parto que simboliza o final do percurso. Assim sinaliza a pesquisa, gestada em torno do objeto maternidade, por trajetos metodológicos e científicos determinados pela ciência, a partir do motor ou engrenagem, representados pelo pesquisador e todo aporte teórico que alimentam a pesquisa.

E nessa metáfora, simbolizada por motor, objeto e trajeto ou caminho, é que se insere uma nova definição de saúde, “[...] saúde é o caminho que leva ao bem-estar biopsicossocial almejado pela sociedade para a comunidade naquele momento” (ROUQUAYROL, 2013, p. 25). Tal definição dialoga com os conceitos territoriais de Santos (2006) sobre a técnica e sua influência e características na sociedade, podendo ser variáveis e mutáveis a partir das relações sociais e dos objetos, ordenados pelo tempo em determinado momento. Haesbaert (2014) também aproxima o território da definição de saúde proposta, quando o define a partir da dimensão material, representada pelo espaço ou lugar que se insere um determinado grupo, contextualizado historicamente em determinado momento, por meio das relações sociais que se estabelecem na comunidade.

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a discussão dos dados coletados referentes ao perfil socioeconômico, demográfico, planejamento da gestação e apoio familiar das gestantes pesquisadas, bem como seus sentimentos e percepções sobre maternidade. Os resultados encontrados não podem ser generalizados para toda a população valadarense, porém a amostra pode ser considerada suficiente para responder aos objetivos desta pesquisa, tendo em vista a delimitação do estudo.

4.1.1 Caracterização das gestantes pesquisadas

Entende-se que os estudos que abarcam os indicadores que definem o perfil epidemiológico como idade, estado civil, além dos dados sobre a situação socioeconômica como escolaridade, ocupação, classificação social, renda familiar são essenciais. Isso porque permitem apreender aspectos relativos à dinâmica populacional em relação aos fatores estreitamente vinculados às condições que propiciam o aparecimento, propagação e permanência de doenças ou agravo em uma determinada região. Somente a partir do processo com os dados conhecidos é que a compreensão sobre tendências, padrões e comportamentos de doenças ou agravos à saúde poderá desencadear intervenções efetivas a serem implementadas de maneira otimizada e oportuna (ROUQUAYROL, 2013).

A amostra se constituiu de 100 gestantes com idade mínima estabelecida em 18 anos para participarem da pesquisa, a média de idade encontrada foi de 26 anos ($dp=6,0$). As características socioeconômicas e demográficas estão referenciadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas e demográficas, Brasil, 2019 (n=100).

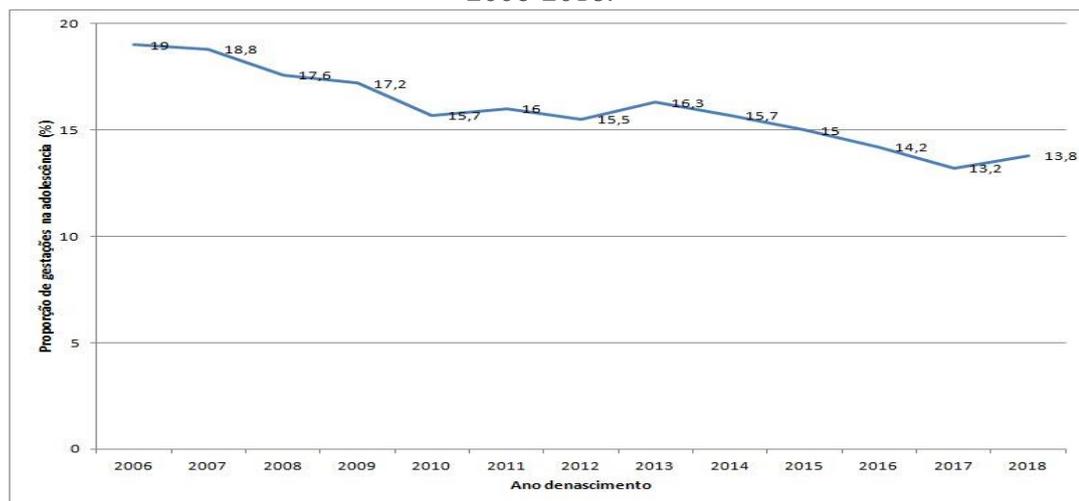
CARACTERÍSTICAS	CATEGORIA	FREQUÊNCIA
Idade	18 – 19	14
	20 – 35	77
	Acima de 35	9
Estado Civil	Casado	40
	Solteiro	22
	Divorciado	2
	União Estável	35
	Viúvo	1
Escolaridade	Ensino fundamental completo	42
	Ensino fundamental incompleto	17
	Ensino médio completo	36
	Ensino Superior	5
Classificação Social ABEP*	B1 e B2	7
	C1 e C2	66
	D e E	27
Renda Familiar	Menor que 1 SM	8
	1 a 2 SM	67
	2 a 4 SM	19
	4 a 6 SM	5
Ocupação da participante	Do lar	65
	Estudante	3
	Trabalhador Assalariado	20
	Trabalhador Autônomo	12
Situação de trabalho atual	Afastada	12
	Bolsa família	1
	Desempregada	60
	Em exercício	14
	Licença	5
	Maternidade	
	Pensionista	3
Outros	5	
Tempo de residência no endereço atual	Menor 01 ano	16
	01 a 05 anos	49
	06 a 10 anos	11
	Maior que 10 anos	24

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018.

A maioria das entrevistadas (77,0%) compreendeu a faixa etária de 20 a 35 anos, o que segundo Costa et al. (2013) representa o auge da fase reprodutiva, o que vem ao encontro das recomendações do MS, que estabelece que esta é a faixa etária ideal para gestar (BRASIL, 2012). Considerando o conceito da OMS, que define adolescência a fase do ciclo de vida situada entre os 10 aos 19 anos (OMS, 2009), porém, foi registrado neste estudo um percentual de 14,0% de gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência é uma das principais causas de óbito em mulheres jovens nos países em desenvolvimento (OMS, 2009). Segundo essa mesma instituição, é aceitável que 10,0 a 15,0% de adolescentes engravidem. Os dados de Governador Valadares/MG sobre gravidez na adolescência evidenciam um declínio, indo de 19,0% em 2006 a 13,8% em 2018, conforme gráfico 3 e corroboram com os resultados deste estudo.

Gráfico 3 – Proporção de gestantes adolescentes no município de GV/MG, período 2006-2018.



Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2017.

A idade é significativa em diversos aspectos relacionados à formação e desenvolvimento do indivíduo, na absorção de conceitos e representações (CLAVAL, 2014). Esse autor atribui a formação cultural do indivíduo aos diferentes contextos do desenvolvimento humano, e associa a cultura como uma experiência ligada aos episódios existenciais nos diferentes tempos, pois os contatos e relações sociais e as fontes de informações culturais também evoluem com o transcorrer da idade.

Mattar e Diniz (2012) afirmam que há um senso comum de que criança tem que brincar e estudar, e que as jovens não têm, ou não devem ter filhos antes de uma certa idade. Esse mesmo senso comum relaciona-se aos direitos à autonomia da criança e do adolescente, reconhecidos em documentos internacionais. Jovens enfrentam discriminação no acesso à

educação e à saúde, evadem das escolas e têm piores condições de saúde durante a gravidez e parto.

Além do contexto cultural, social e psicológico, a idade pode contribuir com as percepções e significados, como afirma Claval (2014). Atrela-se a esse pensamento o seguimento de uma gestação saudável, com influência na saúde da mãe e do feto. Goudard et al. (2016) corroboram com o pensamento de Claval e consideram que a idade que a mulher se torna mãe somado às variáveis socioeconômicas, culturais e assistenciais influenciam nos comportamentos de risco da mulher, podendo influenciar na morbimortalidade materna e infantil. Aldrighi et al. (2016) também reconhecem a influência da idade na saúde da mulher e do filho e atribuem a idade avançada da gravidez como vantagem na maternidade, supondo que quanto maior a idade, mais preparadas e organizadas as mulheres se encontram para o papel de ser mãe.

Mattar e Diniz (2012), analisando diferentes variáveis como raça, classe econômica, geração/idade e parceria sexual, afirmam que mulheres que pertencem à faixa etária diferente de 20 a 35 anos, vivenciam a maternidade com menor aceitação social e em piores condições. Resultados divergentes foram reportados por Ximenes, Oliveira (2004) e Souza et al. (2013), quando observaram outros fatores que podem causar problemas à saúde da gestante e do feto como condições de vida, a saúde prévia, e principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal, sendo mais relevante que a faixa etária das gestantes.

Outro aspecto relevante a ser discutido é a relação conjugal da gestante, pois 75,0% das mulheres possuíam cônjuges (casadas ou em união estável). As demais, 25,0%, encontravam-se sem a presença do parceiro. Esses dados corroboram com os achados de Rezende e Souza (2012), que pesquisaram 110 gestantes em um município do Mato Grosso do Sul, e como resultado verificaram que 75,0% das gestantes entrevistadas eram casadas ou possuíam união estável.

Claval (2014) descreveria a situação conjugal como um rito de passagem que pode ser melhor interpretada por acasalamento/casamento. Os ritos de passagem são normalmente aceitos como legítimos pela sociedade, elevando o indivíduo à plenitude da passagem de uma categoria a outra, sempre associados às responsabilidades decorrentes de cada rito.

A análise que se faz de tal fato é justamente a significância e representação dos 25,0%, ou seja, ¼ de crianças que provavelmente nascerão e crescerão sem a presença paterna, o que poderá lhes causar algum tipo de transtorno da ordem psicológica, como afirma Corneau (1991) em sua obra: *Pai ausente, filho carente*. O autor analisa a ausência paterna a partir do pensamento de Jung, em que todo humano é moldado a partir de arquétipos que necessitam

ser experimentados por meio do chamado complexo paterno ou materno como estrutura de base inata.

Para Piccinini (2004) e Ziegel, Clanley (2008), apesar da experiência paterna ser diferente da materna, pois somente a mulher pode sentir o filho crescer, dar à luz e amamentá-lo, a presença do pai é importante, principalmente quando há envolvimento e planejamento em conjunto, os sentimentos se assemelham. As autoras afirmam que, assim como a mulher, o homem passa por sentimentos de ambivalência que alternam entre a aceitação do feto e adoção do papel de pai, que envolve tristeza associada à mudança do estilo de vida e perda de algum grau de liberdade. Avaliado seu papel na relação, o homem fornece proteção e apoio à mulher que se encontra em um constante processo de adaptação às alterações do corpo. Tais condutas e comportamentos podem ser modificáveis entre culturas, idade ou fase do desenvolvimento do feto.

Maldonado (2017) também corrobora com a importância do homem na gestação e parto, principalmente quando se torna presente nas consultas de pré-natal, exames de ultrassom que fortalecem o vínculo e a identidade paterna. Estudos apontam que o maior envolvimento dos homens na vida familiar reduz os índices de violência contra a mulher e a criança.

O abandono torna-se uma prática comum em culturas em que o pai é tido como menos responsável pelas crianças do que a mãe (CORREA, 2011). A ausência do parceiro é caracterizada pelo MS em situação conjugal insegura que pode levar à gestação de risco para a mulher e a criança (BRASIL, 2012).

Piccinini (2008), avaliando 39 gestantes na região metropolitana de Porto Alegre/RS, evidenciou a multiplicidade de relações estabelecidas entre o casal e identificou relatos de satisfação com a presença do parceiro, explicados por auxílio nas tarefas de casa, solidez no relacionamento conjugal versus mudanças na relação conjugal, sentimentos de ciúmes e insegurança, irritabilidade para com o companheiro e diminuição da frequência de relações sexuais por medo de machucar ou por desvio da atenção materna para o feto.

Dias et al. (2018) e Souza et al. (2013) consideram a gestação um período marcado por mudanças físicas, psicológicas e sociais, em que o vínculo afetivo com o companheiro poderá tornar o período mais dado à emoção e naturalidade, reduzindo dúvidas, angústias e ansiedade na mulher na assistência perinatal.

De fato, a gravidez segura ou com menor risco perpassa pela situação conjugal da gestante, porém presume-se que a variável relação conjugal não deverá ser analisada de forma independente no que se refere à redução de riscos, já que outras necessidades devem ser consideradas como a idade da gestante, situação econômica e de moradia, número de filhos,

representações sociais e culturais advindas da maternidade.

A seguir, discutir-se-á em conjuntos, as variáveis escolaridade, renda familiar, classificação social, ocupação e situação de trabalho da gestante, devido à estreita relação entre elas.

Assim, nesse contexto, vale ressaltar que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Governador Valadares/MG é 0,727 na escala de 0 a 1, que avalia o desenvolvimento social e econômico do município em alto desenvolvimento humano. O indicador que mais contribuiu com o IDH do município foi a longevidade, representada pela melhoria das condições de saúde da população com ampliação da expectativa de vida, seguido pela renda familiar e educação (IBGE, 2010; PMAS/GV, 2017).

Em relação à escolaridade, os achados apontam para uma baixa escolaridade entre as gestantes incluídas no estudo, uma vez que 42,0% da amostra declarou ter ensino fundamental completo, somado à 17,0% que possui ensino fundamental incompleto, o que representa 59,0% da amostra em condições educacionais abaixo do desejável para a idade (BRASIL, 2016).

Em estudo realizado por Goudard et al. (2016), o baixo nível de escolaridade apresentou-se como fator relevante no que se refere à inadequação da assistência pré-natal, pois o nível educacional está geralmente relacionado à compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre condutas e hábitos de vida saudáveis que refletem no cuidado para consigo durante a gestação. Souza et al. (2013) corroboram com esses resultados e incluem a exclusão social e sua relação com o baixo nível de escolaridade.

Fernandes et al. (2015) avaliaram o perfil da mortalidade materna em 58 prontuários de óbitos ocorridos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e verificaram que a baixa escolaridade e o baixo poder aquisitivo têm relação direta com a mortalidade materna.

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com os achados do último censo no município de Governador Valadares/MG, em que 65,0% da população não possuía a educação básica, ou seja, o ensino médio completo (IBGE, 2010). Apesar da população deste estudo possuir baixa escolaridade, observam-se avanços e retrocessos nas variáveis analisadas, pois em relação ao ensino fundamental completo e médio completo, este estudo apresenta 42,0% e 36,0% respectivamente, enquanto que no Censo 2010 os índices eram de 15,9% e 24,0% na população com 25 anos ou mais (PMAS/GV 2017). Ainda de acordo com o IBGE (2016), a escolaridade possui relação direta com os retornos salariais no Brasil, o que intensifica a necessidade da educação para melhor renda familiar.

A educação é um direito básico da população, garantido na Constituição Federal de 1988, “direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 2016, p. 123). Sendo garantida gratuitamente, a educação básica compreende inclusive o ensino médio. A Constituição Federal faz referência à estreita relação entre educação e qualificação profissional (BRASIL, 2016).

Quanto à renda familiar, 75,0% das gestantes apresentou uma renda menor que dois salários mínimos (SM). Segundo os dados do IBGE (2017), o salário médio da população em Governador Valadares/MG é de dois salários mínimos e a renda média das gestantes entrevistadas foi de 1,75 SM, o que infere renda familiar baixa das gestantes pesquisadas. Peixoto et al. (2012) relacionam o aumento do risco gestacional à baixa renda familiar.

As práticas de assistência à saúde recebem influências de fatores sociais e profissionais. Segundo Ziegel e Cranley (2008), os recursos financeiros reduzidos de uma mulher ou sua família estão associados a deficiências na saúde, incluindo saúde nutricional e acesso a serviços, o que poderá impactar na morbidade e mortalidade perinatal. Presume-se que a baixa renda familiar encontrada neste estudo possa ter relação com as altas taxas de mortalidade no município de Governador Valadares nos últimos anos, como em 2017, com RMM de 128,4 óbitos por 100.000 NV (PMS/GV, 2017).

Em relação à ocupação da gestante, destaca-se que 65,0% permanecem em casa, atribuindo a função do lar. Pode-se correlacionar com a variável seguinte, que apresenta o desemprego como atual situação informada por 60,0% da amostra. Os resultados encontrados são semelhantes quando comparados à população feminina, ao dado censitário de 2017, que se refere a uma população mista de 77,4% de desempregados em Governador Valadares/MG (IBGE, 2017).

Peixoto et al. (2012), em estudo realizado em Fortaleza/RN com 310 gestantes atendidas na AB, e Souza et al. (2013) em São Luís no Maranhão, apresentaram resultados com maiores incidências de gestantes que se dedicam ao lar (75,0%), com consequente redução na renda familiar, mas consideraram o indicador positivo para o aumento da prática do aleitamento materno. Ambos autores apontam que a inserção da mulher no mercado de trabalho favorece o desmame precoce.

O comportamento e amor materno, no final do século XIII e início do século XIX, são influenciados pelas possibilidades econômicas e ocupação vivenciada pela mulher, fosse rica, abastada ou pobre, havia maior ou menor aceitação do papel da boa mãe. As mães que

trabalhavam no campo ou na cidade, junto ao marido, mantinham as crianças enfaixadas junto ao corpo como forma de controle da prole. Porém, tal comportamento reduz carinhos e relações físicas entre o binômio (BADINTER, 1985).

As relações de trabalho e ocupação da mãe da atualidade podem ser pensadas como “enfaixamentos” ou “solturas” da prole, em favor do cuidado materno a ser dedicado. Apesar dos contextos e tempos divergentes, as mães dos séculos XVIII e XXI podem estar vivenciando a maternidade de maneiras aproximadas, no que se refere ao vínculo entre mãe e filho estabelecido nas relações de cuidado (BADINTER, 1995).

Ainda sobre as variáveis socioeconômicas, utilizou-se neste estudo o questionário validado segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP), e as categorias foram organizadas em Classe A/B; C e D/E. Os resultados apresentam a classificação econômica das gestantes pesquisadas no núcleo familiar enquadradas na classe C, em que C1 e C2 representam 66,0% da amostra. Goudard et al. (2016), em estudo que avaliou 3.949 mulheres em maternidade na cidade de São Luís no Maranhão, observou que 55,2% destas encontravam-se na classe C, o que representou um fator de risco para a assistência pré-natal, além de desemprego, baixa escolaridade e conseqüente redução na renda familiar.

Segundo dados da OMS (2009), de maneira geral, mulheres dos países de alta renda vivem mais e são menos vulneráveis a problemas de saúde em relação às mulheres dos países de baixa renda, e a pobreza está associada aos piores resultados de saúde. A característica e perfil de acometimento também variam, sendo as condições maternas e perinatais e as doenças transmissíveis mais observadas em populações mais carentes.

Claval (2014) considera relevante a realidade econômica e social na distribuição espacial dos grupos e constatou nos trabalhos de geografia econômica, social e política que “a vida social e econômica reflete a influência de comportamentos culturais” (CLAVAL, 2014, p. 60). O autor alerta para o não reducionismo à relação do Marxismo, onde tudo poderá ser vinculado às relações de produção, pois a ação humana não é totalmente previsível e escapa à padronização.

A variável tempo de residência no endereço atual, pensada por talvez influenciar nas relações das gestantes com a ESF, visto que a organização espacial desta está diretamente relacionada ao tempo e demografia residencial do usuário, que por meio do período de adscrição e proximidade da residência, poderão facilitar o fortalecimento do vínculo da pessoa e/ou famílias para com os profissionais, tornando essas referências no cuidado (BRASIL, 2017). O termo vínculo na descrição acima tornar-se-á elo na concretização das práticas de saúde desejáveis, fortalecendo a adesão e a continuidade do tratamento/cuidado

compartilhado.

Santos e Miranda (2016) acreditam que o vínculo se estabelece de uma relação sujeito-sujeito, e a ampliação das relações construídas na tessitura das redes de informações existentes no território, com momentos de escuta, acolhimento, trocas e conexões, podendo ser terapêutico no campo da saúde, não devendo desconsiderar a multiplicidade de conceitos que o termo carrega, reduzindo-o.

Uma análise detalhada na literatura sobre o conceito de vínculo na saúde pública foi realizada por Barbosa e Bosi (2017). Na revisão de literatura proposta pelos autores, a palavra vínculo se apresenta como solução para quase todos os problemas na saúde, e que tais problemas se dariam em função da ausência do vínculo. De maneira ainda reducionista, há um engajamento na tentativa de aproximar o termo das palavras afetividade, relação terapêutica e continuidade, porém a afetividade está relacionada com o afeto que o profissional tem pela profissão, para então exercer o cuidado efetivo.

As tentativas de relacionar o tempo de residência das gestantes com a formação do vínculo não foram possíveis, devido à inexistência de aporte teórico que consolide tal pensamento (BARBOSA, BOSI, 2017; PRADO; MEYER, 2006; QUEIROZ, 2017; SANTOS; MIRANDA, 2016). Prado e Meyer (2006, p. 09) afirmam que “a relação forma-se no início da terapia, por volta da terceira ou quarta sessão.” A relação terapêutica é interpretada pelos autores como parte do processo de vinculação usuário e profissional.

Alguns aspectos que precisam ser considerados no que se refere à gravidez, como o planejamento e as relações estabelecidas no núcleo familiar, é que provavelmente será suporte para a nova fase da vida da mulher, visto que a gravidez e o parto ocorrem no contexto de uma família (ZIEGEL; CLANLEY, 2008). A tabela 2 mostra a gravidez a partir do querer engravidar e o apoio dispensado para tal momento.

Tabela 2 - Distribuição das características do planejamento da gestação e apoio familiar. 2019 (n=100).

CARACTERÍSTICAS	CATEGORIA	FREQUÊNCIA
Gravidez planejada	Sim	36
	Não	64
Reação ao descobrir a gravidez	Positiva	49
	Negativa	51
Apoio familiar	Sim	87
	Não	13

Relação do familiar ao descobrir a gravidez	Positiva	67
	Negativa	32
	Neutra	1

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018.

O MS, por meio de políticas públicas relacionadas a direitos reprodutivos, sexuais, métodos anticoncepcionais, planejamento familiar, garante as pessoas a se decidirem de forma livre e responsável a ter ou não filhos (BRASIL, 2009). Destaca-se, neste estudo, o alto número de gravidez não planejada (64,0%). Presume-se uma pluralidade de fatores que possam justificar os dados encontrados, como por exemplo a ausência de conhecimento sobre direitos constitucionais ao planejamento familiar garantidos por lei, o desconhecimento dos métodos contraceptivos, e o acesso aos serviços públicos de saúde ou questões relacionadas à cultura e religião.

Bonatti et al. (2018), Borges et al. (2011) e Rodrigues, Lopes (2016) encontraram elevados índices de gravidez não planejada, sendo 66,7%, 54,0% e 75,0% respectivamente. Tais estudos foram realizados com gestantes da ESF nas cidades de Marília/SP ($n= 126$), Itambé/PE ($n=100$), Vitória da Conquista/BA ($n= 100$) e Rondonópolis/MT ($n= 89$) evidenciaram que a gravidez não planejada pode implicar em demandas para a saúde pública, principalmente as relacionadas ao planejamento familiar, controle da natalidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), devido ao não uso ou uso inadequado de preservativos. Destacam-se, ainda, as relações com demandas de vulnerabilidade social.

A gravidez não planejada pode ser definida como “Gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável” (BONATTI et al., 2018, p. 872).

A gravidez não planejada é descrita como um desafio no enfrentamento da saúde pública. Fescina et al. (2010) consideram a gravidez não planejada como frequentemente não desejada, o que pode levar a complicações como manobras abortivas de risco, sintomatologia de rejeição representada por hiperêmese gravídica, anteriormente descrita por Cabral (2018) e Maldonado (2017), além de comportamento de risco psicológico de depressão, menor cuidado pessoal e menor cuidado com a criança.

Com o advento dos métodos anticoncepcionais, pode-se escolher a melhor idade, melhor momento financeiro, melhor maturidade para gestar. Em contraposição, Dolto (1998) faz referências ao árduo papel de decidir o melhor momento para gestar, mas afirma que nunca se está totalmente preparado, pois apesar dos anticoncepcionais permitirem o

amadurecimento e chegada das responsabilidades, a criança exerce esse papel de amadurecimento e transformação dos pais. A autora se mostra a favor dos bebês surpresas, que representariam o amor de um casal que fica feliz pela existência de um bebê que os surpreendeu e quis nascer.

Tachibana, Santos e Duarte (2006) avaliaram doze gestantes em um Hospital Maternidade em Campinas/SP quanto ao desejo consciente e inconsciente de gestar, e concluíram que o desejo pode ser inconsciente para aquelas ditas gravidezes não planejadas, pois frequentemente as mulheres relatam falhas no uso do anticoncepcional, o que poderia representar esse desejo inconsciente de ser mãe, independente se o discurso manifesto era condizente ou não.

Parte dessa ambivalência descrita pode ser observada nos resultados desta pesquisa. Quando perguntada se a gravidez foi planejada, a resposta simples e objetiva é sim ou não. A ambivalência ora discutida neste estudo pode ser percebida em alguns discursos das gestantes, em situações que, apesar de afirmar que a gravidez foi planejada, a reação e discurso se mostram negativos.

“Surpresa, pois não esperava naquele momento”. G19
“Levou um susto, não queria”. G22

Para as gestantes G19 e G22, observa-se um distanciamento entre a afirmativa gravidez planejada com os discursos “não esperava” e “não queria”. Acredita-se que a pergunta ou o significado de gravidez planejada possa não ter sido bem compreendido pelas gestantes, ou talvez a resposta positiva ao planejamento da gravidez faça parte do imaginário coletivo da aceitação social da maternidade, representado pela boa mãe, repleta do amor materno. Tachibana, Santos e Duarte (2006) consideram as discordâncias como o desejo inconsciente em não querer a gravidez.

O contrário também pode ser percebido, pois gestantes que afirmaram não ter planejado a gravidez apresentaram um discurso positivo, quando perguntadas qual a reação ao descobrir que estava grávida.

“Ótima. É melhor que uma doença, muito feliz”. G21

“Nervosa, por que não esperava, mas feliz ao mesmo tempo”. G31

“Fiquei feliz, lógico que não vou rejeitar, mais eu fiquei meio assim... porque não foi planejada”. G81

“Dei crise de choro, mas depois fiquei feliz”. G60

Sim, somente pelo ato sexual que o corpo de uma criança começa a se constituir na barriga, ao pensar-se no campo da física, mas a verdade é que, para Dolto (1997), as crianças nascem porque querem nascer, pois o ato sexual não explica tudo.

Quanto ao apoio familiar e reação familiar em relação à gravidez, os dados apontaram que 87,0% das entrevistadas receberam apoio familiar na gestação, apesar da porcentagem inferior das famílias que reagiram positivamente à notícia da gravidez, 67,0%. As variáveis são distintas quando se acredita que a reação é momentânea e pode estar interligada ao campo das emoções e do medo. O apoio é construído ao longo da gestação e sugere-se a interligação com o vínculo afetivo estabelecido entre gestante e família.

A responsabilidade compartilhada e o envolvimento dos homens em relação a paternidade responsável são parte da rede de apoio familiar, de importância para a mulher no ciclo gravídico com melhor adaptação, aceitação e encorajamento nesta nova etapa da vida (ARAÚJO, MANDÚ, 2016; CARNEIRO et al., 2013; DRAGO; MENANDRO; 2014; GONTIJO, MEDEIROS, 2010; NUNES, 2012; SILVA, BORTOLI, GUIMARÃES, 2016).

Vasconcelos et al. (2017), pesquisando 131 gestantes assistidas na ESF de Sobral/CE, observou que 58,0% das gestantes tinham apoio familiar, o que difere dos resultados encontrados neste estudo. Santos et al. (2014), em estudo realizado na ESF de Santa Maria/RS, entrevistaram oito gestantes que afirmaram ter recebido apoio familiar no período perinatal.

Entende-se que outras perspectivas devam ser consideradas no que se refere as afirmativas ou negativas de apoio familiar. A primeira relaciona-se com as percepções do que seria o apoio descrito pelas gestantes entrevistadas? Como ele ocorre? Em qual contexto elas o referem? As respostas podem ser variadas a depender de inúmeros fatores como renda familiar, idade da entrevistada, percepções sobre a composição de família, experiências com gestações anteriores, cultura, religião e todas as formas de compreensão da formação.

4.2 REPRESENTAÇÕES, SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE

“Antes de ser mãe eu existia, agora eu vivo”. G30

“Eu tive depressão pós parto ai eu olhava para aquela criança e eu não sentia amor não, eu pensava, meu Deus, ela saiu mesmo de mim?”G82

As reflexões acerca do tema maternidade podem parecer desafiadoras ao tentar compreender as representações, significados e percepções, em detrimento à complexidade em torno da temática. Isso, porque o termo maternidade constitui-se em um microambiente interdisciplinar que envolve inúmeras significâncias que perpassam as questões biopsicossociais, além da Antropologia e História, ciências que buscam explicar os processos sobre maternidade (BADINTER, 1985; DEL PRIORE, 1995; DIMENSTEIN, 2008; MALDONADO, 2017).

Em estudo de revisão sistemática, Souza, Ambrosio e Frauches (2018) investigaram as publicações de artigos em periódicos nacionais e encontraram 1.454 que tratavam sobre a maternidade. A maioria das publicações (66,3%) concentrava-se nos últimos 10 anos. Na análise temporal dos artigos, observou-se que nas décadas de 1970 e 1980, as publicações eram em torno das Ciências da Saúde, focadas no modelo biomédico e ou biológico, com temas sobre doenças sexualmente transmissíveis e dados epidemiológicos sobre mortalidade materno-infantil. A partir da década de 1990, algumas publicações das Ciências Humanas discutem a Sociologia e comportamentos psicológicos. No último ano pesquisado, a saber 2018, foram encontradas 64 publicações com abordagem interdisciplinar sobre a maternidade, especialmente pelas áreas das Ciências Humanas e Sociais, com foco nas crenças, significados, modelos sociais, representações, vivências e gênero.

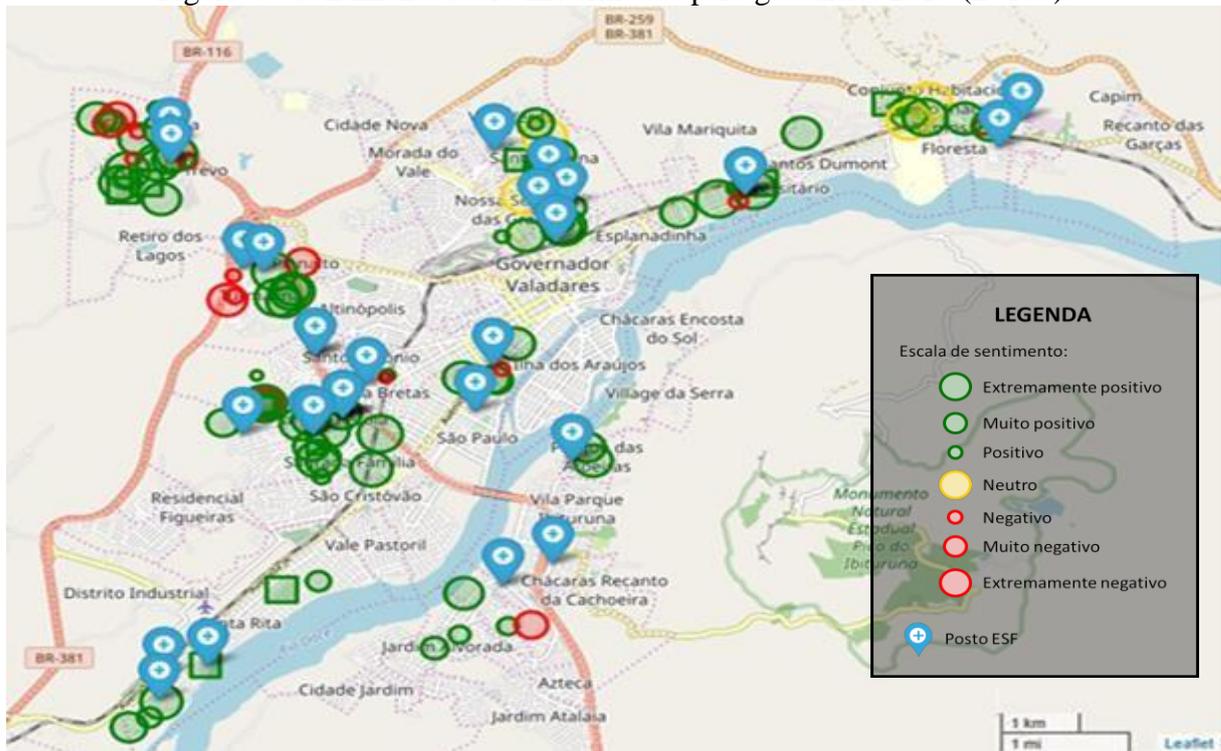
A maternidade tem se tornado alvo de pesquisas de diversas áreas do conhecimento (CORREIA, 1998; MALDONADO, 2017). Para Correia (1998), a maneira como a mulher interpreta e vivencia a maternidade pode estar relacionada com o componente cultural e os componentes intrínsecos da própria mulher, principalmente as características da personalidade.

A partir das evocações de “ser mãe”, processadas no software IBM Watson, na inteligência artificial foi evidenciado que as gestantes entrevistadas apresentavam sentimentos divergentes em relação à maternidade, englobando desde percepções positivas, negativas e neutras.

A Figura 3 indica a representação espacial dos sentimentos das gestantes pesquisadas quanto a sua percepção em relação a maternidade. A cor das bolhas simboliza a natureza da representação (vermelho, negativo; verde, positivo e amarelo, neutro), enquanto que o tamanho da bolha representa proporcionalmente a intensidade do sentimento, medida por meio da IA no subtópico NLU, que estima-se um crescimento performático dos sentimentos encontrados a partir do *entendimento de linguagem natural*, um tipo de IA humanizada. As

ESFs estão representadas por “alfinetes” em azul. E as gestantes entrevistadas podem ser localizadas de acordo com o número da entrevista ao clicar na bolha. Os recursos disponíveis para compreensão das representações em diferentes escalas podem ser acessados no endereço eletrônico⁷.

Figura 3 - Sentimento sobre maternidade para gestantes. 2019 (n=100).



Fonte: Pesquisa de Campo, 2016 a 2018.

No panorama espacial dos sentimentos positivos, negativos e neutros, percebe-se (Figura 3) que para a maioria das entrevistadas (80), o processo e o entendimento da maternidade afetam positiva e intensamente suas vidas, independentemente da região em que residem. Também pode ser observado que 16 gestantes expressaram percepções negativas em relação ao tema, porém o fizeram sem grande intensidade, como observado pelo tamanho das bolhas, e 4 gestantes mostraram percepções neutras em relação à maternidade. É relevante considerar que as teorias ou expressões se completam, seguindo a lógica de Sack (1986, p. 81), que diz “cada teoria sozinha é inadequada como uma explicação geral. E ainda, cada uma enfatiza alguns fatores que as outras colocam para trás”.

⁷ file:///C:/Users/AlineSouza/Desktop/PARAMARCIO/MapaSentimento_SentimentAnalysisof - X95..Ser.mãe.html

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas com gestantes, o que representa um ciclo da vida permeado por emoções e ambivalências inerentes a este período (CABRAL et al., 2018; MALDONADO, 2017; ZIEGEL; CLANLEY, 2008).

Para o sentimento positivo, foram selecionadas aleatoriamente na amostra evocações por diferentes tamanhos de bolhas, que representam a intensidade em localizações geográficas variadas.

“Melhor coisa do mundo; Benção; Paixão; prioridade; Felicidade”.

G04, Santos Dumont

“É uma dádiva de Deus; amo ser mãe; decepciona quando as coisas não saem como previsto; é uma missão de Deus; É muito bom”.

G24, Jardim Pérola

“Não tenho palavras para falar o que é ser mãe; Ser mãe é tudo; Maravilhoso; Perfeito; Magnífico”.

G26, Jardim do Trevo

“Amor incondicional; Alegria de ser mãe; Carinho; Aconchego; Atenção”.

G70, Turmalina

“Dom de Deus; Amor; Maravilhoso; Responsabilidade; Medo”.

G73, Conjunto Sir II.

“Amar; Educar; Cuidar; Preocupar; Ensinar”.

G02, São Pedro

“Amor; Cuidado; Carinho; Responsabilidade; Paciência”.

G16, Jardim Pérola.

“Amamentação; Cuidado; Carinho; Gosta; Impaciente”.

G38, Conjunto Sir II.

“Gratificante; Muito bom ser mãe; Oportunidade; Privilégio; É muito difícil”.

G61, Carapina.

“Responsabilidade; Amor; Carinho; Tudo; Estressante”.

G71, Santa Rita

As gestantes G04, G24, G26, G70 e G73 representam as bolhas positivas de maior tamanho, ou seja, de maior intensidade. As demais G02, G16, G38, G61 e G71 também apresentam sentimentos positivos, porém com menor intensidade no mapa. Os discursos que referem preocupações, paciência ou impaciência, muito difícil e estressante, para este grupo podem ser justificados pela ambivalência do período gestacional com a existência de

sentimentos contraditórios (MALDONADO, 2017). As evocações representadas por palavras ou frases seguem um curso em que o discurso positivo se concretiza por expressões de amor, cuidado e benção divina.

Sobre o amor materno, Badinter (1985) o descreve como um sentimento construído no tempo, que pode ser ampliado a partir de atitudes e cuidados dispensados à prole. Para a autora, o amor materno varia entre maior ou menor intensidade entre mulheres/mãe.

Seguindo nessa lógica, as evocações que exprimem cuidado como atenção, responsabilidade, educar, preocupar e ensinar podem simbolizar outras formas de expressar amor. Seguem, abaixo, alguns relatos sobre o amor materno de parte do grupo das gestantes que não tem filhos, o que demonstra que o amor materno vai além dos cuidados com os filhos, e sim da construção cultural e social como também descreve Badinter (1985). Dessa forma, as diferentes formas de expressar amor independem ou dependem de várias nuances, quando avaliamos a história individual de cada mulher, construída cultural e socialmente.

“Amor é doar sem receber nada em troca.”

G37, São Pedro.

*“É incondicional, não sei nem como explicar, pois a própria palavra já diz
"amor incondicional."*

G70, Turmalina.

“É matar e morrer pela pessoa, querer ver a pessoa bem, saber independente de qualquer coisa, não é fácil a gente passa muita coisa mas só de saber que ele está ali bem. O amor é tudo.”

G84, Santa Rita.

Quanto ao cuidado e dedicação dispensados pela mãe ao filho, foi descrito por Badinter (1985) como higiene corporal, exercício físico (representado pela soltura da faixa e necessidade de movimento dos membros) e a amamentação, símbolo de cuidado essencial e vital para sobrevivência da prole. A seguir algumas percepções de cuidado das entrevistadas.

“É ter bom cuidados com os filhos, não deixar machucar, levar ao médico”.

G31, Santa Paula.

*“Ter responsabilidade com cuidado, com a hora de trocar uma fralda,
com a medicação também”.*

G34, Santa Paula

“Responsabilidade porque um bebê tem hora certa para mamar, tomar banho e outras coisas, como o bebê não sabe dizer a responsabilidade da mãe é maior”.

G45, Turmalina.

“Cuidar da saúde dos filhos, saber se está bem, escola e consultas”.
G71, Santa Rita.

*“O amor que eu penso não é aquele amor só de passar a mão né!
É o amor de corrigir, de aconselhar, olhar as coisas certas e erradas né,
tá ali, é isso aí, é por aí eu acho”.*
G91, Santa Helena

As gestantes G31, G34, G45 e G71 atribuem o cuidado ao significado de responsabilidade, assim como outras neste estudo. O cuidado com o filho descrito por elas, pode ser interpretado como consequência de responsabilidade. Sobre os cuidados, sejam no sentido cuidar ou responsabilidade, as definições seguem o curso de ações pragmáticas.

Badinter (1985) descreve as responsabilidades da mãe como o ato de amamentar, cuidar e educar, imposto por ideólogos do século XIX, que embasados na teoria da mãe devota a transformam em retrato-robô.

Outra análise observada é a relação amor-cuidado ou cuidado-amor, apresentado pela gestante 91. Para Badinter (1985), essas relações íntimas de cuidado como forma de amar podem ser prejudiciais às mulheres, como descreve abaixo.

Amamentar, dar banho e comida, vigiar os primeiros passos, consolar, cuidar, tranquilizar à noite [...] são gestos de amor e de devotamento, mas são também sacrifícios que a mãe faz pelo filho. O tempo e a energia que ela lhe dedica são também algo de que ela se priva em favor do filho (BADINTER, 1985, p. 338).

Presume-se que as representações e sentimentos negativos em relação a maternidade possam surgir desta premissa, em que a devoção, entrega e renúncia de si pelo filho torná-las mais conscientes e cientes da existência de ambivalência dos sentimentos positivos e negativos. Quevedo (2010) também descreve a maternidade como abnegação e doação por parte das mulheres participantes da pesquisa.

Sobre a benção que cerca a maternidade, frequentemente mencionada pelas gestantes, quase sempre o faziam considerando a concepção como algo sagrado, que era consentido somente a algumas mulheres por permissão de Deus, como é possível observar abaixo.

*“Muitas mulheres não são mães verdadeiramente,
tem que ser abençoada para dar conta.”*
G01, São Pedro.

*“Porque é uma coisa muito abençoada por Deus.
Tentei engravidar durante 4 anos, tinha desistido, aí veio a benção.”*
G36, Santa Efigênia.

*“Um privilégio pra quem não podia ter filho.
Deus me deu, porque tem muitas pessoas que desejam.”*
G62, Jardim Pérola.

O imaginário desse grupo possivelmente deva estar apoiado na construção histórica da fecundidade como benção, ao passo que a infertilidade é tida como um castigo pela Igreja (MALDONADO, 2017). Para Badinter (1985) no século XIX foi revelado a santificação das mulheres que exerciam seu papel maternal de cuidado com a prole, e em contrapartida, a culpa e julgamentos da sociedade às que fracassavam em sua missão sagrada de cuidado e amor com os filhos. A mulher exercia a maternidade como vocação divina que lhe impunha o sacrifício pela Igreja e moral da época.

Observando-se a evolução das evocações maternas, presume-se que para esse grupo, ainda hoje a maternidade esteja relacionada ao ato divino de fecundar, pois somente se completam como mães as mulheres que conseguem gestar.

As representações positivas para o grupo de 80 mulheres pesquisadas podem ser pensadas como parte do imaginário materno construído pela história da maternidade, ou seja, “[...] a maternidade aparece como parte da estrutura identitária das mulheres, ou seja, quando são mães, tornam-se completas, remetendo esses significados a padrões tradicionais circulantes em nossa sociedade” (QUEVEDO, 2010, p. 167).

Em relação às representações negativas desta amostra 16 gestantes, visualizadas pela cor vermelha na figura 3, as gestantes G22 e G33 expressam mais intensamente os sentimentos negativos do que a gestante G39, que utiliza a palavra “maravilhoso” por vezes considerada positiva, o que reduz a intensidade negativa expressada.

*“Difícil educar e manter; Hoje o mundo está difícil;
É complicado.”*
G22 - Jardim Pérola.

*“Dá trabalho; É uma tentação andando atrás da gente;
Filho é difícil; Não dá sossego.”*
G33 - São Paulo.

“Maravilhoso; Cansativo; Chato.”
G39 - Jardim do Trevo.

As vivências negativas do amor materno frequentemente estão relacionadas ao desgaste, o nervoso, a fadiga, o cansaço, como constatou Badinter (1985). A autora faz

referência a atitudes injustas contra as mulheres que proferem a inexistência de um sentimento positivo com a prole.

Ainda sobre as evocações negativas, a gestante G11, que ao ser provocada a expressar sobre a maternidade, obteve-se as seguintes evocações:

“Eu não tive mãe; Não sei o que é ser mãe.” G11, Conjunto Sir Sobre o significado de ser mãe:

“Se minha mãe tivesse sido presente, conversasse comigo, talvez eu teria estudado, talvez não tivesse tido filho tão jovem. Porque minha mãe sempre jogou as coisas na minha cara, nunca se preocupou comigo, meu pai se preocupava mais.”

Sobre o significado de família:

“Não significa nada, só há algum sentimento entre mim e minha filha, esta é minha vida.”

Sobre ter acompanhante na sala de parto:

“Não. Porque tenho raiva das coisas que ouvi na gestação, e não tive apoio da família”.

O processo de identificação com o modelo de maternidade pode ser associado com a própria mãe (MALDONADO, 2017). O significado da maternidade para essa gestante pode estar relacionado à identificação com a figura materna, de quem absorveu o modelo do que é ser mãe, em um contexto de rejeição, surge então a ambivalência ao expressar: *“Eu não tive mãe”, “(...) minha mãe sempre jogou as coisas na minha cara” e “só há algum sentimento entre mim e minha filha, esta é minha vida.”*

A idealização do ser mãe para essa gestante perpassa por sentimentos de presença e orientações maternas: *“Se minha mãe tivesse sido presente, conversasse comigo (...)”*. Tais sentimentos não podem ser desvinculados do período gestacional como um período de crise, vivenciado pela gestante durante a entrevista. Quevedo (2010) relaciona o apoio familiar do companheiro e da família como melhora da sensação de segurança. A ausência do apoio familiar, nesse caso *“tenho raiva das coisas que ouvi na gestação”*, refere-se a falas do marido de que ele não é o pai da criança. A gestante sofre com isso e diz que a gestação não é bem-vinda.

Diante da exposição desse caso representativo, o que se deseja nesta análise é a sensibilidade de todos para compreender as diversas modulações que permeiam os sentimentos negativos, positivos e neutros, vivenciados e experimentados individualmente por cada uma destas gestantes.

Apresenta-se abaixo um único caso que representa as 04 gestantes avaliadas como neutras, em que o misto de palavras aparentemente positivas foi neutralizado, talvez pelas expressões: juízo, paciência e sem explicação dos sentimentos.

“Juízo/responsabilidade; Cuidado; Paciência; Sem explicação dos sentimentos; Maravilha.” G 98, Santa Efigênia.

Apesar da neutralidade identificada pelo sistema, a gestante G98 fala com emoção e alegria da gravidez, pois tem tentado engravidar há mais de 03 anos, sendo a gravidez planejada, porém inesperada, em um contexto familiar que a apoia. A história contada traz registro de um relacionamento anterior, em que o ex-marido faleceu em decorrência de acidente de carro. Ela que havia descoberto uma gravidez e pretendia fazer surpresa para o marido. Tal gravidez evoluiu para um aborto espontâneo.

A análise aqui citada pressupõe outros estudos que avaliem o jogo de contextos que considerem as individualidades das gestantes, na busca de compreender cada circunstância nas produções de sentidos e significados sobre a maternidade. O que se acredita é que cada sentimento em relação à maternidade é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com o componente sociocultural da pessoa em determinado espaço e época de sua vida, capaz de mudar as percepções. Tal fato poderia ser melhor compreendido se o pesquisador retomasse as coletas em outra circunstância temporal.

Reconhecer as multiplicidades que possam gerar os resultados se faz necessário para compreender as ambivalências nos discursos maternos sobre maternidade. Como aponta Gondim et al. (2008, p. 17) “é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados”.

As análises podem ser pensadas como condições e determinações do imaginário individual das gestantes. O repertório de exposições sobre o imaginário e ideal da maternagem é distinto e considera expressivamente o momento histórico e social vivido, o que torna o sentimento maternal mutável para essas mulheres, como afirmado por Spink (2010), “Vamos ao museu e vemos um quadro sobre mães e filhos (...). Lá vamos encontrar outras concepções do que é ser mãe e do que é ser filho. Ou seja, em um mesmo dia, nos deparamos com uma diversidade de repertórios sobre maternidade” (SPINK, 2010, p. 32).

A existência do amor materno não se configura como um instinto, ele depende não só da história da mãe como também da própria história. O amor é um sentimento que, como todos os demais, está sujeito a imperfeições, oscilações e modificações (BADINTER, 1985; MALDONADO, 2017).

Para este estudo, utilizou-se também o georreferenciamento por meio de cartografias com endereços bem organizados. Tal método tem se tornado um avanço nas pesquisas, com possibilidades que incluem técnicas de análises espaciais, integração, captura, manipulação, seleção, busca de informação, análise e apresentação de dados, planejamento e estratégias de Vigilância em Saúde (BARCELLOS, 2008; FARIA; BERTOLOZZI, 2009; MULLER; BASTOS, BASTOS, 2010; VIANA et al., 2007).

Por meio de um mapa interativo, gerado na plataforma (<https://leafletjs.com/>), na área do município de Governador Valadares/MG, foi possível realizar um estudo espacial da intensidade e as representações captadas sobre maternidade a fim de entender a influência do território nas representações positivas, negativas e neutras deste estudo. O mapa geográfico torna-se uma ferramenta que deva ser utilizada nas pesquisas que envolvam grupos sociais.

Em uma análise espacial da figura 3, as 16 gestantes que representam as percepções negativas sobre a maternidade (75,0%), residem próximas à BR 116. Os bairros apresentados são Jardim do Trevo, Santa Paula, Planalto, Turmalina, Santo Antônio, Palmeiras e Jardim Ipê. As demais gestantes pertencentes ao grupo, encontram-se nas proximidades da linha férrea (Vitória/Minas) e Rio Doce nos bairros Santa Terezinha, São Pedro e Conjunto Sir. Para Guimarães (2009), as barreiras representadas pelas Rodovias 116 e linha férrea Vitória-Minas cortam a cidade e têm em comum o fato de apresentarem menor valor no mercado imobiliário. Os resultados de negativas referentes à maternidade não podem ser desvinculados da dimensão espacial e geográfica. A figura 3 situa as gestantes em um contexto que envolve as regiões periféricas da cidade em torno de importantes vias de comunicação: a BR 116, o Rio Doce e a linha Férrea. As representações gráficas apresentadas remetem a indagações e necessidades de compreender a formação territorial de Governador Valadares/MG.

Surge então, em 1937, o município Figueira emancipado de Peçanha, passando a se chamar Governador Valadares no ano seguinte. Ser conhecida pela riqueza que envolvia a extração de mica ou de madeira acabou por gerar a expansão territorial de vários bairros na década de 50, com formação urbanística que levavam em consideração as condições culturais e socioeconômicas das populações para os investimentos (ESPINDOLA, 1999; GUIMARÃES, 2009).

Tais bairros fazem parte de uma construção histórica, com características peculiares no que se refere às desigualdades socioespaciais iniciadas simultaneamente à formação da cidade, que seguiram o vetor centro-periferia como Jardim do Trevo, Santa Paula, Palmeiras, Turmalina, Jardim Ipê, ou centro-enclaves, como por exemplo os bairros Carapina, Querosene, Conjunto Sir e Santa Terezinha, caracterizados pelas distinções políticas, sociais e culturais (GUIMARÃES, 2009). O resgate dessas condições históricas torna-se necessário para compreender as áreas de risco social das gestantes desta pesquisa.

O crescimento populacional em decorrência da economia e inauguração da rodovia Rio-Bahia (BR-116) na década de 50 tornou o planejamento urbano desenfreado, sem infraestrutura adequada a partir de um crescente processo de loteamento, com bairros aforados ou invadidos, ignorando o planejamento urbano. Os novos bairros foram propostos para atender às classes de média e baixa renda, marcados pelo desemprego, precárias condições sanitárias, com ausência de abastecimento de água, luz, esgotamento e ruas pavimentadas. São exemplos os bairros nessas condições: Jardim do Trevo, Santa Paula, Turmalina, Palmeiras, Planalto, Querosene, Santa Terezinha, Jardim Ipê e Palmeiras (GUIMARÃES, 2009; LIBÂNIO, 2010). Esses são bairros que integram o contexto de negativas sobre maternidade neste estudo.

A definição de espaço perpassa a condição e produção social, em que tais condições de desigualdades urbanas interferem na qualidade de vida, saúde e estima do morador em relação ao local, com influência na formação dos laços afetivos e identitários, a partir das construções simbólicas e culturais do indivíduo no espaço ou cidade, como afirma Guimarães (2009):

As questões simbólicas e culturais desempenham aí papel fundamental. Ser cidadão em sentido pleno é poder realizar, de forma ampla, seus valores, comportamentos, imaginários, práticas e heranças culturais. Sem o reconhecimento da pluralidade dos cidadãos, o poder público está condenado a governar prioritariamente para a elite cultural, política e/ou burocrática. Assim, a luta pela cidadania cultural é parte essencial na luta pelo *direito à cidade* (GUIMARÃES, 2009, p. 130).

Sobre a cidade e a construção urbanística, suas características e materialidade exercem influência direta nas relações, vivências e formação identitária da mulher/mãe, a exemplo, a presença ou não de creches para que tais mulheres possam exercer seu trabalho. Na figura 4, pode-se observar a distribuição de creches em Governador Valadares/MG no ano de 2019 e observa-se sua concentração na região central da cidade, o que confirma o pensamento de Guimaraes (2009) no que diz respeito às desigualdades urbanas ou concentração de atividades econômicas em área central.

Figura 4 - Mapa de localização das creches - GV/MG.

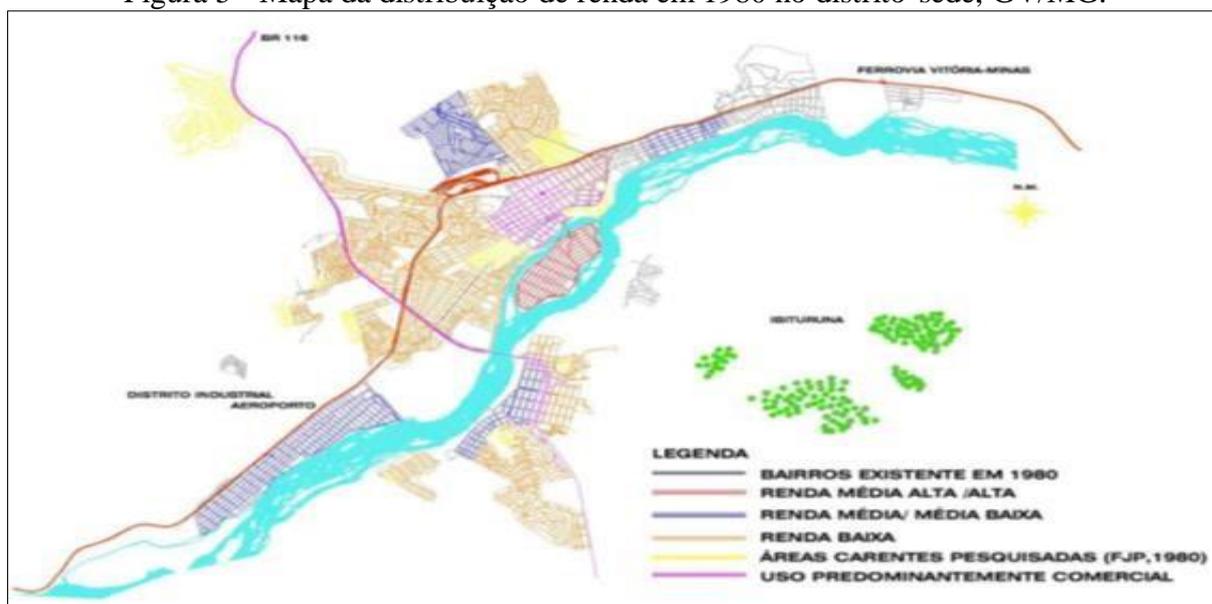


Fonte: Google Maps, Governador Valadares/MG, 2019.

Ainda sobre as condições e constituição da formação urbana de Governador Valadares/MG, Guimarães (2009) cita três condições de importância social e cultural na cidade. Ao leitor, apresenta-se uma análise comparativa dessas condições com o resultado desta pesquisa. Abaixo mapas representativos das condições citadas.

A figura 5 apresenta um mapa que demonstra as condições socioeconômicas na cidade, especialmente a renda, classificando as áreas de cores rosa e azul como renda alta e média, e as cores marrom e amarelo como baixa renda e áreas carentes.

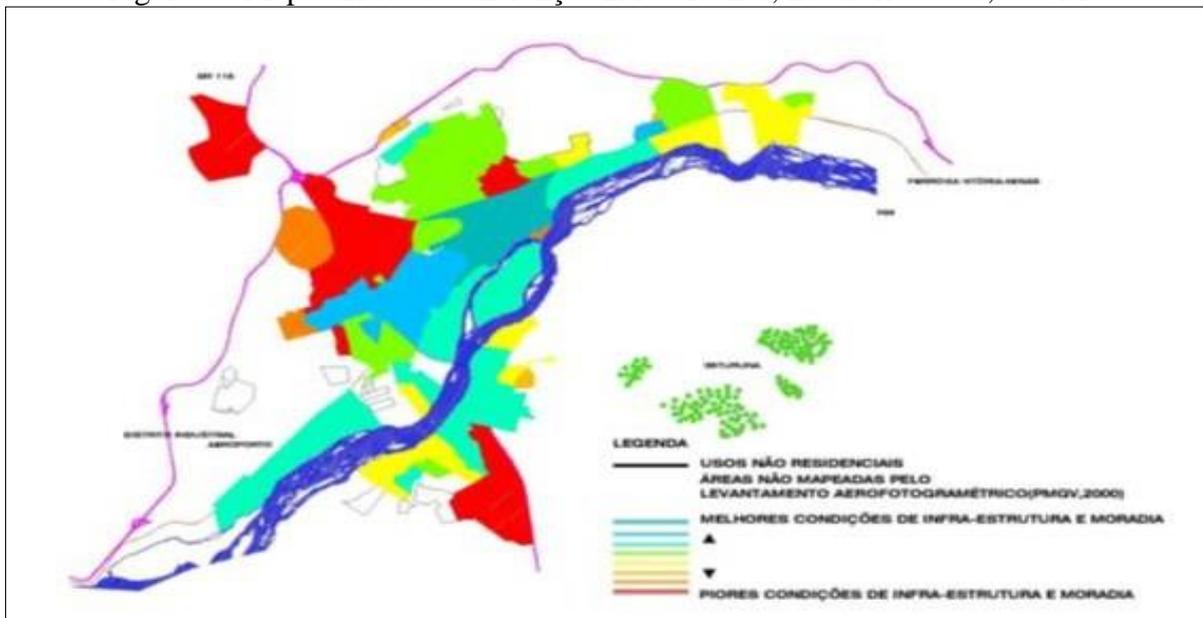
Figura 5 - Mapa da distribuição de renda em 1980 no distrito-sede, GV/MG.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados a partir do Diagnóstico (Fundação João Pinheiro, 1980).

A figura 6 apresenta um mapa que exhibe as condições de infraestrutura e moradia na cidade, classificando as áreas de cores amarelo, marrom, rosa e vermelho com menor infraestrutura e moradia.

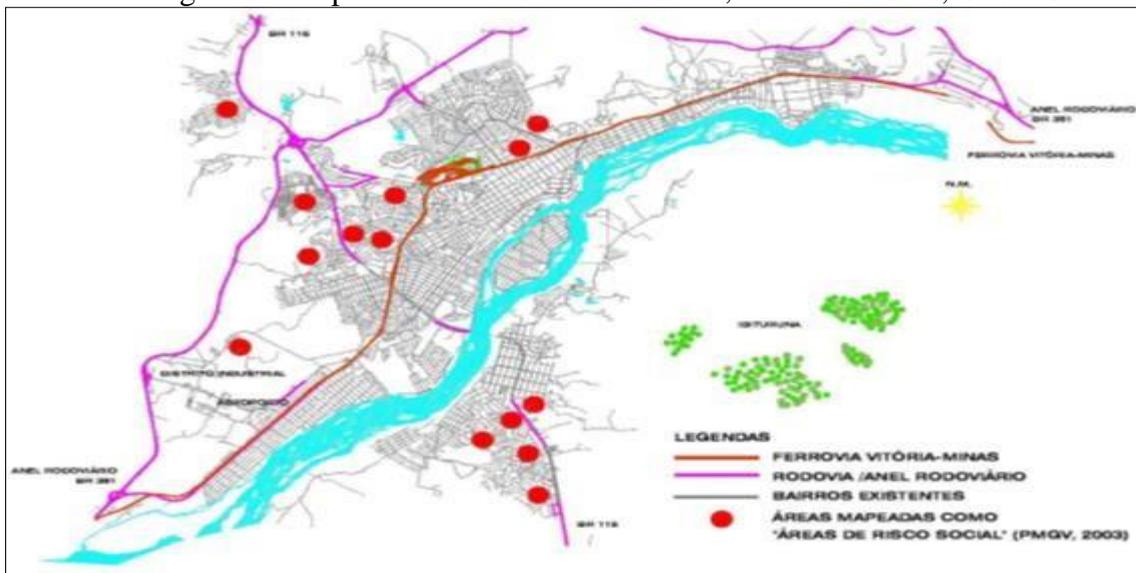
Figura 6 - Mapa-síntese de diferenças intra-urbanas, no distrito-sede, GV/MG.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados a partir do Levantamento Aerofotogramétrico, PMGV, 2000.

Nesse contexto, a figura 7 apresenta um mapa demonstrando as áreas de risco social, sinalizados com pontos vermelhos.

Figura 7 - Mapa com as áreas de risco social, no distrito-sede, GV/MG.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados a partir da pesquisa elaborada pela PMGV, 2003.

Apesar das representações gráficas em momentos históricos diferentes (1980, 2000, 2003), o cenário apresentado ainda é observado na atualidade. A evidência e relações que se estabelecem com a representação negativa sobre maternidade propõem reflexões variadas que talvez possam responder à construção da maternidade para este grupo, como: qual o contexto social dessas gestantes? Como se deu a inserção delas nesses locais? Quais suas percepções culturais? Evidentemente que nem todas as respostas serão possíveis.

Para esta pesquisa, pôde-se pensar numa provável relação estabelecida entre o contexto urbanístico da cidade de Governador Valadares/MG, em especial as áreas de risco social, para com os Determinantes de Saúde ambiental, econômico e social, representados pelo ambiente urbano, cultura, estilos de vida, gênero, etnia, grau de inclusão social, idade, comportamentos relacionados com a saúde, condições de vida, trabalho e educação (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Autores como Claval (2008) e Haesbaert (2008) expressam a compreensão do território para além dos limites da geografia em escalas e consideram determinantes as condições econômicas, sociais, políticas e culturais vivenciadas de maneira particular por cada indivíduo, que estabelece relações e identidades próprias.

A relação do espaço com as experiências vividas descarta a possibilidade de considerá-lo como algo irrelevante, da mesma forma o tempo vivido e sua relação íntima podem ser mensurados a partir das experiências únicas que os conecta, quanto maior for essas interconexões, maiores as possibilidades de conflitos (SACK, 1986). Para esse autor, as territorialidades humanas ocorrem em vários graus e em inúmeros contextos sociais, mas é a mudança de funções das territorialidades que permitem entender as relações históricas entre a sociedade, poder, espaço e o tempo.

4.3 RELAÇÕES ESTABELECIDAS NA ASSOCIAÇÃO DA MATERNIDADE COM VARIÁVEIS DO ESTUDO

Diante das análises apresentadas anteriormente sobre a percepção e sentimento da maternidade, verificou-se a necessidade de identificar as relações que se estabelecem entre a maternidade e as experiências e vivências das gestantes pesquisadas. Acredita-se que a produção de sentido possa favorecer a busca pelo cuidado de si e do filho.

A análise associativa Qui Quadrado foi realizada com as relações entre as representações positivas e negativas/neutras. Optou-se por agrupar os sentimentos negativos e neutros, considerando que ambos são opostos à construção histórica, cultural e social em

torno do modelo e imaginário positivo da maternidade.

Os resultados da análise Qui Quadrado não apresentaram associações estatisticamente significativas entre os sentimentos da maternidade e algumas condições socioeconômicas e demográficas como: escolaridade ($p=0,310$); classificação social ($p=0,748$); renda familiar ($p=0,117$); ocupação ($p=0,102$); situação de trabalho ($p=0,612$) e tempo de residência no endereço atual ($p=0,584$). Também não foram significativas as relações como o planejamento da gravidez ($p=0,100$), a reação da mesma quando descobriu a gravidez ($p=1,000$), e quantidade de filhos da gestante ($p=0,194$), considerando valores de significância menor que 0,05%.

As associações estatisticamente significativas se deram nas variáveis idade da gestante ($p=0.017$), o estado civil ($p=0.001$), a reação dos familiares ao descobrirem a gravidez ($p=0.032$) e o apoio familiar ($p=0.007$).

As tabelas a seguir correspondem ao teste qui quadrado, onde no eixo vertical observa-se o sentimento negativo e neutro representado por 20 gestantes e o sentimento positivo representado por 80 gestantes. No eixo horizontal, os valores superiores correspondem ao valor encontrado e os valores inferiores (na cor azul) representam o resultado esperado.

Na Tabela 3, percebe-se uma associação estatisticamente significativa entre o sentimento de “Ser mãe” e a idade das gestantes ($p=0,017$), de forma que a maturidade tende a proporcionar um sentimento positivo quanto à maternidade. Em termos comparativos, pode-se estimar que gestantes com 20 anos ou mais têm 5,6 vezes mais chance⁸ de experimentar um sentimento positivo quanto a maternidade que as mães adolescentes.

Tabela 3 - Análise de Associação entre Sentimento Ser mãe e Idade da gestante.

<i>Sentimento</i>	<i>Idade</i>				<i>Total</i>
	De 18 a 19 anos	De 20 a 24 anos	De 25 a 35 anos	Mais de 35 anos	
Negativo	7	7	5	1	20
	3	7	8	2	20
Positivo	7	29	36	8	80
	11	29	33	7	80
Total	14	36	41	9	100
	14	36	41	9	100

$$\chi^2=9.8874 \cdot df=3 \cdot \text{Cramer's } V=0.3144 \cdot \text{Fisher's } p=0.02913$$

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018.

⁸ Razão de Chance = $((29+36+8)/(7+5+1)) / ((7)/(7)) = 5,6$

A idade é considerada fator de risco para a gravidez quando relacionada ao comportamento de risco na adolescência ou efeitos fisiológicos na gravidez avançada (ALDRIGH et al.; GOUDARD et al., 2016; QUEVEDO, 2010). A significância na relação entre o sentimento da maternidade e a idade das gestantes, neste estudo, representam outro fator de risco. Para Claval (2014), a adolescência é um período marcado pela absorção de diversos códigos e condutas que lhe foram ensinados a preparar para ação, ainda em um processo de construção de projetos de vida e indecisões, ou seja, “[...] os compromissos para os quais o adolescente se prepara não são definitivos; reorientações são desejáveis. Permanecem várias possibilidades sobre o sentido a dar à vida. As responsabilidades estão próximas, mas não são ainda esmagadoras” (CLAVAL, 2014, p. 99). A fase adulta, por sua vez, é caracterizada por uma dimensão prática de responsabilidades com os afazeres, compromissos, prazos, conquistas, dificuldades e enfrentamentos, e contínua aquisição e enriquecimento de sua cultura (CLAVAL, 2014).

Em uma relação mais íntima com a maternidade, as diferenças de sentimentos e percepções são observadas com dicotomias no significado da maternidade entre algumas gestantes adolescentes e adultas neste estudo:

“Na gestação, na maternidade a gente fica muito carente, a gente perde muito amigo, eu não saio igual eu saía antes, a gente não tem nem mais prazer igual antes, a gente fica mais cansada ou com preguiça ou quando as crianças nascem, eu vejo muita amiga minha que pensa mais na filha, entendeu, acho que é um turbilhão de sensação”.
G97, 18 anos

“Cuidar da saúde dos filhos, saber se está bem, escola e consultas”.
G71, 30 anos.

“Proteger de tudo, do mundo de hoje, atitudes, companhias, o que vê, o que ouve, confiar nas pessoas é difícil.”
G12, 41 anos.

Os relatos acima, seguidos na evolução cronológica das idades, deixam evidente a evolução ou transformação cultural proposta por Claval. No primeiro momento, a adolescente (G97) traz um misto de incertezas quando utiliza o “achismo” na teia de situações, especialmente das relações sociais, conflitadas no período da gestação. Mais adiante, a gestante (G71) remete à parte das responsabilidades que a maternidade impõe, sobretudo o cuidado pontual, pragmático e operacionalizado. E por último, a gestante (G12) traz a palavra proteção, que se torna mais ampla, com visão global do comportamento humano, podendo

propor a experiência de vida.

Na Tabela 04, percebe-se uma associação estatisticamente significativa entre o sentimento de “ser mãe” e o estado civil das gestantes ($p=0,001$), de forma que a relação conjugal tende a proporcionar um sentimento positivo quanto à maternidade. Em termos comparativos, pode-se estimar que a relação conjugal confere 4,3 vezes mais chance⁹ de um sentimento positivo quanto à maternidade em relação às gestantes que não possuem um relacionamento estável.

Tabela 4 - Análise de Associação entre Sentimento Ser Mãe e Estado civil da gestante.

<i>Sentimento</i>	<i>Estado civil</i>					<i>Total</i>
	Casada	Divorciada	Solteira	União Estável	Viúva	
Negativo	2	2	8	8	0	20
	8	0	4	7	0	20
Positivo	38	0	14	27	1	80
	32	2	18	28	1	80
Total	40	2	22	35	1	100
	40	2	22	35	1	100

$$\chi^2=17.735 \cdot df=4 \cdot \text{Cramer's } V=0.421 \cdot \text{Fisher's } p=0.001$$

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018

A construção histórica da relação conjugal até o século XIX nem sempre foi preenchida por amor e afeto como valor familiar e social, bastando se recordar dos casamentos arrumados ou como moeda de troca, o que possa justificar o comportamento de algumas mulheres a partir do século XX, em relação à maternidade sem a presença do marido. A ocupação com a maternidade sobrepõe a carência afetiva e social (BADINTER, 1985). As afirmações da autora são questionáveis para este estudo diante a relevância significativa do estado civil da gestante para sentimentos positivos em relação à maternidade.

Autores como Rezende, Souza (2012); Corneau (1991); Piccinini (2004); Ziegel, Clanley (2008); Maldonado (2017) mencionam o relacionamento conjugal como positivo para as gestantes, como parte do apoio familiar, necessário à segurança materna.

As diferenças de gênero, sobretudo a parentalidade, são parte do processo de construção social que influencia os significados e experiências que justificam ou naturalizam determinados comportamentos e construções de responsabilidades compartilhadas entre homem e mulher (GONTIJO; MEDEIROS, 2010; RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015). As relações

⁹ Razão de Chance = $((38+27)/(2+8)) / ((0+14+1)/(2+8+0)) = 4,3$

conjugais são promotoras de símbolos, afetos, expressões e gestos que exercem influência na prevenção e promoção de saúde e produção de sentidos para a família (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015).

Na Tabela 5, evidencia-se uma associação estatisticamente significativa entre o sentimento de “ser mãe” e a reação dos familiares quanto a notícia ($p=0,032$), de forma que as reações positivas tendem a proporcionar um sentimento positivo quanto à maternidade. Em termos comparativos, pode-se estimar que gestantes cujos familiares tiveram uma reação positiva têm 3,7 vezes mais chance¹⁰ de experimentar um sentimento positivo quanto à maternidade que as demais.

Tabela 5 - Análise de Associação entre sentimento “Ser Mãe” e a reação da gestante ao descobrir a gravidez.

<i>Sentimento</i>	<i>Reação da gestante</i>		<i>Total</i>
	Negativa	Positiva	
Negativo	15	5	20
	10	10	20
Positivo	36	44	80
	41	39	80
Total	51	49	100
	51	49	100

$$\chi^2=4.624 \cdot df=1 \cdot \varphi=0.240 \cdot p=0.032$$

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018.

Apesar das reações ao descobrirem a gravidez serem traduzidas como uma reação inicial, para Tabora et al. (2014), com o passar da gestação as reações positivas podem se traduzir numa rede de apoio para a gestante. Para este estudo, o contexto e influência na rede de significâncias é parte da tríade – estado civil, reação ao descobrirem a gravidez e apoio familiar, que se resumem em família e apoio para a produção de sentidos de “ser mãe” para este grupo.

Na Tabela 6, percebe-se uma associação estatisticamente significativa entre o sentimento de “ser mãe” e o apoio familiar ($p=0,007$), de forma direta, pois ao receberem apoio familiar positivo, as gestantes tendem a experimentar um sentimento também positivo quanto à maternidade. Em termos comparativos, pode-se até mesmo inferir que as gestantes que obtiveram apoio familiar positivo têm 4,2 vezes mais chance¹¹ de experimentarem um

¹⁰ Razão de Chance = $(44/5) / (35/15) = 3,7$

¹¹ Razão de Chance = $(59/8) / (21/12) = 4,2$

sentimento positivo quanto à maternidade que as demais.

Tabela 6 - Análise de Associação entre sentimento “Ser Mãe” e apoio familiar.

<i>Sentimento</i>	<i>Apoio familiar</i>		<i>Total</i>
	Não	Sim	
Negativo	6	14	20
	3	17	20
Positivo	7	73	80
	10	70	80
Total	13	87	100
	13	87	100

$$\chi^2=4.6474 \cdot df=1 \cdot \text{Cramer's } V=0.2157 \cdot \text{Fisher's } p=0.02106$$

Fonte: Pesquisa de campo, 2016 a 2018.

A estrutura familiar é organizada em nuclear, representada por um homem e uma mulher, casados ou em união estável, juntamente com seus filhos; e família ampliada, composta do grupo com maior número de parentesco ao qual pertence a família nuclear, e inclui genitores e irmãos do casal, podendo estender aos avós, tios, tias e sobrinhos, embora a contemporaneidade envolva outras configurações familiares com composição e funções que variam consideravelmente (AGLIO; SIQUEIRA, 2012; PEREIA et al., 2016; ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

O apoio familiar é descrito como um dos mais relevantes instrumentos na redução de estressores relacionados à gestação, parto e desenvolvimento infantil, porém ainda é um desafio para profissionais de saúde e a própria família a compreensão da dinâmica familiar como potencial na redução de morbidade e mortalidade no período perinatal. O apoio se configura em emocional, relacionado à condição afetiva, enfrentamento de problemas, e instrumental, caracterizado por se apoiar nas ações práticas, como o desempenho das tarefas e recursos financeiros (AGLIO; SIQUEIRA, 2012; PEREIA et al., 2016; ROMAGNOLO et al., 2017; VASCONCELOS et al., 2017; ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

A gravidez representa alterações significativas na estrutura familiar, seja pela previsão na gestação ou nascimento do filho, frequentemente relacionados a mudanças de hábitos dos genitores, aumento das relações intrafamiliares, realinhamento do papel de cada um, estrutura social aumentada ou diminuída, relações sexuais, tempo disponibilizado para ações como consultas, grupos educativos, cuidados diários com o filho e finanças. Tais mudanças surgem como agentes estressores, vivenciados de forma diferente, e que podem ser superados a partir

das características interpessoais de encarar problemas através de medidas compensatórias, e o apoio familiar e social vem como um dos maiores recursos de enfrentamento da crise com amparo emocional, moral, instrumental e financeiro (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Em relação a família, o avanço das políticas públicas ocorreram prioritariamente no contexto da assistência social, como os programas Bolsa família e Minha casa, Minha vida. As políticas públicas de saúde para mulheres obtiveram avanços nos últimos 30 anos em relação ao planejamento familiar, controle e tratamento de ISTs, assistência pré-natal e violência doméstica, principalmente em decorrência da ampliação das ESFs na AB (LEAL, 2018).

O primeiro e importante marco na participação familiar na gestação foi em 2005, por meio da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril, conhecida como a Lei do Acompanhante, que garante à gestante a presença de um familiar de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Com ações bem definidas, pautadas no cuidado e atenção às gestantes, essa lei proporciona importante mudança no contexto familiar.

As recentes políticas públicas de saúde da mulher reconhecem, em citações sucintas, a importância do apoio familiar no controle da morbimortalidade materno-infantil, porém uma discussão aprofundada, que oriente as práticas de saúde relacionadas ao apoio familiar, não é percebida (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Em 2016, o MS lançou o Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de Saúde, entretanto o foco encontra-se em ações voltadas para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), considerando o pré-natal como o caminho (BRASIL, 2016). Ações que considerem a importância do apoio familiar para além do parceiro, a participação de diferentes estruturas e configurações familiares, apoio emocional e instrumental novamente são negligenciados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar as vivências, sentimentos e percepções de gestantes assistidas nas ESFs de Governador Valadares/MG relacionadas à maternidade, considerando aspectos que se estenderam à caracterização socioeconômica, demográfica, planejamento da gestação e apoio familiar recebido no período gestacional. Os resultados alcançados possibilitaram a correlação entre as características encontradas com os múltiplos significados e a concepção da maternidade, dados estes informados pelas gestantes pesquisadas.

A maternidade vivenciada positivamente por 80,0% das mulheres/mães deste estudo deve ser considerada a partir da amplitude de condições ligadas especialmente à história individual de cada gestante, não podendo desconsiderar a história incorporada por meio dos discursos e construções vividas.

O amor materno, frequentemente evocado, é um sentimento como todos os demais que está sujeito a imperfeições, oscilações, modificações e intensidades variadas, e independe das condições socioeconômicas, planejamento da gravidez e espaços geográficos, estando ou não presente a situação de risco social. Porém, foi influenciada neste estudo pela idade da gestante, a presença de parceiro, a reação da gestante ao descobrir a gravidez e o apoio familiar recebido durante a gestação.

O espaço territorial vivido sinaliza a possível relação das desigualdades urbanísticas perpetuadas na história de Governador Valadares, com a formação das territorialidades expressadas pelo grupo que referiu sentimentos negativos para a maternidade, o que representa a mulher historicamente envolvida e influenciada pelo poder simbólico e dominação jurídico-política, afetivos e relacionais no grupo. Considera-se que tais espaços geográficos refletem territórios simbólicos inseridos no contexto de vulnerabilidade social, presentes no processo histórico de urbanização da cidade.

Considerando a influência das vivências relacionadas à idade e o convívio familiar na percepção e sentimentos positivos das gestantes em relação à maternidade, este estudo propõe reflexões sobre as políticas públicas que contemplem e favoreçam a presença da família em todo ciclo gestacional, não somente na hora do parto conforme a Lei do Acompanhante instituída em 2005, assim como ações que reforcem o apoio familiar à gravidez no ciclo de vida ideal.

Por ser a gestação um período de profundas transformações emocionais em decorrência dos componentes fisiológicos, torna-se necessário compreender o processo saúde/doença que a envolve, para além do modelo bimodal e considerar a importância do território influenciável pelo poder simbólico-cultural, construído historicamente nas interações sociais.

A busca pelas dimensões interdisciplinares possibilita compreender as ciências que envolvem e integram a maternidade para além dos saberes e práticas do cotidiano, podendo assim intervir na produção de sentidos e autocuidado durante a gestação.

6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

As análises aqui apresentadas pressupõem outros estudos que avaliem a trama de contextos que considerem as individualidades das gestantes, na busca de compreender cada circunstância nas produções de sentidos e significados sobre a maternidade. As representações positivas, negativas e neutras não devem ser tomadas no sentido de polaridade, mas requer sensibilidade de todos para compreender as diversas modulações que permeiam os sentimentos vivenciados e experimentados individualmente por cada uma dessas gestantes.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiania: AB, 2000. 328p.
- AGLIO, D. D. D.; SIQUEIRA, A. C. Avaliação da rede de apoio familiar: a utilização do Mapa dos Cinco Campos. In: BAPTISTA, M. N.; TEODORO, M. L. M. **Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenções**. Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2012. p. 225 - 238. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/64947140-Psicologia-de-familia.html>> . Acesso em: 02 jul. 2019.
- ALDRIGHI, J. D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 2016; 50(3): 512-521. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- AMARAL, M. C. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008, p.927-944. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e35b/c896f3400bb1f314e3abbffe1dc88dcba159.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- ARAÚJO, N. B.; MANDÚ, E. N. T. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. **Interface: Comunicação, saúde, educação**. v. 20, n. 57, p. 363-375, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n57/363-375/pt>>. Acesso em: 03 mar. 2019.
- BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAIÃO, M. R. et al. O puerpério e sua dimensão sociocultural na perspectiva de mulheres moradoras da região e Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. **Revista Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, p. 309-320. 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/6562/5675>>. Acesso em 21 mai. 2019.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático 1003 no campo da Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1003-1022, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2019
- BARCELLOS, C. et al. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, jan-mar, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**. 11(1); 67-84, 2002. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2002.v11n1/67-84/pt>>. Acesso em: 04 mar. 2019.
- BASTOS, N. C. B. **Evolução Histórica (1942-1991)**. SESP/FSESP: Recife, 1993.

BÍBLIA. Português. **Bíblia de Estudos de Genebra**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Cultura Cristã, 1728 p. 1999.

BONATTI, A. F. et al. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **J. res.: fundam. care. online** 2018. jul./set. 10(3): 871-876. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6256/pdf_1>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.45, São Paulo - Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/07.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. História e Sociedade. Tradução: Fernando Tomaz. Lisboa: Edições70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 p. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 82 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humaniza_SUS.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASILb. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF, 146 p. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF, 80 p. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

BRASILc. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASILd. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 1, de 29 de Setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Elaboração e Organização: Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016, 55 p. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10mg.def>>. Acesso em: 20 de fev. 2018.

CABRAL, A. C. et al. **Êmese da gravidez**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Cap. 1 - O que é hiperêmese gravídica e qual a sua importância; p.1-3. Disponível: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SeyrieZ-ZEmeseZnaZGravidezZ-ZwebZ-ZversoZfinal.pdf>> . Acesso em: 20 jan. 2019.

CADONÁ, E.; STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(2): 477-499, maio-agosto/2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v22n2/a05v22n2.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CAMARGO, M. F. Maternidade: simples assim? **Sapere Aude** – Belo Horizonte, v.4 - n.7, p.477-482 – 1o sem. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/5592>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

CAMBRIA, E., WHITE, B. Jumping NLP Curves: **A Review of Natural Language Processing Research**. IEEE Computational Intelligence Magazine (2014), 48–57.

CARNEIRO, M. S. et al. Dimensões da Saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 454-461, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

CARNEIRO, M. S. **Representações sociais sobre pré-natal entre mulheres-mães do Pará: implicações para o agir cuidativo-educativo em enfermagem**. 2012. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, 2012.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

CARULA, K. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em *A Mãe de Família*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez. 2012, p.197-214. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138072011.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2019.

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. 4ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 456 p. 2014.

CLAVAL, P. Uma, ou algumas, abordagem(ns) cultural(is) na geografia humana?. In: SERPA, A., org. **Espaços culturais: vivências, imaginações e representações** [online]. Salvador: EDUFBA, 426 p., 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CORNEAU, G. **Pai ausente, filho carente - O que aconteceu com os homens?** Tradução: Lucia John. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

CORRÊA, L. G. **Mães cuidam, pais brincam: normas, valores e papéis na publicidade de homenagem**. 2011. 254 f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Programa de Pós-graduação em Comunicação Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/FAFI-8U4JXZ/1/tese_laura_guimaraes_correa_ppgcom.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

CORREIA, M. J. Sobre a maternidade. **Aná. Psicológica** v.16 n.3 Lisboa set. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista Rene**. V. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4531/3414>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, SP. v. 1. n. 47. p. 152-9, set/maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DIAS, J. M. G. et al. Mortalidade Materna. **Revista Medicina Minas Gerais**, 25(2): 173-179. 2015. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

DIAS, E. G. et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol.12, n.10, 2018. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884/513>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

DIMENSTEIN, M. Representações de maternidade de pacientes e terapeutas: questões para a prática da psicologia nos serviços públicos de saúde de Teresina-PI. In: ZANELLA, A. V. et al., org. **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

DOLTO, F. **Quando surge a criança - Tomo II**. Tradução: Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

DRAGO, A. B.; MENANDRO, M. C. S. A Paternidade e a Maternidade sob o Olhar de Jovens de Classe Média e Baixa: Um Estudo em Representações Sociais. **Revista colombiana de psicología**, vol. 23, n.º 2, Bogotá - Colômbia, p. 311-324. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v23n2/v23n2a06.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2019.

ESPINDOLA, H. S. **Associação comercial de Governador Valadares**: sessenta anos de história. Governador Valadares: ACGV, 1999.

ETZIONI, O.; BANKO, M.; CAFARELLA, M. J. Machine Reading. In: **AAAI**. 2006. p. 1517- 1519.

FARIA, R. M. Geografia da Mortalidade Infantil no contexto das desigualdades regionais do estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Ra'e Ga** – Curitiba, v. 36, p.152 – 178, Abr/2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/41485/27997>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. Ra'e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no Brasil. **R. Ra'e Ga**, Curitiba, v.38, p. 291 - 320, Dez/2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/43912/30290>>. Acesso em: 02 abr. 2019

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev Gaúcha Enferm.** 2015;36(esp): 192-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0192.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FERRUCCI, D et al. An Overview of the DeepQA Project. **AI Magazine** 31, 3, 59–79. 2010.

FESCINA R. H. et al. **Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS**. Montevideo: Centro Latino-Americano de Perinatologia - Saúde da Mulher e Reprodutiva, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2927.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Tradução: Angela Lobo de Andrade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Reimp - Rio de Janeiro: LTC, 213 p. 2014.
GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 173 p. 2017.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território na saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237 – 255.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Significados da maternidade e paternidade para adolescentes em processo de vulnerabilidade e desfiliação social. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(4):607-15. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a03.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 21(4):1227-1238, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1227.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

GOVERNADOR VALADARES. **Plano Municipal de Assistência Social de Governador Valadares**. Prefeitura Municipal de Governador Valadares: Secretaria Municipal de Saúde - Núcleo de Gestão Estratégica e Inovação em Saúde, 2017, 123 p.

GOVERNADOR VALADARES. **Plano Municipal de Saúde**. Prefeitura Municipal de Governador Valadares: Secretaria Municipal de Saúde - Núcleo de Gestão Estratégica e Inovação em Saúde, 2017, 40 p.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. **Pensando Famílias**, 18(1), jun. 2014, (55-62). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a06.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GUIMARÃES, C. M. O. **Novos valores, velhas questões: o planejamento urbano em Governador Valadares**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: sociologia e política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. p. 213. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-96NJGZ/1/vers_o_entrega_final_080709.pdf>. Acesso: 22 ago. 2019.

GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. Vínculo mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Revista do Nufen** - Ano 03, v. 01, n.02, agosto-dezembro, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v3n2/a02.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

GUTMAN, L. **O poder do discurso materno**: introdução à metodologia de construção da biografia humana. Tradução: Lizandra Magon de Almeida. São Paulo: Editora Ágora, 2013.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 396p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2010**. [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2016**. [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2017**. [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2018**. [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

HAENLEIN, M; KAPLAN A. A brief history of artificial intelligence: On the past, present, and future of artificial intelligence. **California Management Review**, 61(4):5–14, 2019.

KAPLAN, A.; HAENLEIN, M. Siri, siri, in my hand: Who's the fairest in the land? On the interpretations, illustrations, and implications of artificial intelligence. **Business Horizons**, 62(1):15–25, 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 346 p. 2017.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 11, n. 1, p. 105-111, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(3) mai-ju, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23>. Acesso em: 23 abr. 2019.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, vol.23, n.6 Rio de Janeiro June 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

LIBÂNIO, Clarice de Assis (Org.). **Guia cultural Governador Valadares**. [S.l.: s.n.], 81 p. 2010.

LIMA, J. R. C.; PORDEUS, A. M. J.; ROUQUAYROL, M. Z.; Medida da Saúde Coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2013.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MARTINS, E. F. et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Caderno Saúde Pública**, 33(1): 20. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00133115.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: Comunicação saúde educação**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549. 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 21 abr. 2019.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 407 p. 2014.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda, A.C.; Barcellos, C.; Moreira, J.C.; Monken, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2019.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigação em Psicologia Social. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOURA, D. F. G. Maternidade e Poder. **Revista Mal-estar e Subjetividade** - Fortaleza - Vol. XIII - No 1-2 - p. 387 - 404 - mar/jun 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v13n1-2/15.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2019.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (1), 44-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MÜLLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gerenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 978-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/17.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

MUNSLINGER, I. M. et al. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(3): 357-363, jul./set., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4541/pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

NAIDON, A. M. et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em Terapia Intensiva Neonatal: Relato de mães. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, 27(2), 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5750016.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [1]: 53-75, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2019.

OLIVEIRA, R. D. **Saúde da Mulher: construindo um direito**. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus rebatimentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal Fluminense – Campus Universitário de Rio das Ostras, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4636/1/TCC%20II_constru%C3%A7%C3%A3o_abril_final.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10a Revisão. 2a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evolución de lamortalidad materna: 1990-2015**. Ginebra, Suíza. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra, Suíça. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Más sano. Más justo. Más seguro: latravesía de lasalud mundial 2007-2017**. Ginebra, Suíza. 2017. Disponível em: <<http://Le://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259204/1/9789243512365-spa.pdf?ua=1>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e Saúde: Evidências de hoje – Agenda de amanhã**. Genebra, Suíça. 2011. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1> Acesso em: 20 out. 2019.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260 – 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbh/v23n45/16527.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestante atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza - CE. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, 171-177, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/516>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

PEREIRA, M. O. et al. **Percepção de gestantes sobre suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal conforme diretrizes do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Cedeplar - Universidade Federal de Minas Gerais. Diamantina(MG), 2016. Disponível em: <<https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina-2016/378-650-1-RV.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PICCININI, C. A. et al. O Envolvimento Paterno durante a Gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2004, 17(3), p. 303-314. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

PICCININI, C. A. Gestação e a constituição da maternidade. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

PORTO, C. M. Um olhar sobre a definição de cultura e de cultura científica. In: PORTO, CM. BROTAS, AMP; BORTOLIERO, ST., orgs. **Diálogos entre ciência e divulgação científica: leituras contemporâneas**. Salvador: EDUFBA, pp. 93-122, 2011.

PRADO, O. Z.; MEYER, S. B. Avaliação da relação terapêutica na Terapia assíncrona via internet. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 247-257, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a02.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

QUEIROZ, E. W. S. A Construção do Vínculo Terapêutico: Uma reflexão sob a perspectiva gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 14, nº 26, 2017. p. 109 – 126. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v14n26/v14n26a07.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2019.

QUEVEDO, M. P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. Tese (Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. p. 211. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14052010-082745/publico/MicheleQuevedo.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicol inf.** vol.16, nº.16, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.11, p.3589-3598. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3589.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

RODRIGUES, A. F. M. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina-ES sob a perspectiva de gestores, profissionais e usuárias da estratégia de saúde família**. 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2013.

RODRIGUES, D. P. et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. **Online Brazilian journal of nursing**. 12(4): 911-22, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4287/html_68>. Acesso em: 08

abr. 2019.

RODRIGUES, C. D. S.; LOPES, A. O. S. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Psic.**, v.10, nº 32. Nov-Dez, 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/811>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ROMAGNOLO, A. N. et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 133-146, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/31412/23036>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2013.

RUSSELL, J. S.; NORVIG, P. Artificial intelligence: A modern approach. **Prentice Hall**, 2009.

SACK, R. D. **Territorialidade Humana: sua teoria e história**. Cambridge - Cambridge University Press, 1986. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/122069571/Sack-Robert-David-Territorialidade-Humana-sua-teoria-e-historia>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2006.

SANTOS, C. C. et al. Perfil social de adolescentes gestantes e abandono escolar. **Rev. Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 71-76, jul/set, 2014. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=453#>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 384 p. 2009.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, F. A. N. A importância do vínculo terapêutico entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Jul/Set.;6(3): 350-359. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Aline%20Souza/Downloads/17313-114880-2-PB.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SERRUYA, S. J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHNELLE-WALKA, D. et al. Nlu vs. dialog management: To whom am i speaking?. In: **Workshop on Smart Connected and Wearable Things 2016**. 2016. p. 43.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 abr-jun; 13 (2): 393-401. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a22.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

SILVA, B. G. C et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**. 19(3): 484-493. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00484.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Revista Saúde Debate**.v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SHAWAR, B. A.; ATWELL, E. Chatbots: are they really useful?. In: **Ldv forum**. 2007. p. 29-49.

SOUZA, N. A. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís - MA. **Rev. Ciênc. Saúde** v.15, n. 1, p. 28-38, jan-jun, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1919/2833>>. Acesso em: 04 set. 2019.

SOUZA, T.; CASCAES, T. R. Gênero e poder: categorias úteis na análise histórica da ciência e da tecnologia. **Revista eletrônica interdisciplinar: Divers@!** Matinhos, n. 0, v. 1, p. 83-89, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/34041/21201>>. Acesso em: 01 out. 2018.

SOUZA, M. C. R. F.; FONSECA, M. C. F. Territórios da casa, matemática e relações de gênero na EJA. **Cadernos de Pesquisa**. v.43 n.148 p.256-279 jan./abr., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v43n148/13.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SOUZA, A.V; AMBRÓSIO, V. O.; FRAUCHES, M. B. **Diferentes olhares sobre a Maternidade**. Anais 16º Simpósio de Iniciação Científica: (RE) Invenção do presente: condição humana, natureza, tecnologia e sociedade. UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – Governador Valadares/MG. Disponível em: <https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/06/Vers%C3%A3o-final-volume-16-n1.pdf>. Acesso: 20 fev. 2019.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. [Online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

TABORDA, J. A. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00016.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

TACHIBANA, M.; SANTOS, L. P.; DUARTE, C. A. M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psyche** (Sao Paulo), v.10 n.19 São Paulo dez., 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n19/v10n19a10.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

VASCONCELOS, A. A. et al. Perfil das gestantes em situação de vulnerabilidade acompanhadas pela estratégia Trevo de quatro folhas, Sobral/CE. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(3): 100-108, jul-set, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/19572/13132>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

VIANA, A. L. A. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/01.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**, 2004; 17 (2) : 56-60. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/677/2047>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. Enfermagem Obstétrica. In: **Gestação; Assistência Materno-fetal - Coleta e Avaliação de Dados na Gravidez Sadia; Adaptação Psicossocial da Família em Procriação**. Tradução: J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, cap. 8, 9 e 12, p. 120 - 179 e p. 214 - 225.

WILLIAMS, J. D. et al. Fast and easy language understanding for dialog systems with Microsoft Language Understanding Intelligent Service (LUIS). In **Special Interest Group on Discourse and Dialogue**. p.159–161, 2015.

WHO - World Health Organization. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**; 2018. Disponível em: http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf. Acesso: 20 de setembro de 2019.

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA INSTITUIÇÃO E ACESSO E USO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Para: Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares/MG – Renato Fraga

Assunto: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território da UNIVALE, a ser realizado pela mestranda Marcela Otoni da Silva Pereira, sob orientação da prof^{ta} Dr^a Suely Maria Rodrigues, com o título: “Contribuição de Gestores, Profissionais de Saúde, Gestantes e Suas Famílias no Processo de Adesão e Atendimento aos Princípios/ Normas Previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal E Nascimento (PHPN) no Município de Governador Valadares”.

O estudo será desenvolvido, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral do projeto é conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) e agentes comunitários que realizam suas atividades laborais na Estratégia de Saúde da Família desse município, além das gestantes atendidas pelo PHPN.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 12 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acreditamos que com este trabalho, teremos um melhor conhecimento do conceito de território e territorialização, bem como, a influência desses no planejamento das ações de saúde. O estudo justifica-se à medida que proporciona uma reflexão sobre as questões socioeconômicas, de saúde da população e do desenvolvimento da sociedade.

O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados na dissertação

de mestrado em Gestão Integrada do Território da pesquisadora responsável e por meio de publicação de artigo científico em revista especializada.

Governador Valadares, outubro de 2013.

Suely Maria Rodrigues
Pesquisadora Responsável

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para Gestantes

<p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Mestrado em Gestão Integrada do Território</p>
<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p>

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.</p>
<p>Natureza do Projeto: Pesquisa</p>
<p>Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)</p>
<p>Pesquisador Responsável: Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Nome da Mestranda Participante: Aline Valéria de Souza</p>
<p>Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares, na área de Ciências Humanas.
- 2) A pesquisa terá como objetivo de conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares
- 3) As clientes (gestantes e puérperas) participarão de duas entrevistas e um Inventário psicológico sendo a primeira entrevista e o inventário, realizados a partir da 30ª semana de Gestação e a segunda entrevista após o parto, mais especificamente entre o 15º e 42º dia de puerpério (período após o nascimento).
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
 - 3.1) A entrevistadora lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça à entrevistadora para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, a entrevistadora registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como, se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.
 - 3.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo

desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das famílias e das representações sociais em torno da qualidade da assistência pré natal, tem-se como expectativa que os resultados alcançados possam indicar estratégias para fortalecer a mobilização em prol do desenvolvimento das atividades do PHPN no Município e a consequente melhoria da qualidade desta assistência.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Gestantes**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO****Contribuição De Gestores, Profissionais De Saúde, Gestantes E Suas Famílias No
Processo De Adesão E Atendimento Aos Princípios/ Normas Previstas Pelo Programa
De Humanização Do Pré-Natal E Nascimento (PHPN) No Município De Governador
Valadares****Roteiro de Entrevista: Usuárias****Data:** ___/___/____. **Entrevistadora:** _____ Nº _____**INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é: conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistadora.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

A) IDENTIFICAÇÃO/ PERFIL DA ENTREVISTADA

1. Área: _____

2. Idade: _____ anos.

3. Tempo de residência na cidade: _____ anos.

4. Tempo de residência no atual endereço: _____ anos.

5. Estado Civil (opção única):

 Solteiro (a) Viúvo (a) Casado (a) Separado (a) União Estável Divorciado (a)**B) CLASSIFICAÇÃO SOCIAL (ABEP)**

6. Qual é o seu grau de instrução (Resposta única)

Grau de instrução		Pontos
1.	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade/ Fundamental incompleto	0
2.	<input type="checkbox"/> Fundamental completo/ Ginásial incompleto	1
3.	<input type="checkbox"/> Ginásial completo/ 2º grau incompleto	2
4.	<input type="checkbox"/> 2º grau Completo/ 3º grau incompleto	4
5.	<input type="checkbox"/> 3º grau completo	8

Posse de itens

VARIÁVEIS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 OU +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.	0	3	7	10	14
Quantidade de empregados mensalistas, trabalhando pelo menos cinco dias por semana.	0	3	7	10	13
Quantidade de máquina de lavar roupa, excluindo tanquinho.	0	3	5	8	11
Quantidade de banheiros	0	3	6	8	11

DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.	0	3	6	6	6
Quantidade de geladeiras.	0	2	3	5	5
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.	0	2	4	6	6
Quantidade de micro computadores (de mesa, laptops, notebooks e netbooks.	0	2	4	6	6
Quantidade de lavadora de louças.	0	1	3	4	6
Quantidade de forno de micro-ondas.	0	2	4	4	4
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.	0	1	3	3	3
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.	0	2	2	2	2

7. Classificação econômica (Referente às duas questões acima)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A (45 – 100 pontos) | <input type="checkbox"/> C2 (17 – 22 pontos) |
| <input type="checkbox"/> B1 (38 - 44 pontos) | <input type="checkbox"/> D e E (0 – 16 pontos) |
| <input type="checkbox"/> B2 (29 – 37 pontos) | |
| <input type="checkbox"/> C1 (23 – 28 pontos) | |

8. Condição de trabalho do informante (Resposta única)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Do lar | 4. <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo |
| 2. <input type="checkbox"/> Estudante | 5. <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Trabalhador assalariado | |

9. Situação de trabalho do informante (Resposta única)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Afastado | 4. <input type="checkbox"/> Em exercício |
| 2. <input type="checkbox"/> Aposentado | 5. <input type="checkbox"/> Pensionista |
| 3. <input type="checkbox"/> Desempregado | 6. <input type="checkbox"/> _____ |

10. Renda familiar em Salário Mínimo: _____ SM.

11. Número de pessoas que contribuem com a renda familiar: _____ pessoas.

12. Você já teve outra gestação?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim, _____ nascidos vivos. | 3. <input type="checkbox"/> Sim, _____ abortos. |
| 2. <input type="checkbox"/> Sim, _____ natimortos. | 4. <input type="checkbox"/> Não |

13. Número de filhos vivos: _____

14. A gravidez atual foi planejada?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

C) SITUAÇÃO DA GESTANTE NO PROGRAMA

15. Idade gestacional: _____ semanas.

16. Quantas consultas de pré-natal você realizou? _____

17. Com quantas semanas de gravidez você: iniciou o pré-natal: _____ semanas.

18. Qual foi a sua reação ao descobrir que estava grávida? _____

19. Ao longo do pré-natal, quais foram os exames laboratoriais você fez?

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | 8. <input type="checkbox"/> HBsAg |
| 2. <input type="checkbox"/> Glicemia | 9. <input type="checkbox"/> EAS |
| 3. <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo/FatorRh | 10. <input type="checkbox"/> Urocultura |
| 4. <input type="checkbox"/> VDRL | 11. <input type="checkbox"/> Ultrassonografia |
| 5. <input type="checkbox"/> Testagem Anti-HIV | 12. <input type="checkbox"/> Colpocitologia oncótica |
| 6. <input type="checkbox"/> Rubéola | 13. <input type="checkbox"/> EPF |
| 7. <input type="checkbox"/> Sorologia para Toxoplasmose | |

20. Você recebeu alguma vacina no pré-natal?

1. Sim

2. Não.

21. Quais vacinas? _____

D) FATORES QUE POSSAM INTERFERIR NA ADESÃO

22. Coleta de evocações

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

Assistência Pré-natal	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

23. Em geral, quantos minutos duram as consultas de pré-natal que você faz? _____.

24. O que você acha do tempo de duração da consulta e o tempo de espera para ser atendida?

25. Quanto tempo você esperava para ser atendida no dia da sua consulta de pré-natal? _____ minutos.

26. Enquanto você fica esperando pela consulta, é realizado alguma atividade, por algum profissional?

1. Sim

2. Não

27. Qual atividade? _____

28. Além de fazer consultas, você já participou de alguma outra atividade na ESF?

1. Sim

2. Não

29. Qual atividade? _____

30. Quais contribuições ou benefícios tais atividades trouxeram para você?

31. Você recebeu orientação sobre o pré-natal?

1. Sim

2. Não.

32. Quais orientações você recebeu? _____

33. Você recebeu informações sobre qual serviço procurar em caso de necessidade relacionada à gravidez?

1. Sim

2. Não.

34. Que procedimentos o médico ou enfermeiro realiza em você em todas as consultas?

1. Aferição da temperatura

4. Aferição do Peso

2. Aferição do pulso

5. Aferição do BCF

3. Aferição da pressão arterial

6. Aferição do Altura Uterina

35. Após a realização desses procedimentos, o médico ou enfermeiro conversava com você sobre eles?

1. Sim.

2. Não.

36. Você já indicou o serviço para outra gestante?

1. Sim.

2. Não

37. Por quê?

38. Que nota você daria para o atendimento realizado pelo médico? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

39. Que nota você daria para o atendimento realizado pelo Enfermeiro? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

40. Que nota você daria para o acompanhamento realizado pelo ACS? Considere 1 como ruim e 10 como muito bom (opção única)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

41. Qual foi a reação de seus familiares próximos ao saberem que você estava grávida?

42. Na sua visão, quem faz parte da família?

43. O que significa família para você?

44. Alguém a acompanha à ESF para fazer exames ou consultas?

1. Sim
2. Não. (pular para Q47)

45. Se sim, quem a acompanhou? _____

46. Por que a acompanha? _____

1. Sim
2. Não, porque? _____

47. Você recebeu apoio de alguém da sua família neste período?

1. Sim
2. Não. (pular para Q49)

48. Quem a apoia? _____

49. Você acha o apoio e participação da família no período gestacional importante?

1. Sim
2. Não.

50. Por quê? _____

51. Você gostaria de ter um acompanhante na sala de parto?

1. Sim
2. Não.

52. Por quê? _____

53. Se sim, quem você gostaria de ter como acompanhante na sala de parto? _____

54. Porque você gostaria de ter essa pessoa como acompanhante na sala de parto? _____

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE ADESÃO E ATENDIMENTO AOS PRINCÍPIOS/ NORMAS PREVISTAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20618313.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 441.089

Data da Relatoria: 14/10/2013

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no projeto.

Recomendações:

Não há nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência e ou lista de inadequação.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br