

3 Gestação: da saúde ao risco

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

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

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

3.1 Sobre a ideia da maternidade e o ato da gestação

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

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

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

3.2

O panorama das políticas de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

(Ministério da Saúde, 2010, p. 11)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Machado et al, 2007, p.5)

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

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

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

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

(Brasil, 2010)

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

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

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

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

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

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

3.2.1 Políticas Públicas para mulheres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3

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

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

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

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

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

(Buss, 2003, p.21)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Verdi & Caponi, 2005, p. 86)

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

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

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

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

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

(Verdi & Caponi, 2005)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUADRO 2 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

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

Buss (2003, p. 35)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4

A concepção de risco

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

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

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

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

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

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

(Caponi, 2003, p.74)

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

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

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

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

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

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

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

(Caponi, 2003, p 76)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.1

A contextualização do estado gravídico de risco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Dourado & Peloso, 2007)

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

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

(Brasil, 2000, p.11-12)

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

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

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

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

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

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

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

3.5

A proposta de resiliência como conceito auxiliar

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

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

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

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

(Tavares, 2001, p.15)

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

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

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

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

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

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

3.5.1 Histórico do termo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.2

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

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

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

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

(Silva, 2003, p. 34)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.3

Resiliência e risco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Sapienza & Pedromônico, 2005, p.211)

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

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

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

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

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

(Tavares, 2001, p. 39)

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

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

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

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

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

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