

7

Discussão dos dados

A partir da execução das entrevistas clínicas e da coleta de dados segundo os instrumentos RAG e da Ficha Biográfica, os resultados podem ser discutidos levando em conta o cruzamento entre os instrumentos. Analisando-se os resultados obtidos, sobre os dados sociodemográficos das gestantes, observamos uma predominância de gestantes com ensino médio — completo ou incompleto —, o que pode indicar maior acesso a diferentes ambientes sociais, maior empregabilidade e acesso a diferentes redes sociais (Sluzki, 1997).

No que tange à idade e à situação ocupacional, as informações coletadas confirmam a inclusão da maior parte da amostra em uma faixa etária útil ao trabalho e à atividade ocupacional, embora o desemprego tenha sido identificado de maneira significativa. Uma razão para a ocorrência deste dado encontra-se na própria situação de risco, que muitas vezes torna o trabalho uma tarefa contraindicada e que oferece risco em potencial à manutenção da gravidez (Brasil, 2000). De qualquer forma, a relação com o trabalho — doméstico ou remunerado — configurou um tema de destaque nos relatos das mulheres entrevistadas. A relação íntima entre trabalho e maternidade atualmente tem sido alvo de inúmeros estudos na área (Rocha-Coutinho, 2005, 2007; Almeida, 2007).

Sobre a situação conjugal, quase a totalidade da amostra declarou-se em convivência marital estável e durante as entrevistas, houve consenso quanto algum nível de satisfação com a relação, ou pelo menos estabilidade afetiva. O surgimento de uma família — no caso das gestantes primíparas — marcada pela parentalidade, e consolidação dos laços com filhos já existentes — para as gestantes múltiparas — parece entrelaçar parentalidade e conjugalidade de uma forma significativa durante o período de gestação (Chaves, 2006; Piccinini et al, 2008). Em contrapartida, alguns estudos apontam para dificuldades advindas de uma relação conjugal tensa, tanto para o casal como para o exercício da parentalidade (Braz, Dessen & Silva, 2005).

No que tange à classe social das gestantes, apesar de não ser o foco de nossa investigação, existem estudos que propõem uma articulação entre pobreza e apoio social, de forma a defender a teoria do apoio social como forma eficaz de debate e

reformulação de um modelo de saúde ainda somente curativo (Valla, 1999; Lever & Martinez, 2007).

A articulação entre os dois elementos do instrumento — RAG — teve como base o interesse pela avaliação da noção de risco, rede social de apoio e a resiliência psicológica. Quanto à noção de risco, foram levantadas as temáticas do diagnóstico em si e a articulação com a temática da saúde materna e saúde fetal. Sentimentos de surpresa e medo diante do diagnóstico dado pela unidade de saúde em tela foram constantemente relatados pelas participantes. Existe, assim, uma diferença significativa entre a vivência afetiva da maternidade e a realidade biológica e clínica, traduzida a partir do discurso especializado e técnico.

O grupo de alto-risco, caracterizado por uma probabilidade maior de complicações durante a gravidez, deveria dispor de uma abordagem em saúde diferenciada, de forma a contemplar a diversidade dos temas relacionados à vivência do risco gravídico, inclusive para a melhoria da assistência a este público (Tedesco, 2000; Dourado & Pelloso, 2007).

O fato de, na amostra consultada, termos um número considerável de primíparas em seu terceiro trimestre gestacional solicita da equipe de saúde uma preocupação adicional no sentido de esclarecer à gestante a especificidade da situação clínica de risco. Além disto, reforçar a aderência ao programa de pré-natal e ao mesmo tempo capacitar a gestante a utilizar seus recursos pessoais em prol de sua saúde, através de ações educativas e de promoção de saúde (Cardoso et al, 2007; Rios & Vieira, 2007; Shimizu & Lima, 2009).

Outro dado coletado diz respeito à atribuição de uma relação — direta ou indireta — entre a saúde materna e a repercussão para a saúde fetal por metade das entrevistadas. Este resultado nos leva a crer que para a solução adequada do risco gravídico, cabe à gestante a tomada de iniciativa quanto às mudanças de comportamento e de saúde necessárias para a manutenção de uma condição ótima de gravidez.

Assim, interpretamos esta informação à luz das pesquisas em qualidade de saúde, que defendem a importância da capacidade do indivíduo de auto-sustentar-se e ter autonomia para a tomada de decisão sobre sua vida e rumos a tomar (*empowerment*). A equipe de saúde deve promover o fortalecimento desta postura de independência e autonomia por parte da gestante (Spalliciet al, 2002).

Esta preocupação coaduna-se com a necessidade do controle dos indivíduos sobre os determinantes em saúde, caracterizando, assim, uma nova tendência na área, baseada no conceito de promoção de saúde (Buss, 2000, Brasil, 2001; Fleury-teixeira et al, 2008).

Outros temas referentes à definição de risco abarcam preocupações com o parto, a internação, a saúde individual que está sendo perturbada e a possibilidade de não ter mais filhos. Todas as situações dizem respeito à sensação de insegurança contra a natureza de expectativa atribuída à situação de risco gravídico (Nascimento & Radomile, 2007). Discutimos a concepção de risco das gestantes oscilante entre a ideia do risco-perigo e a baseada na ideia de risco-probabilidade (Menegon & Spink, 2006). A primeira situa-se ancorada no senso comum e sobre a ocorrência do imprevisível e incontrolável, enquanto a segunda utiliza-se de estratégias de educação e intervenção em saúde.

Apesar da vivência do risco gravídico — capturada através dos relatos das participantes —, oferecer elementos claramente advindos do senso comum, observamos influências do discurso científico no intuito de medicalização da vivência da gestação através da apresentação da tecnologia e dos recursos da ciência como única possibilidade de cuidado (Barros, 2002; Tesser, 2006; 2006a). Esta realidade foi traduzida pela preocupação de 58,4% das participantes com o controle sobre o corpo como estratégia máxima contra a situação de risco (Vieira, 1999; Natansohn, 2005; Russo, 2006).

Propomos uma discussão acerca da necessidade de reestruturação dos saberes e práticas biomédicos, no intuito de favorecer a expressão da autonomia dos usuários de saúde. O uso hegemônico da tecnologia como possibilidade única de intervenção subestima os resultados e enclausura a vivência do adoecimento em um ciclo vicioso, marcado pelo controle da doença e do risco a qualquer custo, sem a resignificação necessária da situação de diagnóstico e de condução da cena clínica (Tesser, 2006a; Gutierrez & Minayo, 2010).

De acordo com o eixo analítico sobre redes, avaliamos a composição e função das redes de suporte social através de algumas categorias temáticas: maternidade/heranças familiares, rede social disponível e equipe como promoção de saúde.

Sobre os temas *modelo de parentalidade e maternidade/heranças familiares*, não há consenso sobre o histórico de partos nas famílias das

participantes do estudo, contudo, existe uma tendência quanto ao modelo de parto desejado — normal — e a consideração de que a normalidade do parto se deve à ausência de intervenção por parte da equipe clínica. Neste ponto, a relevância de heranças familiares se torna significativa através de elementos identitários transmitidos transgeracionalmente entre as figuras femininas. Dentre estes elementos temos receitas caseiras, congruência entre as etapas do ciclo vital onde a maternidade se evidencia, e cargas genéticas específicas, como a hipertensão e tendência a gestações gemelares, o que evidencia a ocorrência de um processo de transmissão psíquica familiar que deve ser considerado como aspecto relevante no processo de subjetivação das participantes enquanto gestantes e mães (Carreteiro & Freire, 2005; Passos, 2005; Magalhães & Féres-Caneiro, 2005).

No que tange às redes de suporte social, a possibilidade metodológica de investigação era ampla para a avaliação do aspecto estrutural e funcional da rede de apoio, como o Mapa dos cinco campos (Hope, 1998; Siqueira et al, 2006), o *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS) (Sarason et al, 1983; Silva, 2003), o Questionário do Medical Outcomes Study para suporte social (Sherbourne & Stewart, 1991; Griep et al, 2005) e a Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) (Ribeiro, 1999).

As medidas de suporte social podem ser organizadas segundo três modalidades: (1) avaliação do número de contatos sociais mantidos; (2) operacionalização dos tipos de suporte oferecidos; e (3) avaliação das necessidades de suporte social e o grau de satisfação com o mesmo (Siqueira, 2008). Nosso estudo tem como preocupação verificar a disponibilidade e qualidade do suporte oferecido.

O aspecto funcional da rede foi dividido em três modalidades de apoio: afetivo (conversas sobre assuntos pessoais e íntimos), instrumental (ajuda material, auxílio em atividades cotidianas e deslocamentos) e informacional (conhecimento disponibilizado e resolução de dúvidas) (Jussani et al, 2007).

No que tange à composição da rede de apoio, de maneira global, obtivemos componentes da família, como a mãe, parentes próximos, o companheiro, filhos mais velhos, figuras do sexo feminino mais próximas — como vizinhas e amigas —, o médico, a equipe de saúde, fontes de mídia impressa e outras usuárias do serviço de pré-natal.

Notamos a existência de fontes mais próximas e outras mais distantes e circunstanciais, formando um leque amplo de opções de acesso. Interpretamos este resultado à luz de um rol de dimensões de suporte (Dunst & Trivette, 1990), das quais destacamos o tamanho atual da rede, a frequência dos contatos, a necessidade do suporte, a congruência, reciprocidade, proximidade e satisfação.

Foram citadas redes pequenas, porém com alto nível de funcionalidade. Apesar deste aspecto positivo, a grande frequência dos contatos entre os componentes da rede tende a sobrecarregar seus membros (Sluzki, 1997). Talvez o tamanho destas redes não seja significativo para a gestante de risco e sim a qualidade do apoio recebido. A necessidade e a frequência do suporte parecem identificar os componentes familiares como fundamentais, com destaque para a mãe da gestante como fonte principal de suporte afetivo.

À medida em que o suporte assume uma função instrumental, a figura do companheiro se destaca (Piccinini et al, 2004), no entanto, os familiares também são citados de forma crescente. Diante de alguma intercorrência de saúde, interpretamos este resultado de acordo com a proximidade que alguns componentes da rede possuem em relação à gestante e talvez, por isso, sejam acessados nesta situação mais prontamente que o companheiro, que trabalha.

A percepção do suporte disponibilizado (Dessen & Braz, 2000) parece estar diretamente relacionada ao valor atribuído ao componente da rede e à funcionalidade do auxílio. No caso das gestantes, figuras femininas foram citadas recorrentemente, talvez com o intuito de transmissão de experiências próprias quanto à maternidade/maternagem ou mesmo por uma tradição cultural que identifica o gênero feminino como compatível com o cuidado e o apoio mútuo (Gutierrez & Minayo, 2010).

No que tange à modalidade de apoio informacional, a função de apoio denominada de suporte técnico foi amplamente citada, com especial ênfase para a figura do médico obstetra e a equipe ampla de saúde. Mesmo alguns componentes da rede próxima de suporte foram citados com referência à atuação destas pessoas também como profissionais da área de saúde.

Houve um decréscimo do suporte citado pelas gestantes da importância da mãe para o apoio instrumental, em comparação com o apoio afetivo. Este fato pode indicar a exclusividade do suporte afetivo atribuído à mãe, enquanto o apoio

instrumental pode ser executado por outros componentes da rede, sem comprometimento da qualidade da mesma.

A avaliação positiva das participantes a respeito da equipe de saúde do serviço de pré-natal foi expressiva e as justificativas dadas, traduzidas sob os temas rapidez dos exames, solução de dúvidas e disponibilidade de informações, maior controle da saúde e atenção/cuidados, desenham um cenário onde cuidado, controle da saúde e prontidão de atendimento são aspectos vistos como positivos pelas gestantes de risco.

Quanto ao terceiro eixo analítico, sobre a investigação das estratégias e limitações vivenciadas pelas participantes durante a gestação considerada de risco, constatamos a presença de preocupações quanto à incapacidade para o trabalho e o cuidado com a casa e as tarefas domésticas. Contudo, este receio não foi considerado como um aspecto totalmente negativo, na medida em que a rede próxima era acessada para suprir o déficit no momento de crise. Assim, entendemos o apoio social como um aspecto fundamental das relações humanas e um facilitador para o enfrentamento das situações de crise (Nóbrega, Collet, Silva & Coutinho, 2010).

A temática denominada mudança comportamental foi citada como uma estratégia necessária ao controle da saúde durante a situação de risco gestacional, como a implementação de novos hábitos de saúde, preocupação com alimentação mais saudável e com uma atitude mais tranquila. A temática chamada de expectativas/enfrentamento da gestação, ao contrário da primeira, diz respeito à esperança de uma boa resolução para a gestação, sem o envolvimento pessoal ativo para tal.

No entanto, esta situação pode ser reavaliada positivamente se a rede de suporte for considerada como forte e integrada, oferecendo, assim, apoio social na forma de auxílio eficaz e efetivo (Andrade & Vaitsman, 2002).

A relação entre redes de apoio social e a expressão do binômio saúde/doença demonstra o aspecto protetivo do apoio social vinculado à relação com a capacidade ótima de enfrentamento das adversidades (Garnezy & Masten, 1994; Brito & Koller, 1999; Siqueira et al, 2006). Aspectos como a existência de um maior nível de escolaridade, maior nível de contatos com parentes e amigos próximos, associados à baixa referência a doenças crônicas estão relacionados a um maior apoio social percebido pelo indivíduo (Griep et al, 2005).

A percepção negativa do apoio social, ou da ausência de oferta de apoio pela rede encontra-se intimamente relacionada a características de personalidade (Zanini et al, 2009), isto é, personalidades mais otimistas tendem a perceber o apoio com mais facilidade (Srivastava et al, 2006).

O eixo considerado como transversal trata de considerar o elemento da personalidade como compatível com o conceito de resiliência psicológica. Como exposto anteriormente, este último diz respeito à capacidade do indivíduo superar os fatores de risco aos quais é exposto e desenvolver comportamentos mais adaptativos de superação (Garcia, 2001).

Quanto à ansiedade, citada de forma recorrente pelas participantes do estudo, deve ser entendida enquanto elemento emocional natural da gestação e, no caso da gestação de risco, soma-se ainda a incerteza quanto ao sucesso ou não da gestação como um todo (Tedesco et al, 1997; Baptista et al, 2006). No entanto, algumas características de personalidade como determinação/independência e disponibilidade para o outro podem aumentar as chances de acesso ao apoio social (Zanini et al, 2009).

Diante de situações de aumento da tensão, a literatura aponta para o efeito amortecedor do impacto dos eventos estressantes realizado pelo suporte social, identificado também com a função de ser um fator protetivo contra a doença (Rutter, 1985, 1987; Baptista et al, 2006). Pessoas sob alta tensão na vida receberiam maior influência do apoio social (Uchino, 2004).

O suporte social, assim, oferece efeitos considerados mediadores na proteção da saúde (Sluzki, 1997; Tedesco et al, 1997; Ribeiro, 1999; Dessen & Braz, 2000; Siqueira, 2008; Ribeiro, 2009). Assim, o suporte social é apontado como um elemento potente de proteção contra o risco e complicações advindas da interação negativa com a situação de tensão.

Contudo, a existência de suporte social para as participantes do estudo não significou garantia absoluta de sucesso no que se refere à situação de risco. As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram como objetivo a verificação da função concreta do suporte da rede e o dado relevante apontado é controverso.

Os efeitos do suporte social na saúde da gestante apenas indicou uma qualidade benéfica, mas não protetora e de redução do estresse de maneira absoluta. Esta constatação é coerente com a literatura que aponta para o suporte social como um aspecto potencializador dos recursos individuais de forma a

auxiliar os indivíduos durante situações de tensão (Singer & Lord, 1984; Ribeiro, 1999). Suporte social deve ser considerado, assim, enquanto um recurso.

A avaliação da equipe de saúde como positiva nos leva a considerá-la como uma importante fonte de suporte social e como elemento promotor de espaços de troca e parcerias, identificado como um recurso a ser utilizado pela gestante no exercício de sua autonomia, desde a busca consciente por informações que lhe sejam úteis até a responsabilização pela própria saúde, otimizando recursos e alcançando melhores resultados diante da gestação de risco (Andrade & Vaitsman, 2002, Fleury-Teixeira et al, 2008).