

8

Considerações finais

A experiência de maternidade é um fenômeno há muito tempo estudado pela ciência, pelas artes, pela antropologia e pela psicologia devido à pertinência social e repercussão para a história das sociedades. Na qualidade de fenômeno, é apreendido pelos agentes sociais de maneira particular, diferenciada, conforme o tempo histórico, a cultura e o contexto social. Na qualidade de fato biológico, está sujeito aos avanços da biomedicina, de seu instrumental e do cabedal de informações adquiridas e armazenadas ao longo do tempo pela ciência.

Contudo, a concepção da maternidade enquanto fenômeno somente biológico e clínico deve ser considerada como mais uma dentre tantas outras. A tradução deste conhecimento para a vivência cotidiana das pessoas também não é tão direta e clara. Assim, da certeza do fato biológico chegamos à inconstância do pensamento coletivo mais concreto, do cotidiano das mulheres que têm como meta atual a gestação.

A maternidade deve, então, ser enquadrada como uma etapa natural, normal, no interior do ciclo de vida da mulher. A menarca, a maternidade (que inclui a gestação, parto e puerpério como elementos pertencentes à dimensão biológica) e o climatério constituem-se em etapas de um ciclo vital conhecido da mulher, e muitas vezes ansiosamente esperado.

A antropologia cultural nos trouxe inúmeros exemplos a respeito das diferentes concepções socioculturais dos eventos biológicos. Em nossa cultura, nos grandes centros urbanos ocidentais, acompanhamos com espanto os avanços tecnológicos da ciência biomédica. Tais avanços foram responsáveis por amplas mudanças nas relações sociais, na nova expectativa de vida e na relação dos indivíduos com os seus corpos.

Em especial, tais modificações foram intensas para os corpos femininos. Com a especificidade da tecnologia biomédica, todas as situações consideradas como perinatais configuraram-se em territórios do discurso científico e alvo de seu sistema de valores, condutas, regras e *scripts*, em torno do poder médico. Assim como o parto e o puerpério, o período gestacional tornou-se alvo de padronização pelo conhecimento biomédico e, dentre as principais consequências, obtivemos uma concepção bastante específica quanto às diferenças de gênero e o

surgimento de valores, associados à mulher, de fragilidade e de vulnerabilidade, representados concretamente em seus corpos. Para este grupo vulnerável foi necessário um novo arcabouço teórico e técnico que oferecesse subsídios concretos para a sua gerência, manutenção e correção: as especialidades da obstetrícia e posteriormente a de ginecologia.

No que diz respeito ao debate acerca da problemática natureza/cultura, observamos um frutífero campo de estudos já que a determinação do fenômeno da maternidade engloba ambas as dimensões — a biológica e a sociocultural. A gestação pode ser entendida enquanto um fenômeno biológico, demarcado por parâmetros físicos, hormonais e filogenéticos, traduzidos no ato do parto e do cuidado com o recém-nascido. Ao mesmo tempo, todo este cenário é constituído socialmente a partir da inserção de *scripts* e funções mais ou menos esperadas de figuras como a do obstetra, do pai da criança, de familiares e da própria mulher, solicitada a cumprir com seu papel de forma satisfatória.

A partir da medicalização do parto, controle das “funções” femininas e conhecimento a respeito da concepção, o período gestacional também se tornou alvo de regulamentação técnica. Neste sentido, o corpo feminino, tido como frágil e digno de cuidados foi gradualmente objetificado.

A discussão sobre o paralelo entre o corpo feminino e a metáfora mecanicista foi crença corrente, durante muito tempo, e esteve (está) impregnada no discurso biomédico contemporâneo, que utiliza (opera) uma série de ferramentas para cuidar do mesmo.

Em todas estas situações, lembramos da experiência de gestação esperada, pautada pela normalidade dos procedimentos de controle. E mais uma vez a palavra “controle” retorna à discussão. Surge enquanto única ação possível para superar o fenômeno natural e transformá-lo, assim, em cultural.

O processo de medicalização reflete esta intenção e é responsável por um forte sistema de pensamento, embasado na racionalidade biomédica rumo ao controle dos corpos e dos fenômenos corporais. Entendemos a medicina como o maior agente deste projeto social.

Com a intervenção do Estado na área da saúde pública, através da influência da epidemiologia como instrumento de gestão, políticas protetivas específicas foram implementadas no intuito de padronizar as condutas em saúde, no que diz respeito à gestação, parto e puerpério. Baseadas na atenção à saúde feminina,

priorizaram a integralidade e a autonomia corporal como princípios para a determinação da especificidade da condição feminina, agindo como determinantes de o processo maior de saúde-doença.

Tais medidas podem ser avaliadas de acordo com dois vieses: o primeiro compreende o necessário avanço da discussão sobre gênero (ou relações sociais de sexo, em uma tradição francesa), garantindo determinados direitos às mulheres, amiúde, negados historicamente. Contudo, o segundo viés subverte esta ordem ao problematizar exatamente tal condição de submissão e assimetria hierárquica. Seria a mulher diferente e inferior ao homem de tal modo que necessitasse de especialidades médicas específicas que se ocupassem de sua vulnerabilidade?

Como vimos ao longo deste estudo, uma ampla discussão na literatura da área se dá em torno da concepção de risco, no entanto, é um equívoco avaliar esta concepção através de uma única dimensão, a biomédica. Implementamos um caminho teórico e metodológico diferenciado, com o foco na investigação da experiência de risco gravídico vivida pela gestante acompanhada em um pré-natal especializado.

Seria esperada, naquele ambiente, uma atmosfera de preocupação e de expectativa diante do diagnóstico médico de risco? Diante da avaliação externa do risco gestacional, qual seria a avaliação interna da gestante quanto ao tema? Estas foram algumas das perguntas que nortearam nossa investigação.

Através de seus relatos, algumas gestantes tiveram a oportunidade de avaliar suas crenças e atitudes diante da concepção interna de risco e apontaram para alguns recursos dos quais puderam fazer uso durante o período gestacional, a partir do recorte metodológico deste estudo.

A maternidade significa um grande investimento por parte da mulher — afetivo, cognitivo, existencial e biológico — de modo que a gestação em si demanda recursos internos e externos para ser posta em prática. Desta forma, entendemos que a avaliação do risco gestacional não é exclusiva da autoridade médica, mas sim um estado vivencial amplo, multifacetado, próprio de cada mulher e das condições apresentadas pelo seu entorno. Os recursos utilizados para o seu enfrentamento são de duas naturezas — interna e externa— e são ainda mais necessários quando a saúde da mulher é abalada diante de alguma complicação clínica durante a gestação.

Os recursos internos dizem respeito a variáveis intrassubjetivas, personalógicas, e muitas vezes frutos de transmissões intergeracionais, participando, assim, da construção subjetiva da mulher. Expectativas quanto ao papel de mãe, às questões relativas à maternagem e à parentalidade são algumas das preocupações da mulher nesta etapa de seu desenvolvimento. Assim, aspectos familiares são decisivos e influentes neste processo.

Quanto aos recursos externos, todos os cenários aos quais a gestante pertence e nos quais transita são elementos determinantes para a resolução satisfatória da situação de risco. Dentre estes elementos, destacamos o conceito de rede de apoio social como intimamente relacionada à saúde e, consecutivamente, à superação das complicações advindas do pré-natal de risco.

Vale ressaltar que ambos os tipos de recursos (internos e externos) não se dão de forma isolada, mas sim de maneira imbricada e interdependente. O conceito de rede se insere neste debate como elemento basal, apontando para uma teia de relacionamentos sociais, próximos ou não, que oferecem suporte ao indivíduo em seu cotidiano.

Assim, a existência de redes de apoio social e o uso efetivo das mesmas por indivíduos parece oferecer resultados positivos para a saúde. O apoio social, dentro desta perspectiva, é responsável por amenizar o impacto nocivo da adversidade e oferece maior bem-estar aos indivíduos que o recebem. A hipótese baseada no argumento sob o qual o gênero, a personalidade e o contexto sociocultural atuam como moderadores do apoio social, tornando-o mais eficaz para pessoas sob alta tensão, dá sentido à situação vivenciada pelas gestantes consideradas de risco.

O apoio social não deve ser encarado como aspecto responsável pelo total cancelamento da tensão, mas sim, enquanto dispositivo amenizador. Mulheres se beneficiam com maior facilidade deste apoio, pois as redes sociais de mulheres são maiores que as masculinas, no entanto, são mais sensíveis a eventuais conflitos emocionais. Ao mesmo tempo, tipos específicos de personalidade podem fazer um uso mais equilibrado do apoio social contra a tensão. Por último, o contexto sociocultural do indivíduo que recebe o apoio pode influenciar a qualidade e a avaliação realizada por ele sobre o apoio recebido

O constructo de resiliência soma-se a este debate e chama a atenção para o argumento relativo aos recursos internos para o enfrentamento da situação de risco

gravídico. Tornou-se claro, nos relatos das participantes do estudo, que algumas características tidas como diretamente associadas a condutas resilientes, como segurança, expectativas positivas, adaptabilidade, real enfrentamento da situação e determinadas habilidades (cognitivas e afetivas) são fundamentais para a superação da vivência de uma gestação de risco. A avaliação do constructo de resiliência psicológica depende da relação próxima entre processos sociais e a esfera intrapsíquica.

Foi observado, no trabalho de campo, uma tendência destacada da amostra para hipertensão arterial como quadro primordial de risco e, além disso, a presença de gestantes adolescentes, outro grupo bastante frequente neste tipo de serviço de saúde em unidades públicas atualmente. As adolescentes não foram incluídas no presente estudo, pois dada as especificidades desta etapa do ciclo vital, seria uma variável indesejada.

Em contrapartida, exatamente em virtude do tamanho reduzido da amostra, pudemos observar a vivência cotidiana destas gestantes, avaliar o seu entorno, seus vínculos familiares, sua vida ocupacional, seus modelos de conjugalidade e cuidado com os filhos.

Destacamos o interesse futuro em avaliar este cenário em mais de uma unidade de saúde, onde o serviço de pré-natal de alto-risco esteja sendo oferecido no Estado do Rio de Janeiro. Avaliamos este estudo como uma fonte inicial de consulta aos profissionais interessados pelo planejamento em saúde no país, no que tange a uma fatia considerável da atenção em saúde no Brasil.

Grandes avanços foram alcançados quanto à saúde da mulher, graças ao entendimento de que a concepção, a gestação, o parto e o puerpério possuem especificidades e por isto mesmo demandam ações programáticas particulares. No entanto, vale a lembrança de que questões em saúde não são exclusivamente pertencentes à dimensão de cuidados clínicos, de uma racionalidade médica, e sim, pertencem a uma rede muito mais ampla de cuidados e envolvem inúmeros outros agentes. A concepção de risco deve ser um aspecto a ser lembrado e verificado, mas não deve significar aprisionamento a rotinas clínicas áridas e mecânicas.

O papel das equipes de saúde nos parece ser essencial rumo à mudança de valores e renovação de um projeto social de resgate da cidadania do usuário de saúde no nosso país e valorização da vida, em todas as acepções da palavra. A

equipe de saúde possui o potencial formal para atingir este novo patamar e agir enquanto elemento de facilitação em relação à sutil equação entre adoecimento-doença e saúde-reabilitação.

O que observamos, ao longo da história até os dias atuais, foi a sucessiva tecnificação das relações e das ações de saúde, nos distanciando dos doentes e nos aproximando das doenças. Com o surgimento e consolidação da noção de promoção de saúde, podemos aproximar, definitivamente, a racionalidade biomédica da vivência cotidiana das pessoas que vêem suas vidas serem transformadas momentaneamente por algum quadro clínico sugerido como perigoso e de risco.

A equipe de saúde, assim, deve atuar como agente de promoção de saúde, auxiliando a gestante em sua jornada e agindo como fator de proteção diante do diagnóstico clínico de risco gravídico. Como um dos elementos componentes da rede de apoio social disponível à gestante, os membros da equipe de saúde apresentam-se enquanto agentes de promoção de saúde e atuam de forma a diminuir os fatores de risco associados ao diagnóstico clínico, ao participarem da criação de estratégias eficazes de enfrentamento da situação de adversidade.