

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

KARLA MARIANA FERNANDES GUIMARÃES

O ATRAVESSAMENTO DO CONTEXTO SOCIAL NA
EXPERIÊNCIA DE AUTOCUIDADO DAS GESTANTES À LUZ
DA PSICANÁLISE: UMA PESQUISA QUALITATIVA

MARINGÁ – PR
2015

KARLA MARIANA FERNANDES GUIMARÃES

**O ATRAVESSAMENTO DO CONTEXTO SOCIAL NA
EXPERIÊNCIA DE AUTOCUIDADO DAS GESTANTES À
LUZ DA PSICANÁLISE: UMA PESQUISA QUALITATIVA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Cristina Soares Dias Vermelho

MARINGÁ – PR
2015

G646 a **GUIMARÃES**, Karla Mariana Fernandes

O Atravessamento do Contexto Social na Experiência de Autocuidado das Gestantes à Luz da Psicanálise: uma Pesquisa qualitativa. Karla Mariana Fernandes Guimarães. Maringá-Pr.: Cesumar, 2015.
126 p.

Mestrado em Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Sônia Cristina Soares Dias Vermelho

1. Autocuidado. 2. Gestação. 3. Maternidade. 4. Promoção da Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. Unicesumar. I. Título.

CDD 22ª Ed. 614

NBR 12899 - AACR/2



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE,
MESTRADO**

*Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº.61 de 30.01./2014-D.O.U 31.01.2014,
Parecer CES/CNE nº 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.*

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e sete dias do mês de fevereiro do ano de 2015, às quatorze horas na UNICESUMAR realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, sob título *O atravessamento do contexto social na experiência de autocuidado das gestantes à luz da psicanálise: uma pesquisa qualitativa*, de autoria do(a) Candidato(a) KARLA MARIANA FERNANDES GUIMARÃES, aluno(a) do Programa/Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: SONIA CRISTINA SOARES DIAS VERMELHO- PROFESSORA ORIENTADORA, Presidente, RUTE GROSSI MILANI - PRIMEIRO MEMBRO DA BANCA e JAQUELINA MARIA IMBRIZI - SEGUNDO MEMBRO DA BANCA. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a Comissão Examinadora considerou o(a) candidato(a):

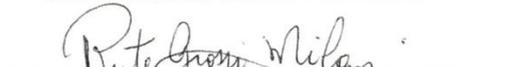
Aprovado(a) sem alterações () Aprovado(a) com alterações () Reprovado(a)

E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

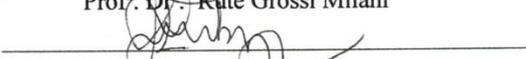
Orientadora-Presidente:


Prof.^a. Dr.^a. Sonia Cristina Soares Dias Vermelho

1º Examinador:


Prof.^a. Dr.^a. Rute Grossi Milani

2º Examinador:


Prof.^a. Dr.^a. Jaquelina Maria Imbrizi

() Vide verso: Em caso de alterações solicitadas pela Comissão Examinadora

À minha mãe, Marlene.

Às mulheres que, junto de minha mãe, ensinaram-me a ser mulher, especialmente, Tia Maria e Tia Marlene.

Às mães-flores deste trabalho.

Às mães, todas.

AGRADECIMENTOS

Escrever este trabalho não foi tarefa fácil. As dificuldades teóricas inerentes a uma dissertação de mestrado não foram as únicas. Foi preciso lidar com o cansaço de semanas a fio de trabalho, com ansiedades relativas aos prazos, com a angústia pelas faltas de certezas e garantias de que o trabalho seria exitoso, enfim, não foram poucas as intercorrências, objetivas e subjetivas.

No entanto, foi igualmente satisfatório, porque pude adquirir conhecimentos, consolidar outros que vinha estudando há tempos, produzir compreensões sobre as gestantes e o autocuidado. Grande satisfação também proveio por conhecer certas pessoas e (re)conhecer outras, cujas habilidades e sensibilidade me foram preciosas nesta jornada. Dedico este espaço para agradecer a elas.

Sou imensamente grata à minha orientadora querida Cristina Vermelho, por sua orientação respeitosa, generosa e entusiasmada. Cris, a sua atenção permitiu e possibilitou o desenvolvimento deste trabalho. A você eu dedico a minha imensa gratidão, respeito, carinho e o desejo de continuar aprendendo com você.

Agradeço aos professores do Programa. Especialmente à Ana Paula Machado Velho, pelo apoio, generosidade, incentivo, reconhecimento e amizade; Regiane, pelas palavras delicadas que me despertaram reflexões importantes; Miriam e Rosemary por se permitirem cativar. Igualmente eu agradeço à Valdelice e Sueli, secretárias do Programa, pela atenção e paciência aos meus anseios e ansiedades.

Sou grata aos colegas desta jornada, por compartilharem generosamente seus diversos saberes. Faço um agradecimento especial à Rosi, por ter sido minha colega e companheira no projeto de pesquisa e na coleta dos dados; Silvana por ter tornado essa jornada mais doce.

Agradeço às professoras Rute e Jaquelina, por aceitarem compor a banca avaliadora deste trabalho e pelas críticas e sugestões que vieram a aprimora-lo.

Agradeço imensamente às gestantes-flores por confiarem suas histórias, e aos secretários de saúde Leonardo e Elizângela pela gentileza em autorizar a nossa pesquisa nos municípios de Mandaguari e Atalaia.

Agradeço muito a Gilcinéia pelo incentivo para a decisão de cursar este programa de Mestrado, e pelos ensinamentos enquanto professora e enquanto colega de trabalho. Gil, eu

sou grata pelos seus ensinamentos teóricos de psicologia, e pelas experiências de vida que você generosamente compartilhou comigo ao longo desses anos de convivência. A você minha imensa gratidão e amizade.

Agradeço a todos os professores, profissionais e colegas com quem tive e tenho o privilégio de conviver, que de modo direto ou indireto possibilitaram a produção deste trabalho, pois cada ensinamento teórico e de vida foram preciosos nesta jornada.

Sou grata à minha analista, Silvia, pela escuta atenta e insistente, que me ajudou a desatar os meus nós que acabavam atando o trabalho, pois falar sobre maternidade não é tarefa que se consiga realizar sem se implicar afetivamente.

Tenho um agradecimento muito especial ao meu namorado Danilo, pelo apoio e incentivo constantes. Por me acolher em minhas angústias, pela atenção que dedicou ao meu trabalho e, sobretudo, pelo amor. Dan, a você meu imenso amor e carinho.

Agradeço à minha família, minha mãe Marlene, meu pai José Carlos, e Rodrigo, o meu irmão, pelo apoio incondicional. Muito obrigada por me permitirem realizar esse sonho. Amo vocês!

Não posso deixar de agradecer à UniCesumar, por me aceitar como acadêmica do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde; e à Capes, pela concessão da bolsa para o curso dessa pós-graduação.

Agradeço a Deus, por tudo.

“Não me venha falar da malícia de toda mulher,
cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é...”
(Dom de Iludir, Caetano Veloso).

“A maternidade é um dom e não um instinto como
nos tentam fazer crer. Convém deixar em paz
aquelas que não são dotadas para ser mães”.

(France Magazine, set. 1978, p. 93. In: Badinter,
1985).

RESUMO

A gestação é um momento singular na vida da mulher, que carrega modificações biológicas e emocionais importantes. Supomos que o modo como vivencia a gestação define de maneira importante o autocuidado que ela venha a exercer, tanto na gestação quanto depois do nascimento do bebê. Nesta pesquisa, procuramos entender quais fatores interferem na experiência do autocuidado nas gestantes. No objetivo geral buscamos “compreender qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que desses significados atravessa a experiência de autocuidado das gestantes”. Partimos da hipótese de que este significado/representação unidos à história de vida da mulher e à relação dela com o progenitor têm interferência importante na experiência de autocuidado e na própria maternidade. A pesquisa foi realizada com dois grupos de gestantes nos municípios de Atalaia e Mandaguari, com cinco mulheres em cada grupo. A coleta de dados feita por meio de Grupo Focal e, após a transcrição, utilizamos a análise de discurso. Concluímos que o autocuidado é uma ação multideterminada. Por meio da construção teórica, chegamos a compreensão de que a sociedade atual construiu duas representações sobre a maternidade. A primeira é decorrente de resquícios do discurso rousseauiano que tem a maternidade como essência da natureza feminina, da qual a verdadeira mulher não pode escapar. A segunda é decorrente do contexto social e econômico, em que a maternidade significa ou representa mais um atributo que a mulher deve cumprir, conciliando com o trabalho, os cuidados com o corpo, especialmente à estética, entre outras atribuições, sob o imperativo de consumir produtos para suportar esses atributos. Por outro lado, a história de vida supera os determinantes biológicos na representação construída acerca da maternidade, pois o desejo de ser mãe relaciona-se com a experiência e com as relações afetivas estabelecidas ao longo da vida. Em termos de aporte afetivo, o progenitor e as figuras femininas (mãe e sogra) são igualmente representativos para a experiência da maternidade. Finalmente, pudemos com essa pesquisa compreender que o contexto social e econômico e a história de vida, em especial relacionada com a feminilidade, são determinantes para a construção da representação da maternidade, bem como esses são fundamentais também para a prática do autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado; gestação; maternidade; promoção da saúde; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Pregnancy is a unique time in the life of the woman who carries important biological and emotional changes. We assume that the way she experiences the pregnancy, defines importantly self-care that it will exercise both during pregnancy and after the baby's birth. In this research we tried to understand what factors interfere with self-care experience in pregnant women. Our overall objective was to "understand what is the meaning / representation of motherhood, which are socially constructed, and which of these meanings through the self-care experience of pregnant women." Our hypothesis is that this meaning / representation attached to the woman's life story and her relationship with the parent have important interference in self-care experience and own motherhood. The survey was conducted with two groups of pregnant women in the municipalities of Atalaia and Mandaguari, with five women in each group. Data collection was done through Focus Group and, after transcription, speech analysis was made. We conclude that self-care is a multifactorial behavior. Through our theoretical construction, we come to the realization that the current society built two representations of motherhood. The first is due to remnants of rousseauiano discourse that has motherhood as the essence of feminine nature, which the real woman can not escape; the second is due to the social and economic context in which motherhood means or represents another attribute that women should meet, combining with work, with body care especially relating to aesthetics, among other things, on the need to consume products to support these attributes. On the other hand, the history of life is more biological determinants in the representation constructed of motherhood, as the desire to be a mother relates to the experience and the emotional relationships established throughout life. In terms of affective contribution, the parent and the female figures (mother and mother in law) are also representative for the experience of motherhood. Finally, we were able to this research to understand the social and economic context and the history of life, especially related to femininity, are crucial to the construction of the representation of motherhood and these are essential to the practice of self-care.

KEYWORDS: Self-care; pregnancy; maternity; health promotion; qualitative research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO FILOGENÉTICO E ONTOGENÉTICO DA MULHER	14
3 DA MULHER À GESTANTE E À MÃE.....	22
4 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER, DA GESTANTE E DA MÃE	28
5 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	43
6 A GESTANTE E A TECNOLOGIA	56
7 CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL.....	62
8 METODOLOGIA.....	71
8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS:	71
8.2 PROCESSO DE COLETA DE DADOS:	74
9 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	80
9.1 DESCRIÇÃO DAS GESTANTES:.....	80
9.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:.....	80
9.2.1 CUIDADOS COM O CORPO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE	81
9.2.2 CUIDADOS COM O CORPO NA PERSPECTIVA DA ESTÉTICA.....	88
9.2.3 DESEJOS E SENTIMENTOS	91
9.2.4 FAMÍLIA E GRUPOS DE CONVÍVIO	99
9.2.5 SISTEMA DE SAÚDE	109
9.2.5.1 Atalaia.....	110
9.2.5.2 Mandaguari.....	110
9.2.6 TECNOLOGIA	112
9.2.6.1 Atalaia.....	113
9.2.6.2 Mandaguari.....	113
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	128

1 INTRODUÇÃO

Antes de iniciar o desenvolvimento da pesquisa, acredito que seja importante contextualizar os motivos para escolha do tema. Sou Psicóloga de formação, dedico-me principalmente a psicanálise, concentrada, desde a graduação, em clínica de orientação psicanalítica. Optar por cursar um mestrado interdisciplinar foi ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade de diálogo com outras áreas do saber, significando, para mim, o maior ganho nesta jornada.

Tive o privilégio de ser orientada pela professora Cristina Vermelho, que vem se dedicando à promoção da saúde. Além disso, o Programa de Mestrado estava desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado Saúde e-Materno Infantil (e-SMI), cujo objetivo principal é “desenvolver um *software* social integrando o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc do Ministério da Saúde, as Redes Sociais *on-line* e o Sistema de Informação Georreferenciada – SIG da Rede Cegonha no Cismusep”.

Cristina e eu optamos, assim, por desenvolver uma pesquisa social que pudesse subsidiar a criação desse *software*. E, para isso, buscamos compreender alguns aspectos da subjetividade da gestante. Partimos do entendimento que a gestação é um momento singular na vida da mulher, que carrega modificações biológicas e emocionais importantes. Supomos que o modo como vivencia a gestação define de forma significativa o autocuidado que venha a exercer, tanto no período gestacional quanto após o nascimento do bebê.

Para compreender a vivência da mulher neste período, propomos estudar o desenvolvimento psicológico da mulher, e ainda contextualizar o ambiente social e cultural no qual está inserida.

Para isto, partimos do pressuposto de que o sujeito, neste caso, a gestante, estabelece relações em diversas dimensões, intrapessoais e interpessoais. As relações intrapessoais, são aquelas referentes ao desenvolvimento psíquico e à constituição da subjetividade, e, ainda, as figuras com as quais se relaciona, que servem de modelos identificatórios para que ela se constitua psiquicamente. Estas relações formam o protótipo para todos os relacionamentos que a gestante estabelecerá ao longo da vida, inclusive consigo mesma. Ao falar de relações interpessoais nos referimos exatamente a todas e quaisquer ligações que ela estabelece ao longo da vida e em todas as dimensões dela: familiares, amizades, relacionamentos, profissionais, amorosas. Todas estas relações, em todos os níveis ocorrem engendradas em um contexto social e cultural.

A partir desse pressuposto, o **objetivo geral** da nossa pesquisa foi “compreender qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que desses significados atravessa a experiência de autocuidado das gestantes”. Partimos da **hipótese** de que este significado/representação unidos à história de vida da mulher e à relação dela com o progenitor têm interferência importante na experiência de autocuidado e na própria maternidade.

Para alcançar o objetivo, destacamos algumas dimensões da vida da gestante com as quais ela se relaciona e que desejamos conhecer mais profundamente: a relação consigo mesma, as relações familiares, amorosas e o trabalho. Discutimos também sobre a ligação da gestante com a tecnologia, no intuito de obter mais informações para o desenvolvimento do *software social*.

No capítulo I, tratamos da relação da gestante consigo mesma, visando refletir sobre a relação dela com o corpo diante de todas as modificações pelas quais passa neste período, seja com as próprias emoções, sentimentos, seja com as perspectivas, expectativas, com os receios e as angústias.

Para tanto, utilizamos como referencial o conhecimento sobre o modo como um sujeito se constitui subjetivamente, pois é a subjetividade de cada um que formará as insígnias de cada modalidade de relacionamento que ele estabelecerá ao longo da vida. Neste percurso, procuramos nos orientar pelas teorias psicanalíticas, passando pelo desenvolvimento filogenético.

No capítulo II, o foco foi sobre as relações familiares, tanto no que se refere à família de origem da gestante quanto à família atual dela. Entendemos que o sujeito, em todas as características, é resultado de identificações originadas das relações estabelecidas desde o nascimento dele até a constituição da identidade sexual. Aqui novamente buscamos o suporte de teorias psicanalíticas.

No capítulo III, procuramos compreender, também, o estatuto social da mulher e da gestante, bem como traçar o percurso histórico deste regulamento até os dias atuais. No mesmo sentido, escrevemos o capítulo IV, no qual estudamos a história da Atenção à Saúde Materno-Infantil no país, pois compreendemos que a qualidade desta atenção diz respeito ao estatuto social da mulher e da gestante.

No capítulo V, contextualizamos o acesso da mulher ao mundo tecnológico (dispositivos móveis ligados à rede de internet) e, ainda, a relação dessa conexão com a obtenção de informações e serviços de saúde. Para isso, discutimos sucintamente a história do

desenvolvimento tecnológico, até culminar no estilo de vida atual, permeado por tecnologias visíveis e invisíveis. Procuramos também perceber no que o uso das tecnologias pode influenciar na experiência de autocuidado das gestantes. Para tanto, utilizamos reflexões dos autores Guatarri e Lipovetsky porque articulam a utilização da tecnologia com o contexto social em que estamos inseridos.

No capítulo VI, contextualizamos a nossa sociedade. Inspiradas em textos de Adorno, Horkheimer e Marcuse refletimos sobre o atual sistema socioeconômico; à guisa da teoria de Lipovetsky discutimos sobre a chamada Hipermodernidade e o conceito de cultura. Entendemos que o contexto social e cultural dá os fundamentos para a constituição da subjetividade e, conforme nos relacionamos em todas as dimensões, influenciamos estes contextos e dialeticamente somos influenciados e modificados por eles.

Permitimo-nos a liberdade de utilizar uma metáfora: depois de recortar cada um dos temas propostos, foi preciso alinhavá-los de modo que formassem um texto coeso para servir como uma colcha na qual pudemos assentar os dados obtidos por intermédio da pesquisa de campo. Para isso, discutimos com a profundidade possível, com base nos pensadores já mencionados, que respaldaram às vicissitudes desta dissertação.

No capítulo VII, apresentamos a metodologia utilizada para a coleta e análise dos dados, por meio da técnica de Grupo Focal. A experiência em psicologia e os estudos em psicanálise foram grandes facilitadores para estabelecer uma boa relação com os grupos de gestantes. Elas ficaram à vontade para falar sobre si, possibilitando uma boa coleta de dados. Estudamos os dados obtidos por meio da análise do discurso, utilizando o referencial teórico mencionado acima.

E, por fim, no último capítulo, apresentamos os dados coletados e as análises sobre eles. Este capítulo é seguido das considerações finais do trabalho.

2 DESENVOLVIMENTO FILOGENÉTICO E ONTOGENÉTICO DA MULHER

Para compreender o desenvolvimento psíquico ontológico das mulheres, em especial das gestantes, optamos por verificar previamente o desenvolvimento filogenético de sujeitos civilizados, e não poderíamos fazê-lo sem explorar, mesmo que sucintamente, como foi formada a civilização. Para isto, recorreremos a algumas formulações encontradas no texto Totem e Tabu (1913) de Freud.

Para explicar a formação da civilização, Freud (1913) recorreu ao mito do parricídio da horda, que narra a história de filhos que haviam sido expulsos pelo pai do grupo em que viviam. Eles retornaram, assassinaram o pai e comeram da carne dele. O ato canibal possibilitou a incorporação da força do pai, e o grupo de filhos assumiu o poder sobre a horda.

A figura do pai primitivo impunha a ordem e diversas restrições. E eram estas que possibilitavam a vivência em comunidade. A proibição mais importante era o incesto, seguida da ordem de não matar. O desejo dos filhos era acabar com a dominação paterna. Contudo, depois da morte desse pai e de um período de intensa desordem, os filhos entenderam que era preciso restaurar a ordem para preservar a própria vida, e, desta vez, cada um tinha o dever de dominar a si próprio. Assim, opressão e repressão foram racionalizadas.

Como meio de expiar a culpa pelo parricídio, os filhos instauraram um totem em referência ao pai e enfatizaram a proibição de matar, que se tornou um tabu, além de manter a proibição ao incesto. A necessidade de proibição indicava a forte propensão daqueles sujeitos em cometer os atos proibidos. Por isso, os tabus foram passados de geração para geração através da transmissão psíquica entre pais e filhos. Desse modo, Freud (1913) explicou a origem da civilização e ainda a existência de uma mente coletiva e transgeracional. Segundo ele:

Ninguém pode ter deixado de observar, em primeiro lugar, que tomei como base de toda minha posição a existência de uma **mente coletiva**, em que ocorrem processos mentais exatamente como acontece na mente de um indivíduo (FREUD, 1913, p. 159), [grifo nosso].

Assim,

Podemos presumir com segurança que nenhuma geração pode ocultar, à geração que a sucede, nada

de seus processos mentais mais importantes, pois a psicanálise nos mostrou que todos possuem, na atividade mental inconsciente, um *appatus* que os capacita a interpretar reações de outras pessoas, isto é, a desfazer as deformações que os outros impuseram à expressão de seus próprios sentimentos (FREUD, 1913, p. 160).

Para a psicanálise, o desenvolvimento psíquico de um sujeito ocorre, invariavelmente, a partir de um adulto civilizado que investe o próprio psiquismo na criança, formando os estratos pelos quais se formará o psiquismo dela. A entrada da criança no mundo civilizado e simbólico se efetiva por meio de um complexo psíquico formulado por Freud (1905; 1923; 1924; 1925; 1931; 1933) denominado de Édipo, no qual fantasiosamente todas as crianças o vivenciam.

Conforme Barreta (2012), o complexo de Édipo é “[...] um conjunto de ideias que giram em torno dos temas do incesto, do parricídio, do amor e do ódio da criança em relação aos pais” (p. 158), e é definido por Násio (2007) como uma “lenda metapsicológica”. Contaremos, aqui, a lenda metapsicológica inspiradas nos dois autores, Freud e Lacan.

O ser humano nasce em um estado de total desamparo proveniente da imaturidade motora e psíquica. Isto causa uma completa dependência de outro ser humano maduro. Podemos dizer que a criança, nesse momento, existe como um seguimento do corpo da mãe, ocupando o lugar de “rolha” para a falta materna, que é causada pela própria condição desejanete. Para sobreviver e constituir a própria subjetividade, o candidato a sujeito precisa render-se a alteridade e se alienar na figura do Outro¹. Sendo assim, um sujeito nesta idade está à mercê do desejo do Outro (ANDRÉ, 2011; SANTOS; FORTES, 2011).

Sabemos que a origem do enlaçamento emocional é a identificação, que forma o sucedâneo para a vinculação libidinal do objeto (FREUD, 1914; 1921). A criança real, deste modo, para ser aceita pelo desejo materno, precisa estar minimamente em conformidade com a criança imaginária para ser envolvida pela imagem narcísica. Em outras palavras, a mãe precisa reconhecer partes de si na criança para desejá-la (ANDRÉ, 2011).

Esse momento é permeado por conflitos internos da mãe, que repercutem na relação com a(o) filha(o). Há discordância materna entre o lugar e a função que a criança ocupava na fantasia dela, durante a gravidez, como imaginária, e depois, a criança real (ANDRÉ, 2011).

André (2011) sintetiza com maestria essa discordância:

¹ Conceito lacanianiano que se refere a quem dá nome ao sujeito, o cuida e de quem surgem todos os significantes. É da relação com o Outro que a Alteridade é instituída (MAFRA, 2009). O Outro é um dado inicial preexistente ao sujeito (TRINDADE, 2008).

[...] a relação mãe-criança é inicialmente triangular: liga a mãe como Outro todo-poderoso, a criança enquanto objeto real entregue ao gozo materno e, no oposto desta posição real, a criança imaginária onde se deposita o narcisismo materno, quer dizer, aquilo que se julga ocultar a falta sentida pela mãe (p. 228).

A criança é representante de todas as faltas que guiaram a mãe em direção a ela. Descobrir as faltas maternas é o mesmo que enxergar a mãe na condição de sujeito castrado e desejante. É nesta abertura que a criança se apoia para se revoltar contra a passividade e advir, assim, para um lugar além do estatuto de objeto da mãe. Ao mesmo tempo, o rebento precisa se identificar com a criança imaginária para ser objeto do desejo materno e sobreviver. A criança, desse modo, precisa oferecer-se como “rolha” para a falta materna (ANDRÉ, 2011).

Esse é o primórdio da formação do eu e da constituição da subjetividade. É um processo que parte da exterioridade, pois quando a mãe investe o próprio narcisismo na criança e cria o sucedâneo para a identificação permite à criança captar a imagem de si própria refletida nos olhos da mãe, o seu Outro. A partir desta captação, a criança passa a formar a imagem ilusória de si. Processo conceituado por Lacan e chamado de Estádio do Espelho (TERÊNCIO, 2013).

Além dessa imagem ilusória, a criança cria um enredo sobre a própria existência a partir das histórias, sonoridades de vozes, expressões faciais, e ainda pela falta de palavras provenientes dos adultos que a circundam e que ela capta e percebe. Tanto a ficção quanto as imagens que a criança cria de si não passam de ilusões advindas, como mencionamos, do exterior e são permitidas pelo processo de alienação no Outro. Esta é a formação imaginária² do eu, que é o primeiro passo para a constituição da subjetividade do sujeito, porque ele ainda precisa ascender para a formação simbólica, que irá ocorrer quando a criança perpassar pelo complexo de Édipo (TERÊNCIO, 2013).

O complexo de Édipo repousa sobre o desejo incestuoso e sobre a rivalidade da criança para com o progenitor do mesmo sexo. Ele se dá na chamada fase fálica, quando a zona erógena das crianças é a própria genitália, região em que a manipulação produz o prazer autoerótico. A obtenção deste prazer permite à criança adentrar neste complexo.

² O conceito de Imaginário (LACAN, 1956) é associado ao de Simbólico (LACAN, 1953) e de Real (LACAN, 1953), sendo esses os três registros da estruturação psíquica, postulados por Lacan: O termo Simbólico designa um sistema de representação baseado na linguagem. O termo Imaginário designa o lugar do eu nos fenômenos de ilusão, captação e de engodo, correlato do estágio do espelho, designando uma relação dual com a imagem do semelhante (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A mãe desempenha um papel capital de iniciadora da criança com as atividades de alimentação e cuidados de higiene, por exemplo. Ela imprime as primeiras experiências de prazer na criança, e cria nela, a fantasia de sedução. Por um lado, a criança toma a mãe por primeiro objeto de amor, e por outro, há a mãe buscando tamponar sua falta estrutural, tomando fantasiosamente a criança por objeto-rolha e encarnação do Falo³ (ANDRÉ, 2011). Esta via dupla gera uma relação dual que só pode ser interdita com a aparição da figura paterna e pelo desejo da mulher por este homem. O enredo se dá de maneira diferenciada entre os meninos e as meninas.

Os meninos mantêm a figura materna por objeto de amor até a elaboração do complexo de Édipo. A partir da ameaça da castração e da perda do órgão que tanto lhe proporciona prazer, feita fantasiosamente pela figura do pai, a criança abre mão dos desejos incestuosos dispensados à figura da mãe. Após um período de sublimação e recalque dos próprios impulsos e desejos, lança-se na procura de outras mulheres pelas quais sentirá desejo e, por conseguinte, desejado, de modo maduro.

Nas meninas, a fase que precede o complexo de Édipo é chamada de fase pré-edípica, na qual a mãe é o objeto de amor e de desejo, conforme mencionamos anteriormente (ANDRÉ, 2011; FREUD, 1923; 1924; 1925; 1931; 1933; NÁSIO, 2007). Nas palavras de Barreta (2012):

[...] primeiro tempo do conflito edípico se inicia não com uma relação dual, e não com o desejo da criança pela mãe, mas com o desejo da criança de ser o objeto de desejo da mãe, o que leva à identificação da criança com o falo imaginário da mãe (p. 161).

A menina se considera possuidora da mãe e detentora do Falo. Estas fantasias de onipotência deixam a criança feliz e orgulhosa. A forma como a menina vivenciará essa fase, em se tratando da qualidade da relação dela com a mãe, determinará a qualidade da relação que irá estabelecer com o pai quando adentrar no complexo de Édipo, bem como as que se sucederão ao longo do desenvolvimento psíquico. É preciso sublinhar que, mesmo no

³ Lacan afastou ao máximo o caráter biológico do desenvolvimento sexual. Postulou que o Falo não é o órgão genital masculino, do qual origina prazer e que socialmente é representante da soberania virial, e sim um objeto imaginário, um atributo divino, e sendo divino, é inacessível ao homem. Para ele, a castração é a representação simbólica da ameaça de desaparecimento. Para ele, a formulação do complexo de Édipo é que ambos, menino e menina, desejam originalmente ser o falo da mãe. Lacan aplicou a letra maiúscula para designá-lo o próprio significante do desejo (ROUDINESCO; PLON, 1998).

complexo de Édipo, a menina manterá a relação com a mãe, não fazendo a substituição da primeira pelo segundo (ANDRÉ, 2011).

A continuidade da relação com a mãe, entretanto, não significa que manterá o amor e o desejo por esta figura tal qual na fase pré-edípica. Ocorrerá uma importante modificação: no momento em que a menina conhece a existência do pênis nos meninos e do Falo, conseqüentemente, perceberá a diferença morfológica entre o corpo dela e do menino, e que o órgão pelo qual ela extrai intenso prazer é ínfimo diante do pênis. Ela associa o Falo ao pênis e crê que o prazer está no menino, pois ainda não entende que o Falo é apenas uma fantasia de poder onipotente encarnada neste órgão pelos olhos infantis (NÁSIO, 2007).

Na ocasião dessa descoberta, as meninas caem vítimas da inveja do pênis. Imediatamente ela toma uma decisão, conforme as palavras de Freud (1925): “A menina se comporta diferentemente. Faz seu juízo e toma sua decisão num instante. Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo” (281). Já Násio (2007) pondera que “[...] a menina não inveja o órgão peniano do menino, mas o símbolo da potência encarnada aos olhos das crianças” (NÁSIO, 2007, p. 53). E, ainda, conforme André (2011), ela equivocadamente “[...] atribui ao pênis a função de signo de uma identidade sexual da qual se sente privada” (p. 206).

Além da inveja pelo Falo, a menina sente-se humilhada, triste e principalmente ressentida com a mãe por ter-lhe colocado no mundo desprovida desse poderio. Ao descobrir que a mãe também não possui pênis, a menina passa a desvalorizar o sexo feminino e a desprezar todas as mulheres, inclusive a própria mãe. A ferida narcísica por descobrir-se castrada é redobrada quando se certifica que a mãe está na mesma condição dela. Por esse motivo, a criança se afasta da genitora e passa um período de recolhimento e solidão. Tempo que dura até optar por se refugiar e consolar-se com o pai. Ressaltamos que leva a menina em direção ao pai não o amor por ele, mas sim o ódio pela mãe (ANDRÉ, 2011; NÁSIO, 2007).

Ocorre que as relações objetais são ambivalentes. Ao mesmo tempo que a menina rejeita a mãe como objeto de amor e a hostiliza, também se identifica com ela para ocupar uma posição feminina em relação ao pai. Se não fosse por esta identificação, que é a posição feminina da mãe, essa criança não se aproximaria do pai. Nas palavras de André (2011),

[...] a dificuldade própria ao Édipo feminino está ligada, assim, ao fato de que este implica que se conserve a título de identificação, o elemento que deve ser abandonado a título de objeto de amor (p. 214).

Freud explica que a ambivalência permeia todas as relações objetais do sujeito, e esta marca a relação entre mãe e filha desde os primeiros momentos deste romance. Além disso, a relação também é permeada pelo jogo entre pulsões ativas e passivas, também formuladas por Freud (ANDRÉ, 2011). Conforme as palavras do autor:

[...] existe basicamente no ser humano uma revolta contra a passividade. Esta revolta não é mais que o desejo de separação. No contexto a que Freud nos refere aqui, ou seja, no seio da relação ao primeiro Outro, isso significa que a dialética atividade/passividade equivale a uma oscilação entre ser objeto da mãe e tomar a mãe por objeto: é uma luta em torno do objeto, do lugar do objeto, onde vão se distribuir as posições subjetivas (p. 218).

Nessa lógica, a menina precisa abandonar a passividade e colocar-se ativa para separar-se da mãe, mas não totalmente, para poder ligar-se ao pai (ANDRÉ, 2011).

Quando se aproxima do pai, passa a enxergá-lo como uma figura que detém o Falo e isto a faz reivindicar dele o poder e a potência que julga que ele tenha. O pai, um homem maduro e saudável psiquicamente deve se recusar a dar a menina o Falo, porque simplesmente ele reconhece que não o tem. Todavia, a criança entende que o pai não lhe entregará, porque irá concedê-lo à mãe dela. Essa recusa põe fim à fantasia de um dia conquistar o Falo. Mas não a faz recuar, ela se lança com fúria ao pai com o intuito de tomar-lhe o poder, porém a inveja dá lugar ao desejo incestuoso de ser possuída pelo pai, e se tornar o Falo dele. Este é o momento em que a menina entra no complexo de Édipo (NÁSIO, 2007).

O desejo pelo Falo se prolonga no desejo de ter um filho do pai, sendo possuída por ele. Ao mesmo tempo, a menina percebe que a mãe seduz o companheiro com facilidade, e se reaproxima efetivamente dela. Enxergar a feminilidade da mãe permite a criança identificar-se com a progenitora e com o desejo que ela tem em agradar o companheiro e de ser amada por ele. Essa reaproximação é permeada por intensa e proporcional admiração e rivalidade (ANDRÉ, 2011; NÁSIO, 2007).

O prolongamento da relação com a mãe, durante a relação edípica com o pai, e o desejo de dar ao pai um filho como prolongamento do desejo pelo Falo demonstram que as mudanças que ocorrem no trajeto da menina para tornar-se mulher são mais desdobramentos do que substituições. Nas palavras do autor: “O destino da menina aparece, assim, como o de uma metáfora impossível ou de uma luta permanente para se elevar do registro da metonímia para o da metáfora” (ANDRÉ, 2011, p. 221).

Nessa nova investida da menina sobre o pai, ele a recusa, novamente, negando a ela a possibilidade de ser o seu objeto sexual e colocá-la no lugar de Falo. Ao operar novamente a recusa, o pai cria a possibilidade de a menina recalcar o desejo incestuoso e de renunciá-lo sexualmente. Isto permite que ela possa se identificar com o pai real (não o imaginado à guisa das fantasias edípicas). A menina se impregna de atitudes, gestos, valores morais e até mesmo os desejos que caracterizam o pai dela (NÁSIO, 2007).

A operação paterna no complexo de Édipo, assim, introduz a lei e a castração simbólica, atuando por dois lados: interditando a figura materna de ter um Falo (encarnada no corpo da criança na fantasia dela) e interditando a criança de ser o Falo para a falta materna, e servindo apenas como motor às identificações sexuais. Esta interdição retira a criança da constituição completamente imaginária e faz operar nela o recalque originário, que é a própria origem do processo de simbolização, funda o inconsciente e concomitantemente, um sujeito desejante (BARRETA, 2012; TERÊNCIO, 2013).

André (2011) salienta que Freud sempre percebeu como obstáculo a falta da completa dissolução da relação primordial com a mãe ao longo do complexo de Édipo. O autor afirma que fazer desdobramentos ao invés de substituições impede a menina de criar novos significados – ela ainda carrega a esperança de ter um pênis. Deste modo, a menina não é toda sujeita à metáfora paterna, porque este não faz esquecer ou desaparecer o primeiro Outro materno. Nas palavras do autor: “Parece que é antes enquanto sempre suscetível de se reduzir a uma metonímia da mãe que o pai encontra seu lugar no Édipo feminino” (p. 214).

Ainda assim, é possível à menina abandonar, mesmo que não completamente, o complexo de Édipo. Depois de identificar-se com a feminilidade materna e com a masculinidade paterna, a menina adentra no chamado período de latência, no qual investirá seu psiquismo principalmente em atividades intelectuais e sociais. Neste período, estabelece identificações com pessoas de fora do seu meio familiar, bem como do contexto social no qual está inserida (FERRAI; PICCININI; LOPES, 2013).

Ao finalizar o período de latência, a menina adentra na adolescência, finaliza a constituição da identidade sexual e pode lançar-se a relacionamentos amorosos maduros, que encontrará na vida de mulher e poderá carregar no ventre um filho do homem escolhido por seu objeto de amor (NÁSIO, 2007).

A teorização acerca dos processos psíquicos nos permitiu compreender que as vicissitudes pelas quais a mulher passa até constituir a própria subjetividade e feminilidade determinam o lugar que um homem pode vir a ocupar na vida dela, bem como se existirá ou

não o desejo por dar à luz uma criança e, ainda, o lugar que essa criança poderá vir a ocupar no seu desejo, tema do qual trataremos no próximo capítulo.

3 DA MULHER À GESTANTE E À MÃE

Como vimos no capítulo anterior, as vicissitudes do tornar-se mulher culminam na possibilidade de encontrar um homem com quem possa se associar no desejo de ter um filho. É sobre este encontro e o compartilhamento desta vontade que tratamos neste capítulo. Além disso, falamos também do percurso da gestação para a mulher, do parto e do tornar-se mãe. Continuamos inspirados na psicanálise.

Sabemos que em toda história da mãe, ela parte da posição de um sujeito do sexo feminino e se torna mulher, cria marcas psíquicas que a guiarão na escolha do par, no modo como irá se relacionar com ele, na opção de ter um filho, e no modo como se relacionará com a criança. Os enredos inconscientes da mulher, desse modo, determinarão os relacionamentos futuros dela. O mesmo ocorre com o homem. O enredo inconsciente criado ao longo de sua história determinará o modo como irá tratar todos os relacionamentos ao longo da vida.

Por conseguinte, a criança carrega uma pré-história, composta pelas narrativas de duas pessoas diferentes unidas às histórias de suas famílias. Cada uma das duas linhagens, a do pai e a da mãe, carregam nas biografias ditos e não-ditos. Isso ocorre porque cada membro de cada linhagem conta ou omite a sua versão dessas histórias. Todas estas palavras minimamente convergentes em conjunto com todos os não-ditos constituem bases de formações inconscientes. Este é o chamado “banho de linguagem”, do qual a criança ascenderá como sujeito (SZEJER; STEWART, 2002).

Essas formações inconscientes, portanto, determinarão o encontro do casal, que opta por se relacionar a partir da história de cada um. A criança herdará esses enredos preexistentes, haja vista que cada um do par em sua pré-história, e história de vida, tem o seu lugar no desejo dos seus pais, a sua posição subjetiva na família; arranjos estes que permitiram que se reunissem em casal e tivessem filhos (SZEJER; STEWART, 2002).

Szejer e Stewart (2002) afirmam que o projeto consciente ou inconsciente de ter um filho fará parte da pré-história da criança e a marcará. Nas palavras dos autores: “essa origem está inscrita no inconsciente parental como uma verdade concernente a esta criança” (p. 55), e que lhe será transmitida.

Outro fator significativo é a posição da criança que nasce em relação aos irmãos caso o tenha. Pois cada filho ocupa uma posição no desejo dos progenitores, e para os pais cada gravidez tem um significado peculiar. Isso porque cada gravidez e nascimento acontece em

determinado momento da vida dos pais, evocando a cada um as suas próprias histórias e os remetendo a elas. Além disso, de um filho para outro, o pai e a mãe aprendem um pouco mais sobre ofícios paternos (SZEJER; STEWART, 2002).

Cada gravidez causa implicações para além de cada parte do casal e dos outros filhos, se existirem, nas famílias de cada um. Porque a concepção de uma criança modifica os papéis estabelecidos em cada uma das famílias, como, por exemplo, ter um filho e continuar sendo a filhinha dentro da família original. (SZEJER; STEWART, 2002).

Essa modificação das posições subjetivas nas famílias pode ocorrer desde o anúncio do projeto da concepção de uma criança. Mas, tão ou mais importante do que este projeto, é o anúncio da gravidez. Szejer e Stewart (2002) salientam que a mulher apenas entende efetivamente que está grávida a partir da confirmação de um terceiro – teste de farmácia, de laboratório ou consulta médica -, e que a partir da confirmação, pode anunciar ao pai da criança e às famílias.

O anúncio ao pai costuma ocorrer de várias maneiras: ele pode ter sido informado desde o momento em que a mulher se questionou grávida, ou apenas no momento do nascimento da criança ou, ainda, tempos depois. Seja como for, o modo como o anúncio é feito e recebido por quem escuta é mais um componente da pré-história da criança. Assim, quando a mulher anuncia ao homem que está grávida de um filho dele, ela o designa como pai e implicitamente “anuncia o nome de família que esse filho deverá ter” (SZEJER; STEWART, 2002, p. 108).

Invariavelmente, tanto o pai da criança quanto as famílias têm reações diferentes do que a esperada pela gestante, pois cada sujeito reage de uma maneira ao anúncio de uma gravidez. Szejer e Stewart (2002) consideram que essa discrepância entre o esperado pela gestante e a realidade se dá porque a notícia de uma criança irá reavivar em cada membro das famílias conflitos antigos das próprias histórias.

Além desses conflitos íntimos, existe a ambivalência em relação à ideia do nascimento de uma nova criança, pois como dito anteriormente, um novo ser desarruma o cenário familiar, alterando papéis e funções. É comum que estas reações aquém do que a mulher espera, a faça sentir-se solitária e incompreendida (SZEJER; STEWART, 2002).

Obviamente a gravidez é um período de modificações. Szejer e Stewart (2002) afirmam que além das alterações biológicas, ocorre também um processo de transformação subjetiva na mulher, no qual ela nunca sairá do modo como entrou. Os autores afirmam que

quando a mulher dá à luz um filho, ela dá à luz também a si mesma. Nasce uma criança, e junto uma mãe e uma mulher diferente da anterior.

A partir da descoberta da gravidez, a mãe passa por modificações, físicas e psicológicas, típicas de cada trimestre, abaixo especificadas conforme os autores Szejer e Stewart (2002).

No primeiro trimestre, ocorrem as tensões mamárias e as percepções de paladar e olfato são modificadas. As mulheres ficam chorosas, são acometidas por desejos e por mal-estares, como enjoos, distúrbios do sono, etc.

As modificações do corpo repercutem na alteração da imagem desse corpo. Os autores salientam que algumas mulheres podem vivenciar esta mudança de modo tranquilo e até alegre ao enxergar a própria forma mais tipicamente feminina, ao passo que outras se angustiam e se sentem desestabilizadas emocionalmente, sentindo sua autoimagem ameaçada.

A vivência dessas modificações depende da relação com o próprio corpo e com o corpo de mãe dela. É um momento em que as duas histórias se entrelaçam. Freud (1914; 1921) destaca que procuramos aprovação e aceitação do outro permanentemente. Por este motivo, o olhar do homem poderá tanto contrabalancear a possível insatisfação da mulher, como criá-la ou acentuá-la, dependendo da reação dele.

Contudo, como nada é estático, é possível que a gravidez faça a mulher evoluir e que uma preocupação inicialmente negativa em relação à imagem da maternidade, sob a pressão tão forte e tão mobilizadora da experiência da gestação, se modifique (SZEJER; STEWART, 2002, p. 123).

As manifestações de choro recorrentes podem estar relacionadas com a atualização da dor narcísica que ocorre quando a menina sai da posição de objeto materno para tornar-se sujeito, em razão da elaboração do luto pela saída da posição de filhinha da família de origem (FREUD, 1914; 1915).

Szejer e Stewart (2002) notam que as manifestações de mal-estar, como os enjoos e os distúrbios do sono, têm semelhanças com as do recém-nascido. Eles afirmam que a gravidez aciona conflitos inconscientes na mulher que até então não tinham encontrado outro modo de expressão e, assim, pode ser considerada um estado transitório no qual a mulher anteciparia, por meio de tais manifestações, o nascimento do filho, com os vestígios deixados pela própria história de vida.

A gravidez remete a mulher ao próprio nascimento e até a outros nascimentos da família. Nas palavras de Szejer e Stewart (2002):

Todos nós temos um saber inconsciente sobre os primeiros dias de nossas vidas, que pode ser expresso quando é evocado por circunstâncias particulares que entram em ressonância com esse saber (p. 126).

Tratando-se de uma gravidez ideal, na qual a mulher deseja conscientemente dar luz à uma criança saudável, ela vive uma espécie de descentralização. Considerando que todo o corpo da gestante se ocupa de viver não mais para si, mas para proteger a vida que está se desenvolvendo em seu ventre, cuidando para que evolua do modo mais harmonioso possível. Intimamente, as referências habituais da mulher encontram-se alteradas. Podemos compreender isso a partir do que Freud (1914) destaca: a mulher investe cetexias libidinais na criança, tornando o ego dela empobrecido. Nas palavras do autor:

[...] há um caminho que eleva o amor objetal completo. Na criança que geram, uma parte do seu próprio corpo se confronta com um objeto estranho, ao qual, partindo de seu próprio narcisismo, podem então dar um amor objetal completo (p. 96).

No segundo trimestre o embrião já é feto. O corpo se modifica intensamente e o ventre cresce. É o momento em que a mãe sente o bebê mexer dentro do útero (SZEJER; STEWART, 2002).

A intensa modificação corporal gera uma necessidade de adaptação emocional. O modo como ocorrerá essa adaptação pode demonstrar o lugar da gravidez na vida da mulher e, ainda, uma maneira de criar ou não um lugar para a criança na vida dela (SZEJER; STEWART, 2002).

A percepção dos movimentos do bebê costuma remeter a mulher a uma solidão compartilhada apenas com o próprio ventre, pois ela se certifica que está gerando uma vida dentro dela. Isso costuma criar um imenso e inédito prazer e paradoxalmente uma angústia, porque ela sabe que chegará o momento de separar-se do bebê. Os pesadelos também são comuns (SZEJER; STEWART, 2002).

Nesse trimestre ainda a mulher já pode saber o sexo do bebê, e isso faz com que a existência dele adquira um outro estatuto para a família. Neste momento, ele já pode ser nomeado, passo importante para a constituição da identidade da criança. Ao nomear, os pais inserem o significado que tem este nome bebê (SZEJER; STEWART, 2002).

No terceiro trimestre, a mulher sente o peso, literal, da criança que ela carrega no ventre. A angústia pela separação dá lugar ao desejo pelo nascimento e conseqüente alívio dos mal-estares físicos, que costumam se acentuar. Ela começa a enxergar a provisoriedade da gravidez (SZEJER; STEWART, 2002).

Neste período, a mãe fica especialmente sensível ao olhar do outro, provavelmente porque a forma física está acentuadamente alterada. Diante de alusões à esta nova forma, algumas mulheres se irritam, enquanto outras se alegram com a certificação da percepção da gravidez dela pelo outro (SZEJER; STEWART, 2002).

Uma preocupação recorrente neste período é a aparência do bebê no nascimento. O temor é saber se o bebê que apresentará ao companheiro, familiares e pessoas do convívio é belo. Szejer e Stewart (2002) associam esta preocupação às angústias narcísicas, pela capacidade de fazer um lindo filho, tão bonito quanto o filho dos outros.

Esse é o momento em que geralmente a mulher e as famílias cuidam dos preparativos para a chegada do bebê: o quarto, o berço, o enxoval, as lembrancinhas, entre outros. Szejer e Stewart (2002) afirmam que preparar um lugar físico para o bebê é também preparar o lugar subjetivo que ocupará no seio familiar. E, assim, ocupar-se efetivamente do bebê.

Ao mesmo tempo, é arremetida aos antigos conflitos inconscientes, relativos ao próprio nascimento, e precisa, assim, renegociar as relações com sua história de vida e familiar, para conseguir acolher efetivamente o seu bebê (SZEJER; STEWART, 2002).

Essa metamorfose íntima pode se manifestar em forma de fobia do parto. Conforme Szejer e Stewart (2002), esta fobia não diz respeito ao medo consciente ocasionado nas mães de primeira viagem, pois não acometem apenas as primíparas. Nas palavras deles:

Não se trata, nesse caso, de um medo racional da dor, que só poderia atingir as mulheres que ainda não deram à luz. São fobias mais profundamente enraizadas, ligadas à história da mulher, ao modo como sua mãe relatou a ela o seu próprio nascimento, a esta gravidez, ao seu lugar, à história do casal, ao que ela espera desse filho: que reparações ela espera fazer com ele, o que ela espera valorizar através dele, etc. é comum casos de mulheres que não tiveram essas fobias na sua primeira gravidez, mas as tiveram na segunda ou na terceira (p. 205).

Percebemos, então, que a gravidez é um momento peculiar na vida da mulher, no qual é remetida para o saber consciente e inconsciente sobre a própria história de vida. Isso faz

com que sinta angústia, mas permite também elaborar os conflitos que até então estavam latentes, para, efetivamente, inaugurar-se como mãe e uma nova mulher.

Neste capítulo, tratamos de gestações que se aproximam do estatuto ideal de gravidez e maternidade da sociedade atual, de mães que desejam os filhos e se preparam do melhor modo possível para dar à luz crianças belas e saudáveis. Entretanto, sabemos que o ideal de maternidade nem sempre existiu tal qual o concebemos atualmente. No próximo capítulo, deste modo, falaremos justamente das diferentes concepções de maternagem ao longo história, bem como do estatuto social da mulher.

4 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER, DA GESTANTE E DA MÃE

Após compreendermos o longo e complexo percurso pelo qual um sujeito do sexo feminino passa até tornar-se adulta, engravidar, dar à luz a uma criança e a si mesma como mãe e nova mulher, optamos por buscar compreender o Estatuto Social da Mulher, bem como da maternidade ao longo da história.

Partimos de uma citação de Badinter (1985), na qual demonstra que o Estatuto esteve diretamente relacionado com o fato de a mulher ser esposa e/ou mãe. Ela não existia socialmente, portanto, senão associada a outrem:

A mãe, no sentido habitual da palavra (isto é, a mulher casada que tem filhos legítimos), é uma personagem relativa e tridimensional. Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho. Tridimensional porque, além dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher, isto é, um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho. Toda pesquisa sobre comportamentos maternos deve levar em conta essas diferentes variáveis (p. 25).

Procuramos descobrir, por intermédio da literatura, o percurso pelo qual esse personagem tem passado, partindo da ideia de que o amor materno é uma construção social e não uma característica essencial feminina como prega o discurso vigente da sociedade atual. Do mesmo modo, o interesse e a dedicação da mãe para com a criança variam em cada período histórico. O primeiro argumento a esse respeito repousa sobre o fato de que o amor pode não estar presente na relação mãe-filho, mesmo em nosso contexto histórico e social, no qual o amor materno é privilegiado, o que, entre outros fatores, justifica os abandonos de crianças e o próprio infanticídio que eventualmente é noticiado.

Entendemos, a partir dessa hipótese, que a relação mãe e filho varia conforme o contexto histórico e social (CORREIA, 1998). E os aspectos subjetivos de cada mulher ao se relacionar com o filho atualiza o que foi interiorizado da relação dela com os próprios pais (FERRAI; PICCININI; LOPES, 2013). Nas palavras dos autores:

Quando uma mulher se descobre grávida, atualiza, na relação com o bebê, os processos que a constituíram como sujeito. Nesse sentido, as questões edípicas que a marcaram quando bebê lhe darão as pistas necessárias para, quando da sua

gravidez e do nascimento do filho, encene as marcas da sua história na relação com a criança (p. 242).

Podemos, assim, avançar para a dimensão social da mulher, que também se modificou historicamente até encontrar representação nas chamadas mulheres hipermodernas.

Conforme assinala Nunes (2011), até o século XVII, a concepção social feminina era bastante negativa. Elas eram consideradas seres diabólicos que portavam o mal e a morte. Reconhecidas como seres puramente carnis porque os corpos delas incitavam nos homens desejos intensamente voluptuosos, os quais corriam o risco de cair em desregramento sexual. A mesma autora, ainda, afirma que essa relação entre a figura feminina, o sexo e o mal foi estabelecida e herdada pelo Cristianismo primitivo.

Badinter (1985) afirma também que os teólogos condenavam o prazer sexual no casamento, e apresenta uma citação extraída de documentos da época: “Não é preciso que o homem use a mulher como uma puta, nem que a mulher se comporte para com o marido como se este fosse um amante” (p. 46).

Na realidade, as condições de casamento não eram relacionadas com a satisfação de desejo, tampouco de amizade e ternura, tendo em vista que havia outros fatores importantes a serem considerados, tal como a homogamia. O amor fraterno no seio das famílias também não tinha o estatuto social que hoje lhe é conferido. Na verdade, estes sentimentos possuíam conotações negativas, sendo considerados uma base frágil para a construção de famílias e ligados à passividade, aspecto pejorativo aos homens da época (BADINTER, 1985; CORREIA, 1998; NUNES, 2011).

Mello Neto (1994), apoiado nas teses de Philippe Ariès⁴, afirma que nas sociedades aristocráticas tradicionais quando o filhote humano (pois a infância ainda não existia) adquiria certa agilidade física, passava a compartilhar todas as atividades adultas, e, ainda, em tenra idade era afastado da casa dos pais, passando a viver em outra casa. Naquela época, era comum o abandono das crianças muito pequenas à própria sorte ou a prática do infanticídio. Métodos preferidos para limitar o número de filhos na família em comparação ao aborto, visto que asseguravam a vida da mulher (CORREIA, 1998).

Badinter (1985) salienta que Ariès se referia às famílias dos séculos anteriores ao XVII. Todavia, ressalta que a família do século XVII ainda não é configurada tal qual a família burguesa e nuclear, cujas principais características são a ternura e a intimidade.

⁴ Importante historiador francês da família e da infância, que viveu entre os anos 1914 e 1984.

Essas atitudes estavam em consonância com a imagem dramática que foi elaborada e mantida durante séculos por teólogos da Igreja Católica. Santo Agostinho pregava que a criança ao nascer é símbolo da força do mal devido ao pecado original. Ideia que reinou por longos séculos na história da pedagogia. As mulheres ternas para com os filhos eram recriminadas e advertidas de que eles se tornariam adultos de má índole. Protestavam contra as mães carinhosas, pois viam a criança como um ser maligno e, portanto, recuperá-la não era tarefa fácil (BADINTER, 1985).

Séculos depois, substituindo o pecado original pela falta de sapiência, Descartes entendia que “A criança não tem outros pensamentos senão as impressões suscitadas pelo corpo” (BADINTER, 1985, p. 61), e assim estava condenada ao erro perpetuo. O pai da filosofia Cartesiana afirmava também que as opiniões adquiridas na infância são as que marcam mais profundamente o sujeito, sendo extremamente difícil eliminar os maus hábitos, que justifica a falta de caráter e de inteligência em adultos.

Apesar de tamanha tragicidade, a criança era menos percebida como um ser maligno ou de mal caráter do que como um estorvo ou mesmo uma desgraça pelas famílias e pessoas comuns da sociedade. Isso porque as famílias não cogitavam sacrificar os próprios interesses em prol dos cuidados a serem dedicados a uma criança. Nas palavras da autora:

Como muitos desses pais não podem – e também alguns, mais numerosos do que habitualmente se pensa, não querem – fazer o necessário sacrifício econômico ou o de seu egoísmo, não foram poucos os que pretenderam se desembaraçar desse fardo. Existia e ainda existe uma gama de soluções para esse problema, que vai do abandono físico ao abandono moral da criança. Do infanticídio à indiferença. Entre os dois extremos, possibilidades diversas e bastardas, cujos critérios de adoção são essencialmente econômicos (BADINTER, 1985, p. 64).

A contratação de amas-leite é uma das principais medidas tomadas pela família para se livrarem do estorvo que é a criança em casa. Até o fim do século XVI, apenas as famílias aristocráticas buscavam a amamentação mercenária. No século XVII, a burguesia imitou a aristocracia e tomou por moda a amamentação mercenária. No século XVIII, o envio das crianças às casas de amas-de-leite se espalhou por todas as camadas sociais das cidades (BADINTER, 1985).

Conforme Badinter (1985), as amas-de-leite viviam em condição de extrema miséria. Costumavam trabalhar na roça, passando a maior parte do dia fora de casa e deixando o bebê

à própria sorte, envolta de seus excrementos, amarrado a uma faixa e atacado por mosquitos. O leite da ama era ácido, seroso e amarelo. Além disso,

Essas pobres amas são por vezes doentes: enfraquecidas porque mal-nutridas, sofrendo de sífilis contraída nas cidades, por vezes sarnentas ou portadoras de escrófulas e de escorbuto. Suas enfermidades alteram o leite e contaminam o bebê (p. 123).

Como as famílias deixavam crianças delas com pessoas tão miseráveis, em condições de tão difícil sobrevivência se tratando de um bebê? Conforme a autora,

Para os casais mais pobres da sociedade, o filho chega a ser uma ameaça à própria sobrevivência dos pais. Não lhes resta, portanto, outra escolha senão livrarem-se dele. Seja abandonando-o num orfanato, o que, como veremos, não lhe dá grandes possibilidades de sobrevivência, seja entregando-o à ama menos exigente possível, o que também não lhe aumenta muito a possibilidade de viver; ou seja, finalmente por uma série de comportamentos mais ou menos tolerados, que levaram a criança rapidamente ao cemitério (BADINTER, 1985, p. 75).

A pobreza e a miséria justificavam a entrega dos bebês às amas-de-leite, mas esse costume teve início na classe mais abastada da sociedade, a aristocracia. Sem a justificativa da pobreza e da miséria, é preciso recorrer ao entendimento das ideologias dominantes da época para compreender tais atitudes (BADINTER, 1985).

Na França dos séculos XVII e XVIII, a morte da criança é coisa banal. Segundo os dados apresentados por F. Lebrun, a mortalidade das crianças de menos de um ano é sempre sensivelmente superior a 25%. No conjunto da França, a taxa de mortalidade infantil é, a título de exemplo, de 27,5% de 1750 a 1749 e de 26,5% de 170 a 1789 (BADINTER, 1985, p. 137).

Conforme esse estudo, ainda, entre as crianças abandonadas em um asilo da França, no último terço do século XVIII, mais de 90% morreu antes de completar o primeiro ano de vida. Para F. Lebrun, as crianças eram mais ou menos bem alimentadas *de acordo com o modo como era feito o aleitamento*. Quando amamentadas no seio da família, as crianças eram bem alimentadas, porém aquelas entregues a amas-de-leite pelos pais ou pelas amas a asilos infantis, eram muito mal alimentadas.

O pesquisador concluiu que “Em regra, as crianças que a mãe conservava e amamentava morrem duas vezes menos do que as crianças que ela própria entrega a uma ama-de-leite”. Quando os rebentos retornavam das casas das amas-de-leite, em geral, estavam doentes, malformadas e/ou raquíticas, e os pais se queixavam pelas despesas despendidas em tratamentos médicos (BADINTER, 1985, p.138).

Badinter (1985) compreende que entre os fatores para esse comportamento das mães está a atitude dos maridos. De acordo com a autora, eles se queixavam do tempo despendido na amamentação das crianças, como atentado à sexualidade e restrição ao prazer, pois os médicos e os moralistas recriminavam a prática sexual durante o período de aleitamento. Além disso, o aleitamento era percebido como sujo pelos maridos.

Outro fator, provavelmente mais relevante é que a dedicação aos filhos era vista como pouco elegante na época. Nos séculos XVII e XVIII a mulher passou a ter recursos para se firmar como tal na sociedade, todavia precisou abdicar da função de esposa e de mãe, pois a existência dessas funções era dependente da relação outrem (BADINTER, 1985).

As mulheres aristocráticas queriam aproveitar da vida noturna e social ao invés de se confinarem em casa, ocupando-se dos afazeres residenciais. Elas dedicavam o tempo apenas a si mesmas. Posteriormente passaram a estudar, tendo o elemento científico como objetivo dominante, atitude estimulada pelo Iluminismo. Mesmo que as mulheres menos abastadas não conseguiram seguir os exemplos por meio da aquisição do talento intelectual, elas copiaram os modos de agir (BADINTER, 1985).

Ao mesmo tempo em que as intelectuais percebiam que o saber era o único meio para a emancipação, constatavam o fracasso. Porque, mesmo com os estudos, as mulheres não ascendiam ao poder, ao passo que os homens tinham inúmeros outros meios para alcançar o sucesso. Nas palavras da autora:

É preciso, portanto, ser muito lúcida para compreender que o saber não passa de um consolo para as mulheres, um prazer solitário que não pode satisfazer a vontade de poder (BADINTER, 1985, p. 116).

O século XVIII foi um período de mudanças: por um lado as mulheres alcançavam a ascendência intelectual, por outro houve profunda modificação na visão do filhote humano. Mello Neto (1994) ressalta que a segunda mudança decorreu do advento das escolas, quando as crianças deixaram de ser misturadas aos adultos, foram separadas deles e mantidas a distância, como se a escola fosse uma espécie de quarentena.

Antes de irem às escolas, os filhos de pais abastados eram confiados a uma governanta assim que retornavam da casa da ama-de-leite. Isso ocorria até por volta dos sete anos de idade, para, em seguida, serem deixadas sob a guarda de um preceptor, que as ensinava a ler e a escrever. E, por fim, à escola em regime de internato (BADINTER, 1985).

É indiscutível que o desejo de educação e instrução é sinal de interesse pela criança. É verdade também que a burguesia considera o saber (mais do que a nobreza, que o desprezou por longo tempo) um meio de ascensão social, haja vista que, graças a esse conhecimento, ela se apoderou dos cargos do funcionalismo público e dos altos postos do Estado, como as intendências. Mas essa atenção parece registrar mais uma vez o interesse por si mesmo, pois foi “um meio moralmente honroso de livrar-se deles” (BADINTER, 1985, p. 133).

Em decorrência do internato, a criança até alcançar a idade adulta passou a ser intensamente observada. Foi decorrente da observação das diferenças entre adultos e crianças que emergiram as psicologias da criança e do adolescente (MELLO NETO, 1994), as quais identificaram a importância dos cuidados e do afeto maternos para o bom desenvolvimento psíquico da criança. Nas palavras de Correia (1998): “Só após 1760 surgem publicações que recomendam às mães que cuidem pessoalmente dos filhos e os amamentem elas próprias” (p. 368).

O período fortuito para a criação intelectual das feministas se encerrou com a percepção de que o saber feminino era estancado da ação, pois esta lhes era proibida. Parte das mulheres concebeu então que a ciência produzida pela mulher era superficial e passou a acusar as feministas por falsas filosofas e desligadas dos laços humanos. Quando Rousseau publicou o livro “Émile” (1762), foi inaugurada outra fase da história da mulher, em que a ciência era deixada de lado e os estudos passaram a ser dedicados apenas a ensinamentos sobre como ser boa mãe. As ideias desse autor introduziram a família fundada no amor materno (BADINTER, 1985).

Foi essa mudança de mentalidade que culminou na modificação da imagem da mulher e da mãe, inclusive quanto ao seu papel e importância (CORREIA, 1998). Segundo Nunes (2011),

Foi durante os séculos XVIII e XIX, no bojo da constituição da ordem familiar burguesa, que a mulher se tornou objeto de grande interesse médico. A partir da preocupação com a mortalidade infantil e com o aperfeiçoamento da formação física e moral das crianças, a medicina ocidental descobriu a importância da relação mãe e filho (p. 103).

Para que a mulher fosse colocada na posição de mãe cuidadosa e carinhosa, garantindo, assim, o pleno desenvolvimento físico e moral da criança, precisava se dedicar exclusivamente aos cuidados maternos. Porém, surgiu um paradoxo a ser resolvido: “como delegar uma responsabilidade tão grande a um ser tão desqualificado?” (NUNES, 2011, p. 104).

Para resolvê-lo surgiu um novo paradigma sobre o papel da mulher na sociedade, seguindo por duas vias: de um lado, surgiu uma preocupação com a educação feminina; de outro, os filósofos, médicos e moralistas enveredaram em construir uma imagem positiva da mulher, que passou a ser vista como um ser sensato, modesto e ponderado, cujos interesses estariam totalmente voltados para o lar. Com isso, o ideal de mulher se tornou essencialmente materna, afetiva, cuidadosa, doce e gentil, e fundamentalmente dominada pelo marido (NUNES, 2011).

Foram criados, desse modo, pelo menos três discursos objetivando que as mulheres voltassem a reconhecer as doçuras do amor materno e, em consequência, que os filhos tivessem mais possibilidades de sobrevivência (BADINTER, 1985).

Um dos discursos foi o econômico, direcionado para os homens esclarecidos, que pregava a importância do aumento da população para um país. Ele teve origem com o surgimento da ciência demográfica, como consequência a criança passou a ter um valor mercantil, um potencial de riqueza econômica. Neste discurso, o ser humano foi percebido como provisão ao Estado, tanto pela produção de riquezas como para poderio militar. Porém, este discurso foi demasiadamente distante da realidade feminina para fazer as mulheres abdicarem do egoísmo delas em prol da maternagem (BADINTER, 1985).

Outro discurso foi o da igualdade e da felicidade individual, decorrente do Iluminismo. Teoria que incitou as pessoas a se interessar pela igualdade política entre homem e mulher, modificando a condição do pai, da mãe e da criança, buscando promover maior homogeneidade. Nas palavras da autora,

De um lado, o pai e a mãe têm o mesmo ‘direito de superioridade e de correção sobre seus filhos’, por outro, seus direitos são limitados pelas necessidades da criança. O poder, mais parental do que estritamente paterno, funda-se agora na fraqueza da criança, ‘incapaz de zelar, ela mesma, pela própria conservação’. [...] Mais do que Deus ou o monarca, é a natureza da criança que exige o poder dos pais e lhe impõe, ao mesmo tempo, justos limites (BADINTER, 1985, p. 162).

Essa concepção, apesar de não modificar em quase nada a condição da mulher no século XVIII, fez progredir ao *status* da esposa-mãe. Um dos aspectos notados é o casamento por amor, tornando a esposa uma companheira querida, sendo que ambos, marido e esposa, devem procurar a felicidade familiar:

A mulher não é mais identificada à serpente de Gênesis, ou a uma criatura astuta e diabólica que é preciso pôr na linha. Ela se transforma numa pessoa doce e sensata, de quem se espera comedimento e indulgência. Eva cede lugar, docemente, a Maria. A curiosa, a ambiciosa, a audaciosa metamorfoseia-se numa criatura modesta e ponderada, cujas ambições não ultrapassam os limites do lar (BADINTER, 1985, p. 176).

Lembramos que se tratava da sociedade burguesa, cujo ideal era a igualdade e a liberdade. Por isso, foi necessário que a ciência médica descrevesse o que era uma mulher, e o resultado foi o estabelecimento da distinção entre os sexos baseado na diferença morfológica e de gêneros. Passou-se, deste modo, a afirmar que as mulheres não eram inferiores aos homens, e sim diferentes, sendo que nesta diferença havia a complementaridade: enquanto o homem é um ser racional e dotado para o trabalho, a mulher é um ser afetivo dotada para as atividades domésticas e para a maternidade (NUNES, 2011).

O terceiro discurso foi dos intermediários, inculcando às mulheres o retorno à natureza. Extraímos dois exemplos desse discurso:

[...] a natureza não deu seios à mulher para que ela obtenha glória de sua beleza, ou para que façam o prazer de um marido sensual. A mulher não deve se envaidecer ou extrair prazer de seus órgãos, pois sua função essencial é nutrícia. A natureza criou-a fêmea antes de mais nada, permitindo-lhe alimentar o filho com seu próprio leite. Ai daquelas que o esquecessem! (BADINTER, 1985, p. 183).

No trecho seguinte, o órgão ressaltado é o útero:

[...] o útero é considerado um órgão nobre e característico da mulher. O corpo feminino vai passar a ser tratado como possuindo características específicas, que determinariam sua vocação para a maternidade (p. 105).

As mulheres aristocráticas que aspiravam uma posição mais elevada na sociedade, todavia, se recusavam ao papel de mãe de família. Já as mulheres burguesas perceberam nessa nova atribuição a oportunidade para a emancipação e aquisição do poderio sobre o próprio lar

e tornar-se o eixo da família. A mulher burguesa ascendeu ao posto de “rainha do lar” (BADINTER, 1985, 222).

Houve também as mulheres que não queriam se opor aos novos valores da sociedade, todavia não queriam gastar tempo delas com cuidados infantis, passaram, assim, a contratar babás. Mesmo aquelas que optaram por burlar as regras sociais, não cuidando pessoalmente dos próprios filhos, sentiam-se obrigadas a simular diante da sociedade. Isso demonstra uma mudança importante na consciência das mulheres, pois passaram a sentir culpa (BADINTER, 1985).

Parte das mulheres pôde viver a maternidade com alegria e orgulho por responder adequadamente ao que a sociedade lhe impunha. Outra parte se tornou frustrada, porque não conseguia realizar com perfeição os papéis de esposa, dona de casa e mãe dedicada tal qual a sociedade exigia. Houve ainda uma parte das mulheres que sofreu a obrigação de ser mãe sem desejar, vivendo com culpa e frustração. Aquelas que optavam por não ter filhos eram tidas por monstras. Houve ainda mulheres que manifestaram no próprio corpo o mal-estar em forma de sintomas histéricos, criando uma “neurose” (BADINTER, 1985, p. 225; NUNES, 2011).

Os novos discursos passaram a pregar que o trabalho materno apenas se conclui quando o filho se torna adulto e a mãe a responsável pelo destino deste filho: “A boa mãe será recompensada e a má será punida na pessoa do filho” (BADINTER, 1985, p. 272).

A falta de amor se tornou um crime imperdoável. Por isto, muitas mulheres passaram a dissimular um amor para com os filhos, mas ansiavam pela chegada da independência deles. Já outras não se davam ao trabalho de pôr a máscara, transpareciam a brutalidade, a indiferença, o ódio e a crueldade para com os rebentos (BADINTER, 1985).

No texto “O mal-estar da civilização”, Freud (1930) afirma que os sujeitos são acometidos por um mal-estar decorrente do processo civilizatório, que, por sua vez, impõe aos seres humanos a abdição das principais pulsões humanas, que são as sexuais e as de morte. Para ele este processo foi responsável por manter os seres humanos em grupos, o que permitiu a perduração da existência da humanidade, porque de outra forma o homem primitivo se exterminaria em lutas.

Contudo, o mesmo processo que garantiu a perduração da existência da humanidade cobra como pagamento a abdição das próprias satisfações. Freud (1930) ressalta, ainda, que quanto mais adequado ou inserido na civilização, menos felicidade o sujeito experimenta.

Podemos pensar que, no contexto das mulheres burguesas, para adequar-se à sociedade na qual estavam inseridas precisaram abdicar de suas paixões, desejos e sexualidade.

Conforme o referido texto,

A civilização é construída sobre a renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação (pela opressão, repressão, ou algum outro meio?) de instintos poderosos. Essa 'frustração cultural' domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos. Como já sabemos, é a causa da hostilidade contra a qual todas as civilizações têm de lutar (FREUD, 1930, p. 103).

Os sintomas histéricos reforçam a nossa hipótese de que a maternidade como construção social fez com que os sujeitos encontrassem formas de externar o sofrimento, e seriam justamente estes sintomas um modo pelo qual as mulheres burguesas encontraram para comunicar o sofrimento e reivindicar atenção aos seus desejos.

Independentemente dos motivos pelos quais uma mulher recorria ao trabalho fora de casa, ela era condenada socialmente por negligenciar as obrigações de mãe e de esposa (BADINTER, 1985). Este “paradigma da mulher domesticada” só veio a ser modificado com o advento da Primeira Guerra Mundial, momento em que os homens europeus foram recrutados para servirem aos seus países na guerra, deixando as residências sob a inteira responsabilidade das mulheres (CORREIA, 1998). A autora afirma que elas precisaram dar conta do sustento das famílias. Ao mesmo tempo, as indústrias com escassa mão de obra devido a evasão masculina passaram a contratar mulheres para o trabalho, que até então era executado exclusivamente por homens.

Quando se depararam com a obrigação de trabalhar para garantir o sustento da família, as mulheres novamente se perceberam capazes de viver uma vida para além da ocupação com o marido, os afazeres domésticos e os filhos. Passaram a encontrar satisfação com as atividades profissionais, e isso se refletiu, entre outras coisas, na relação delas com os parceiros, passando a caminhar rumo à independência (CORREIA, 1998).

Uma diferença fundamental entre as mulheres dos séculos XVII e XVIII e as do século XX é a culpa que foi embutida nas mentes destas. Além disso, Morin (1999) afirma que as mulheres do século XX sofriam, também, fisicamente e moralmente a subjugação social decorrente do atraso político. Além disso, para evitar o nascimento de crianças não planejadas, submetiam-se e eram invadidas por injeções e curetagens clandestinas.

Lutando justamente por melhores condições de vida para as mulheres, surgiram, por volta dos anos 1960, os movimentos feministas, que se disseminaram rapidamente adquirindo espaço também nas Américas (MORIN, 1999). O autor conta que as militantes eram intelectuais e conseguiram se inserir na sociedade lutando para a modificação efetiva do papel das mulheres na sociedade.

Como haviam adquirido poder durante a Guerra, neste momento histórico, puderam se organizar em um movimento e tiveram sucesso efetivo. Entre os principais ganhos destes movimentos estão a inserção da mulher no mercado de trabalho para ocupar cargos que até então eram exclusivamente masculinos e o direito ao planejamento familiar, conquista pela qual as feministas mais lutaram (MORIN, 1999). O autor afirma ainda que essa conquista se deu nas entrelinhas, haja vista que o planejamento familiar por meio de anticoncepcionais era um benefício aos homens, visando a controlar o número de membros na família a quem sustentar, todavia as principais beneficiárias foram as mulheres.

Correia (1998) salienta ainda que em decorrência das modificações sociais trazidas pelos movimentos feministas,

As mulheres começam a recusar a maternidade como a única razão para a sua felicidade e realização; começam a «exigir» dos homens a partilha dos encargos da maternidade e da educação (p. 369).

Em decorrência disso, “A maternidade deixou de ser a primeira e única preocupação da mulher; a par dela vêm outros ideais” (CORREIA, 1998, p. 370).

Conforme Morin (1999), o casamento tornou-se uma possibilidade para as mulheres e não mais um destino, como era até então, e a geração de filhos uma escolha. Conquistas certamente importantes para a decadência da ideia de que a mulher apenas é efetivamente feminina com a maternidade, e que a maternidade é condição natural feminina e ideal a ser alcançado. Parece que a decadência deste discurso social, porém, não garante que as mulheres vivam a liberdade de escolha livre de conflitos.

Podemos reconhecer esses conflitos facilmente: é comum escutarmos “por que você optou por não ter filhos? ”, “quando é que você me presenteará com netos? ”, “por que vocês não se casam logo? Já é época de ter filhos! ”, “minha filha é egoísta, não quer me fazer avó...”, “eu preferia investir na minha profissão, mas minha família começou a cobrar que eu tivesse filhos”, “preferi engravidar agora pra não passar do tempo e me arrepender”, “mulher nasceu pra ser mãe! ”, entre infinitas outras expressões que escutamos no cotidiano.

Essas frases exemplificam o modo como as mulheres têm vivenciado o conflito entre ser ou não mães, embates estes em relação a si própria, expectativas e anseios, em relação à família, ao relacionamento amoroso, e à sociedade em geral.

Estamos diante de uma nova configuração social, na qual a mulher tem sido convocada a atuar numa posição de polivalência: ser mãe (gerar e criar filhos saudáveis), dona de casa satisfatoriamente, esposa (leia-se amante apaixonada), ser profissional (de sucesso), bonita (idealmente magra e adequada aos padrões ditados pela mídia), e, principalmente, ser feliz.

A mulher para estar devidamente inserida na sociedade atual, precisa sincronizar com maestria os próprios desejos com as demandas sociais e familiares, e ainda saber extrair satisfação desta árdua tarefa. A cultura de massa tem usado a publicidade para forjar um ideal que uniformiza todos os tipos de subjetivação da feminilidade, mantendo-as imbuídas no dever de trabalhar, ser mães e com o imperativo de consumir (NUNES, 2011).

As palavras de Morin (2005) exemplificam o que acabamos de salientar:

Estamos a tal ponto habituados a ver mulheres pintadas, preocupadas com a sua linha, peritas em *toilette* e em moda, que esquecemos o que significa essa aparato. [...] Esta se faz bela como que para suscitar um “deseje-me” permanente (p. 141).

Entendemos que o permanente apelo para que a mulher se sinta desejada é resultante do intensivo e invasivo trabalho da mídia que usa de todos os subterfúgios para cativar e manter consumidores. Segundo Morin (2005):

A mulher modelo desenvolvida pela cultura de massa tem a aparência da boneca do amor. As publicidades, os conselhos estão orientados de modo bastante preciso para os caracteres sexuais secundários (cabelos, peitos, boca, olhos), para os atributos erógenos (roupas de baixo, vestidos, enfeites), para um ideal de beleza delgado, esbelto (p. 141).

O autor entende que, para alcançar o objetivo de cativar e manter consumidoras alienadas no ideal de mulher bela, há o constante e ininterrupto lançamento de produtos e aparatos para a beleza. Nas palavras dele:

Donde aliás, uma perpétua busca do novo – novos cosméticos, novos penteados, novas *toilettes* – que corresponde a uma dupla necessidade: a da reestimulação sedutora e a da afirmação individual (ser diferente dos outros) (id, ibid).

Procurando entender, ao menos parcialmente, os motivos que mantêm as mulheres aprisionadas em um discurso social, recorreremos ao texto “Psicologia de Grupos e Análise do Ego”, em que Freud (1921) lança explicações sobre os fenômenos da formação de grupos. Para ele, o primeiro laço emocional estabelecido entre um bebê com outra pessoa é por meio da identificação. Ressaltamos que é por meio das identificações oriundas do relacionamento com as pessoas que circundam o sujeito que ele constrói a própria subjetividade.

Conforme Freud (1921), as identificações ocorrem por intermédio da introjeção de aspectos parciais de determinadas pessoas. Posteriormente, o sujeito identifica os aspectos internalizados que passam a ser semelhantes aos do outro e, assim, cria-se o laço emocional. Estas identificações se tornam repertórios para os relacionamentos subsequentes do sujeito, e quando estas ligações são inibidas no objetivo sexual, ocorre a possibilidade de criar laços permanentes entre as pessoas.

Quando uma pessoa sente amor por outra, o seu narcisismo, que fora investido por tais identificações, é freado e este freio é um fator civilizatório (FREUD, 1921). Freud entende ainda que no amor, o sujeito abandona seu ideal do ego e substitui pelo ideal do outro. No processo grupal isso ocorre de modo que o ideal do ego é substituído pelo ideal do grupo, que é corporificado em um líder.

Segundo Freud (1921), o sujeito faz isso com o único intuito de ser correspondido no amor, que no caso do grupo é sentir-se aceito. Experimenta uma sensação de triunfo quando algum aspecto coincide com o ideal de ego, que já é o substituto do próprio ego ideal pelo ideal do outro, ou, neste caso, do grupo. Inversamente, o sujeito experimenta sentimento de culpa ou de inferioridade quando ocorrem tensões entre ego dele e o ideal do ego.

A discussão teórica de Freud (1921) em relação a essa problemática, permite compreender que é a necessidade de sentir-se amada, que neste caso se manifesta pelo desejo de ser aceita e não excluída da sociedade, interfere de maneira intensa na necessidade de manter-se refém dos ideais de mulher polivalente e consumidora.

Isso parece explicar a sensação de triunfo que algumas mulheres sentem por conseguirem dar conta de responder positivamente a tais ideais. Também pode nos ajudar a explicar os receios e temores que outras mulheres sentem de não corresponder às expectativas familiares e da sociedade em geral e o medo de deixarem de ser amadas.

Segundo Nunes (2011), a “prisão” no ideal social se dá duplamente: pelo ideal de que a mulher é biologicamente e instintivamente feita para ser mãe; e pelo discurso social calcado

na mídia e movido pela sociedade industrial, que põe a mulher no papel de profissional e consumidora.

A consolidação da mulher no mundo do trabalho se deu, portanto, devido a intensas lutas dos movimentos feministas em busca da liberdade feminina e da igualdade (MORIN, 1999). O trabalho dentro do sistema capitalista, todavia, é uma atividade alienante e aprisionante (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975).

Para estes autores, além da repressão filogeneticamente necessária à civilização anunciada por Freud (1930), o processo civilizatório ampliou os mecanismos de repressão. A sociedade ocidental, a partir da organização e consolidação do capitalismo, inseriu uma parcela a mais de repressão na sociedade. Esta parcela é constituída para responder as demandas específicas de dominação do sistema sobre os indivíduos, e Marcuse (1975) a conceituou de “Mais Repressão”.

A sociedade industrial coloca os indivíduos como instrumentos de trabalho, sendo os corpos, almas e consciência deles confundidos com as aparelhagens técnicas e econômicas usadas para a fabricação de outros instrumentos e aumentar o capital. Para isso, são utilizadas refinadas aparelhagens sociais, econômicas e científicas para ajustar todos os indivíduos à produção, impondo a renúncia pulsional e a labuta forçada (MARCUSE, 1975).

Essas refinadas aparelhagens sociais são a racionalização do poder, que se refletem na racionalização da repressão, tendo em vista que a dominação não defende privilégios específicos, e sim, sustenta uma sociedade em contínua expansão. Parte desta expansão é justamente a criação de novas tecnologias, que reduzem o tempo necessário para a produção de produtos que satisfaçam as necessidades da vida. O tempo poupado pode ser investido para o desenvolvimento de atividades supérfluas, que estão além do campo da necessidade (ADORNO; HORKHEIMER, 1986).

Os autores observam que o advento da tecnologia tanto poderia eliminar a escassez de recursos para satisfazer necessidades reais de alimento e habitação no mundo, quanto emancipar o indivíduo de tantas restrições devido ao trabalho como meio de sustento. Esta dupla possibilidade de emancipação gera a necessidade de manter o indivíduo em repressão como meio de conservar a ordem e não dissolver a dominação. O adestramento é feito em parte por meio da ilusão de planos grandiosos para o presente e para o futuro.

As necessidades humanas, assim, foram qualitativamente modificadas. O controle deixou de ser sobre as pulsões, pois a tecnologia permitiu uma sobra de Eros a ser dispensada para objetivos individuais, e passou a operar sobre a consciência. Foram embutidas

normatizações de comportamentos pelas agências de produção de massa e cultura, como os únicos decentes e racionais, através da promoção de atividades ociosas que não exigem o empenho mental, bem como a elevação de contra-ideologias.

O sujeito está, desse modo, num estado de empobrecimento cultural e físico, visto que para adquirir bens ele vende, além do trabalho, o próprio tempo livre, trabalhando em excesso para aumentar o capital. A obtenção de conforto e luxo encorajam a labuta e a destruição. Além do tempo, o indivíduo paga com a consciência e com os sonhos dele, enquanto a civilização paga com o sacrifício das próprias promessas de liberdade, justiça e paz para todos.

É neste contexto socioeconômico e de trabalho que a mulher tem se firmado e, segundo Ogido e Schor (2012), desempenhado tripla jornada. Para as autoras, a participação da mulher no mercado de trabalho tem ocorrido principalmente em empregos precários, vulneráveis e com salários desiguais, que seguem a divisão estereotipada por gênero. Cabe às mulheres a responsabilidade por um trabalho reprodutivo e pelo trabalho doméstico, porque o trabalho produtivo e fora de casa já coube aos homens. As pesquisadoras afirmam ainda que esta divisão tem sido justificada e reforçada pela ideologia da complementaridade natural entre os sexos.

De acordo com Almeida (2007), quando a mulher que já é mãe opta por inserir-se ou manter-se no mundo do trabalho encontra dificuldades para conciliar os cuidados com os filhos e as adequações necessárias ao trabalho. A autora salienta que apesar de haver mulheres que trabalham em busca de um projeto pessoal, e outras que trabalham para garantir o sustento, ambas experimentam o sentimento de culpa por acreditarem negligenciar nos cuidados aos filhos (ALMEIDA, 2007).

Após conhecer as insígnias pelas quais passaram a mulher e a mãe até adquirirem o atual estatuto social, adentramos ao campo da Atenção à Saúde Materno-Infantil, especificamente no Brasil, porquanto entendemos que o acesso da mulher/mãe e criança aos serviços e produtos de saúde, bem como a qualidade deles, também dizem respeito ao estatuto conferido pela sociedade a este público.

5 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

Concordamos com Benites e Barbarini (2009) quando afirmam que entre os aspectos que definem o estatuto social da mulher em dada sociedade estão o acesso que ela tem aos serviços de saúde e a qualidade deles. Por este motivo, optamos por traçar o histórico do campo da saúde coletiva em relação aos serviços de saúde materno-infantil no Brasil, articulando-o, em alguns momentos, a eventos históricos de outros países ou de nível mundial e apresentamos resultados de alguns estudos sobre a saúde materno-infantil no país.

Foi na Europa do século XIX que a medicina infantil surgiu como uma especialidade, já a palavra “pediatria” surgiu no ano de 1872. Antes disso, não era prática dos médicos consultarem crianças doentes. Eles afirmavam que essa incumbência era atribuída às mulheres. Apesar disso, os médicos se ocupavam em descrever doenças infantis, como varíola, varicela, caxumba, difteria, coqueluche, escarlatina, etc. Afirmavam que era muito difícil tratar crianças porque elas não falam o que sentem (BADINTER, 1985).

Existem registros que apontam, todavia, que as políticas públicas de saúde geral começaram no século XVII. Com a ascensão do capitalismo a sociedade exigiu do Estado esforços para manter uma força de trabalho que fosse capaz de aumentar o ritmo acelerado de crescimento. Entre as medidas adotadas pelo Estado esteve a institucionalização do parto, como meio de controlar e monitorar o crescimento da população (SANTOS NETO et al, 2008). Wolff e Moura (2004) salientam que quando o parto deixou de ser um evento privado e tornou-se institucionalizado ao se deslocar para as instituições de saúde, transformou-se em um “momento desconhecido e amedrontador” (p. 280).

Essa medida melhorou as condições da saúde da mulher e da criança e foi responsável por importantes avanços científicos e tecnológicos. Além disso, aumentaram os conhecimentos e o entendimento dos médicos em relação aos processos fisiológicos e patológicos da gestação, bem como do parto e dos recém-nascidos (SANTOS NETO et al, 2008).

No Brasil, a atenção à saúde materno-infantil ocorreu com bastante atraso em relação à Europa. Para compreender o desenvolvimento das políticas no nosso país, foi necessário estudar a atenção dada à saúde coletiva geral desde o Brasil Colônia.

A cidade do Rio de Janeiro será o cenário do enredo dos próximos parágrafos, enquanto falaremos sobre o movimento higienista. Sabemos que Portugal era completamente

negligente em relação à política de povoamento e urbanização do país, e que a ocupação do território brasileiro se deu por intermédio da iniciativa privada. Com a vinda da Família Real acompanhada da respectiva Corte ao Brasil no século XIX, o Rio de Janeiro ampliou em quase um terço a população, o que demandou do Estado manobras de ordenamento dos habitantes em relação ao comportamento e também à moradia (COSTA, 1989).

Neste contexto, a medicina higiênica foi convocada a cuidar da insalubridade na qual a cidade estava permeada. Ação que de imediato se ligou ao interesse do Estado em aplacar as epidemias que sempre assolaram a administração colonial, pois havia uma elevada taxa de mortalidade com focos de infecção, febres e contágio de água e ar (COSTA, 1989).

Esse movimento contou com a participação do Estado na política de saúde e a medicina higiênica suscitou o interesse do sujeito pela saúde dele. Cada pessoa passou, assim, a cuidar da própria saúde e da saúde da vizinhança.

Costa (1989) afirma que a família sempre serviu como um forte obstáculo à consolidação do Estado brasileiro. O sistema higienista operou técnicas de persuasão e manobras de ataque com a chamada higiene familiar no Brasil Império, tendo sua força impulsionada pelos interesses políticos do Estado. Apesar disso, os benefícios para os indivíduos decorrentes do progresso científico da higiene são inegáveis (COSTA, 1989).

Quando o Brasil adentra no período de industrialização, o Estado moderno precisou exercer um controle demográfico e político da população mais adequado à nova realidade do país. O controle se deu nas famílias, buscando disciplinar as práticas tanto da concepção quanto dos cuidados dedicados aos filhos, que até então eram anárquicas. Ocorre que era um momento de política e ideologia liberal e o Estado não podia lesar as liberdades individuais. Para dar conta deste problema, o Estado interviu normativamente. Defendia a saúde física e moral das famílias, por um lado, e executava a política do Estado, por outro. Tudo em nome dos direitos do homem (COSTA, 1989).

O interesse da medicina social aplaca a família “burguesa” urbana, com a intenção de modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social de seus membros visando a adequação ao sistema econômico e político (COSTA, 1989).

O Estado se utiliza, para tanto, da normatização das famílias. Costa (1989), inspirado em Foucault, esclarece que a normatização é uma estratégia utilizada pelas instituições de poder, que visa controlar os indivíduos por intermédio da regulação dos comportamentos. Para isto, faz uso do incentivo ou exaltação de comportamentos imperceptíveis ou inexistentes até então. É uma manobra que objetiva, além de abolir condutas que lhe são inaceitáveis,

produzir novas características corporais, sentimentais e sociais concernentes aos interesses das instituições manipuladoras.

A primeira dessas intervenções se deu por meio da medicina doméstica, no interior das famílias burguesas, que estimulava a política populacionista e reorganizava as famílias em torno da conservação da boa educação das crianças. A segunda se dirigiu às famílias pobres por meio de campanhas de moralização e higiene da coletividade (COSTA, 1989).

Entre as medidas tomadas pelos higienistas estava o plano geral de construção, que passou a impedir a improvisação nas construções, com o objetivo de reduzir a insalubridade das mesmas. Isso porque até então,

As casas eram mal construídas, escuras e úmidas não só pela ignorância médica dos proprietários. Grande parte do capital empregado na construção de imóveis vinha diretamente de antigos traficantes de escravos, impossibilitados de continuarem seu comércio. Estes especuladores empregavam o material de pior qualidade e a mão-de-obra mais desqualificada, em geral escravos, na ânsia de obterem os maiores lucros possíveis (COSTA, 1989, p. 112).

A higiene, com o apoio do Estado, além de adentrar na alçada das engenharias, tornou-se, ainda, mentora da etiqueta social. Nesta manobra, conseguiu exercer a proteção das mulheres e das crianças, haja vista que estes habitantes passavam a maior parte do tempo dentro das casas, estando mais vulneráveis aos efeitos nocivos da insalubridade. A mulher vivia enclausurada na insalubridade, era pálida, flácida e doentia. Gerava e alimentava mal os seus filhos. Retirá-la da alcova a fortaleceu, fez enfraquecer o poderio paterno, possibilitando à medicina integrar as famílias à cidade (COSTA, 1989). Percebemos aqui, a primeira atenção à saúde da mulher e da criança desde a criação do Estado brasileiro.

Os comportamentos das famílias coloniais relacionadas com a gestação e a amamentação eram contrários aos interesses do Estado e do poder médico. Era preciso criar um novo código de relacionamento social que impunha o cuidado à prole. Os médicos insistiam que era essencial as mulheres caminhar, sair de casa, se fortalecer para cuidar com primazia dos filhos (COSTA, 1989).

Para essa operação, era preciso remanejar o papel da mulher na família, e conseqüentemente, ocasionar uma metamorfose familiar. O novo código de relacionamento dizia que as mulheres tinham que se expor ao mundo, em teatros, restaurantes, entre outros. A assepsia da casa também era a nova condição da mulher recém-saída da alcova, bem como da

criança. O ambiente precisava ser cuidadosamente decantado das impurezas, físicas e humanas, que herdara do colonialismo (COSTA, 1989).

A partir da libertação da mulher, no entanto, a família se tornou muito exposta à diluição. A higiene então lançou mão do ideal da intimidade familiar. O meio encontrado foi criar “a estabilidade sentimental dos novos vínculos familiares e a cumplicidade com os interesses da cidade e do Estado”, convencendo a família de que apenas os médicos conheciam a maneira sadia de conviver (COSTA, 1989, p. 133).

Novamente a família se enclausurou, mas agora tendo incorporado a presença médica na sua intimidade. O confinamento na alcova foi substituído pela normatização do intimismo familiar:

Vagarosa e seguramente, a família, conduzida pela atenção benevolente do médico, fazia de seus laços e de sua casa aquele ambiente ‘doce e encantador’ tão solicitado pela higiene. [...] No convívio interno, reduziu seus prolongamentos e aproximou seus membros, constituindo a família nuclear. [...] Aprendeu, igualmente, a depender da cidade, do todo social. A não mais considerar-se auto-suficiente, nem querer para si essa tarefa, quando já podia utilizar a divisão social do trabalho (COSTA, 1989, p. 140).

As manobras normativas obtiveram êxito porque ganhos secundários como o livramento do poderio paterno por parte das mulheres e crianças, e a nova submissão da mulher devido o amor ao marido, aos filhos e ao lar, atenuaram o peso da repressão exercida pelo saber médico (COSTA, 1989).

Os conhecimentos produzidos pela medicina ao longo do período higienista culminaram para a Reforma Sanitária de Carlos Chagas, já no Brasil República, na década de 1920, que foi responsável por diversas modificações relacionadas com o planejamento e a organização da assistência à saúde em geral. A atenção à saúde-materno infantil foi consequência dessas novas organizações em saúde. Entretanto, naquela época, a saúde era abordada apenas pela dimensão biológica e limitada aos cuidados médicos (DUARTE; ANDRADE, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Com o intuito de integrar os programas da saúde pública aos planos e atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, nos âmbitos público e privado, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR), que durou do ano de 1940 até o ano de 1965. Se tratava de um projeto educativo de puericultura, que abrangia os cuidados com a saúde das

gestantes, das lactantes e das crianças. Nagahama e Santiago (2005) afirmam que a preocupação era apenas em reduzir a mortalidade infantil, e não em disciplinar as mulheres para a reprodução. Os autores observam ainda que o intuito do programa era construir “uma nação forte, sadia e progressista” (p. 652).

Em 1943, o direito à licença maternidade foi instituído. Ele consistia no afastamento da mulher das atividades de trabalho no período de 12 semanas, sendo entre as quatro antes do parto e as oito posteriores ao parto, com a garantia do salário integral, bem como ao repouso remunerado de duas semanas em casos de abortos espontâneos (ANSILEIRO, 2007).

Nas décadas seguintes, o militarismo comandou o país, o que surtiu efeitos na saúde coletiva. Esta se tornou médico assistencial privatista, baseado no cuidado médico individualizado e hospitalar-ambulatorial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SANTOS NETO et al, 2008). A atenção à saúde materno-infantil também sofreu negligência, tendo sido tratada apenas, em 1971, no documento de Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil. As diretrizes previam programas de assistência à gravidez de alta complexidade, ao puerpério e às crianças de até quatro anos de idade. Havia a proposta de estimular o aleitamento materno e a nutrição, e, ainda, a orientação às mulheres em relação ao período entre as gestações para prevenção de nascimento de crianças com problemas de saúde (DUARTE; ANDRADE, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SANTOS NETO et al, 2008).

Em 1972, a América Latina sediou a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (REMS), e a saúde materno-infantil foi um dos assuntos em pauta. Desta reunião foi criado o Plano Decenal de Saúde para as Américas, que inspirou o Brasil a criar, no ano de 1972, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Programa de Assistência Materno-infantil, tendo como justificativa a necessidade de atenção adequada ao grupo materno-infantil, por este ser intrinsecamente vulnerável devido às características biológicas e sociais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No ano seguinte, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) que enfatizou a nutrição infantil e focou as mulheres em idade fértil até as puérperas. Nagahama e Santiago (2005) afirmam que o intuito do programa era garantir gerações de brasileiros maiores e mais saudáveis, para contribuir para a força de trabalho do país.

Em 1978, foi criado o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que regulamentava e propunha operacionalizar ações de assistência especial aos riscos de

reprodução e obstétricos, bem como o diagnóstico e tratamento da infertilidade ou da esterilidade (DUARTE; ANDRADE, 2008).

No final da década de 1970, o país foi palco de uma importante articulação de movimentos sociais em prol da redemocratização e de melhorias das condições de vida da sociedade. Entre estes estava o movimento pela reforma sanitária, que demandava principalmente o direito à saúde, como direito à cidadania. Os movimentos feministas também se organizaram e denunciaram as desigualdades sociais de gênero, reivindicando por justiça social. Além disso, reportaram problemas como falta de água e de saneamento básico, de escolas e de creches, a violência contra a mulher, atenção à saúde da mulher, à sexualidade e à contracepção (BENITES; BARBARINE, 2009; BRASIL, 2011; FARAH, 2004; SANTOS NETO et al, 2008).

Um assunto que chamou a atenção ao longo desta pesquisa é que a atenção em saúde é ofertada em prol do bem-estar da população, mas esta oferta não é livre de interesse. Nos questionamos se o atraso às políticas de planejamento familiar e as ações que permitem à mulher optar por engravidar ou não são decorrentes do atraso científico ou social, ou há interesse em manter a mulher refém do próprio ventre e aprisionada no ideal de família nuclear?

Os movimentos feministas, os quais demandavam que a sexualidade feminina e a contracepção se tornassem direitos da mulher, ganharam destaque nas esferas do poder público nas décadas de 1970 e 1980. Profissionais e médicos do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), perceberam que era necessário oferecer à mulher uma assistência integral. Inspirados no modelo da Unicamp, em 1983, um grupo de representantes das mulheres, pesquisadores de universidades, demógrafos, sanitaristas, sociólogos e psicólogos se reuniram e elaboraram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo documento procurava estabelecer ações de assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, enfatizando o direito de contracepção (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Essa comissão foi convocada pelo Ministério da Saúde para redigir o programa. Mesmo não contemplando todo o país, é importante sublinhar que foi a primeira vez que o Estado brasileiro anunciou oficialmente um programa que propusesse o planejamento familiar com ações de controle da reprodução (OSIS, 1998).

Em 1980, foi criado o Programa de Ações Básicas de Saúde (PREVSAÚDE), uma articulação de organizações estatais e privadas em uma rede hierarquizada e regionalizada,

cujos objetivos eram abranger os cuidados primários à saúde à toda a população do país. A partir dele, foi estabelecido outro programa, o materno-infantil que teria ações informativas sobre os diferentes métodos contraceptivos, também com o intuito de atentar às mulheres nos intervalos entre as gestações. Entretanto, segundo Nagahama e Santiago (2005), o governo foi pressionado por dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciárias e empresários do setor da assistência médica que se opunham a tais medidas. A crise econômica agravou este contexto e fez com que as propostas não fossem efetivadas.

Com o advento da Constituição Federal, em 1988, e com o Brasil redemocratizado, a licença-maternidade foi ratificada como direito social, tendo a duração ampliada para cento e vinte dias. As seguradas eram as empregadas urbanas, rurais, trabalhadoras avulsas e empregadas domésticas. Propunha-se ainda a garantia da proteção à maternidade, com atenção especial à gestante (ANSILEIRO, 2007).

O salário-maternidade passou por diversas reformas constitucionais: no ano de 1974, ele foi incluído entre as prestações da Previdência Social. Em 1991 e 1994 foram estabelecidos os limites dos valores dos salários e os prazos da carência. Já em 1999, o seguro foi ampliado às contribuintes individuais e facultativas e ainda foi estabelecido que a Previdência Social efetivaria o pagamento de todas as seguradas. E, por fim, em 2002, o seguro foi ampliado aos casos de adoção (ANSILEIRO, 2007).

Provavelmente em decorrência das políticas públicas específicas, entre os anos de 1980 a 1986, as Razões de Mortalidade Materna (RMM)⁵ indicaram uma sensível queda no índice de morte materna. É provável que esta queda tenha sido em função dos serviços de atenção à saúde materno-infantil executados até o momento da análise do índice (BRASIL, 2011).

Na Constituição Federal de 1988, ficou determinado que a garantia à saúde a toda a população era dever do Estado. A partir disso, o Ministério da Saúde criou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo detalhamento do funcionamento foi aprovado pelo Congresso Nacional em 1990 (PORTAL DA SAÚDE). Lima *et al.* (2012) afirmam que tanto a Constituição Federal de 1988 quanto a Lei Orgânica da Saúde de 1990 estabeleceram a descentralização e a regionalização dos processos de organização político-territorial como princípios norteadores do SUS. A gestão passou a ser administrada, assim, por estados e municípios ao invés de ser

⁵ A RMM busca analisar as condições nas quais as mulheres morrem, bem como a qualidade da atenção à saúde da mulher, pois taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério (CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES – BVS).

feita exclusivamente pelo Poder Executivo Federal, como era anteriormente (PORTAL BRASIL, 2009).

De 1987 até 1996, a RMM se manteve estável e, em 1996, foi incluída na Declaração de Óbito (DO), variante que identifica os óbitos de mulheres grávidas e de morte materna tardia (até um ano após o parto) e, ainda, o Ministério da Saúde investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna. Em 1996, também, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) apontou que aproximadamente 13% das mulheres que tiveram partos entre os anos 1991 até a data da pesquisa não tiveram acesso a nenhuma consulta de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esta pesquisa indicou também que no mesmo período, concernente ao ano de 1996, foi observado a proeminência de uso de apenas dois métodos contraceptivos: 40% de laqueadura tubária e 21% de pílula, e, ainda, que 43% das mulheres interrompiam o consumo de anticoncepcionais durante o primeiro ano de uso. Isso sugeriu um acesso limitado a informações sobre os métodos contraceptivos por parte das mulheres (BRASIL, 2011).

Também neste período e respondendo ao movimento mundial em prol da humanização do parto, o Brasil iniciou uma discussão sobre o modelo obstétrico por volta de 1990. Foi constatado, então, que o número de partos cirúrgicos estava aumentando consideravelmente, e ao mesmo tempo o índice de mortalidade materna e perinatal estava estagnado e elevado. Como fruto destas reflexões, em 1990, foi estabelecida a criação do Centro de Parto Normal (CPN), cujo objetivo era assistir o parto normal tanto no âmbito hospitalar quanto no extra-hospitalar (SCHNECK *et al*, 2012).

Isto significou um importante avanço na atenção à saúde materno-infantil. De acordo com o Portal Brasil (2011), já existia mais de 25 centros no Brasil, em 2011, com capacidade média para realizar 100 partos por mês cada um. Apesar disso, o índice de partos cirúrgicos aumentou consideravelmente, no país, entre os anos 2001 a 2011, sendo que em 2001 38,3% dos partos foram cirúrgicos. Já em 2011 um grande salto, 53,88% das intervenções foram cesarianas (IDB BRASIL, 2012A).

A década de 1990 foi bastante fortuita para a assistência à saúde materno-infantil no país. Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente que previu atenção à gestante e ao recém-nascido. Em 1992, a Portaria GM/MS nº1.016, que tornou obrigatório o alojamento conjunto no período de internação da gestante e do recém-nascido em todos os hospitais da rede pública de saúde. E o Ministério da Saúde assegurou aos Hospitais Amigos

da Criança, em 1994, um acréscimo de 10% no pagamento, além de estabelecer critérios para os novos credenciamentos (SANTOS NETO et al, 2008).

Nos anos compreendidos entre 1999 a 2001, houve uma queda na mortalidade materna, provavelmente, atrelada à melhoria da qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar (BRASIL, 2011). No ano 2000, a Razão de mortalidade materna⁶ no Brasil foi de 73,3, ao passo que no ano 2011 baixou para 64,8. A taxa de mortalidade infantil⁷ foi de 26,1 no ano de 2001 contra 15,3 em 2011 (IDB BRASIL, 2012B, 2012C). Em 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPN) que teve por objetivo prioritário a redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal (SANTOS NETO *et al*, 2008).

Um passo importante foi dado pelo Brasil com a criação do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, para o período entre os anos 2004 e 2007, cujos objetivos gerais foram:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Gomes (2011) salienta que a implantação dessa política logrou êxitos, todavia chama a atenção para os desafios a serem alcançados: abordagens biomédicas reducionistas de atendimento que dificultam a atenção integral; falta de contextualização no que tange as relações de gênero; limitação do acesso à saúde decorrente de problemas estruturais e comprometimento da qualidade e da quantidade dos serviços prestados. Apesar disso, o autor afirma que tais desafios não paralisam a atenção à saúde da mulher.

Em 2006, foi novamente realizada a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) cujos principais resultados foram: 80,9% das gestantes realizaram pelo menos seis

⁶ Cálculo do número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

⁷ Cálculo do número de óbitos infantis (menores de um ano) por 1.000 nascidos vivos.

consultas de pré-natal, sendo que 60,8% não realizou nenhuma consulta no puerpério, e 43,8% dos partos foram cirúrgicos. Em relação aos métodos contraceptivos: de 1996 para 2006 a prevalência do uso do anticoncepcional aumentou. Os relatores associam este resultado à expansão do uso de métodos nas classes socioeconômicas mais baixas. A distribuição dos métodos utilizados para a contracepção também se transformou: houve redução da esterilização feminina e o aumento da pílula, da esterilização masculina e do uso do condom⁸. A interpretação dos dados mostra que esta modificação se deu, entre outros fatores, pela maior participação do homem na contracepção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Foi aprovado, em 2008, o Programa Empresa Cidadã, que objetiva ampliar a licença maternidade para 180 dias às mulheres que solicitarem e que têm vínculo empregatício com empresas aderidas ao programa. Estas por sua vez, são beneficiadas com dedução na carga tributária (BRASIL, 2008). O valor respectivo aos 60 dias a mais de licença é pago pela empresa e não pelo INSS, e a restituição ocorre na forma de desconto no imposto de renda relativo ao ano seguinte (PORTAL BRASIL, 2012). Ainda de acordo com o Ministério, até janeiro de 2012, apenas 10% das empresas que poderiam aderir ao programa o fizeram, o que significa um número absoluto de 15.735 organizações (PORTAL BRASIL, 2012).

Em 2011, foi criada e está sendo implantada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha, um conjunto de cuidados que busca assegurar os direitos da criança e da mulher. Trata-se de uma política proposta pelo Governo Federal, que sugere a territorialização da atenção à saúde materno-infantil. Cabe aos estados, assim, seguir as diretrizes propostas pelo Governo Federal, adequando-as às especificidades de cada região, ficando como responsabilidades dos municípios seguir tais diretrizes adequando-se também às especificidades regionais (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

No que tange à mulher, a Rede prevê o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério; em relação à criança prevê o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Conforme o Portal da Saúde (2012), os objetivos da instauração desta rede são:

Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; redução da mortalidade materna e neonatal.

⁸ Preservativo sexual masculino.

E conta com as seguintes diretrizes:

1. Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
3. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento;
4. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
5. Garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

Carneiro (2013) afirma que a Rede Cegonha busca atuar em todas as fases do processo, desde a concepção até a criança alcançar dois anos de idade. Cada uma dessas diretrizes compreende ações de saúde como: oferecer teste de HIV, sífilis e o teste rápido de gravidez; orientação e a oferta de métodos contraceptivos; qualificação dos profissionais de saúde; criação de centros de atenção para gravidez de alto risco, além do acesso em tempo adequado aos serviços de saúde; promoção de ações de incentivo ao aleitamento materno.

Um indicativo bastante importante sobre a saúde materno-infantil é a prematuridade, pois, conforme Silveira *et al* (2008), 61,4% das causas de mortalidade infantil perinatais estão associadas a ela. Na análise feita pelo Ministério da Saúde em 2011 e publicada em 2012, foi observado que a partir do ano 2000 houve uma tendência crescente de prematuridade em crianças nascidas por partos cirúrgicos, sendo que em 2010 o índice foi 7,8%; e uma tendência de redução da prematuridade nas crianças nascidas por parto normal, com índice 6,4% prematuros no mesmo ano.

Pesquisa desenvolvida por Silveira *et al* (2008) em comparação com os dados do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostrou que a prevalência de prematuridade no país cresceu: em 1994 foi de 5%, em 1998 de 5,4%, em 2000 de 5,6% e em 2004 de 6,5%. Porém, segundo os autores, as pesquisas anteriores apontavam um aumento maior de prematuridade no Brasil em relação à base do SINASC.

Neste contexto, buscamos trabalhos que tinham como objetivo as questões relacionadas com gravidez, saúde e subjetividade. Em pesquisa realizada na base de periódicos Scielo⁹ encontramos três estudos, relatados a seguir.

A primeira pesquisa foi realizada em um município do interior de São Paulo e os resultados obtidos apontaram que as mulheres sentem a necessidade de acompanhamento mais próximo, por parte dos serviços de saúde, às usuárias que têm perda fetal, além disso

⁹ Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>

consideram muito importante haver uma rede de apoio para as mulheres que vivenciam este problema (SANTOS; ROSENBERG; BURALLI, 2004, p. 268).

A segunda pesquisa objetivou conhecer o significado e a importância do pré-natal na opinião das gestantes. Foi realizada no município de Campo Grande-MS. Duarte e Andrade (2008) afirmam que as mulheres atribuem valor ao pré-natal devido aos cuidados necessários em relação a elas próprias e ao bebê, bem como pela prevenção de doenças e complicações. Os autores destacam a intensa preocupação delas em relação à saúde do bebê em detrimento à saúde e ao bem-estar delas próprias. Os pesquisadores perceberam uma preocupação por parte dos profissionais de saúde, também, muito maior com o bebê do que com mães. E, ainda, enfatizaram que elas vivenciam a gestação como se fosse uma doença e o pré-natal como um ato intervencionista, normativo e centralizado nos profissionais de saúde, e aderem ao pré-natal devido a insegurança consigo mesmas.

A terceira pesquisa corroborou os resultados obtidos nas duas anteriores: que as gestantes percebem a maternidade enquanto um fenômeno do campo da saúde, regulado pelo saber dos profissionais da saúde, e, constantemente, associada aos riscos, aos cuidados, às doenças e à normalidade. Moreira e Rasesa (2010) compreendem que de acordo com o discurso das mães, o nascimento do bebê e a certificação dele ser saudável é a comprovação da própria competência em produzir um “filho normal” (p. 533).

Há, também, algumas gestantes que se angustiam com a atenção médica. Szejer e Stewart (2002) afirmam que as mães entendem como um paradoxo receber atenção médica a processos que são naturais (gravidez e parto). Procurando compreender isso, os autores salientam:

Como sempre, em medicina, a técnica é uma faca de dois gumes: se ela for considerada e utilizada como um fim em si ela poderá cortar a palavra, mas se for um meio, uma relação de confiança de pessoa para pessoa, ela poderá restitui-la. Pode fechar a porta ou abri-la. Tudo dependerá – como sempre – dos indivíduos, de sua história, da mulher que consulta, mas também do médico e das razões íntimas e profundas pelas quais ele escolheu exercer essa profissão (p. 145).

Ao escrever este capítulo, pudemos perceber que houve importante evolução na Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil, sendo que, atualmente, a mulher e a criança têm maior acesso aos bens e serviços de saúde, que são de melhor qualidade.

Percebemos, contudo, que historicamente as políticas e ações vêm se refletindo em serviços cujo paradigma é essencialmente o técnico científico, no qual a mulher é mantida em uma posição social e subjetiva inferiorizada, tanto diante dos serviços de saúde quanto de si própria. Uma possível consequência disso é a posição de passividade, como observamos nos relatos dos discursos das mulheres dos trabalhos que usamos como ilustração.

No próximo capítulo, continuamos a busca por compreender o Estatuto Social da Mulher, analisando o acesso dela ao mundo tecnológico.

6 A GESTANTE E A TECNOLOGIA

Neste capítulo, procuramos contextualizar o acesso das mulheres ao mundo tecnológico, bem como a modalidade da relação que elas estabelecem com a tecnologia, a partir do conceito de tecnologia e do estatuto dela no Brasil. Entendemos tecnologia a partir do conceito cunhado por Silva e Silva (2009),

[...] a maneira pela qual as pessoas fazem as coisas. Na verdade, tecnologia é um conjunto de conhecimentos específicos, acumulados ao longo da história, sobre as diversas maneiras de se utilizar os ambientes físicos e seus recursos materiais em benefício da humanidade (p. 386).

Ainda de acordo com os autores, a tecnologia é tão antiga quanto a própria humanidade, pois os hominídeos apenas se tornaram humanos quando passaram a dominar a técnica¹⁰. Neste sentido, a tecnologia compreende desde conhecimentos de plantio e de colheita, de fabricação de ferramentas (tanto de pedra lascada quanto de aço), até de construção de grandes represas e satélites (SILVA; SILVA, 2009).

Nos fins do século XVIII, a Europa Ocidental vivia o Iluminismo, cujos princípios eram a razão e o progresso. Bases que se tornaram fundamentalmente norteadores para a Europa Ocidental em meio à Revolução Industrial. A necessidade de novas técnicas para impulsionar a indústria originou o tecnicismo, que estabeleceu o desenvolvimento tecnológico como parâmetro para medir o nível de evolução das sociedades.

A produção intelectual historiográfica passou a construir classificações e periodizações tendo como critérios a tecnologia. Deste modo, os períodos históricos foram classificados em Paleolítico, no qual utilizavam a pedra lascada; Neolítico que utilizavam a pedra polida; Idade dos Metais; etc. O entendimento embutido nesta classificação é de que a tecnologia evolui ao longo da história da humanidade, portanto, a humanidade se desenvolve e a sociedade que a domina evolui e progride (SILVA; SILVA, 2009).

Seria impossível mensurar a quantidade e a diversidade de instrumentos tecnológicos disponíveis atualmente. Para nós interessa tratar apenas das tecnologias de base digital, oriundas da informática. Haja vista que um dos objetivos deste trabalho é investigar a relação das gestantes com os aparatos de informática, em quais aspectos estes equipamentos podem

¹⁰ A técnica é a prática; a tecnologia é o conjunto de conhecimentos que fornece as bases para a realização dessa prática; a ciência é a teorização abstrata em torno da essência das coisas (SILVA E SILVA, 2009).

facilitar a vida delas. Sendo assim, ao longo do texto, cada vez que utilizarmos indiscriminadamente o termo tecnologia, estaremos nos referindo informática, em particular os sistemas digitais em rede e os dispositivos móveis (*tablets, smartphones, notebooks*).

O desenvolvimento da informática acompanha parte da história da civilização ocidental do século XX: o primeiro computador foi fabricado pelos Estados Unidos em 1937 e apresentado ao mundo em 1944, após a Segunda Guerra Mundial. O chamado *MARK I* media 2,5 metros de altura, 18 metros de comprimento e era eletromecânico. Na década de 1940, houve um importante avanço no campo tecnológico, causado pelos esforços da Segunda Grande Guerra: o primeiro grande computador eletrônico foi apresentado em 1946. O Eniac (*Electronic Numeric and Integrator Calculator*) ocupava cerca de 170 metros quadrados e pesava 30 toneladas, e chegava a ser mil vezes mais rápido que o *Mark I* (DOMINGUES; LIMA, 2013).

Entre os anos de 1945 e 1950, foi desenvolvida a lógica dos circuitos, das operações com números binários e o armazenamento e manipulação interna de dados. Estas ideias deram suporte à produção do Univac I (*Universal Automated Computes*) que foi o primeiro computador a ser produzido em escala comercial. Tinha tamanho pouco maior do que 20 metros quadrados e pesava cinco toneladas. Na década de 1970 surgiram os microcomputadores em escala comercial. Entre os anos 1970 e 2010, os microcomputadores evoluíram, ganharam em agilidade, em tamanho de memória para armazenamento e, principalmente, em interface, fator que viabilizou o interesse e acesso das pessoas para tal ferramenta. Em 2010 surgiu o primeiro *tablet*, dispositivo móvel em formato de prancheta com funcionalidades de um celular e *notebook* (DOMINGUES; LIMA, 2013).

No Brasil, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou que, no ano de 2001, 12,6% das residências pesquisadas tinham microcomputador em casa. Em 2009, a mesma pesquisa apontou que 35% das residências pesquisadas tinham microcomputador e 27,4% possuíam acesso à internet (DOMINGUES; LIMA, 2013).

Atualmente podemos acessar nossa caixa de e-mails através de dispositivos móveis que tenham acesso à internet, como o *notebook, tablet* ou celular. Estes podem ser conectados por redes sem fio, tornando possível a transmissão de dados em qualquer lugar que tenha suporte deste tipo de rede, descartando a necessidade de estar em frente a um computador conectado por um cabo de internet. Isto dá ao usuário a sensação de estar livre (DOMINGUES; LIMA, 2013).

Existem ainda tecnologias visíveis e invisíveis, que atingem o biológico do corpo, o ecossistema, plataformas sociais, sistemas enativos biocíbridos, que utilizam câmeras e redes de sensores: tecnologias vestíveis, que trocam dados com a fisiologia do corpo, captam dados dos fenômenos naturais e do ambiente, e geram dados de computadores, que delegam ações aos humanos e aos não humanos (DOMINGUES, 2013; LEMOS, 2013).

Entendemos que a interação com a tecnologia, além de gerar alterações sobre o ambiente, dialeticamente, nos transforma em todas as dimensões de relacionamento, ou seja, ela tem influenciado na produção de subjetividades. A seguir discutiremos esta influência, apoiadas em Guatarri e Lipovetsky, acerca da tecnologia e da hipermodernidade.

Lipovetsky (2004) afirma que a organização econômica globalizada neoliberal prioriza a rentabilidade imediata. Este processo combinado à revolução da informática são:

[...] duas séries de fenômenos [que] se conjugam para “comprimir o espaço-tempo”, elevando a voltagem da lógica da brevidade. De um lado, a mídia eletrônica e informática possibilita a informação e os intercâmbios em “tempo real”, criando uma sensação de simultaneidade e imediatez que desvaloriza sempre mais as formas de espera e lentidão. Do outro lado, a ascendência crescente do mercado e do capitalismo financeiro pôs em xeque as visões estatais de longo prazo em favor do desempenho a curto prazo, da circulação acelerada dos capitais em escala global, das transações econômica em ciclos cada vez mais rápidos. Por toda a parte, as palavras-chave das organizações são flexibilidade, rentabilidade, *just in time*, “concorrência temporal” e atraso zero – tantas orientações que são testemunho de uma modernização exacerbada que contrai o tempo numa lógica urgentista. Se a sociedade neoliberal e informatizada não criou a mania do presente, não há dúvida de que ela contribuiu para a culminância disso ao interferir nas escalas do tempo, intensificando nossa vontade de libertar-nos das limitações do espaço-tempo (LIPOVETSKY, 2004, p. 62).

Guatarri (2004) destaca que a opinião, o pensamento, o afeto, as narrativas, as imagens, entre outras esferas têm sido influenciadas pelo uso da tecnologia e também pelo próprio sistema global. A interação com a máquina interfere na subjetividade, redefinindo as nossas referências etológicas e imaginárias. Para o autor, vivemos uma relação quase parasitária com a tecnologia. Ele afirma, contudo, que a alienação já ocorria anteriormente com outros sistemas, como religiões, agrupamentos militares.

O autor entende que os discursos produzidos pelos clãs, religiões, agrupamentos militares e corporações serviam para manipular as mentes. Entretanto, ao mesmo tempo que eles aprisionavam e alienavam os sujeitos, serviam como balizas e como produtoras da própria subjetividade. Um ponto de vista semelhante é encontrado na reflexão do Lipovetsky (2004). Ele observa que esses discursos foram substituídos no século XX pela lógica da moda e do consumo e esta não serve de continência às angústias e às ansiedades dos sujeitos.

Além disso, o ciberespaço inaugurou um lugar novo para o laço social e para lidar com a realidade. Este tema foi objeto de estudo de Nobre e Moreira (2013), que procuraram compreender quais os efeitos da estrutura comunicacional do ciberespaço para as fantasias psíquicas.

Sabemos que a fantasia é um mecanismo psíquico que permite ao sujeito conciliar as demandas oriundas do Id com a realidade material, sendo que não perpassa pelo crivo de realidade egóico. Segundo os autores, diante de uma realidade material hostil e desidealizada, o ciberespaço se mostra como uma opção mais atraente, pois permite uma experiência de prazer imediata e acessível. Há, portanto, uma realização pertinente a dois registros: da fantasia inconsciente e da atual configuração da sociedade contemporânea (NOBRE; MOREIRA, 2013).

A atividade no ciberespaço absorve o ego ao retirar-lhe momentaneamente da realidade material, fazendo-o experimentar um alto grau de liberdade e de prazer. A experiência de compartilhar com a coletividade virtualmente é mais um dos elementos que convocam o sujeito, sendo ele fisgado pela fantasia, pois cada usuário se percebe conectado a uma estrutura que ultrapassa as barreiras geográficas e temporais (NOBRE; MOREIRA, 2013).

Os autores concluem a discussão afirmando que a interação no ciberespaço torna o ego menos vigilante para com a baliza dos princípios de prazer e de realidade, e ainda intensifica a onipresença, vivida inconscientemente por todos os sujeitos, ao ter a sensação de poder ao acessar tudo e de tudo dispor e explorar, extrapolando os limites da realidade material. Ressaltam também que a onipresença se ancora na aceleração, agilidade, pressa, invasão de conteúdos existentes e exigidos pelo atual contexto social (NOBRE; MOREIRA, 2013).

Nessa lógica, as gestantes consomem diversos e variados produtos, entre eles os instrumentos tecnológicos e as informações¹¹.

¹¹ Entendemos que na lógica do hiperconsumo as informações também são produtos descartáveis que podem ser consumidos indiscriminadamente.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2011 apontou que, naquele ano, 50,1% da população de mais de 10 anos de idade da região Sul do país tem acesso a internet e 66,7% da população de 10 anos de idade ou mais tem posse de aparelho de telefone celular. A nível nacional, esse índice sobe para 69,1%. A mesma pesquisa apontou que 46,1% das mulheres com 10 anos ou mais de idade acessaram a internet no país e que 68,7% tem posse de aparelho celular (IBGE, 2013).

Por isso acreditamos que elas acessam infinitas informações nas páginas e *sites* da internet com muita frequência, e que, além de temas de interesse individual, pesquisam assuntos ligados à gestação. Contudo, conforme destaca Meyer *et al* (2006), há uma importante peculiaridade entre o acesso às informações de saúde, o excesso dessas informações e a transformação delas em produção de conhecimentos e o exercício do autocuidado.

Meyer *et al* (2006) afirmam que as modificações comportamentais e atitudinais efetivas ocorrem por meio da construção e do fortalecimento de cumplicidades entre os sujeitos na busca de proteção e de promoção da saúde. Assim, podemos supor que o acesso à informação por parte da gestante não é o fator preponderante para o exercício do autocuidado, ao passo que a troca de experiências com outras gestantes através do meio virtual poderia fundamentar modificações comportamentais positivas, como hábitos de autocuidado. A interação com outras gestantes, em que há a consideração de suas crenças, hábitos e comportamentos, poderia, deste modo, criar a cumplicidade necessária para a proteção e a promoção da saúde.

A *World Health Organization* aponta que atualmente as tecnologias da informação e comunicação têm sido utilizadas na área da saúde por meio de telefonia móvel (voz, serviços de SMS), pacotes de rádio, gerações mais avançadas da telefonia móvel (3G e 4G), sistemas de posicionamento global (GPS) e a tecnologia de *Bluetooth*. As perspectivas da Organização Mundial de Saúde (OMS) são que elas sejam capazes de ampliar as possibilidades de soluções para a saúde, melhorando os índices de mortalidade materna e infantil, por exemplo (WHO, 2012).

Nesta pesquisa, procuramos identificar a relação do autocuidado com o contexto social e o uso que fazem da tecnologia. Entretanto, consideramos que outros estudos serão necessários para analisar a contribuição das tecnologias para a formação de hábitos mais saudáveis.

No próximo capítulo, vamos contextualizar o nosso período histórico, social e cultural, por meio, principalmente, dos autores Adorno e Marcuse, da Escola de Frankfurt, e de Freud.

7 CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL

A partir do “conceito de mente coletiva” de Freud, entendemos o contexto que estamos inseridos como um espaço em que acontece a formação das subjetividades e sobre ele se engendram todas as relações intrapessoais e interpessoais dos sujeitos.

Outro conceito é o de espaço social discutido por Vermelho (2003) como: um

[...] *locus* de materialização das ações humanas, de atualização e efetivação dos processos, produtos, construções, instrumentos, como espaço objetivo e subjetivo, atua na formação do indivíduo, assim como esse, em função do que realiza nesses espaços, o transforma (p. 56).

Quando falamos de espaço social estamos falando também da cultura, pois o espaço físico por si só não garante a vida humana. Conforme Silva e Silva (2009), a cultura é comumente definida por todas as realizações materiais e os aspectos espirituais de um povo, sendo todo o universo de conhecimentos e habilidades humanas empregadas socialmente, desde artefatos e objetos até ideias e crenças. Ainda para os autores, a cultura é concernente a todo comportamento aprendido independentemente dos aparatos biológicos.

A cultura diz respeito a aspectos de determinadas comunidades e em determinado tempo histórico, relativos ao modo de viver e de se relacionar em todas as dimensões da vida (LARAIA, 2001). Ela é transmitida às novas gerações como modo de garantir a convivência social, porque envolve regras de comportamento que possibilitam a convivência de uns com os outros (SILVA; SILVA, 2009).

Neste trabalho a entendemos como um conjunto de normas, tradições, costumes, hábitos, crenças, folclores e religiões que é característico e peculiar a determinado grupo, reunido em dado espaço geográfico e em um tempo histórico específico (LARAIA, 2001; SILVA; SILVA, 2009).

O aparato cultural cria um arcabouço que determina em grande medida o que o sujeito enxerga da vida e do mundo. Serve de “molde” para comportamentos e atitudes em todas as dimensões da vida, sendo muito difícil que os indivíduos de dada cultura ajam de modo diferente destes moldes (LARAIA, 2001). Para o autor, ainda, isto apenas seria possível por intermédio de um árduo exercício de distanciamento e de reflexão crítica.

O contexto cultural coloca os fundamentos para constituição da subjetividade, pois ele constrói e mantém vivo o registro simbólico, que, de acordo com a psicanálise lacaniana, é

justamente o que permite ao ser tornar-se um sujeito. Conforme já mencionamos, a inserção da criança no mundo simbólico se efetiva no complexo de Édipo por meio da interdição que o pai opera na relação de fusão entre a mãe e a criança. A interdição, como processo psíquico, transmite à criança o aparato cultural necessário à vivência em sociedade, ou seja, faz a mediação entre o mundo cultural e simbólico na estrutura psíquica da criança (BARRETA, 2012). Roudinesco e Plon (1998) afirmam que quando o pai opera a castração simbólica, promove na criança o registro simbólico que possibilita ao contexto cultural se sobrepor ao reino da natureza.

É certo que a cultura não é estática, pelo contrário, ela é dinâmica. Laraia (2001) assegura que o tempo é um elemento importante na análise de uma cultura, porque conforme as gerações se sobrepõem ocorrem pequenas mudanças na forma da cultura.

De acordo com Laraia (2001) existem dois modos de uma cultura se modificar: o primeiro é uma mudança ocasionada por uma dinâmica do próprio sistema cultural, que costuma ser lenta e quase imperceptível. Apesar disso, podem ocorrer eventos como uma catástrofe que modifica drasticamente a cultura. O segundo modo é mais repentino e ocorre a partir do contato com elementos de outras culturas. Para o autor, ainda, os antropólogos denominam este segundo processo por aculturação. É um conceito útil para o desenvolvimento de reflexões, justamente sobre as mudanças que podem acontecer em uma sociedade a partir da inclusão de elementos externos, do contato com outras culturas (SILVA; SILVA, 2009).

Essa interação pode ocorrer pelo contato direto entre as pessoas, ou de modo virtual, uma vez que, com o advento das novas tecnologias, os sujeitos têm podido se deslocar no tempo e no espaço sem mover-se geograficamente. Com isso, têm a chance de conhecer pessoas, sotaques, idiomas, costumes, tradições diferentes, e passar a questionar aspectos da própria cultura em relação às outras com as quais têm contato.

Silva e Silva (2009) salientam que uma das definições de aculturação é “o ato de sujeitar um povo ou adaptá-lo tecnologicamente a um padrão tido como superior” (p. 15), sendo “necessariamente um fenômeno de controle social de um povo sobre outro” (p. 15). Por outro lado, Laraia (2001) entende que a aculturação é também um fenômeno típico do caráter dinâmico da cultura, mesmo que não ocorra livre de conflitos entre as tendências inovadoras com as conservadoras.

Outro conceito bastante importante para este trabalho é o de sociedade, que de acordo com Silva e Silva (2009) é um todo resultante da inter-relação de instituições, modalidades de

relacionamento, normas, formas de organização em que vive determinada população. Para compreender a sociedade ocidental capitalista, recorreremos ao pensamento de Adorno e Horkheimer (1986) e de Marcuse (1975). Nos textos, os autores versam sobre a sociedade industrial e as consequências dessa sociedade para as subjetividades.

Adorno e Horkheimer (1986) utilizaram o conceito de “Esclarecimento” para compreender a sociedade industrial. Para eles, este grupo social alcançou um estágio em que o sistema de pensamento mais proeminente é o científico positivista, inserido no próprio processo histórico do “esclarecimento”. O principal objetivo deste processo foi de investir o homem de poderio, colocando-o na posição de senhor de si. Para isto, os mitos precisariam ser dissolvidos e a imaginação do homem ser substituída pelo saber (ADORNO; HORKHEIMER, 1986). Nas palavras dos autores:

No sentido mais amplo do progresso do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e investi-los na posição de senhores. [...] Sua meta era dissolver os mitos e substituir a imaginação pelo saber (p. 19).

Assim como os mitos e a imaginação, as chamadas “condutas femininas” como o intimismo, o amor, a ternura e o cuidado passaram a ser consideradas a-socializadas. O que é tipicamente feminino (conforme instituído socialmente), portanto, apenas tem serventia dentro do lar, investidas no ato de cozinhar, lavar roupas, faxinar, cuidar dos filhos, além de ser e estar sempre linda à espera do marido, que por sua vez, é o intelectual, forte, mas sem necessidade de ser bonito (KURZ, 2000).

No capitalismo, relata o autor, a ternura deve estar a par da frieza para compor a competência emocional, com o único objetivo de diminuir conflitos no âmbito do trabalho e intensificar a máquina de lucro. Nesta lógica, a mulher apenas consegue ascensão social se for aquela que concilia com maestria a carreira profissional, os cuidados com a família e a beleza, para manter o “deseja-me” como também foi apontado por Morin (2005). Contudo, Kurz (2000) adverte que apenas uma minoria ínfima alcança o que ele chama de modelo televisivo da mulher dinâmica. Elas ainda delegam o fardo dos cuidados domésticos a empregadas, que geralmente são imigrantes e/ou desprivilegiadas socialmente, que por sua vez não têm tempo para cuidar dos próprios filhos.

Adorno e Horkheimer (1986) afirmam que o conhecimento torna o homem superior, possibilita a ele autonomia. Além de tudo, o saber/conhecimento técnico (método,

organização de trabalho, procedimento, etc.) também é sinônimo de poder, porque a própria natureza desse conhecimento pode ser usada para dominar outros homens e a ele próprio.

No processo histórico do Esclarecimento, os conceitos passaram a ser substituídos pela fórmula; as causas por regras e probabilidades; a multiplicidade hierarquizada à ordem e à posição; a história reduzida aos fatos; as coisas à matéria. Sob o capitalismo tudo precisa ser submetido aos critérios de calculabilidade e da utilidade, e o próprio mundo deve ser calculado pela lógica formal. Qualquer coisa que não se encaixe nesta lógica e nestes critérios é tida como pura ilusão e a natureza passa a ser puramente reproduzível pela indústria (ADORNO; HORKHEIMER, 1986).

Tudo o que é desconhecido é colocado como a incógnita de uma equação e, assim, obtém o estatuto de conhecido. Desse modo, o pensamento foi confundido com a matemática e posto de lado, sendo substituído por máquinas e reduzido em mero perceber, classificar, calcular, além de restrito à repetição. Para os autores, as únicas referências para o esclarecimento são instrumento, coisa e fato, e nisso se transforma o pensamento (ADORNO; HORKHEIMER, 1986).

Os autores entendem que esse processo é operado intencionalmente pelo sistema capitalista industrial, cujo objetivo é reter os indivíduos como instrumentos de trabalho, ao passo que seus corpos, almas e consciências passam a se confundir com as aparelhagens técnicas e econômicas que objetivam aumentar o capital (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975). Conforme Adorno e Horkheimer (1986),

A subjetividade volatizou-se na lógica de regras de jogo pretensamente indeterminadas, a fim de dispor de uma maneira ainda mais embaraçada. O positivismo – que afinal não recuou nem mesmo diante do pensamento, essa quimera tecida pelo cérebro no sentido mais liberal do termo – eliminou a última instância intermediária entre a ação individual e a norma social. O processo técnico, no qual o sujeito se coisificou após sua eliminação da consciência, está livre da plurivocidade do pensamento mítico bem como de toda significação em geral, porque a própria razão se tornou mero adminículo da aparelhagem econômica que a tudo engloba. Ela é usada como um instrumento universal servindo para a fabricação de todos os demais instrumentos (p. 41).

Conforme Marcuse (1975), a base material da civilização industrial foi e é constituída pelo trabalho alienado, penoso e desagradável. A labuta foi imposta aos indivíduos pela

necessidade de sustento e por forças brutais. Numa releitura da obra Freudiana sobre a civilização, Marcuse entende que como o trabalho é um modo de dominar a natureza, as pulsões destrutivas do sujeito são satisfeitas, provendo o ego de satisfação.

Conforme Freud (1913), a ordem e a dominação que eram exercidas pelo macho, pai da horda primitiva, e que foram destituídas no advento do parricídio, deram lugar à segunda dominação. Para Marcuse (1975), a segunda dominação foi além da primeira, tendo trazido um progresso em relação a ela, pois se tornou impessoal, institucionalizada e, com isso, mais objetiva, universal, racional, eficaz e produtiva. Marcuse define este progresso da dominação por “Princípio de Desempenho” (p. 50). O autor compreende que a libido está vinculada ao desempenho e que é mantida pelo sentimento de culpa, que também, foi racionalizada e potencializada, pois ela se dá por uma dupla traição: traição ao pai e ao ideal de liberdade que abdicaram em seguida.

Além disso, houve uma alteração da dinâmica do psiquismo que também age para a manutenção deste princípio. Para o autor, esta dinâmica é a impossibilidade de superar o pai que se tornou simbólico a partir do assassinato (MARCUSE, 1975).

Na sociedade industrial o pai é o controlador das pulsões dos membros da família, e seu papel perante a própria família é mais como representante da divisão do trabalho do que possuidor da mãe. Isto significa que a lei e a ordem estão identificadas com a própria vida em sociedade. Ao mesmo tempo que o sistema hierárquico de trabalho racionaliza a dominação, efetivando a subordinação pela divisão do trabalho, todos os trabalhadores (empregados e empregadores) estão forçados ao conformismo, pois o próprio sistema de trabalho faz a contenção de toda e qualquer rebelião contra a dominação. A revolta contra esta divisão se depara com a revolta contra o pai assassinado e simbolizado e com a culpa irreparável (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975).

Marcuse (1975) entende que os revoltados contra o poder da sociedade industrial acabam por se identificar com o poderoso e experimentam cada ato de revolta contra o sistema como o parricídio primevo. Nesta lógica, os administradores são substitutos do pai. Para o autor, a revolta seria a repetição do crime supremo, com o agravante de o sistema capitalista ser ornamentado racionalmente como portador de uma ordem sábia, que garante os bens e serviços para usufruto e satisfação das necessidades dos indivíduos.

Segundo Marcuse (1975), ainda, na civilização a pulsão de morte é menos reprimida e mais satisfeita do que Eros. Mesmo que a destrutividade seja investida de modo socialmente útil, continua sendo destrutividade, pois frequentemente viola a natureza e destrói

concretamente objetos. O autor afirma que o advento da tecnologia permitiu um progresso surpreendente à civilização e, com ele, seria possível reduzir a opressão dos sujeitos pela necessidade de trabalho. Todavia, a destruição progrediu na mesma medida que o progresso, pois a destruição da vida humana e animal, a crueldade, o ódio e o extermínio científico aumentaram muito além das possibilidades de eliminação da opressão (MARCUSE, 1975).

A crescente produtividade do trabalho e o domínio sobre a natureza fornecem justamente o material para a destruição progressiva, ressaltava Marcuse (1975). Em decorrência, mais necessidade de repressão pulsional. Então, quanto mais a civilização progride através do trabalho e da tecnologia, mais caminha para a destruição e a necessidade de repressão se torna maior. Isto significa que, além da repressão filogeneticamente necessária à civilização, a sociedade industrial inseriu uma parcela a mais de repressão, constituída para responder a demandas específicas de dominação, nomeada de “Mais-Repressão” (MARCUSE, 1975, p. 50).

A Mais-repressão ocorre de modo que o sistema capitalista utiliza de refinadas aparelhagens sociais, econômicas e científicas para ajustar todos os indivíduos à produção, através da racionalização do poder que reflete na racionalização da repressão, haja vista que a dominação não defende privilégios específicos, e sim sustenta uma sociedade em contínua expansão (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975). Parte desta expansão é justamente a criação de novas tecnologias, que reduzem o tempo necessário para a produção de produtos que satisfaçam as necessidades da vida. O tempo poupado pode ser investido para o desenvolvimento de atividades supérfluas, que estão além do campo da necessidade (MARCUSE, 1975).

Este advento tanto poderia eliminar a escassez de recursos para satisfazer necessidades reais de alimento e habitação no mundo, como para emancipar o indivíduo de tantas restrições devido ao trabalho como meio de sustento. Esta dupla possibilidade de emancipação gera a necessidade manter o indivíduo em repressão como meio de conservar a ordem e não dissolver a dominação. O condicionamento é feito através da ilusão de planos grandiosos para o presente e para o futuro (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975).

Os autores afirmam, desse modo, que a civilização industrial coisificou as almas e paralisou os indivíduos, que foram reduzidos às reações e funções convencionadas previamente pela indústria. O organismo humano se tornou um instrumento sensível, diferenciado que tem o fim em si mesmo. As necessidades humanas foram qualitativamente modificadas. O controle deixou de ser sobre as pulsões, pois a tecnologia permitiu uma sobra

de Eros a ser dispensada para objetivos individuais, e passou a operar sobre a consciência. As agências de produção de massa embutiram normatizações de comportamentos ditos racionais. Isto foi possível pela promoção de atividades ociosas que não exigem o empenho mental e a elevação das ideologias anti-intelectuais (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975).

O resultado da junção do sistema capitalista na sociedade industrial é a criação de subjetividades empobrecidas cultural e fisicamente, destacam os autores. Para adquirir, além do trabalho, os indivíduos vendem o próprio tempo livre, trabalhando em excesso para aumentar o capital. No lugar da consciência é oferecido o raciocínio concreto, simplista em consonância com a lógica da utilidade, da produtividade e da lucratividade. Marcuse (1975) explica que o sistema age da seguinte maneira:

A manipulação da consciência que tem ocorrido em toda a órbita da civilização industrial contemporânea foi descrita nas várias interpretações de culturas populares e totalitárias: coordenação da existência privada e pública, das reações espontâneas e solicitadas. A promoção de atividades ociosas que não exigem empenho mental, o triunfo das ideologias anti-intelectuais, exemplificam a tendência (p. 94).

A obtenção de conforto e de luxo mais barato tem encorajado a labuta e a destruição. Além do tempo, os indivíduos pagam com a consciência e com os próprios sonhos, enquanto que a civilização paga com o sacrifício das próprias promessas de liberdade, justiça e paz para todos (ADORNO; HORKHEIMER, 1986; MARCUSE, 1975).

Sobre a obtenção de bens, buscamos o conceito de Hipermodernidade à luz dos pensamentos de Lipovetsky (2004), e o carro chefe é justamente a lógica de consumo. Aqui, mais uma vez, as mulheres são aprisionadas na lógica do hiperconsumo e da moda, cujo discurso suscita, como já mencionado, o constante e ininterrupto “deseje-me”.

O conceito de Hipermodernidade faz referência às modificações e transformações pelas quais a sociedade tem passado desde a Modernidade, seguindo pela chamada Pós-modernidade. Para o autor, ainda, é uma época marcada pela falta de esperanças e a ausência de referências ao passado. Trata-se de uma época na qual o tempo é o presente. O tempo presente da Hipermodernidade, contudo, não diz respeito a um “*carpe diem*” e tampouco ao niilismo. É uma vivência sem garantias de como será o futuro, contrariamente à vivência da Modernidade, na qual se apostava a vida por um futuro muito melhor do que o presente.

Modernidade, para Silva e Silva (2009), é um conceito histórico que surgiu no Iluminismo e teve seu ápice nos séculos XIX e XX. É vinculado a um amplo conjunto de modificações nas estruturas sociais do Ocidente que repercutiram no pensamento da sociedade ocidental. Processo que alcançou e interferiu na economia, na política e na cultura ocidental. Lipovetsky (2004) afirma que a Modernidade surgiu com o intuito de fazer do futuro o cerne de uma felicidade vindoura e por fim dos sofrimentos. Este discurso apontava também para um futuro promissor do qual seríamos herdeiros. Exaltado pelas conquistas científicas, a razão deveria reinar e criar condições de paz, equidade e justiça. Charles (2004) afirma que a própria modernidade é resultante das sucessivas transformações sociais e subjetivas na sociedade ocidental capitalista, que buscou romper com as tradições por crer que elas eram alienantes e dominadoras. Porém, criou-se uma subjugação burocrática e disciplinar, com total alienação e submissão à técnica e ao liberalismo comercial.

Lipovetsky (2004) salienta que a soma da configuração da Hipermodernidade ao intenso advento tecnológico, que subverteu as dimensões de tempo e de espaço, criou um cenário propício para a eminências de crises de ansiedade. Para ele, não é coincidência as pessoas estarem tão abatidas por fenômenos psicossomáticos, compulsões, depressões, angústias, tentativas de suicídio, etc., pois o desenquadramento dos sujeitos, somado à individualidade em supremacia à coletividade causou a fragilidade psicológica. Segundo o autor:

O *Zeitgeist* predominantemente frívolo foi substituído pelo tempo do risco e da incerteza. Viveu-se certa despreocupação com o futuro – mas agora é na insegurança que, cada vez mais, vivemos o presente. O ambiente da civilização do efêmero fez mudar o tom emocional. A sensação de insegurança invadiu os espíritos; a saúde se impõe como obsessão das massas; o terrorismo, as catástrofes, as epidemias são regularmente noticiadas na primeira página. [...] O clima do primeiro presentismo liberacionista e otimista, marcado pela frivolidade, desapareceu em favor de uma exigência generalizada de proteção (LIPOVETSKY, 2004, p. 63).

A falta de esperança no futuro, a ansiedade, a exigência da proteção, demonstram que o processo do esclarecimento realmente “resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal” (ADORNO; HORKHEIMER, 1986. p. 19), pois a meta utilizada para alcançar o objetivo de tornar o homem o senhor de si teve por resultado uma sociedade cujo narcisismo é intensamente fragilizado.

As discussões engendradas neste trabalho trouxeram elementos teóricos que nos permitiram analisar os dados coletados na pesquisa de campo, que teve por objetivo compreender qual é o significado/representação da maternidade construídos socialmente, e o que dele atravessa a experiência de autocuidado das gestantes.

No próximo capítulo vamos tratar da metodologia da pesquisa de campo, e, em seguida, no capítulo VIII, respondemos o nosso questionamento.

8 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, nível de mestrado, na UniCesumar, no Paraná.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil, pelo CAAE 24893613.8.0000.5539. E realizada nos municípios de Atalaia - PR e de Mandaguari – PR. Para tanto, utilizamos a técnica de Grupo Focal, que consiste em um pequeno grupo de discussão, no qual os participantes conversam sobre temas relacionados com os objetivos específicos da pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Optamos pela pesquisa qualitativa porque nosso objetivo foi fundamentalmente investigar quais os significados e as representações que as próprias gestantes dão à maternidade, e assim, através da compreensão desses sentidos, conhecer quais fatores atravessam a experiência de autocuidado dessas mulheres. A técnica de Grupo Focal foi escolhida porque entendemos que o próprio grupo funciona como um facilitador para o discurso, visto que o discurso de uma aciona o discurso de outras, criando uma rede discursiva sobre os assuntos propostos. Permitindo, assim, conhecer as representações e significados que o grupo atribui a cada um dos assuntos.

Como já mencionamos, a nossa população foi de gestantes. Participaram do estudo cinco mulheres na cidade de Atalaia e cinco mulheres na cidade de Mandaguari. As coletas foram realizadas no dia 18 de março de 2014 em Atalaia e no dia seguinte, 19, em Mandaguari.

Quanto à idade, o grupo variou entre 18 e 45 anos. Todas elas eram residentes nos referidos municípios e usuárias do Sistema Único de Saúde. Todas as envolvidas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) formulado pelo comitê de Ética do UniCesumar.

8.1 Caracterização dos municípios:

Com o intuito de caracterizar os municípios escolhidos para a coleta de dados, utilizamos informações oriundas dos sítios eletrônicos das respectivas, prefeituras, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IparDES), da Secretaria de Estado e Turismo do Estado

do Paraná (Setu), da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (Amusep), do portal CNES (Datusus) – Secretaria de Atenção À Saúde).

O município de Atalaia foi povoado por povos provindos de quase todas as partes do Brasil, que transformaram os matagais exuberantes em culturas de café e pecuária. A Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, responsável em grande parte pela colonização da cidade, também idealizou e viabilizou diversos municípios da região compreendida entre os rios Paranapanema, Ivaí e a fronteira do Estado de Mato Grosso do Sul.

O município é localizado na Microrregião 09, Norte Novo de Maringá, com área de 137,724 km². A cidade polo é Maringá e em segundo plano Paranavaí e Nova Esperança. Os habitantes são denominados atalaienses.

Até o ano de 2010, a população total era de 3.913 habitantes, dividida entre 3.347 da zona urbana e 566 da zona rural. As pessoas consideradas economicamente ativas totalizavam 2.049, divididas entre 1.692 da zona urbana e 357 da zona rural, 1.315 do sexo masculino e 734 do sexo feminino. As principais atividades econômicas do município consistem nas seguintes categorias: administração pública, direta ou indireta; agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal e pesca; comércio varejista; indústria de produtos alimentícios; indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos e serviços de alimentação, reparo e manutenção.

A taxa de crescimento populacional é de 0,85%; a densidade demográfica 28,35 hab/km²; o grau de urbanização, 85,64%; o Índice de Gini, 0,500; o Produto Interno Bruto (PIB) do município é de R\$ 48.818.588,00 reais, o PIB *per capita* é de R\$ 12.474,00 reais e o número de eleitores, 3.232 pessoas. A expectativa de vida ao nascer é de 70,48 anos e a taxa de alfabetização de adultos, 86,67%.

O município conta com 1.524 domicílios, divididos entre 1.224 urbanos e 301 rurais, sendo que há 1.125 ligações residenciais de energia elétrica da Companhia Paranaense de Energia (Copel) e 1.091 de abastecimento de água da Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar).

O município é credenciado no Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com as seguintes unidades para os serviços de saúde: uma clínica básica; uma sala de imunização; hospital que presta serviços de urgência e emergência. Estas unidades de saúde compreendem os seguintes profissionais: médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), assistente social, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, farmacêutico, psicólogo e nutricionista.

Em relação à saúde materno-infantil são prestados os seguintes serviços: de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e acompanhamento do pré-natal de risco habitual, diagnóstico por imagem (ultrassonografia) e serviço de diagnóstico por laboratório clínico (exames para triagem neonatal). O município conta também com a Rede Cegonha/Mãe Paranaense, tendo como cidade de referência Maringá.

O município de Mandaguari compreende 335.814 km² e a densidade demográfica é de 97,25 hab/km². Os habitantes são denominados mandaguarienses e a população total, em 2010, era de 32.658 habitantes, e estimou-se que em 2013 houvesse 34.006 habitantes. A população era dividida entre 30.934 da zona urbana e 1.724 da zona rural, sendo 18.290 pessoas consideradas economicamente ativas. As principais atividades econômicas do município consistem nas seguintes categorias: indústrias de transformação; agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura; construção e comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas.

A Taxa de Crescimento é de 0,40%; a Densidade Demográfica de 97,25 hab/km²; o grau de urbanização é de 94,72%; o Índice de Gini é de 0,39; o PIB *per Capta* de R\$ 15.552,12 reais. O PIB do município é compreendido pelas variáveis: agropecuária, indústria e prestação de serviços. O número de eleitores é de 26.438. A expectativa de vida ao nascer é de 72,93 anos; o número de residentes alfabetizados é de 28.585 pessoas, e a taxa de alfabetização de adultos é de 88,23%.

O município conta com 11.693 domicílios, divididos entre 11.004 urbanos e 689 rurais, e tem 10.521 ligações residenciais de abastecimento de água da Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar).

O município é credenciado no Sistema Único de Saúde (SUS), com as seguintes unidades para os serviços de saúde: um centro de atenção psicossocial (CAPS), uma clínica da criança e da mulher, um centro de especialidade odontológica, uma clínica de psicologia, um laboratório, seis unidades básicas de saúde, centro de múltiplo uso, uma unidade de atenção primária a saúde da família, farmácias e um pronto-atendimento. Estas unidades de saúde têm os seguintes profissionais: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, socorrista, técnico de enfermagem, técnico em radiologia.

Em relação à saúde materno-infantil são prestados os seguintes serviços: pré-natal, parto e nascimento e acompanhamento do pré-natal de risco habitual, rede de encaminhamento em caso de gestação de risco, serviço de atendimento móvel de urgência,

serviço de diagnóstico por imagem, serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos e ultrassonografia convencional. O município conta também com a Rede Cegonha/Mãe Paranaense, e Maringá é a cidade de referência.

8.2 Processo de coleta de dados:

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi previamente definido por nosso grupo de pesquisadores, composto por mim, Karla Mariana Guimarães, pela Rosimeire Silveira, professora, que desenvolve uma pesquisa dentro do mesmo escopo temático, e nossa orientadora professora Dra. Sônia Cristina, e contou com um roteiro temático, materiais de estímulo (fotos de animais em situação de gestação e de maternagem, afixadas nas paredes da sala, e a reprodução da música “Pela luz dos olhos teus” de Tom Jobim, tocada no piano, durante a recepção das gestantes).

O roteiro temático foi formulado da seguinte maneira: a partir da definição dos objetivos da pesquisa, fizemos uma sessão de *brainstorming*. Nesta sessão, lançamos ideias de perguntas necessárias para que pudéssemos alcançar os objetivos. As sugestões foram anotadas em uma planilha no computador, e, na fase seguinte, fizemos diversas filtragens. Segue abaixo o roteiro:

- Nome
- Idade
- Estado civil
- Período da gestação
- Já tem filhos?
- Como foram os partos dos filhos?

O instrumento contou com a seguinte estruturação:

SESSÃO 1. BLOCO DE QUESTÕES: CUIDADOS E CONVÍVIO

Cujo objetivo era investigar:

- Na dimensão externa: sobre os grupos de convívio, a Família, o Sistema de saúde e o Trabalho.
- Na dimensão Interna (autocuidado): aspectos do autocuidado relacionado com grupos de convívio, Família, o Sistema de saúde e o Trabalho.

SESSÃO 2. BLOCO DE QUESTÕES: HISTÓRIA DE VIDA E ESPAÇOS DE FORMAÇÃO

- Lugar de formação – onde foi criada, como é esse lugar. Espaço urbano x rural. Organização socioeconômica – atividade econômica preponderante em cada lugar que ela viveu. Saber o entorno dela.
- Plantas e animais. Relacionamento dela com isso. Grau de afetividade e cuidado.
- Escola. Experiência escolar – chacotas, grupinhos, onde estudou, professores, gravidezes na escola.
- Relação com a mídia. Recuperar a experiência desde criança até hoje. Quais mídias. O cancelamento dos discursos (popular, jurídico e científico) para o discurso da mídia.

SESSÃO 3. BLOCO DE QUESTÕES: HISTÓRIA DE VIDA E RELAÇÕES AFETIVAS

- Família
- Pai da criança
- Amigos e amigas
- Filhos
- Próprio corpo

A coleta de dados foi feita por nossa equipe, formada pela psicóloga Karla Guimarães, em colaboração com a Rosimeire Silveira. Visitamos primeiramente o município de Mandaguari, onde fomos recebidas pelo secretário de saúde que autorizou o início da pesquisa e indicou uma unidade de saúde exclusiva de gestantes. Ele mesmo entrou em contato com a referida unidade e designou um motorista para nos acompanhar. Fomos recebidas pela diretora da unidade que liberou uma sala para que a pesquisa fosse realizada. Explicamos o planejamento para o trabalho de coleta e ela indicou as melhores datas para encontrarmos as gestantes e fazer os convites, assim como para a própria coleta de dados.

O convite às gestantes ocorreu na própria unidade de saúde nos dias 10 e 12 de março, a partir das 8h e das 12 horas, respectivamente. Estes eram dias de consulta médica na unidade. No dia 10, abordamos individualmente 10 gestantes e as convidamos a participar da pesquisa, seis confirmaram a presença. No dia 12, convidamos 12 gestantes, das quais oito confirmaram a presença. A coleta estava agendada para os dias 17, 18 e 19 do mesmo mês, às 13h30min, com duração prevista de 50 minutos cada encontro.

No dia 17 de março, fomos à unidade acompanhadas pela nossa orientadora, chegamos com 30 minutos de antecedência, organizamos a sala para a coleta, posicionamos as cadeiras em círculo, preparamos equipamentos para videogravar (duas câmeras digitais de vídeo, uma fixa no tripé, e outra manuseada por uma de nós) e audiogravar (três gravadores digitais de áudio dispostos ao meio entre as cadeiras), e os materiais de apoio (imagens e música). Nesta data, apenas uma gestante compareceu para coleta. A atendente da unidade telefonou as outras gestantes que haviam confirmado a presença, porém elas responderam que não compareceriam em decorrência do tempo, que estava muito quente, com temperatura por volta de 35 graus Celsius. Fato que impossibilitou a realização da coleta.

Em função dos dias quentes e de as mulheres estarem em período gestacional avançado, optamos por realizar apenas um encontro. Escolhemos um dia que fosse de consulta médica, pois elas chegavam na unidade com cerca de 90 minutos de antecedência e, assim, permitiria realizar a coleta neste tempo de espera. Agendamos com a diretora da unidade para o dia 19, às 8 horas.

Foi necessário redefinir o instrumento de pesquisa. Para isto, nos reunimos e ponderamos sobre quais informações eram efetivamente essenciais para as pesquisas, e o reformulamos, conforme consta abaixo:

- Nome
- Idade
- Estado civil
- Período da gestação
- Já tem filhos?
- Como foram os partos dos filhos?

BLOCO DE QUESTÕES 1: CUIDADOS E CONVÍVIO

Dimensão Externa:

- Grupos de convívio
- Família
- Sistema de saúde
- Trabalho

Dimensão Interna (autocuidado):

- Grupos de convívio

- Família
- Sistema de saúde
- Trabalho

BLOCO DE QUESTÕES 2: HISTÓRIA DE VIDA E RELAÇÕES AFETIVAS:

- Família
- Pai da criança
- Amigos e amigas
- Filhos
- Próprio corpo
- Trabalho
- Tecnologia

Na data marcada, fomos acompanhadas pela nossa orientadora. Procedemos da seguinte maneira: chegamos na unidade, organizamos a sala tal qual na data anterior, e também disponibilizamos alimentos para que as gestantes se servissem (sucos industrializados, bolachas industrializadas, água mineral). Depois, na sala de espera da unidade, conversamos com cada gestante presente as convidando para participar da pesquisa. Apenas cinco gestantes tinham idade acima de 18 anos, destas, todas aceitaram. Com as gestantes, fomos para a sala de coleta de dados, com a condição de que elas saíssem quando chegasse o horário das consultas. Entregamos a cada uma o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elas leram e assinaram. Ligamos os equipamentos de vídeo e áudio, desligamos o aparelho de som e iniciamos o grupo.

O encontro teve duração de 70 minutos. Neste período, revezamos entre os papéis de facilitadora do grupo focal e manuseio de uma das câmeras de vídeo. Ao fim, desligamos os equipamentos e entregamos a cada gestante uma lembrança como forma de agradecimento pela participação na pesquisa. Nos despedimos e agradecemos à equipe profissional da unidade, em especial a diretora.

No município de Atalaia ocorreu da seguinte maneira: no final 2013, fizemos uma reunião com a secretária de saúde para explicar a nossa pesquisa, ocasião em que ela autorizou e orientou para que telefonássemos no início do ano seguinte para que fossem feitos os agendamentos. No dia 7 de março de 2014, ligamos e ela ofertou uma sala de reuniões da unidade de saúde, informando que, no dia 18 do mesmo mês, haveria um encontro com as

gestantes. Em decorrência da nossa experiência no município de Mandaguari, optamos por utilizar este momento para a coleta de dados.

O encontro das gestantes ocorreria às 14 horas e chegamos com 30 minutos de antecedência. Fomos recebidas pela equipe de saúde e as gestantes. Assistimos ao encontro, que consistiu em uma palestra sobre hábitos nutricionais saudáveis e adequados ao período gestacional. Quando a palestra foi encerrada, a secretária de saúde nos passou a palavra, e convidamos as gestantes a participar da nossa pesquisa, que ocorreria a seguir. A secretária de saúde ofereceu um lanche e aproveitamos a saída das gestantes da sala para organizarmos, tal qual o dia de coleta em Mandaguari. Das sete gestantes que estavam na palestra, seis tinham idade acima de 18 anos e cinco participaram da coleta.

Entregamos a elas os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), que leram e assinaram. Ligamos os equipamentos de áudio e vídeo, desligamos o aparelho de som, e iniciamos o grupo, que durou 55 minutos. Neste período revezamos entre os papéis de facilitadora do grupo focal e manuseio de uma das câmeras de vídeo. Ao fim, desligamos os equipamentos, e entregamos a cada gestante uma lembrança como forma de agradecer a participação delas na pesquisa. Nos despedimos, agradecemos à equipe profissional da unidade, em especial a secretária de saúde.

É importante mencionar que as discussões não se limitaram ao instrumento de pesquisa, pois ele foi norteador, e não diretivo. É importante ressaltar que a formação em psicologia e os estudos em psicanálise permitiram estabelecer um vínculo empático com as gestantes através do ato da escuta atenta. A abertura que conseguimos para que elas falassem serviu para duas importantes funções – uma planejada e outra por mera consequência: ao mesmo tempo em que coletávamos os dados, ao falarem, elas próprias se escutavam e o alívio pela fala liberava certos sentimentos conflitivos. Esta é outra grande riqueza da técnica Grupo Focal, a possibilidade de pesquisar e acolher o sujeito pesquisado.

Os dados dos equipamentos de áudio e vídeo foram transferidos para um computador e enviados por meio de *pendrive* para a empresa RV Taquigrafia, que transcreveu os dois encontros na íntegra, resultando em um documento no formato *docx* de 60 laudas.

Com os dados transcritos, relemos o instrumento de pesquisa e criamos categorias de análise. Para isto, junto com a orientadora, retomamos objetivo de “compreender qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que desses significados atravessa a experiência de autocuidado das gestantes”, bem como a hipótese inicial de que este significado/representação unidos à história de vida da mulher e à relação

dela com o progenitor do filho dela têm interferência importante na experiência de autocuidado e na própria maternidade.

Chegamos a seis categorias temáticas. Nelas, procuramos incluir trechos discursivos referentes a cada uma delas: A) Cuidados com o corpo na perspectiva da saúde – preocupação e atenção delas em relação à própria saúde; B) Cuidados com o corpo na perspectiva da estética – preocupação e atenção relativa à aparência do próprio corpo; C) Desejos e sentimentos – desejos e sentimentos despertados pela gravidez; D) Família e grupos de convívio – como é o relacionamento dela com os familiares, com o pai da criança, e também com outros grupos de convívio, e qual a influência desses relacionamentos no dia a dia da gestante; E) Sistema público de saúde – qual a sensação que elas têm em relação aos serviços de saúde durante a gestação e em relação ao parto; F) Tecnologia – qual o envolvimento dela com os dispositivos que acessam a rede de internet e qual a influência desse acesso ao cotidiano delas

Analisamos integralmente as transcrições utilizando o *software* Atlas TI versão 7, e tivemos os seguintes resultados: cuidados com o corpo na perspectiva da saúde – 25 citações; cuidados com o corpo na perspectiva da estética – 12 citações; desejos e sentimentos – 30 citações; família e grupos de convívio – 95 citações; sistema de saúde – 17 citações; tecnologia – 43 citações. No próximo capítulo, apresentamos os dados da pesquisa¹².

¹² Para manter o sigilo da identidade das gestantes, usamos nomes de flores para designar cada uma delas: Magnólia; Sálvia; Violeta; Acácia e Hortência – Gestantes do município de Atalaia. Gérbera; Jasmim; Tulipa; Azaleia e Dália – Gestantes do município de Mandaguari.

9 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

9.1 Descrição das gestantes:

9.1.1 Gestantes de Atalaia:

A Magnólia é casada e está na terceira gestação. O primeiro filho não é do seu esposo, a segunda é filha do esposo, porém, nasceu antes deles formalizarem o casamento.

A Sálvia é solteira, mora com os pais e é primípara.

A Violeta é casada e está na segunda gestação. O primeiro filho é um menino e está esperando outro menino.

A Acácia é casada e está na segunda gestação. O primeiro filho é um menino e está grávida de uma menina.

A Hortência é casada. Ela tem uma menina e está grávida de outra menina.

9.1.2 Gestantes de Mandaguari:

A Gérbera é recém-casada e é primípara.

A Jasmim é solteira, mora com os pais e também é primípara.

A Tulipa é casada e está esperando o segundo filho.

A Azaleia é solteira, mora com os pais e é primípara.

A Dália é casada e esta é a segunda gestação. Tem um menino e está grávida de uma menina.

9.2 Apresentação e análise dos dados:

O que prepondera para o exercício do autocuidado das gestantes é a biologia do próprio corpo (instinto), a pulsão ou o atravessamento social e cultural? Esta pergunta nos guiou ao longo de toda a análise. Para respondê-la optamos pelas categorias de análise, que permitiu alcançar o objetivo geral de compreender: qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que desses significados atravessa a experiência de autocuidado das gestantes?

A partir das pesquisas teóricas percebemos que a perspectiva estética do corpo feminino e a inserção da mulher no mercado de trabalho são instâncias significativas para o desejo da maternidade. E, de acordo com a hipótese deste trabalho, unidos à relação dela com

o progenitor, bem como a relação dela consigo mesma, influenciam na experiência de autocuidado.

A categoria Tecnologia foi criada porque esta pesquisa faz parte de uma pesquisa guarda-chuva intitulada SAÚDE e-MATERNINO-INFANTIL (e-SMI), cujo objetivo principal é desenvolver um *software* social para apoiar o SUS nas ações de saúde materno-infantil e educação.

Para alcançar o objetivo da pesquisa, entendemos que as principais categorias são:

- A) Cuidados com o corpo na perspectiva da saúde;
- B) Cuidados com o corpo na perspectiva da estética;
- C) Desejos e sentimentos;
- D) Família e grupos de convívio;
- E) Tecnologia;
- F) Sistema público de saúde.

9.2.1 Cuidados com o corpo na perspectiva da saúde

Nesta categoria, analisamos o modo como as gestantes se relacionam com o próprio corpo e quais as modificações comportamentais que tiveram devido a gravidez. Para construir nossa interpretação, destacamos alguns pontos do discurso delas que consideramos relevantes para entender o modo como se relacionam com o corpo na perspectiva da saúde.

Percebemos que, para uma das mulheres, o significado de maternidade foi construído ao longo de três gestações e duas maternidades. Conforme as palavras dela:

Pra mim foi um susto, porque eu não podia ter (filho) (MAGNÓLIA).

Sobre isso, perguntamos: Como não podia?

Porque eu estava tomando remédio, porque eu estava tratando da hipertensão. Eu ia começar a tomar injeção para não engravidar. Aí, eu engravidei. Aí, agora estou com uma gestação de alto risco (MAGNÓLIA).

A seguir questionamos se ela estava se cuidando bastante, ao que ela respondeu:

Bastante! Tomando remédio, quase toda semana estou em Maringá. [...] porque eu queria engravidar. Eu não podia, mas queria. Aí, eu falei: já que veio, vamos cuidar. Seja o que Deus quiser [...] E depois

que eu engravidei, a minha pressão melhorou. Em vista do que era, melhorou 100%, porque eu não me cuidava tanto quanto eu estou me cuidando agora. A gravidez foi uma ajuda pra mim. [...] Ah, eu bebia desde a primeira. Bebia, usava droga, eu bebia, fazia tudo. Aí, ele nasceu. Quando ele tinha quatro meses, eu planejei a gravidez da minha menina. [...] Na minha primeira gravidez, eu não ligava. Na segunda, mais ou menos. Nesta, eu estou pegando firme. Eu sou casada (MAGNÓLIA).

Em relação a esta verbalização, podemos primeiramente descartar o autocuidado da esfera do instinto no ser humano, pois as teorizações psicanalíticas sobre a constituição da feminilidade e as sociológicas sobre o estatuto social da mulher, em cada contexto histórico, possibilitaram compreender que, neste caso, foi a subjetividade da mulher que a guiou na relação com a gravidez e com a maternidade. A compreensão sobre necessidade de cuidado foi construída, assim, a partir das experiências que teve com as relações afetivas dela.

Isso corrobora a teoria de André (2011) e Szejer e Stewart (2002). Eles afirmam que o modo como a mulher se relaciona com a gestação e posteriormente com a criança depende do lugar que esta gravidez e a criança imaginária ocupam no desejo dela. Os mesmos autores destacam também que os sentimentos em relação à gestação e à maternidade não são estáticos, e podem tanto evoluir quanto se modificar no decorrer da experiência gestacional ou de maternagem.

Além disso, conforme Szejer e Stewart (2002), cada gestação e cada filho ocupa um lugar particular no desejo da mulher, porque cada um deles decorre de um momento diferente da vida dela, evocando a própria história da mulher e também a remetendo a tal história. Os autores não descartam que de um filho para o outro, a mulher aprende um pouco sobre a função parental, podendo melhorar a sua relação com a gestação e com a maternidade.

Houve também o caso da Sálvia, que pareceu não estar se relacionando com a gravidez. Ela relatou não ter modificado hábito algum, por vontade própria, em decorrência da gravidez. As duas modificações mencionadas foram: restringir alguns alimentos da sua dieta cotidiana devido a enjoos e parar de trabalhar na roça por imposição da sua mãe.

Quando perguntamos a ela se houve alguma modificação de hábito decorrente da gravidez, ela nos respondeu:

Não, normal (SÁLVIA).

Questionamos sobre a alimentação:

Ah, arroz e feijão não como, não! Não posso nem sentir o cheiro (SÁLVIA).

Perguntamos com o que se alimenta:

Ah, eu como fruta, pão, tomo leite (SÁLVIA).

Esta gestante nos chamou a atenção por aparentar algum déficit cognitivo. Parecia ter dificuldades em fazer associações mentais como o restante do grupo. Além disso, tivemos a impressão que ela não se deu conta efetivamente da condição da gravidez. Para compreender, recorremos às ideias de Szejer e Stewart (2002) que descrevem a gestação como um período de importantes modificações subjetivas na vida da mulher, no qual sempre sairá de modo diferente do que entrou. Nesta fase, ela pode se alegrar ou se angustiar, mas não lhe será indiferente. Sugerimos, assim, que a falta de conexão com a própria gestação diz respeito a uma limitação da constituição subjetiva desta gestante.

Outra gestante, a Violeta, relata que engravidou fazendo o uso de anticoncepcional. Nas palavras dela:

Eu não falhava. Todo mês eu tomava, certinho (VIOLETA).

Questionei se ela engravidou mesmo fazendo uso do medicamento anticoncepcional e ela respondeu:

Sim, mesmo. Não sei se o organismo acostumou. [...] Foi com a permissão de Deus (VIOLETA).

Analisando esse discurso, percebemos que a Violeta não questiona o fato de ter engravidado, conforme o relato dela, fazendo uso correto do anticoncepcional. Para compreender melhor este contexto, recorremos às ideias de Badinter (1985), Correia (1998) e Nunes (2011) que afirmam estar embutido na mente das mulheres, através de discursos sociais bastante articulados, a ideia da gravidez e maternidade como eventos intrínsecos à feminilidade. No entanto, foi recorrente nesta gestante e em outras a referência a um suposto desejo divino para que o filho fosse concebido. Está fora de nosso escopo de análise abordar essas questões sob esse ponto de vista, entretanto, não podemos deixar de salientar que a referência a dimensão espiritual apareceu nas falas de várias das mulheres que participaram da pesquisa.

É importante, porém, considerar essa questão sob o prisma histórico. Para Badinter (1985), Correia (1998) e Nunes (2011), outrora as mulheres recusavam à maternagem, por meio da amamentação mercenária ou pelo próprio infanticídio, sem se sentirem culpadas ou

responsáveis pela criança que conceberam e geraram. Depois das ideias rousseauianas, as mulheres passaram a sentir-se responsáveis pela prole, sentindo culpa quando não exerciam a maternagem e ainda sendo perseguidas pela sociedade por tal negligência.

Dentro dessa lógica, presumimos que Violeta, está tão implicada ao discurso social vigente e ao ideal de mulher/mãe que a sociedade lhe apresenta que tem dificuldades em associar a gravidez a uma falha do uso do anticoncepcional. Podemos ainda sugerir outras três hipóteses: ela realmente não possui informações sobre os anticoncepcionais, e, com isso, atribui a gravidez a um desejo divino, resultado, portanto, de uma relação ingênua com a ciência; as práticas educativas em saúde que visam a prevenção da gravidez não alcançam os sentidos sociais que essa mulher possa atribuir à relação sexual e ao uso de métodos preventivos, não produzindo modificações efetivas de comportamento (MEYER *et al*, 2006), ou ela possui informações sobre o uso correto dos anticoncepcionais, mas não enfrenta a situação de maneira racional, pois precisaria reconhecer que não tinha planos de engravidar, tendo em vista que, conforme o relato, fazia uso correto da medicação. Poderia, assim, sentir-se culpada por negar a própria natureza feminina materializada em um filho dentro do próprio ventre.

Esse caso demonstra a situação em relação ao desenvolvimento de alternativas para o controle de natalidade que a ciência produziu nos últimos tempos. Se consideramos a contracepção como um autocuidado, podemos perceber que as opções de métodos contraceptivos que a ciência disponibiliza e os que essas mulheres têm acesso não são consideradas as melhores no cotidiano delas. Conforme palavras de uma gestante:

Ah, só se operar. Porque injeção dói muito; remédio eu esqueço; camisinha ele não usa. O que eu vou fazer, gente! (MAGNÓLIA).

Em relação a isso, nós retomamos um questionamento que fizemos no capítulo sobre a Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil: as possibilidades de método contraceptivos aos quais essas mulheres têm acesso não são as mais adequadas ao cotidiano delas, em razão de intercorrências na comunicação com os profissionais de saúde, que não oferecem a elas as várias possibilidades de métodos contraceptivos que a ciência dispõe por falta de atenção para com elas, ou ainda perdura o interesse em manter a mulher refém do próprio útero e prisioneira do ideal de família nuclear burguesa? Questionamento este que não teremos condições de respondê-lo, todavia, é fundamental para a discussão em torno do autocuidado, pois sem essa questão aprofundada corremos o risco de atribuir a falta do cuidado somente às

mulheres, sem creditar responsabilidades aos demais agentes do processo social: o sistema de saúde, os profissionais que compõem o sistema, a ciência, os interesses do mercado, etc.

Outro aspecto bastante importante que observamos é em relação às dúvidas que elas têm sobre a gestação:

Ah, pergunto para o médico, para minha irmã, para minha mãe (AZALÉIA).

[...] porque a gente às vezes na hora a gente não lembra de tudo, de perguntar para o médico né, aí a gente fica com dúvida (TULIPA).

Estas falas sugerem que, ou o atendimento médico não responde todas as questões, ou a relação médico-paciente não deixa a gestante à vontade para perguntar sobre quaisquer dúvidas relacionadas à gestação. Elas percebem o saber do médico, que representa o saber científico, nivelado ao saber empírico, representado pelo saber popular, pois ao invés de perguntarem ao médico, diversas vezes elas recorrem aos familiares e conhecidos para sanar as suas dúvidas.

Para melhor compreensão recorremos a fala de Szejer e Stewart (2002). Eles afirmam que a conduta médica pode estancar as palavras da gestante quando ela não percebe a abertura para o estabelecimento de uma relação de confiança dela com o profissional de saúde. Entendemos que isso ocorra porque, muitas vezes, os profissionais de saúde estão imersos no processo do “esclarecimento”, e acabam por extirpar a subjetividade da gestante. Neste sentido, sanar as dúvidas buscando o saber popular pode ser um modo de manter a própria subjetividade. Questionamos se essa atitude das gestantes pode ser considerada como exercício de autocuidado?

A valoração que elas atribuem à experiência para a prática do autocuidado é outro aspecto que nos chamou a atenção. Conforme relatam:

[...] porque na minha primeira gravidez, nossa, tomava muito refrigerante, só que meu médico vivia falando que depois ia ser prejudicado pela minha parte mesmo. [...] Agora, esse negócio de legumes, essas coisas assim, eu não era chegada na minha primeira gravidez, agora que eu estou comendo bastante porque o médico falou que era bom, né. [...] porque eu fui mesmo por causa do meu neném, né, que eu já tenho a experiência de um, então quero evitar para o outro (TULIPA).

[...] no primeiro a gente é mãe de primeira viagem, é tudo mais difícil. No segundo, você já está mais

madura, sabe se cuidar melhor, mas no começo é bem complicado” (ACÁCIA).

Pudemos perceber que, mesmo quando as gestantes obtêm informações científicas dos profissionais de saúde, nem sempre modificam seus hábitos conforme as orientações recebidas. Deste modo, questionamos sobre a maneira como essas informações de saúde são passadas a elas. A conduta do profissional de saúde proporciona uma relação de confiança entre ambos, resultando que a gestante compreenda e aceite as informações e orientações. Neste sentido, a opção pelo conhecimento empírico é em decorrência da falta de esclarecimento da gestante, ou de falha do sistema de saúde, cujos profissionais não garantem que as informações sejam passadas de modo adequado e eficiente?

Uma outra forma de considerar a questão do conhecimento empírico é por intermédio dos estudos de Szejer e Stewart (2002). Os autores afirmam que de um filho para outro, os pais aprendem um pouco acerca da função parental. Além disso, eles destacam que cada filho ocupa uma posição no desejo dos pais e ainda que cada gravidez tem um significado particular para os progenitores, assim, eles se relacionam com cada gravidez e com cada maternidade de modo diverso. É importante lembrar o que já mencionamos nesta categoria, cada gravidez e nascimento ocorre em dado momento da vida da mulher, evocando a sua história e a remetendo a ela.

Percebemos que a modificação comportamental mais relevante se deu nos hábitos alimentares. Nas palavras das gestantes:

Sim, principalmente a alimentação. Nossa, eu comia demais doces, às vezes bebia um pouquinho. Essa parte a gente tenta se controlar (HORTÊNCIA).

Acho que todo mundo muda a questão da alimentação (DÁLIA).

Refrigerante eu não consegui cortar de tudo. Final de semana eu acabo tomando um pouquinho, mas Coca-Cola desde o início eu não tomei, mas final de semana eu sempre acabo tomando um copinho de outro refrigerante. [...] Ah, alimentação, eu tento evitar fritura, diminuí bastante fritura [...] todos os médicos dizem que já faz mal, com certeza, porque tudo que a gente come e bebe um pouquinho vai para eles, e devido ao peso também da gente, tentar controlar, tanto porque faz mal para o bebê e para a gente também (GÉRBERA).

[...] eu como bastante fruta também, salada, também não gostava de sopa, e agora eu gosto. Bebo pouco refrigerante (AZALÉIA).

Em Atalaia, a coleta foi realizada após a palestra de um nutricionista sobre os hábitos alimentares na gestação e no período de amamentação. Este profissional compunha a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A palestra integrava o ciclo mensal de reuniões com gestantes, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Supomos que as políticas públicas do sistema de saúde sobre alimentação estão surtindo efeito positivo, pois a maioria das gestantes relatou modificações nos hábitos alimentares.

Essa situação nos revela a importância das políticas públicas de apoio e de educação em saúde serem feitas de modo adequado, proporcionando benefícios efetivos à população. Haja vista que inúmeras vezes é investido dinheiro em campanhas de saúde que repercutem pouco em benefícios para o público. Neste caso que encontramos, percebemos que a orientação que a Secretaria de Saúde promovia era feita de modo adequado, ou seja, no momento em que a população está sensibilizada para acolher as informações (alimentação na gravidez), o discurso científico foi recebido pelas gestantes, que compreenderam a sua importância.

Percebemos também que a maioria delas exerce o autocuidado em favor de ter um corpo saudável para gerar um filho com saúde perfeita. Corroboramos esta hipótese com as seguintes falas:

[...] não como exagerado, acho que ainda 16 quilos é bastante. Mas a gente faz mais em prol do bebê mesmo, né (GÉRBERA).

[...] eu acho que todo mundo muda um pouquinho, tanto para o bebê quanto para a gente mesmo, né (DÁLIA).

Conforme Szejer e Stewart (2002), quando a mulher deseja, conscientemente, dar à luz a uma criança saudável passa a viver não apenas para si, e sim para proteger a vida que está a se desenvolver dentro de seu ventre, e o bebê evolua do modo mais harmonioso possível na gravidez. Isso nos remete à discussão de Freud (1914), quando afirma que parte importante do narcisismo da mulher é investida na criança, viabilizando uma relação de amor completa da mãe pela criança.

Apesar de a decisão de exercer o autocuidado é em grande parte subjetiva, não podemos desconsiderar as condições objetivas de vida da mulher. Conforme o relato de uma gestante:

O médico falou que a minha hipertensão é por causa do peso. Ele disse: “Você tem de emagrecer um

pouco”. Aí, fui no nutricionista uma vez só [...]. Eu não voltei mais. Não sei o que me deu! Veio na minha cabeça e eu emagreci, assim, brincando. Uma vez só que eu fui (MAGNÓLIA).

Ah, eu só paguei duas vezes. Ninguém faz por pouco. Eu mesma pego e faço, mas quando chega a noite, eu não aguento (serviço doméstico) (MAGNÓLIA).

Esta gestante relatou não ter condições financeiras de pagar pelos serviços domésticos na sua casa e não tem quem possa ajudá-la nestas tarefas. Percebemos que ela teria algumas opções de ação: não fazer os serviços; colocar-se como vítima se queixando da sua condição de saúde e econômica; ou fazer o serviço sem se queixar. A opção dela foi a última. Comprendemos então que ela pratica o autocuidado à medida que as suas condições objetivas de vida permitem.

No entanto, ao submeter-se as atividades domésticas, que podem causar problemas na sua gravidez, ela incorpora o sofrimento e não questiona a situação social como um todo. Discutimos com as ideias de Adorno e Horkheimer (1986) e Marcuse (1975) acerca da condição da sociedade ocidental atual. Nela, o sofrimento é ainda maior devido a supremacia que tem o capital sobre o social e individual. A condição econômica dessas mulheres também traz limitações às ações de autocuidado. Como cuidar-se se tem que realizar atividades que ela não deveria realizar? Este contexto nos conduz à discussão de que o autocuidado depende tanto do social quanto do individual.

Percebemos, nesta categoria, que o modo como a mulher se relaciona com a gestação e com a maternidade, construído ao longo das experiências na/da vida, são determinantes na decisão de praticar o autocuidado. Contudo, a experiência do autocuidado depende também das condições sociais e econômicas que ela dispõe como duas dimensões indissociáveis. Por outro lado, há a possibilidade de políticas públicas de educação em saúde serem criadas com bom nível de eficácia se pensadas a partir das necessidades e das condições objetivas e subjetivas da população.

9.2.2 Cuidados com o corpo na perspectiva da estética

Nesta categoria, analisamos se a preocupação com o corpo na perspectiva da estética teve alguma modificação em decorrência das alterações corporais da gestação e, ainda, se esta preocupação vem a repercutir ou não em autocuidado. Destacamos alguns pontos do discurso delas que nos chamaram a atenção:

Pudemos perceber que a principal preocupação destas mulheres é em relação às estrias. Nas palavras delas:

Tenho cuidado com a barriga, para não ter estrias (VIOLETA).

[...] a minha barriga não tem; desde a primeira gestação, não tem nada de estrias. Tem mais no bumbum e no seio, porque eu acho que estica mais. Mas da barriga eu sempre cuidei mais também (ACÁCIA).

É eu mesma não gostava de cremes (GÉRBERA).

[...] agora é o que eu mais faço, vivo passando creme, eu vivo passando olinho (JASMIM).

Elas relatam ainda o medo de engordar e o mal-estar no momento de escolher alguma roupa para vestir-se. Vejamos os trechos a seguir:

[...] medo de engordar (ACÁCIA).

[...] como eu vou ficar depois? Será que volta? A gente fica preocupada, se vai emagrecer de novo. Porque mulher é boba, é vaidosa. Ela se preocupa muito com essa parte. Olhe meus pés! (VIOLETA).

Eu costumo brincar com meu esposo assim, que às vezes ele começa; mas você já trocou dez vezes de roupa, eu falo: a culpa disso é sua (DÁLIA).

[...] há uma variação muito grande, eu acho que tem dias que você se sente bonita, linda e maravilhosa, e tem dias que você se odeia. [...] a minha pele manchou, eu manchei bastante (GÉRBERA).

É gostoso, mas a gente se acha feia. As roupas não combinam! Que coisa feia! Você olha o bumbum, ave! A parte de vaidade eu achei tão estranho! [...] A parte de vaidade incomodou, mas a parte emocional, é um milagre, não é? É muito emocionante sentir o bebê. A atração de poder ver (VIOLETA).

As mudanças na estética do corpo e a reação diante dessas mudanças repercutem alterando a imagem que a mulher tem do próprio corpo. Conforme Szejer e Stewart (2002) o modo como a mulher vivencia estas modificações depende da relação que ela tem com o próprio corpo e com o corpo da mãe, sendo um momento em que as duas histórias se entrelaçam. A imagem materna que carregam influenciam o modo como elas se veem e isso repercute no olhar que têm de si mesmas. Portanto, a questão estética é também um problema psíquico-geracional, vinculado às experiências com o grupo primário no processo de constituição da subjetividade, que se forma e se transforma ao longo das gerações pela

maneira como a família aborda a questão e a passa, de modo consciente e inconsciente, de mãe para filha.

Percebemos que as preocupações estéticas tiveram uma influência positiva no autocuidado, pois essas gestantes passaram a cuidar da própria pele e a controlar o peso. Sobre isso, retomamos os ensinamentos de Freud (1914; 1921) quando afirmou que os seres humanos procuram permanentemente aprovação e aceitação de um outro. Na gestação isso se acentua, porque a mulher está especialmente mais sensível ao olhar do outro, em geral do companheiro. O modo como essas figuras (companheiro e demais pessoas dos grupos de convívio) reagem às mudanças físicas dela tem relevância na forma como a própria gestante vivenciará tais mudanças, repercutindo em ações positivas de autocuidado ou não.

É muito importante considerarmos, também, que estas mulheres vivem em um contexto social atravessado pelos ideais hipermodernos, e não deixam de ser reféns do imperativo de consumo e da normatização de subjetividades imposta pela cultura de massa, conforme explicou Nunes (2011). Morin (2005) reafirma esta ideia quando mostra que as mulheres estão preocupadas com a sua linha esguia, com as vestimentas, como um meio de não destoar do ideal de beleza, como meio de assegurar-se desejada. Isso nos remete à Freud (1921) e podemos entender como uma manifestação inconsciente do medo de ser rejeitada e anseio por sentir-se amada.

Apesar de a maioria das gestantes demonstrar preocupação com a estética do próprio corpo, escutamos o relato da Magnólia, que afirma não ter modificado seus hábitos por esta preocupação. Nas palavras dela:

Eu não, já tinha antes (se referindo às estrias)
(MAGNÓLIA).

Não, não, não me preocupo, não. [...] Eu sempre fui
gorda assim (MAGNÓLIA).

Este relato demonstra que o autocuidado que essa gestante tem exercido é apenas para manter-se suficientemente apta para gerar uma criança saudável. Pois relatou em outro momento que passou a cuidar da saúde apenas nesta gestação (terceira gestação dela), ou seja, parece que o autocuidado não é para ela em si, mas sim, exclusivamente, em prol do bebê.

Podemos sugerir que esta gravidez é a manifestação do reconhecimento da própria castração para esta mulher, pois, conforme ensina a psicanálise (ANDRÉ, 2011), um filho tanto tampona as faltas estruturais femininas quanto dá provas justamente destas faltas. Observa-se ter havido uma via dupla, uma vez que o filho a fez reconhecer a própria

castração, ao mesmo tempo, ela apenas reconheceu esta criança como prole ao reconhecer-se castrada. Entendemos, portanto, que é o reconhecimento da castração que a permitiu passar a cuidar da própria saúde.

Reconhecemos que, conforme Freud (1914), grande parte das catexias narcísicas da mulher estão investidas na criança, abdicando, a mulher, do próprio egoísmo. Entretanto, a análise dessa categoria nos fez perceber que as preocupações decorrentes das modificações corporais durante a gravidez estão além das preocupações relativas à manutenção do corpo apto a gerar uma criança saudável, alcançando preocupações relativas à estética. Elas também se preocupam consigo próprias por uma questão individual e de aceitação pelo outro, tendo como parâmetros as experiências de vida.

Se reconhecemos que o aspecto narcísico da subjetividade das gestantes é um dos elementos que norteiam o autocuidado, podemos utilizá-lo para além do fator econômico que engendra o consumo de produtos que prometem a inserção e manutenção delas em padrões estéticos da cultura de massa, e, assim, pensarmos em ações de promoção da saúde da gestante no contexto da educação em saúde.

9.2.3 Desejos e sentimentos

Badinter (1985) informa que a mulher é um personagem que sempre esteve relacionado com o casamento e a maternidade, todavia tem aspirações próprias que podem não dizer respeito ao marido e aos filhos. Quando nos dispomos a escutar as gestantes nos guiamos por este ensinamento. Nesta categoria, analisamos os sentimentos e os desejos das gestantes que tiveram ou não relação com as esferas mencionadas acima.

Começamos a analisar os sentimentos que surgiram quando elas descobriram que estavam grávidas. Conforme Szejer e Stewart (2002), a mulher apenas entende efetivamente que está grávida com a confirmação de um terceiro – teste de farmácia, laboratorial ou consulta médica. Entre os sentimentos relatados por elas encontramos felicidade, tristeza, surpresa, desespero, medo, culpa. A nossa análise começou pelo sentimento de surpresa.

Entre as 10 gestantes pesquisadas, oito relataram surpresa ao se descobrirem grávidas, sendo que destas, duas queriam engravidar, mas se surpreenderam devido a rapidez com que aconteceu. Sublinhamos que, de 10 gestantes, seis não pretendiam engravidar. Destas seis, apenas uma relatou fazer uso de medidas contraceptivas de modo correto. Desse modo, a

metade das mulheres não faziam uso de métodos contraceptivos ou o uso não era correto, apesar de relatarem não querer filhos. Nas palavras delas:

[...] a gente foi pego bem de surpresa (GÉRBERA).

Um susto muito grande (SÁLVIA).

[...] o meu foi de surpresa (AZALÉIA).

Ah, tipo assim, eu não esperava (JASMIM).

Em relação ao acesso a informações sobre concepção e contracepção, foi certificado que todas obtiveram tais informações, então nos restou analisar os possíveis motivos subjetivos. Recorremos primeiramente à teoria freudiana da feminilidade, segundo a qual a elaboração da constituição da feminilidade culmina no desejo de ter um filho na vida adulta de um parceiro escolhido. Esse desejo é a substituição do desejo edipiano de dar um filho ao próprio pai (FREUD, 1923; 1924; 1925; 1931; 1933; NÁSIO, 2007), e reformulada por André (2011), que defende esse desejo como um prolongamento do desejo edipiano e não a substituição dele. Podemos compreender, portanto, que para essas mulheres, tornar-se mãe é um modo de efetivar a constituição de sua feminilidade.

Não podemos desconsiderar também os resquícios do discurso rousseauiano que permeiam a nossa sociedade. Apesar de o casamento e a maternidade terem se tornado possibilidades ao invés de destinos à mulher, parte delas ainda enxerga a maternidade como função essencial, outra parte é intensamente cobrada pela sociedade a gerar filhos, e sentindo culpa ou inadequação quando não respondem positivamente a essa demanda (BADINTER, 1985; MORIN, 1999; NUNES, 2011).

Uma das gestantes, para a qual a gravidez também foi surpresa, relata ter sentido alegria e tristeza no momento da confirmação da gravidez.

Ah, veio alegria e um monte de tristeza [...] Ah, de medo [...] Ah, de um filho para criar (AZALÉIA).

Ela começou a chorar e perguntamos o que a emocionava mais nesta história, e a resposta dela foi:

Eu estar sem ele (AZALÉIA).

Ele é o ex-namorado dela e pai da criança. Esta gestante contou que o rapaz ameaçou tomar-lhe o filho se fosse menino. Em decorrência de um dito popular que grávidas de meninas engordam mais do que grávidas de meninos, ela começou a comer em demasia com o intuito de engordar para garantir que teria uma menina. Neste caso, aparentemente, há um

paradoxo, pois a gestante relata querer engordar para se assegurar de poder cuidar do filho, contudo não reconhece que isso prejudicaria a própria saúde e a da criança. São conflitos que podem surgir em uma mulher devido a capacidade de gerar outras vidas, e, ainda, que os sentimentos decorrentes deste atributo natural se mesclam com sentimentos inseridos pela sociedade na forma das expectativas que essa mesma sociedade impõe sobre ela.

Neste caso específico, a mãe, mesmo tendo hábitos alimentares equivocados, já investiu parte do seu narcisismo nesta criança, estabelecendo um sucedâneo para o enlaçamento emocional quando ela vier a nascer (ANDRÉ, 2011; FREUD, 1914; 1921). Apesar disso, os conflitos dela com o pai da criança têm repercutido na relação dela com a gravidez, impedindo-a de exercer o autocuidado relativo aos hábitos alimentares. Szejer e Stewart (2002) corroboram essa afirmativa quando afirmam que o modo como a mulher se relaciona com o pai da criança influencia no modo como ela se relaciona com a gestação e com a criança.

Conforme Szejer e Stewart (2002), ainda, quando anunciou ao homem que estava grávida, ela o designou como pai da criança. A reação dele, que foi discrepante ao que ela esperava, pode ter ocorrido porque o anúncio de uma gravidez aciona nas pessoas implicadas antigos conflitos de suas próprias histórias. Além disso, de acordo com que Freud explica, todas as relações são permeadas por ambivalência (ANDRÉ, 2011), e a ideia de ter um filho não seria diferente. Como já vimos, o nascimento de uma criança desarruma o arranjo familiar, que pode também explicar o fato de sentir alegria e “um monte” de tristeza, conforme relato.

Houve uma gestante que disse sentir desespero com a confirmação da gravidez devido a condição socioeconômica. Nas palavras dela:

Veio o desespero, porque, tipo assim, a gente não queria agora porque a gente estava passando muito apuro no começo, que a gente conseguiu alugar uma casinha agora bem maior, aí tem aluguel, tudo mais, mas graças a Deus com a ajuda da minha sogra, minha mãe, meu marido, está dando tudo certo (TULIPA).

O desespero relativo à situação socioeconômica foi substituído pela alegria quando a família dela e a do marido deram apoio. Neste caso, observamos o peso econômico de uma gravidez e da maternidade, que chega a interferir nos sentimentos da mulher em relação à gestação e à maternidade. Assim, o trabalho dentro do sistema social não oferece a satisfação das necessidades básicas a um ser humano, como a sobrevivência e reprodução, de modo

digno. Adorno e Horkheimer (1986) e Marcuse (1975) declaram que isso ocorre porque o sistema capitalista tem transformado os sujeitos em aparelhagens que servem para gerar mais lucro ao próprio sistema, alterando o desejo e a consciência dos sujeitos.

Tulipa comenta que o esposo e ela não têm condições de manter as despesas de uma casa que caiba confortavelmente uma família e criar mais uma criança. Percebe-se, então, que as implicações do sistema social e econômico sobre a vida das pessoas é um fator que não pode ser desvinculado das práticas e teorizações acerca dos temas de autocuidado, promoção da saúde na gestação, e de educação em saúde. Porém, o modo como as pessoas lidam com a dialética do social e individual abrange outros fatores, além da condição socioeconômica. Ressaltamos que as condições socioeconômicas não são o único fator determinante para as práticas de autocuidado.

Uma delas disse sentir felicidade quando confirmou a gravidez.

Eram 2 horas da manhã. Nós (ela e o esposo) passamos na farmácia, para comprar o teste. Não víamos a hora que amanhecesse para pegar a primeira urina da manhã, né? Aí, eu fiz o exame. Eram 6 horas da manhã [...] Nossa! Eu estava super ansiosa. Ah, mal e mal coloquei a fitinha lá já deu positivo. Aí, eu falei: não vou acordar ele. Vou esperar. Aí, na hora em que ele acordou, eu falei. Ah! É uma emoção muito grande! É um momento que a gente estava esperando, estava querendo (HORTÊNCIA).

Hortência é casada e descreve uma condição socioeconômica confortável. Neste caso, observamos que a cumplicidade entre o casal, em desejar um filho e planejá-lo, permitiu que ela sentisse felicidade, livre de outros sentimentos como desespero ou medo decorrentes da condição socioeconômica.

Mas, por outro lado, um aspecto interessante desta gravidez foi revelado:

“Estava na hora de você arrumar outro”. Então, agora tó! Vai cuidar! (HORTÊNCIA).

Ela se referiu à mãe e à sogra que ajudarão nos cuidados com a criança quando ela voltar a trabalhar. Essa fala chamou atenção por sugerir que a vontade dela de engravidar surgiu em decorrência das cobranças familiares. Isso ilustra o modo como a subjetividade é engendrada e atravessada pelos valores culturais e sociais (VERMELHO, 2003). Com isso, podemos supor que o sentimento de felicidade também pode ser atribuído ao triunfo experimentado quando conseguiu responder positivamente aos ideais que lhe foram cobrados

(FREUD, 1921; NUNES, 2011). Deste modo, mesmo que o desejo dessa mulher em ter um filho possa ter sido despertado por fatores externos, como as solicitações dos familiares, ela parece sincronizar os próprios desejos com os valores sociais de maneira satisfatória, tendo a possibilidade de experimentar o sentimento de felicidade pela gravidez.

Este aspecto nos remete à questão do social como uma das instâncias formativas do sujeito. Freud (1913) relata que o processo civilizatório impõe intensas frustrações ao ser humano, e sabemos que os sujeitos saudáveis psiquicamente conseguem equilibrar de modo razoavelmente adequado as satisfações e frustrações pulsionais, conseguindo experimentar o sentimento de felicidade apesar do sofrimento. Nesta lógica, o que intensifica o sofrimento da vivência humana na civilização, impedindo-o de experimentar a felicidade, é a extrapolação das frustrações filogeneticamente necessárias, de acordo com Freud, por fatores econômicos. Isso significa que quando o fator econômico acentua as frustrações e limita ainda mais as possibilidades de obtenção de satisfações extirpa do sujeito a possibilidade de experimentar a felicidade.

Dália, outra gestante, também relatou uma condição socioeconômica confortável e acordo entre ela e o esposo para ter um filho. Contudo, essas condições não garantiram uma gravidez livre de medos. Ela tem uma criança autista, e receia que a segunda filha tenha o mesmo diagnóstico. Nas palavras dela:

[...] por mais que você queria pensar que um é diferente do outro, você acaba associando, e se vier igual? [...] Então assim, a gente sempre fica com aquele medo: e se... E agora da Alice eu tenho muita crise de ansiedade mesmo. Até pela questão do outro, que requer cuidado o dia todo. Então é muita crise de ansiedade (DÁLIA).

Szejer e Stewart (2002) explicam que esse receio pode estar presente em qualquer gravidez, independentemente de haver ou não algum problema anterior. Para os autores, essa preocupação é relativa à capacidade dela em gerar uma criança saudável e bela que será apresentada ao esposo, à família e à sociedade em geral. Esta preocupação, ainda, para os autores, é decorrente de angústias narcísicas dela, e não da realidade preexistente que é o diagnóstico de autismo do primeiro filho, e nos mostra, por outro lado, que a sociedade considera saudável somente aquele que atende a certos padrões biofísicos. Neste caso, o portador de necessidade especial é sempre “um peso”, uma anormalidade, pois, como tal, tende a ser excluído dentro do referido modelo de sociedade.

O sentimento de culpa também permeou o discurso de duas outras gestantes. O primeiro caso é da Acácia, que quando estava no quarto mês de gestação descobriu que o filho de nove anos de idade tinha diabetes, relatando:

Eu o amamentei até dois anos e seis meses. Cuidei com muito carinho. Depois, a gente descobriu, de repente. E a médica me falou que foi por um susto que ele teve. Eu me **culpei** no começo, por causa que eu achei que foi por causa da gestação (ACÁCIA).

Analisamos este caso com as considerações de Badinter (1985). Ele afirma que, em decorrência do discurso rousseauiano, historicamente a mãe se tornou responsável pelo destino do filho até a fase adulta e o “atestado” de competência é dado pelo próprio filho, que mostra se a mãe foi boa ou má na função dela. Desse modo, podemos entender que esta gestante além de se acusar por não ter exercido de modo suficientemente positivo a função materna, ainda se sente culpada por desejar ter um outro filho. Então perguntamos: por que esse sentimento de culpa por querer mais um filho? Questionamento que não poderemos responder no presente trabalho.

Jasmim é a outra gestante que relatou sentimento de culpa. Ela é solteira e mora com os pais e, conforme relatou, tem uma gravidez de alto risco. Nas palavras dela:

Mudou, porque antes eu não queria, eu não me conformava que estava grávida. Aí agora tudo mudou. [...] eu quase perdi a criança, aí foi aonde que eu fiquei muito assustada, e eu falava: nossa, é a minha culpa, porque eu não queria. [...] Com medo de perder (JASMIM).

Ela tem três irmãs mais novas e, em decorrência da complexidade da gravidez, os seus pais têm dedicado maior atenção a ela do que para as irmãs, fato que tem gerado crises de ciúmes nas irmãs. Isso pode implicar em culpa nesta garota, pois a gestação, conforme explica Szejer e Stewart (2002) é um momento em que a mulher precisa definitivamente deixar a posição de “filhinha da mamãe” para se tornar ela própria em mãe. Ao invés disso, ela regrediu à posição de bebê que demanda total atenção e cuidado por parte dos pais.

Entendemos que, certamente, ela sente culpa pelo risco de perder a criança associada ao não querer a gravidez, mas supomos também que a culpa pela possibilidade da perda não é apenas da criança e, sim, de perder a posição privilegiada no arranjo familiar (SZEJER; STEWART, 2002). Assim, a condição de risco de vida que essa gravidez trouxe garantiu que ela permanecesse ainda mais na condição de filha privilegiada na disputa pelo amor dos pais

no arranjo familiar, porém é um sentimento dubio, pois ao mesmo tempo que obtém satisfação com essa condição, ela sofre pelos conflitos familiares que essa posição gerou.

Outros sentimentos que as gestantes revelaram foram relacionados as preocupações com a volta ao mercado de trabalho depois do nascimento de seus filhos. Alguns trechos explicitam essa questão:

Na hora de deixar (o neném para trabalhar), eu sofri muito (HORTÊNCIA).

Eu pretendo voltar, depois que o nenê nascer. Vamos ver. Eu sempre trabalhei em casa, mas eu gosto de trabalhar fora. Acho que eu volto. Vamos ver (VIOLETA).

Ele fala que eu não devo voltar (marido), que eu devo de cuidar deste, porque eu tenho de ficar aqui mesmo, que ele me ajuda nas despesas. Diz que eu não preciso voltar. Que ele trabalha e o meu menino também falou que vai trabalhar e ajudar. Mas eu não sei! Já deu dó do primeiro. Eu não sei. Ainda não está decidido (VIOLETA).

Ah, ficar com o bebê. Tadinho! Precisa, né? Quatro meses e deixá-lo. Dá dó, né? (VIOLETA).

O conflito entre voltar a trabalhar ou manter-se em casa dedicando-se ao bebê fica explícito neste discurso. Parece que essas mulheres estão atravessadas pelos valores da sociedade burguesa, que vê na figura feminina a função de cuidar dos filhos. Elas têm pago o preço da culpa por optarem trabalhar e deixá-los aos cuidados de outrem, ou o preço da frustração por abrirem mão das suas aspirações particulares em prol de dedicar-se exclusivamente aos filhos (BADINTER, 1985; CORREIA, 1998; MORIN, 1999; NUNES 2011).

Sabemos que os valores da família burguesa, no que se refere ao cuidado dos filhos, são corroborados pela psicanálise ao afirmar que, quando nasce, a criança é o prolongamento do corpo materno, e da relação com a mãe formará o próprio psiquismo (ANDRÉ, 2011; SANTOS; FORTES, 2011). A função materna cumpre, portanto, um papel primordial na formação psíquica das pessoas, o que por si só incute uma importante responsabilidade sobre a mãe.

Ao mesmo tempo em que o peso da responsabilidade pela formação psíquica da criança foi acentuado sobre a mãe por meio das descobertas psicanalíticas, a própria psicanálise é aplicada em prol do sujeito para de livrá-lo das amarras dos conflitos

inconscientes e dos discursos sociais aprisionantes, dando liberdade ao sujeito e permitindo a experiência de felicidades apesar das dores da vida.

Há outro aspecto a ser levado em conta que está além das possíveis aspirações femininas. É o caso das mães que necessitam trabalhar para garantir o sustento da família. Sobre esta questão, concordamos com Adorno e Horkheimer (1986) e Marcuse (1975) quando afirmam que o atual sistema econômico e social tem desumanizado os sujeitos ao invés de aumentar o processo de humanização, pois não tem garantido que com o trabalho a mulher possa ter condições dignas de sustento, bem como de exercer a maternagem até suprir as necessidades da criança. Para a psicanálise, a criança quando nasce está em total desamparo devido a imaturidade motora e psíquica, dependendo completamente de outro ser humano adulto (ANDRÉ, 2011; SANTOS; FORTES, 2011). Trata-se de uma sociedade que atribui a mulher a função de suprir as necessidades do bebê, porém não oferece condições para que o faça de modo minimamente satisfatório, impõe a abdicação das principais pulsões dela, limitando, assim, o experimento da felicidade (FREUD, 1929).

Percebemos também que as gestantes abriram mão de estudar em decorrência da gravidez.

Gostava de frequentar a escola. Foi só por causa da gravidez (interrupção nos estudos) (MAGNÓLIA).

Aí já vem o filho e aí foi que eu parei. Eu queria tentar fazer a distância pedagogia ainda. Vou ver se consigo fazer este ano (ACÁCIA).

É possível observar neste discurso que o sistema educacional é falho ao não dar condições de inclusão das gestantes e mães à escola, operando uma exclusão de modo informal, não-dito. O sistema educacional garante a licença maternidade, todavia parece não oferecer condições para a mulher conciliar a maternidade e o cumprimento dos deveres escolares. Por outro lado, pudemos perceber que as gestantes sofrem menos em deixar os estudos devido a gravidez e a maternidade do que em deixar de trabalhar em decorrência desses eventos. Aspectos que fizeram levantar um questionamento que não temos condições de responder neste trabalho, entretanto é importante mencionar: o atual sistema educacional tem causado interesse e motivado os sujeitos a estudar?

Os sentimentos decorrentes da gravidez, como se pode perceber, são dúbios e confusos. A gestação está longe de ser um estado de completo bem-estar, conforme anuncia os clichês midiáticos impostos pelos meios de comunicação de massa. As gestantes se deparam, por outro lado, com uma série de desejos e conflitos, que as fazem experimentar

tanto alegrias quanto angústias e medos, proporcionalmente. O despreparo da sociedade para “acolher” a mulher grávida parece fazer as angústias e medos se sobreporem à felicidade que a mulher pode experimentar por gerar uma vida no próprio ventre.

9.2.4 Família e grupos de convívio

Nesta categoria, procuramos levantar quais são os grupos com os quais as gestantes estabelecem relação, bem como analisar a relação delas com o grupo primário: a família. Pesquisamos esse conteúdo porque concordamos que as relações familiares unidas ao contexto social e cultural produzem as subjetividades. Assim, analisar os grupos de convívio das gestantes é uma forma de entender o quanto compartilham dos valores culturais e sociais do contexto em que estão imersas.

Quando perguntamos sobre os grupos com os quais estabelecem relações, elas se limitaram a citar a igreja, o grupo familiar, seja a de origem ou a atual, e os grupos de discussão sobre gravidez.

Tem a igreja, também. Tem os irmãos, tem contato, né? [...] Principalmente em oração, porque é um momento que a gente fica preocupada, meio angustiada. Mas tem, sim. Fora a família, é o lugar mais importante, porque eles estão sempre ali, dando suporte (VIOLETA).

As transformações objetivas e subjetivas (SZEJER; STEWART, 2002) pelas quais as gestantes passam demandam energia psíquica, e quando a libido está intensamente investida em um objeto ou processo, o sujeito não se atenta ou presta menos atenção aos outros objetos e processos. É importante frisar que na gravidez a libido da mulher é especialmente investida na relação com o filho (FREUD, 1914). Somadas essas duas situações, sobra pouca energia libidinal a ser investida em outros objetos ou processos. Supomos que isso explique o certo afastamento emocional das gestantes de esferas da vida dela que não estejam associadas à gravidez, e por isso mencionaram apenas o grupo familiar, a igreja e os grupos de discussão sobre gestação.

Sabemos também que o período gestacional é permeado por preocupações, angústias e medos (SZEJER; STEWART, 2002), e que a igreja pode ter a função de aliviar essas experiências emocionais. Podemos inferir que a relação com a dimensão mítico-divina exerce alguma função na economia psíquica do sujeito. Supomos, assim, que esta ligação acarrete benefícios à gestante: a mantém conectada com os próprios mitos e a imaginação, buscando

aliviar os medos e preocupações; ou para proteger-se em razão de estar numa condição de não-esclarecimento, submetida ao sofrimento em função dos medos que permeiam o processo social e individual de gerar uma vida (ADORNO; HORKHEIMER, 1986).

Além disso, a igreja se apresenta como um grupo de convívio que forma uma rede social de apoio mútuo para as possíveis intercorrências objetivas da vida. Presumimos, então, que a igreja exerça diversas funções nas quais as gestantes se sintam amparadas, e que este seja o motivo para que elas deem grande importância a essa esfera.

Como mencionamos, o segundo grupo ao qual as gestantes se reportaram foi o da família de origem, da qual destacamos alguns aspectos.

O primeiro fato que nos chamou a atenção é relativo ao cuidado que a família de origem, especialmente as mães das gestantes, tomam em relação a gestação da filha quando a própria gestante não o faz. Nas palavras delas:

[...] porque lá eles não compram mais pra mim não beber (refrigerante) (AZALEIA).

Eu carpia, arrancava mandioca [...]. Ela (mãe) falou que eu não precisava trabalhar mais, só dentro de casa. [...] Porque o sol está muito quente (SÁLVIA).

Ao mesmo tempo em que as mães exercem uma função positiva ao cuidar da saúde das filhas no período gestacional, ao fazê-lo, demonstram que não há mudanças nos papéis subjetivos familiares. As gestantes não deixaram de ocupar a posição de “filhinhas da mamãe”, mudança de papel necessária neste período para a mulher tornar-se efetivamente mãe (SZEJER; STEWART, 2002).

Ainda sobre esses cuidados, encontramos casos de mães ou sogras que ajudam as gestantes com afazeres que elas não conseguem realizar devido a gestação, como limpeza doméstica, por exemplo.

Esta semana agora a minha mãe começou a limpar, por causa que já começo a sentir a perna [...] (HORTÊNCIA).

O que fazer? Minha avó machucou, está machucada. Caiu, machucou a coluna. O que tem de fazer eu preciso pagar (a avó dela a ajudava com os afazeres domésticos) (MAGNÓLIA).

[...] com a ajuda da minha sogra, minha mãe, meu marido, está tudo dando certo (TULIPA).

Me dão. Aonde eu vou eles (os pais) estão comigo, tudo que eu preciso eles estão comigo. [...] ela cuida

mais de mim, dá atenção mais para mim do que para minhas irmãs. [...] O problema também é que daí eu vou ter que voltar a trabalhar, e quem vai ficar com o Miguel vai ser minha mãe (JASMIM).

Eu era muito de deixar eles: Ah, fica com a vó. Eu era mais do mundo, sabe. Abandonava muito eles (MAGNÓLIA).

Minha mãe sempre que cuidou dele pra mim (VIOLETA).

[...] eu deixava com a minha mãe. [...] Agora eu revezo: um dia vai na casa de uma, um dia vai na casa de outra (mãe e sogra) (HORTÊNCIA).

Supomos que está enraizado na cultura ou é decorrente das condições sociais e ambientais dessas gestantes que as mulheres mais maduras cuidam das mais jovens, seja exercendo cuidados relativos à gravidez, ou cuidando dos filhos delas. É importante atentar para o que explica a psicanálise sobre a relação entre mãe e filha. Para ela, esta ligação é permeada por conflitos desde o início, além disso uma gravidez remete cada membro das famílias envolvidas a conflitos inconscientes, demandando um remanejamento dos papéis subjetivos no interior do grupo familiar (ANDRÉ, 2011; SZEJER; STEWART, 2002). Neste sentido, acreditamos que a gravidez da filha remete a mãe aos conflitos ligados à própria feminilidade e à relação dela com a filha, possibilitando que ela reedite essa relação através dos cuidados com a filha ou com os netos.

Fato que chamou atenção porque essas gestantes pareceram estar mais próximas afetivamente das mães delas do que dos pais das crianças. Seguem alguns trechos:

E agora nem imagino quem vai ficar comigo lá (parto). Fora o homem (marido), eu não tenho outra pessoa! Antes era sempre a minha mãe (falecida). É difícil! (MAGNÓLIA).

Minha mãe (que ajudou a escolher o nome do bebê) (JASMIM).

Consideramos que a escolha do nome da criança e a hora do parto são dois dos momentos mais importantes do período gestacional. Entendemos que a proximidade com a mãe na hora do parto ocorre porque as gestantes buscam na figura materna o apoio de uma pessoa que tenha vivido a mesma experiência que elas vão vivenciar, como se as mães fossem um repositório de conhecimentos a respeito da gravidez e parto. Sabemos que os responsáveis por transmitir todos os valores culturais e sociais a uma geração são as gerações anteriores e é essa transmissão que garante a convivência social, pois contém todas as relações materiais e

os aspectos espirituais, construindo um repertório de conhecimentos e habilidades humanas como artefatos, ideias e crenças (LARAIA, 2001; SILVA; SILVA, 2009).

Com isso, compreendemos o porquê a gestante busca a própria mãe ou mulher familiar mais próxima como repositório dos conhecimentos culturais e sociais sobre a gestação e o parto. Todavia, a escolha da mãe para definir o nome da criança nos pareceu ir além deste aspecto. Por que essa progenitora teve uma importância maior para a definição do nome? Isso pode estar relacionado com a mudança de papéis que a sociedade está trazendo para a formação do que é denominado de “Família” e as funções, convenções e rituais que cercam essas relações nos momentos da vida.

Corroboramos essa ideia com falas das próprias gestantes acerca da busca por suporte e apoio durante a gravidez:

Ah, pergunto para o médico, para minha irmã, para minha mãe (AZALÉIA).

É mais a minha mãe que pesquisa [...] É, porque eu peço mais informação para ela, porque como ela já teve quatro gestação (JASMIM).

[...] eu pego e procuro alguém, tipo familiar, alguma coisa assim que eu confio, que eu sei que já passou por isso e eu pergunto, que daí já tem experiência e sabe como que é (TULIPA).

Estes relatos demonstram, ainda, que os conhecimentos disponíveis precisam ser chancelados pela experiência de mulheres com que as gestantes convivem. Isso também parece reafirmar a importância dos valores culturais e conhecimentos populares para essas mulheres em detrimento do saber científico.

Retomando a relação das gestantes com suas mães, observamos que as mães são as principais figuras com as quais as gestantes se relacionam. Ao mesmo tempo em que as gestantes precisam deixar o papel de “filhinhas da mamãe” para se tornarem mães, elas recorrem a elas para terem-nas como apoiadoras da gravidez e da maternidade. Como já mencionamos, essa relação parece dizer respeito a uma forma de reedição e elaboração dos conflitos pertinentes a relação delas, além disso, supomos que se trata de uma reedição da feminilidade de ambas.

Além da proximidade com as mães, a análise que fizemos acerca da relação que as gestantes têm com os pais das crianças possibilitou observar que houve uma importante modificação dos papéis dentro da família, se compararmos à família nuclear burguesa. Alguns trechos para exemplificar essas modificações:

Com as crianças. [...] ele faz comida, lava a louça [...] leva as crianças na escola, busca da escola (MAGNÓLIA).

Ajuda (nos serviços domésticos) (TULIPA).

Ah, limpa a casa, lava a louça, comida não, não adianta que comida não, porque comida não é com ele, mas todas as outras coisas ele ajuda. Em termos da casa, ele é bem organizado com as roupas dele, com as coisas dele (GÉRBERA).

Ele sozinho não vai dar, que no mundo daqui se quiser criar os filhos, tem de trabalhar (MAGNÓLIA).

A cultura é dinâmica, sendo que cada sobreposição de uma geração a anterior acarreta mudanças em sua forma (LARAIA, 2001). Nesses discursos podemos observar que tanto os maridos têm assumido papéis que eram típicos de mulheres, como cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos, quanto as mulheres têm assumido responsabilidades que eram típicas de homem, como ajudar no sustento da família. Modificações que são frutos da entrada da mulher no mercado de trabalho (CORREIA, 1998) e da efetivação dessa conquista e de outras relativas ao estatuto social da mulher, como resultado das intensas lutas feministas por melhores condições de vida (MORIN, 1999). Supomos que a caminhada da mulher rumo a independência possibilitou que ela venha a cobrar de seus parceiros maior responsabilidade pelos afazeres domésticos e cuidados com os filhos.

Nesta categoria, pudemos confirmar a hipótese de que a qualidade da relação do casal interfere na qualidade da relação da mulher com a gestação e com a maternidade. Nas palavras delas:

Eu disse: Igor, eu estou achando que estou... Vamos passar já na farmácia e comprar um teste. [...] É uma emoção muito grande! É um momento que a gente estava esperando, estava querendo (HORTÊNCIA).

Eu estar sem ele (sofrimento por estar sem o pai da criança) (AZALÉIA).

Na minha primeira gravidez, eu não ligava. Na segunda, mais ou menos. Nesta, eu estou pegando firme. Eu **sou** casada. [...] Que eu estou junto com ele, seis anos. Agora, que eu sou casada, de papel, fez dois anos. [...] Com esta gravidez, estou aprendendo a dar mais carinho para os outros dois. Eu não dava, eu não tinha, principalmente do primeiro, que eu deveria dar mais **por não ter pai**, não é? [...] E depois que eu casei também, vi que primeiro filho tem um pai. **Mudou muito pra mim.**

Ele trata o meu menino, os dois, como se fossem dele. Trata igual (MAGNÓLIA).

Entendemos que a mulher não elabora completamente o complexo de Édipo. Assim, o desejo de ter um filho com um parceiro escolhido na maturidade costuma ser o prolongamento da vontade de dar um filho ao próprio pai. As insígnias do complexo de Édipo, desse modo, indicarão que tipo de homem ela escolherá para ser o pai do filho dela e o modo como se relacionará com ele. Os enredos inconscientes de cada um do casal parental determinarão o modo como ambos manejarão todos os seus relacionamentos, inclusive com a criança, sendo que os conflitos inconscientes da mãe repercutem na relação com o filho (ANDRÉ, 2011; FERRARI; PICCININI; LOPES, 2013; NÁSIO, 2007; SZEJER; STEWART, 2002) e, neste caso, repercutem ainda no autocuidado que elas exercem.

Essas questões apareceram nas situações relatadas pelas gestantes. Azaleia afirmou que tem sofrido pelo rompimento do namoro com o pai da criança. E quando perguntamos se ela se preocupava porque ele não demonstrava sentimentos em relação ao filho que esperava dele, ela afirmou que na verdade sofria por estar sem o parceiro. Para ela o pai não está necessariamente sendo visto a partir de sua função paterna, e sim como sujeito com o qual ela tem uma relação afetiva. O relato dessa gestante apontou ainda que ela quase não praticava o autocuidado.

A gestante Magnólia disse que antes de compartilhar a vida com o atual esposo teve um filho que não cuidava, a segunda é filha do seu atual esposo, mas eles ainda não eram casados. Conta ainda que nesta gravidez se cuidou “mais ou menos”, e, agora, na terceira gestação, falou que se cuida bastante. O motivo mencionado para a mudança de atitude é que agora está casada, ou seja, ela se enxergou como mãe e pôde enxergar seu esposo como pai apenas quando formalizou seu casamento, precisando da chancela da sociedade.

O casamento é uma construção social, mas sabemos que a maternidade não está associada a ele. Contudo, este caso chamou a atenção porque, aparentemente, a formalização do casamento modificou os sentimentos e comportamentos dela em relação a gestação e a maternidade. Podemos concluir que foi a confirmação do interesse desse homem em partilhar a vida com ela, através da formalização do casamento, que lhe garantiu o desejo de ter os filhos.

O escopo do nosso trabalho não contempla a elaboração de uma análise mais pormenorizada da questão do complexo de Édipo e suas vicissitudes na vida delas. Sublinhamos, entretanto, que os enredos e os conflitos inconscientes são relevantes para a

mãe no estabelecimento da relação com o pai da criança. Além disso, o papel de pai da criança não é assumido pelos homens instantaneamente à gravidez, é a história de vida de cada um que permitirá ou não assumir e o modo como fará. Isso demonstra a importância das funções materna e paterna para a formação da subjetividade da criança. Porém, este é o limite determinado pela pesquisa, pois os dados que obtivemos não permitem aprofundar essa questão.

O fato é que pudemos verificar que cada gravidez e maternidade tem implicações diferentes para a mulher, porque cada uma ocorre em momentos diferentes da vida, e a mulher aprende um pouco mais sobre o ofício de ser mãe de um nascimento a outro (SZEJER; STEWART, 2002).

O desejo por ter um filho, não são raros os casos, parece estar intimamente atrelado a resquícios do discurso rousseauiano de que a essência feminina é ser mãe, que impedem que a mulher escolha não ser sem culpar-se. Nestas situações, o ideal de família nuclear burguesa parece permear a gravidez e a maternidade (BADINTER, 1985; MORIN, 1999). Encontramos casos em que a relação com o pai da criança foi o fator que despertou o interesse pela maternidade. Conforme os relatos:

Mas ele ficou feliz, porque ele queria (JASMIM).

Ah, ele queria né, desde antes de saber que eu estava grávida, ele falava sempre que queria esse moleque, aí acabou que veio um moleque, né (TULIPA).

Ele ficou contente, porque na verdade ele queria mais do que eu (DÁLIA).

Uma das gestantes, a Dália é um exemplo de como a mulher precisa sincronizar os próprios desejos às demandas sociais e familiares (NUNES, 2011).

Porque o pai, vamos dizer assim, o pai por mais que está presente, ele não fica ali 24 horas passando pelas crises, por tudo [...] quem lida com ela é a mãe. [...] Matar o marido (risos). Eu costumo brincar com meu esposo assim, que às vezes ele começa; mas você já trocou dez vezes de roupa, eu falo: a culpa disso é sua. [...] quem tomou a iniciativa de parar de tomar o remédio foi **ele** (DÁLIA).

Em relação ao último trecho do discurso, ela apresenta um ato falho, revelando que parou de prevenir a gravidez devido a insistência do marido. Outro caso, da Violeta, ilustra o conflito que a mulher tem em relação a voltar ao trabalho ou dedicar-se exclusivamente ao lar e aos filhos:

Ele fala que eu não **devo** voltar, que eu devo de cuidar deste, porque eu **tenho** de ficar aqui mesmo, que ele me ajuda nas despesas. Diz que eu não preciso voltar (a trabalhar) (VIOLETA).

Supomos que os dois significantes em negrito sugerem permissão do marido em relação ao que espera que ela faça (não trabalhar) e os dois significantes grifados demonstram que o pai dará suporte para que a mãe possa ficar em casa se dedicando à criança (não precisar trabalhar). Esses dois registros psíquicos que ela tem sobre a postura do esposo indicam a ambiguidade no desejo dela entre trabalhar e se dedicar integralmente ao bebê. Consideramos que essa insegurança pode estar associada ao sentimento de culpa embutido na mente da mulher pelo discurso rousseuniano ao desejar trabalhar fora de casa, potencializado pela cultura de massa que busca uniformizar a subjetivação feminina atrelando-a a um ideal forjado de que a mulher precisa trabalhar, ser boa mãe e ainda consumir. Deste modo, se ela opta por trabalhar fora de casa, sente culpa por não ser a mãe do ideal rousseuniano, e se escolha for dedicar-se apenas ao lar e aos filhos, ela fere o ideal de mulher hipermoderna (BADINTER, 1985; MORIN, 1999; NUNES, 2011). Freud (1921) explica que o ser humano se aprisiona em um ideal imposto por um grupo social pela necessidade de ser aceito pelo mesmo, sentindo culpa ou inferioridade quando não alcança o ideal imposto.

No grupo primário analisamos ainda como as gestantes estabelecem relações com a criança que está no ventre e com outros filhos, e também sobre a relação destes filhos com os bebês que estão por nascer. Das 10 gestantes, quatro eram primíparas e as outras seis estavam grávidas dos segundos e terceiros filhos.

Observamos que entre as gestantes que já são mães, há preocupações relativas a aceitação da criança para a chegada de um irmão em casa e, assim, elas buscam prepará-las para o momento da chegada.

Ela deitou na maca comigo. O doutor é bem bonzinho, sabe? Ela deitou comigo na maca, ficou lá, assistindo, fazendo ultrassom, o doutor mostrando o pezinho, a perninha. Então, vai pondo na cabecinha que tem a irmãzinha, que está na barriga, que vai nascer (HORTÊNCIA).

Só que a psicóloga também disse que é bom, porque quando ele fala não, é sinal que ele já está com entendimento que vai vir outra criança. Mas a gente conversa com ele (DÁLIA).

Foi um sonho bom [...] Assim, eu sempre sonhei em ter uma menina. Ele foi planejado e ela também, só que daí, na hora em que eu descobri que era menina,

eu também descobri que ele estava com diabete. [...] Eu me culpei no começo, por causa que eu achei que foi por causa da gestação (ACÁCIA).

O relato da Acácia evidencia o quanto essa aceitação é complicada já na mente das próprias mães. Neste caso, houve o planejamento do segundo filho e na gravidez ela descobriu que o filho de oito anos tem diabetes. Ela entendeu que a doença do filho foi uma reação à notícia de que teria uma irmã. Sabemos que houve um momento na história da relação da mãe com os filhos em que esta escolhia um filho para dedicar atenção e cuidados, em detrimento completo dos outros filhos que ela colocara no mundo (BADINTER, 1985).

Nos questionamos se essa preocupação das mães, agravada na Acácia, é uma reação de culpa filogenética decorrente do referido momento histórico? Não conseguimos também responder esta questão. Porém, insistimos em entender essa preocupação e, para tanto, recorremos a Szejer e Stewart (2002). Os autores afirmam que a posição ocupada pela criança quando nasce em relação aos seus irmãos é um fator significativo para a constituição da subjetividade dela, pois cada criança ocupa uma posição no desejo dos pais, e cada gravidez e nascimento têm um significado peculiar porque ocorrem em determinados momentos da vida deles, evocando, a cada um, as suas próprias histórias em relação ao nascimento e remetendo a elas. Assim, eles são sugestionados a lidar com os filhos aos moldes dos enredos inconscientes deles. Os conflitos relativos a própria posição no desejo dos pais dela e os do arranjo familiar com os irmãos, portanto, atravessam o modo como ela conceberá o lugar dos filhos no próprio desejo. Lembramos que, conforme Szejer e Stewart (2002), cada gravidez e nascimento impõem modificações das posições subjetivas nas famílias, causando invariavelmente, conflitos internos e/ou interpessoais. No grupo estudado, essas mudanças são positivas, não percebemos na preocupação das mães sentimentos que não estivessem ligados ao bem-estar de seus filhos em relação à criança que estava para nascer. Também observamos que há mulheres que não relatam preocupação com a reação do filho à chegada do irmão, percebem a maternidade como uma preparação, através da experiência empírica, para a criação do segundo filho.

Foi um susto também, porque foi em troca de remédio. Aí eu peguei, fui trocar de remédio, daí deu dois meses e apareceu. Só que agora essa gravidez para mim vai ser ótima, porque já tem a experiência da primeira, então para mim, só deu um susto ali, na hora, quando eu fui fazer o exame, que deu positivo, mas depois me conformei que estava vindo outro (TULIPA).

Compreendemos esse trecho recorrendo a Szejer e Stewart (2002) que explicam que os pais aprendem um pouco sobre o ofício paterno de uma gestação e maternidade para outra. Podemos compreender ainda que as preocupações referentes à gestação, ao parto e à criação dos filhos dependem das condições psíquicas das gestantes, e não da posição objetiva dos nascimentos deles, pois como já mencionamos, cada um desses eventos remete a mulher a própria história.

Em relação as mães primíparas, observamos dois casos opostos: a Gérbera que demonstra bastante preocupação com os cuidados do filho que está por nascer, associando a fragilidade da criança.

[...] eu quero proteger. [...] tão frágil ali exposto para tantas pessoas (GÉRBERA) (Se referindo a postagem de fotos da criança no facebook).

A Sálvia, entretanto, não demonstra preocupação com a gravidez, parto ou criação da criança. Quando perguntamos sobre os preparativos para a chegada do bebê, ela respondeu:

Não. [...] Não estou preocupada (SÁLVIA).

Esta gestante parece não estar ciente, efetivamente, que está grávida. A falta de preocupação dela em relação aos preparativos para o nascimento do bebê sugere que ela não criou um vínculo emocional com a criança e tampouco um lugar para ela no seu próprio desejo. Esta gestante também relatou, em outros momentos citados neste trabalho, que não modificou nada na sua vida em decorrência de preocupações ou atenção em cuidar-se para gerar uma criança saudável. Corroboramos nossa hipótese com Szejer e Stewart (2002). Os autores entendem que os preparativos objetivos para a chegada do bebê demonstram a preparação emocional da mulher em relação ao nascimento, e que fazer um lugar físico para ele é representante de fazer um lugar na mente e no desejo dela para essa criança.

Em relação aos grupos de gestantes mencionados por Szejer e Stewart (2002), eles são organizados por instituições, como a própria igreja ou a unidade de saúde que elas são usuárias, e os consideram como um importante espaço para a aquisição de informações úteis:

Do meu primeiro, tinha a parte de amamentar, de o bico rachar, essas coisas. Na Pastoral ensina tudo isso aí. E eu frequentei; do meu primeiro, eu frequentei todas as reuniões que teve. Eu fui em todas (ACÁCIA).

As entrevistadas assinalaram que sentem a necessidade de um espaço onde possam falar sobre seus anseios e expectativas, além de compartilhar experiências, e revelam que

aproveitaram o encontro de grupo focal para fazer este desabafo. Perguntamos se foi bom, elas responderam:

Foi bom falar (MAGNÓLIA).

Foi gostoso (ACÁCIA).

Foi. Muita coisa que estava engasgada eu falei. [...]

Foi um papo totalmente diferente (MAGNÓLIA).

Traz experiência também. Eu achei muito importante mesmo (VIOLETA).

Totalmente diferente (SÁLVIA).

A análise desta categoria possibilitou perceber que a qualidade da relação que a mulher estabelece com a criança sofre influência direta da qualidade da relação que ela tem com o pai da criança e com os demais grupos de convívio, em especial o grupo primário centrado na figura da mãe.

Algumas gestantes têm demandado receber cuidados das mães, mesmo tendo condições objetivas de o fazerem sozinhas, como nos casos da Azaleia e da Sálvia. Supomos que estes casos dizem respeito a relações entre a filha gestante e a mãe impregnada de conflitos inconscientes que impedem que elas remanejem os papéis subjetivos familiares, formando um conluio: a filha gestante não se cuida demandando que a mãe a cuide, e a mãe, por sua vez, a cuida garantindo que não perderá a “filhinha”, e ambas garantem, inconscientemente, a manutenção do arranjo familiar.

Os relacionamentos familiares estão engendrados nos ideais sociais de família nuclear burguesa, e ao mesmo tempo, as mulheres se sentem tentadas a realizar o ideal de mulher hipermoderna, que trabalha, cuida da própria aparência e, sobretudo, consome. Seja qual for o ideal que a gestante buscar alcançar, ela sentirá culpa ou frustração. O peso desses sentimentos é aliviado quando essas gestantes contam com o apoio e suporte dos familiares. Nestes casos, apesar de sofrerem por não conseguirem sincronizar com maestria os desejos e anseios aos ideais sociais, elas conseguem experimentar a felicidade por gerar uma vida no próprio ventre.

9.2.5 Sistema de saúde

Nesta categoria buscamos analisar se as gestantes se sentem amparadas e seguras pelo sistema de saúde do qual são usuárias. Nela, percebemos uma discrepância em relação as opiniões e sensações das gestantes das duas cidades. Em toda a pesquisa, este foi o primeiro

tema que encontramos tal disparidade, que veio mostrar a definição de dois grupos de gestantes diferentes, ou seja, as gestantes de cada município formaram dois grupos com opiniões distintas sobre esse tema. Por isso, optamos por analisá-los separadamente.

9.2.5.1 Atalaia

As gestantes do município de Atalaia relataram que se sentem seguras em relação ao acesso aos serviços de saúde, bem com a qualidade deles. Nas palavras delas:

Sai do consultório, já passa na recepção, já deixa agendado para o próximo mês. E, se você chega passando mal, também o atendimento já é outra coisa. Já é primeiro, já é tudo mais fácil (ACÁCIA).

E agora tem esse Alto Risco em Maringá. É muito bom. Quando eu já vim, já me passaram direto para lá. Eu faço o pré-natal aqui e faço lá. Eu passo nos dois lugares (MAGNÓLIA).

Desde quando descobre, já faz a carteirinha da mãe paranaense. Já vê, quem tem filhos, como foi a primeira gestação. Quem já teve problema na primeira, hoje é tudo um novo tratamento. Como no caso dela, já tem posto em Maringá, tudo isso aí (ACÁCIA).

Perguntamos às gestantes que já são mães, se percebem diferenças desses serviços entre uma gestação e outra.

Com certeza. Antes não tinha, não era assim. [...] Ah, antes não tinha. Aqui, se acontecesse alguma coisa, não tinha UTI, não tinha nada. Precisava pegar daqui e levar pra lá. Agora, não. Agora não, você já ganha lá. Se tiver algum risco, você está lá. Lá tem de tudo, se Deus o livre acontecer alguma coisa. Nossa, melhorou 100%. Bem melhor (MAGNÓLIA).

Estas gestantes se referem a Rede Cegonha, que está sendo implantada pelo Ministério da Saúde e que prevê cuidados e atenção à saúde materno-infantil, propondo a territorialização desta atenção, adequando-se às especificidades de cada região (PORTAL DA SAÚDE, 2012). Podemos supor que, neste município, a Rede está sendo eficiente na proposta de amparar as gestantes.

9.2.5.2 Mandaguari

As gestantes do município de Mandaguari, entretanto, não se sentem apoiadas e seguras em relação a qualidade dos serviços da atenção à saúde materno-infantil, apesar de ser uma cidade com uma infraestrutura maior para atendimento. Elas relatam:

[...] porque a gente às vezes na hora a gente não lembra de tudo, de perguntar para o médico né, aí a gente fica com dúvida. Igual, mesmo eu morro de medo desses remédios que eles passam né. Igual eu, muitas vezes passo dor, dor de cabeça, alguma coisa assim, porque eles mandam mas do mesmo jeito

eu morro de medo de tomar. [...] Eu morro de medo. Dessas partes eu sou muito cagona com negócio de médico (TULIPA).

Continua o discurso explicando que:

É, porque aqui é assim, na verdade se você está fazendo o pré-natal com um médico, você vai até o final, só que às vezes, conforme pode estar de plantão, eu fico meia assim com medo, porque um médico não é o mesmo. Às vezes que atende o seu pré-natal inteiro, outro que vai fazer seu parto, outro que vai fazer sua Cesária. Então, eu acho que para mim, eu acho que eles não sabe o que se está passando na gravidez inteira da pessoa, eu mesmo morro de medo. Tipo, eu estou com um médico agora, pode chegar no dia de ganhar, e quando for ver é outro. Porque um médico para mim não é igual o outro, porque um fala uma coisa, outro fala outra, porque a gente vê tanta coisa acontecendo (TULIPA).

Outra gestante continua a narrativa:

Ela falou desse negócio de às vezes você passar por um médico, e depois por outro. A médica olhou e disse que eu tinha que procurar um cardiologista com urgência, porque tinha dado alteração. Daí eles pediram um eletro do coração, né. E outro já olhou e falou que não, que estava normal. Aí eu vim aqui com ele semana passada, e ele falou, não, o que você tem é devido um problema alérgico, deu uma alteraçãozinha, mas não tem que passar no cardiologista (GÉRBERA).

Perguntamos se elas sentem insegurança em relação a isso, e a mesma gestante respondeu:

Ah, com certeza, que nem eu, sempre consultei desde o começo só com ele. Mas aí aconteceu de eu ficar internada quatro dias, aí era uma médica que passou atendendo. Então assim, eu já fiquei com o pé atrás né, porque outros dois médicos fala que está normal, e ela fala que não, e escrever uma cartinha que eu tinha que passar por um cardiologista com urgência, e isso me deu muita insegurança. Depois os outros dois falam que tinham certeza que não era preciso. Então assim, eu acho que depois que você pega confiança com um médico, você tem que, sei lá, seguir com ele até o final mesmo, porque é bem complicado (GÉRBERA).

Ela conversa bastante comigo, então ela passa, mas no começo quando eu comecei a passar mal, que eu fiquei internada, ela buscava bastante na internet, porque eu passei por seis médicos, e às vezes cada um na verdade falava um, hoje mesmo eu consulto aqui e consulto em Maringá. Esse daqui fala uma coisa, e o de Maringá fala outra, nunca eles falam igual (JASMIM).

Muitas vezes acontece às vezes de estar agendado, estar marcado, e você chega na hora, ah, o médico não veio, ele desmarcou (DÁLIA).

Porque, assim, já também acontece de marcar errado (consultas) (AZALÉIA).

Conforme os discursos das gestantes, pode haver falhas no sistema de informação e comunicação, e isso afeta de modo importante a relação da gestante com o próprio sistema de saúde, não havendo, por parte delas, confiança nos serviços.

Sobre isso, recorreremos a Szejer e Stewart (2002) quando afirmam que a relação entre a medicina e o paciente pode ser de confiança mútua, porém ocorre, também, de o profissional da saúde desconsiderar a gestante como sujeito, quebrando a possibilidade do estabelecimento da relação de confiança, e isso depende do manejo do próprio médico.

E ainda, neste caso, a mulher tem se sentido em uma posição desprivilegiada em relação ao sistema de saúde. Notamos que isso repercute no exercício de autocuidado, pois elas não têm seguido as orientações dos profissionais de saúde por falta de confiança.

A análise desta categoria nos possibilitou perceber que as mulheres têm notado a evolução das políticas de saúde nos últimos anos. Contudo, percebemos também que a evolução não garante que o manejo destas políticas esteja sendo realizado de modo satisfatório em todos os municípios igualmente. Assim sendo, a gestão municipal do Sistema Único de Saúde interfere de modo importante na qualidade dos serviços.

9.2.6 Tecnologia

Nesta categoria, procuramos analisar o quanto as gestantes acessam a internet e o uso que elas fazem da mesma, e também se esse aparato tecnológico facilita a vida delas. Buscamos essas informações para subsidiar a produção do *software* social para o projeto E-SMI, conforme já mencionamos.

Das 10 gestantes, nove relataram que fazem uso regular da internet através de computadores, *notebooks* e *smartphones*, sendo que o principal uso delas é relacionado às redes sociais virtuais e pesquisas sobre a própria gestação.

Nas redes sociais virtuais, elas afirmam que costumam postar fotos e informações sobre as gestações delas, e as pesquisas costumam ser sobre enxovais e informações de saúde relacionadas com a gestação, sendo este o principal assunto de interesse delas. Apesar de as gestantes fazerem uso semelhante da rede de internet, notamos uma discrepância importante sobre o juízo de valor que as gestantes dos dois municípios pesquisados fazem em relação as informações obtidas. Por isso, também analisamos esta categoria separando os grupos dos dois municípios.

9.2.6.1 Atalaia

As gestantes de Atalaia fazem uso da internet:

Eu acho algumas são. Algumas coisas não têm nada a ver (informações na internet) (MAGNÓLIA).

Qualquer dúvida, a gente vai lá no site de bebê, tirar uma dúvida, né? (VIOLETA).

No começo eu sempre entrava naquele site de calculadora gestacional (ACÁCIA).

Você procura lá e depois tira a dúvida com o médico. Bate certinho (VIOLETA).

[...] ah, eu entrei muito no começo para saber da minha hipertensão. Eu queria saber detalhe de tudo da saúde, tudo explicadinho [...]. E pela informação que eu tive na internet, eu consegui reverter o derrame [...]. Porque minha mãe faz dois anos que faleceu, por causa de hipertensão. Deu um AVC nela. Eu fiquei curiosa e entrei lá. Estava escrito lá “Derrame”. Que quando começa a formigar, começa de baixo para cima e diz que vai subindo. Você tem de começar a se movimentar, para não deixar tomar conta. Eu estava deitada, de noite. Começou a formigar e chegou até aqui. Eu levantei e comecei a me mexer. Eu perguntei para o médico. Era verdade, se deixasse subir para a cabeça tinha me dado um derrame (MAGNÓLIA).

Observamos que para essas mulheres, a internet já se tornou uma fonte de informações convencional, porém as informações obtidas precisam ser canceladas pela figura do médico.

Sobre a possibilidade da implantação de uma plataforma do governo, na qual existam informações confiáveis e interface onde possam agendar consultas e interagir com o sistema de saúde, elas falaram:

Nossa! (MAGNÓLIA).

Muito mais fácil (MAGNÓLIA).

Afirmaram que um sistema como esse traria muita comodidade.

9.2.6.2 Mandaguari

Perguntamos se elas procuram alguma coisa sobre gestação na internet, e elas responderam:

Ah, eu já pesquisei assim, muita coisa assim, mais na primeira gravidez, porque mãe de primeira viagem você fica sempre meia assim, né [...]. Não (afirmando que não confia nas informações da internet) [...]. Eu mesmo, não confio muito nesse negócio de internet não, que eu vejo tanta coisa acontecendo que a gente fica meio assim. [...] nem tudo a gente pode confiar na internet (TULIPA).

[...] a última pesquisa minha foi com relação as manchas. [...] eu fui procurar para ver o que eu poderia passar. [...] mas no fim não passei nada

[...]. Eu até evito, porque na internet tem umas coisas boas e outras ruins né (GÉRBERA).

Percebemos que as gestantes mandaguarienses não utilizam as informações obtidas na internet por não enxergarem como uma fonte de informações confiáveis.

Perguntamos também sobre a possibilidade da implantação de uma plataforma do governo, na qual existam informações confiáveis e interface onde elas possam agendar consultas e interagir com o sistema de saúde, e a ideia não as agradou. Nas palavras de uma delas:

Eu acho que não, porque igual você falou de agendamento on-line, hoje em dia cara a cara já é difícil, imagine você confiar em alguém que está sentada ali no computador, será que realmente foi agendado e deu certo? Então eu acho que assim não daria [...]. Não. Muitas vezes acontece às vezes de estar agendado, estar marcado, e você chega na hora, ah, o médico não veio, ele desmarcou, imagine online. Acho que seria um programa muito complexo para atender muita gente. Então, eu acho que não daria certo (DÁLIA).

Os trechos dos discursos demonstram que além da desconfiança em relação à internet, há uma falta de confiança em relação ao próprio sistema de saúde, tema da próxima categoria.

Ao analisarmos esta categoria, pudemos perceber que as gestantes atalaienses estão mais sincronizadas com os dispositivos de acesso à internet, enxergando esses aparatos como facilitadores das vidas, enquanto as gestantes mandaguarienses, ao contrário, não percebem essa vantagem. Elas chegam a ver as informações e a exposição nas redes sociais da internet como prejudiciais.

Supomos que a relação com a tecnologia não está vinculada necessariamente ao acesso, e sim a fatores culturais que fogem do escopo desta pesquisa. Contudo, merecem ser melhor investigados para que, então, sejam propostos sistemas de informação e outras tecnologias para apoiar o setor da saúde.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.

Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.
(Fernando Pessoa, 1934).

Quando nos dispomos a estudar o autocuidado das gestantes e mães por meio de uma pesquisa social, logo compreendemos que seria importante recorrer a conhecimentos da sociologia, da filosofia e da psicanálise. O nosso problema de pesquisa foi descobrir o que determina que a mulher venha a exercer o autocuidado, e o objetivo “compreender qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que desses significados atravessa a experiência de autocuidado das gestantes”. Para alcançá-los, partimos da hipótese de que este significado/representação unidos à história de vida da mulher e à relação dela com o progenitor têm interferência importante na experiência de autocuidado e na própria maternidade.

Seguindo esse caminho, optamos por destacar algumas dimensões da vida da gestante, que possibilitaram aprofundar o conhecimento neste trabalho: a relação consigo mesma, as relações familiares e amorosas, o trabalho, a relação com o sistema de saúde e com a tecnologia. Estudamos ainda os contextos social e cultural nos quais a gestante está inserida. Depois de construirmos um trabalho teórico, alinhavamos cada um destes temas, formando uma espécie de “pano de fundo” que permitiu uma compreensão ampla sobre a formação psíquica e social da mulher e da gestante, bem como o acesso que ela tem aos bens e serviços de saúde e aos aparatos tecnológicos digitais.

A partir do trabalho teórico, analisamos os dados coletados na pesquisa de campo realizada por meio dos Grupos Focais. Escutar o outro é sempre tarefa difícil. Não é fácil aproximar-se de uma compreensão sobre o universo interno do outro. A ferramenta que escolhemos foi a escuta das palavras desse outro, as gestantes, sem garantias que elas nos revelassem seus entendimentos, desejos, sentimentos, sonhos, medos...

As mulheres têm sido objeto de estudos e produção de saberes há séculos, em geral, associadas ao casamento e à maternidade. Um importante ensinamento de Badinter (1985) é que para conhecer a alma da mãe, é necessário considerar que ela tem desejos, anseios e expectativas que nem sempre estão relacionados com o marido e os filhos.

Guiados por este conceito, fomos recompensados pelo discurso desinibido das gestantes, alegria de todo pesquisador. Escutamos atentamente e analisamos cuidadosamente os relatos. Os temas feminilidade, estatuto social da mulher, maternidade, entre os outros, produziram inquietações teóricas e pessoais. As inquietações pessoais certamente não foram consideradas neste trabalho, porém as teóricas engendraram importantes questionamentos, aos quais, não tivemos a chance de responder por completo, pois fugiam do escopo do nosso trabalho.

Apesar das dificuldades próprias de uma pesquisa qualitativa, bem como do tema escolhido para estudo e dos diversos questionamentos que deixamos em aberto, esse trabalho gerou importantes compreensões sobre os fatores que repercutem em autocuidado para a gestante, que compartilhamos a seguir.

Analisar a relação da mulher com o próprio corpo na perspectiva da saúde confirmou que o autocuidado não tem origem em instintos naturais femininos. O discurso da Magnólia corrobora essa conclusão, pois ela veio a exercer o autocuidado apenas na terceira gestação, com comportamentos de risco, sérios, na primeira. Ao descartar o autocuidado como ação instintiva da mulher, atentamos às subjetividades das gestantes.

Ao abordar a feminilidade, estamos nos referindo à constituição psíquica da mulher, bem como as experiências emocionais relativas à gestação. A estrutura psíquica repercute diretamente na tomada de consciência de estar grávida e na responsabilidade sobre a gravidez e a criança, como analisamos no caso da Sálvia. As insígnias da formação da feminilidade da mulher são determinantes para o desejo de carregar um filho no ventre e para o lugar em que esse filho ocupará no seu desejo. Sendo assim, não basta que a mulher queira ter um filho para sentir-se responsável por ele e praticar o autocuidado, é preciso que a criança ocupe um lugar privilegiado no desejo dela para que o faça. Isso é determinado tanto pela condição feminina

formada ao longo de vida dela quanto pelas experiências emocionais que vivencia no momento da gravidez, como os casos da Magnólia e da Azaleia.

O contexto cultural define o quanto elas são capazes de compreender as informações de saúde disponibilizadas pelo sistema de saúde, seja em forma de campanhas, na consulta médica, em palestras e grupos de orientação com temas específicos, e o quanto estão inseridas no processo de “esclarecimento” e usam o conhecimento científico em benefício próprio e da gestação.

Outro fator importante para o exercício do autocuidado é o ambiente social que ela está inserida, que pode possibilitar ou dificultar a prática do autocuidado. Para exemplificar, retomamos os casos da Magnólia e da Hortência. Ambas modificaram os hábitos alimentares em prol desta gestação, porque o contexto cultural delas permitiu que assimilassem e colocassem em prática os conhecimentos científicos. Por outro lado, a Magnólia faz serviços domésticos pesados porque não recebe ajuda para isto; diferentemente de Hortência, que conta com a ajuda da mãe e da sogra com os afazeres domésticos. Neste sentido, o ambiente social da Magnólia não oferece condições para ela exercer o autocuidado, diferentemente do que ocorre com a Hortência.

Sabemos que a forma como a mulher lida com o próprio corpo advém da imagem narcísica dela, que não se limita ao modo como se enxerga fisicamente, e sim abrange a forma que ela se enxerga por completo, tanto em uma perspectiva de saúde quanto na da estética, da aparência. Conforme os relatos das gestantes, percebemos que, no geral, a preocupação delas com a forma física repercute em cuidados com os hábitos alimentares e o uso de produtos para o cuidado da pele, que são formas de exercer o autocuidado. Neste sentido, a preocupação com o corpo na perspectiva estética repercute positivamente para o exercício do autocuidado.

Os clichês midiáticos impostos pelos meios de comunicação de massa mostram que as grávidas experimentam um estado pleno de alegria e completude. Entretanto, a satisfação fálica por carregar um filho no ventre, conforme Freud, não é livre de conflitos e de sentimentos dúbios, pois a própria condição de gravidez gera sentimentos ambivalentes. Estas emoções são reforçadas de acordo com o desejo delas pela criança, a relação que essas mulheres têm com os pais das crianças e as condições sociais nas quais elas estão inseridas. Sublinhamos que a qualidade dos sentimentos que a mãe tem pela criança repercute no modo como irá se relacionar com a mesma, mas isso não garante que ela exerça o autocuidado, como o caso da Azaleia que come em demasia para engordar e garantir poder cuidar do filho.

Os grupos de convívio com os quais as gestantes se relacionam funcionam, para elas, como sustentáculos objetivos e subjetivos. A igreja é percebida pelas grávidas como um espaço cuja função é de conter os medos e angústias decorrentes da gestação, ao mesmo tempo em que se trata de uma rede social que as apoia nas possíveis necessidades objetivas da vida. Os grupos de discussão sobre a gestação servem como um espaço para aquisição de informações importantes acerca da gravidez e também dos cuidados após o nascimento. As entrevistadas assinalaram, todavia, que sentem falta de um espaço onde possam falar, compartilhar experiências entre si, além de receber informações úteis. O terceiro grupo de convívio mencionado é o familiar, representado principalmente pela figura materna. Este grupo serve como guardião das gravidezes, especialmente as mães e sogras que exercem um papel de cuidadoras das gestantes e dos filhos delas.

Conforme os relatos, o meio social que estão inseridas não dá condições para que elas e os companheiros arquem com a gestação e criação de filhos sem o apoio dos familiares. Isto significa que este meio não provê a satisfação de necessidades humanas básicas como garantir o sustento da família.

As gestantes do município de Atalaia se sentem duplamente assistidas: confiam nas informações da internet, buscam a confirmação desse novo conhecimento com os profissionais de saúde, e sentem-se seguras em relação ao sistema público de saúde. Esta confiança repercute no exercício de autocuidado, pois aceitam e põem em prática as orientações dos profissionais de saúde. Já as gestantes de Mandaguari acreditam estar duplamente desassistidas: elas não confiam nas informações da internet, e tampouco sentem segurança no sistema público de saúde. A consequência disso é que não seguem as orientações médicas e acabam não exercendo, por completo, o autocuidado.

Certamente há questões importantes sobre o funcionamento e a gestão do sistema de saúde nestes dois municípios, porém não podemos desconsiderar as diferenças culturais entre eles. As gestantes atalaienses enxergam acesso aos serviços de saúde e às tecnologias como uma conquista da população. Já as gestantes de Mandaguari veem o sistema de saúde como uma obrigação do poder público, e como tal, está sempre insuficiente ao gosto da população. Elas não reclamaram da falta de atendimento ou negligência do sistema, pelo contrário, elas relataram a atenção dada pelo sistema, contudo consideram essa atenção aquém das necessidades e gostos delas.

Aproveitamos este gancho para assinalar a importância de as práticas educativas em saúde considerar a mulher em sua integralidade, que a história de vida dela e o meio social e

cultural do qual ela advém são aspectos fundamentais e devem ser observados no processo educativo da população. Sem essa atenção será difícil que a mulher assimile as orientações dos profissionais de saúde.

O autocuidado é uma ação cuja motivação não é determinada por um único fator, pelo contrário, esta pesquisa demonstrou que é multideterminada. A subjetividade da mulher é fundamental para o exercício do autocuidado, entretanto ela precisa ter condições culturais para assimilar os conhecimentos científicos que chegam até ela e, ainda, que o ambiente social dela dê condições para que o exerça. Somamos a isso a qualidade do sistema público de saúde, que pode auxiliar ou dificultar a tomada de consciência sobre a importância dos conhecimentos científicos para seu exercício.

Por fim, confirmamos a hipótese deste trabalho, de que o significado/representação unidos à história de vida da mulher e à relação dela com o progenitor têm interferência importante na experiência de autocuidado e na própria maternidade, bem como confirmamos que o significado/representação construído ao longo da história dessas mulheres interferem na experiência de autocuidado. No entanto, não pudemos confirmar que a relação com o progenitor seja mais determinante do que a relação dela com as outras figuras que se relaciona. Observamos também que a importância da qualidade do relacionamento com o progenitor é relativa ao estado emocional que esta relação imprime na gestante, e que as figuras femininas com as quais elas se relacionam ocupam um papel igualmente importante ao do progenitor. Neste sentido, elas demandam igualmente a proximidade dos progenitores e das mulheres mais maduras, e ambas as relações afetivas têm igual repercussão na experiência do autocuidado.

Por meio da nossa construção teórica, chegamos a compreensão de que a sociedade atual construiu duas representações/significados da maternidade. A primeira é decorrente de resquícios do discurso rousseauiano que tem a maternidade como essência da natureza feminina, da qual a verdadeira mulher não pode escapar. A segunda é decorrente do contexto hipermoderno em que a maternidade significa ou representa mais um atributo que a mulher deve cumprir, conciliando com o trabalho, e os cuidados com o corpo relativos, especialmente, à estética, entre outras atribuições, sempre à guisa do imperativo de consumir.

O discurso das gestantes veio a corroborar a nossa compreensão a partir da construção teórica. Observamos que as gestantes atribuem à maternidade um aspecto natural da essência feminina, mas encontram dificuldades em vivenciá-la livre de conflitos relativos a vontades e expectativas diversas à maternidade, como estudar e trabalhar. Um achado importante, além

da compreensão teórica, é que essas gestantes trabalham para aquém de um consumo desenfreado, e sim para garantir o sustento e o conforto, livres de luxo, das família. A vivência em um contexto social que prega o hiperconsumo, todavia, acentua os conflitos delas.

Para encerrarmos o trabalho, salientamos que esta pesquisa vem a contribuir para as políticas públicas de promoção de saúde, pois foi dado voz às mulheres gestantes, buscando compreender os sentidos e significados dos comportamentos e atitudes delas. Pudemos perceber que apenas escutando o sentido das ações dessas mulheres é que se cria a possibilidade de convergir os sentidos, conhecimentos e crenças aos hábitos de autocuidado e de promoção da saúde.

Reconhecemos as limitações que essas análises possuem, além dos questionamentos que nos surgiram e que não respondemos por não fazer parte do escopo deste trabalho, entretanto esperamos com esta pesquisa contribuir para uma compreensão maior do que é ser mãe no contexto social da atualidade, bem como a importância de que toda e qualquer ação de Educação para Promover a Saúde deve levar em conta a subjetividade do sujeito.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. O Conceito de Esclarecimento. In: ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**: fragmentos filosóficos. 2º ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. p. 19-52.
- ALMEIDA, Leila Sanches de. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**: Revista da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 411-422, 2007.
- AMUSEP. Disponível em: <<http://www.amusep.com.br/>>. Acesso em: 8 mai. de 2014.
- ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?**. 2º ed. Campo Freudiano no Brasil Zahar: Rio de Janeiro, 2011.
- ANSILEIRO, Graziela. Histórico e Evolução Recente da Concessão de Salários Maternidade no Brasil. **Informe de Previdência Social**. v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_090213-144507-483.pdf>. Acesso em: 27 de abr. de 2014.
- BARRETTA, João Paulo Fernandes. O complexo de Édipo em Winnicott e Lacan. **Psicologia USP**: Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 157-170, 2012.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 4º ed. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1985.
- BENITES, Ana Priscila de Oliveira. BARBARINI, Neuzi. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009.
- BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Site do Senado Federal. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=236710&norma=257640>>. Acesso em: 27 de abr. de 2014.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, Brasília, DF, 2011.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.44, p.49-59, 2013.
- CHARLES, Sébastien. O individualismo paradoxal: Introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In: LIPOVETSKY, Gilles. CHARLES, Sébastien. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004. p. 11-48.

CNES. Estabelecimento de Saúde do Município de Atalaia. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=410220&NomeEstado=PARANA>. Acesso em: 30 de mai. de 2014.

CNES. Estabelecimento de Saúde do Município de Mandaguari. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=411420&NomeEstado=PARANA>. Acesso em: 30 de mai. de 2014.

CORREIA, Maria de Jesus. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 16, p. 365-371, 1998.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3º ed. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1989. (Coleção Biblioteca de filosofia e história das ciências, v. 5).

DOMINGUES, Diana. A Comunicação das Coisas. Internet das Coisas e Teoria Ator e Rede: Etiquetas de radiofrequência em uniformes escolares na Bahia. In: PESSOA, Fernando (org.). Seminários Internacionais Museu Vale 2013. **Cyber Arte e Cultura: A trama das redes**.

DOMINGUES, Rodrigo de Moura; LIMA, Renato de Sá. História das tecnologias no Brasil: alguns aportes. In: **Ciência, tecnologia e cultura: um novo olhar**. BISPO FILHO, Djalma de Oliveira; BOLSONI, Evandro Paulo (org.). Maringá, PR: Linkania Editora, 2013. p. 102-121.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique. ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p.47-71, 2004.

FERRARI, Andrea Gabriela; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Atualização do Complexo de Édipo na relação com o bebê: evidências a partir de um estudo de caso. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 239-248, 2013.

FREUD, Sigmund. Três ensaios da teoria da sexualidade [1905]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XVII. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Totem e Tabu [1913]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XIII. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução, [1914]. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 77-108.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia, 1915 [1917]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Psicologia de Grupo e a Análise do Ego [1921]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XVIII. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade [1923]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XIX. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. A dissolução do complexo de Édipo [1924]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XIX. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos [1925]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XIX. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. O Mal-Estar na Civilização [1930; 1929]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XXI. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Sexualidade feminina [1931]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XXI. Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: XXXIII Feminilidade [1933]. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro, v. XXII. Imago, 2006.

GOMES, Romeu. Desafios da atenção à saúde integral da mulher (editorial). **Ciência & Saúde Coletiva**: Revista da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2358-2359, 2011.

GUATTARI, Félix. Da produção de subjetividade. In: PARENTE, André (org.). **Imagem Máquina**: a era das tecnologias do virtual. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004. p. 177-191.

IBGE. Cidades@. Atalaia-PR. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410220>>. Acesso em: 8 de mai. de 2014.

IBGE. Cidades@. Mandaguari-PR. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411420>>. Acesso em: 8 de mai. de 2014.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso à Internet e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Acesso_a_internet_e_posse_celular/2011/PNAD_Inter_2011.pdf>. Acesso em 8 de mai. de 2014.

IDB BRASIL 2012. Proporção de partos cesáreos. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 18 de jun. de 2014A.

IDB BRASIL 2012. Taxa de mortalidade infantil. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 11 de jun. de 2014B.

IDB BRASIL 2012. Razão de mortalidade materna. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>. Acesso em: 11 de jun. de 2014C.

IPARDES. Perfil dos Municípios. Disponível em:

<http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>. Acesso em: 8 de mai. de 2014.

KURZ, Robert. O eterno sexo frágil. Folha de São Paulo, São Paulo, 09 de janeiro de 2000. Seção “Autores”. Tradução: José Marcos Macedo.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura**: um conceito antropológico. 14^o ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

LE MOS, André. A Comunicação das Coisas. Internet das Coisas e Teoria Ator e Rede: Etiquetas de radiofrequência em uniformes escolares na Bahia. In: PESSOA, Fernando (org.). Seminários Internacionais Museu Vale 2013. **Cyber Arte e Cultura**: A trama das redes.

LIMA, Luciana Dias de. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIPOVETSKY, Gilles. Tempo contra tempo, ou a sociedade hipermoderna. In: LIPOVETSKY, Gilles. CHARLES, Sébastien. **Os tempos Hipermodernos**. São Paulo, Editora Barcarolla, 2004. p. 49-104.

MAFRA, Taciana de Melo. **A toxicomania e sua relação com a adolescência**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2009.

MARCUSE, Herbert. **Eros e Civilização**: Uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud. 6^o ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. **O Ardil da Criança**: o pensamento adulto sobre a criança, sob um enfoque psicanalítico. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 1994.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-1342, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde no Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher (PNDS - 2006): Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília DF, 2009.

MOREIRA, Renata Leite C. Aguiar. RASERA, Emerson F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 529-537, 2010.

MORIN, Edgar. A Crise feminina. In: MORIN, Edgar. **Cultura de Massas no Século XX: O espírito do tempo – Volume 2 - Necrose**. 3º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 156-174.

MORIN, Edgar. A promoção de valores femininos. In: MORIN, Edgar. **Cultura de Massas no Século XX: O espírito do tempo – Volume 1 - Neurose**. 9º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 139-146.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria, A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NASIO, Juan David. **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

NOBRE, Márcio Rimet; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. A fantasia no ciberespaço: a disponibilização de múltiplos roteiros virtuais para a subjetividade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 283-298, 2013.

NUNES, Silvia Alexim. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.101-115, 2011.

OGIDO, Rosalina; SCHOR, Néia. A Jovem Mãe e o Mercado de Trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.1044-1055, 2012.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PORTAL BRASIL. Centros especializados incentivam parto normal, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/centros-especializados-incentivam-parto-normal>>. Acesso em 18 de jun. de 2014.

PORTAL BRASIL. Menos de 10% das empresas concedem licença-maternidade de 6 meses, 2012. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/02/menos-de-10-das-empresas-concedem-licenca-maternidade-de-6-meses>>. Acesso em: 2 de jun. de 2014.

PORTAL BRASIL. SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 02 de jun. de 2014.

PORTAL DA SAÚDE. Do sanitário à municipalização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. Rede Cegonha, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 04 de jun. de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ATALAIA. Disponível em: <<http://www.atalaia.pr.gov.br/>>. Acesso em: 8 mai. de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDAGUARI. Disponível em: <<http://www.mandaguari.pr.gov.br/>>. Acesso em: 8 mai. de 2014.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 874p.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 3º ed. São Paulo: McGrawHill, 2006.

SANTOS, Alba Lúcia dos. ROSENBERG, Cornélio Pedroso. BURALLI, Keiko Ogura. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 268-276, 2004.

SANTOS, Natália de Toni Guimarães dos; FORTES, Isabel. Desamparo e alteridade: o sujeito e a dupla face do outro. **Psicologia USP: Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 747-769, 2011.

SANTOS NETO, Edson Theororo et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SCHNECK, Camilla Alexandra et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. Saúde Pública**, v, 46, n. 1, p. 77-86, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DO TURISMO (SETU). Informações de turismo. Disponível em: <<http://www.cidadao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=77>>. Acesso em: 8 mai. de 2014.

SILVA, Kalina Vanderlei; SILVA, Maciel Henrique. **Dicionário de Conceitos Históricos**. 2 ed. São Paulo: Editora Contexto, 2009. 439p.

SILVEIRA, Mariângela F. et al Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.5, p 957-964, 2008.

SZEJER, Myriam. STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. 2º ed. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2002.

TERÊNCIO, Marlos. Do debate sobre o Édipo à dissolução do sujeito em Foucault e Lacan. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 9-26, 2013.

TRINDADE, Maria de Lourdes Aragão de Albuquerque. **A Estrutura de linguagem do inconsciente e os novos sintomas** (Dissertação de mestrado) Mestrado em Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

VERMELHO, Sonia Cristina Soares Dias. **Educação e Virtualização: as mídias e a formação do indivíduo.** (Tese de Doutorado) – Doutorado em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

WHO. mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 10 de dez. de 2012.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem: Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004.

ANEXOS

**OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA À
COORDENAÇÃO DO CEP**

Maringá, 13 de novembro de 2013.

Ilma Sra.

Prof. Dra. Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Cesumar)

CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Senhor Coordenador,

Encaminhamos a V. Sa. o projeto de pesquisa intitulado “Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: uma pesquisa qualitativa” sobre a minha responsabilidade, solicitando deste comitê a apreciação ética do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpo do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa, conforme a resolução 196/96 CNS-MS e, que a partir da submissão do projeto ao CEP, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Declaro que a coleta dos dados não foi iniciada, aguardando o parecer deste CEP para iniciar a pesquisa
- (c) Estou ciente que devo acompanhar a tramitação do meu protocolo de pesquisa, por minha própria conta, junto à Plataforma Brasil;
- (d) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (e) Estou ciente de que os relatores, a coordenação do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atentamente,



Karla Mariana Fernandes Guimarães. CPF: 063.975.939-40

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: uma pesquisa qualitativa” e “O cuidado pessoal e ambiental das gestantes que utilizam as Unidades Básicas de Saúde de Municípios da Região da AMUSEP”

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecida pelas pesquisadoras Sônia Cristina Soares Dias Vermelho, Karla Mariana Fernandes Guimarães e Rosimeire Aparecida Monteiro Silveira, em relação a minha participação nos projetos de pesquisas intitulados: “Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: uma pesquisa qualitativa”, cujo objetivo é “Compreender qual é o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e o que deles atravessa a experiência de autocuidado das gestantes” e “O cuidado pessoal e ambiental das gestantes que utilizam as Unidades Básicas de Saúde de Municípios da Região da AMUSEP”, cujo objetivo é “Analisar a natureza das ações das gestantes quanto aos cuidados pessoais, com a família e o ambiente em que ela vive”. Os dados para os trabalhos serão coletados simultaneamente por meio de Grupos Focais, que consistem em grupos de discussão, nos quais pequenos grupos de pessoas conversam sobre temas relacionados aos objetivos específicos das pesquisas, cujas informações serão analisadas de acordo com os objetivos das pesquisas. Afirmando que fui esclarecida de que uma cópia do TCLE ficará comigo e uma cópia com as pesquisadoras. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____,
após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com as pesquisadoras Sônia Cristina Soares Dias Vermelho, Karla Mariana Fernandes Guimarães e Rosimeire Aparecida Monteiro Silveira, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, _____, participar do mesmo.

BB

Cidade / UF, dia / mês / ano.

Eu, Sônia Cristina Soares Dias Vermelho declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Sônia Cristina Soares Dias Vermelho
Endereço: Av. Guedner, 1.610
Bairro: Jardim Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: (44) 3027-6360 (ramal: 1178) e-mail: cristina.vermelho@gmail.com

Nome: Karla Mariana Fernandes Guimarães
Endereço: Av. Guedner, 1.610
Bairro: Jardim Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: (44) 3027-6360(ramal: 1178) e-mail: karla.mguimaraes@hotmail.com

Nome: Rosimeire Aparecida Monteiro Silveira
Endereço: Av. Guedner, 1.610
Bairro: Jardim Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: (44) 3027-6360 (ramal: 1178) e-mail: rosi.m.silveira@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Atalaia / PR, 12/ novembro / 2013.

Ilmo Sra.

Dra. Elisângela Fumagali Gerolino
Secretária de Saúde e Vigilância Sanitária
Município de Atalaia, PR.

Prezada Secretária,

Eu, Elisângela Fumagali Gerolino, declaro, a fim de viabilizar a execução dos projetos de pesquisa intitulados “Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: uma pesquisa qualitativa” e “O cuidado pessoal e ambiental das gestantes que utilizam as Unidades Básicas de Saúde de Municípios da Região da AMUSEP”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Karla Mariana Fernandes Guimarães e Rosimeire Aparecida Monteiro Silveira, respectivamente, sob orientação da Dra. Sônia Cristina Soares Dias Vermelho, que a Secretaria de Saúde Vigilância Sanitária, do Município de Atalaia, PR, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados das pesquisas citadas, para que se cumpram os objetivos dos projetos apresentados.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,



Elisângela Fumagali Gerolino
Secretária M.de Saúde e
Vigilância Sanitária
RG: 8.064.565-1

Elisângela Fumagali Gerolino, CPF 033.591.069-62.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Mandaguari / PR, 11/ novembro / 2013.

Ilmo Sr.
Dr. Leonardo Di Colli
Secretário de Saúde
Município de Mandaguari, PR.

Prezado Secretário,

Eu, Leonardo Di Colli, declaro, a fim de viabilizar a execução dos projetos de pesquisa intitulados “Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: uma pesquisa qualitativa” e “O cuidado pessoal e ambiental das gestantes que utilizam as Unidades Básicas de Saúde de Municípios da Região da AMUSEP”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Karla Mariana Fernandes Guimarães e Rosimeire Aparecida Monteiro Silveira, respectivamente, sob orientação da Dra. Sônia Cristina Soares Dias Vermelho, que a Secretaria de Saúde, do Município de Mandaguari, PR, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados das pesquisas citadas, para que se cumpram os objetivos dos projetos apresentados.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,



Leonardo Di Colli, CPF 323.724.859-20.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreensões sobre o significado/representação da maternidade construídos socialmente e o atravessamento disso na experiência do autocuidado das gestantes: Uma pesquisa qualitativa

Pesquisador: Karla Mariana Fernandes Guimarães

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24893613.8.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 545.151

Data da Relatoria: 28/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, correlacional, a ser realizada por meio da técnica de Grupo Focal, em cidades da região paranaense da AMUSEP, em 30 gestantes que utilizam o serviço de atenção a gestantes do Sistema Único de Saúde, identificados em unidades básicas de saúde. Os dados levantados serão analisados a partir do referencial teórico psicanalítico, em especial freudiano, e filosófico, da Escola de Frankfurt, em especial Adorno e Marcuse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o significado/representação da maternidade, que são construídos socialmente, e a experiência de autocuidado das gestantes.

Objetivo Secundário:

1. Contextualizar a época atual por meio do referencial teórico psicanalítico, em especial freudiano, e da Escola de Frankfurt, em especial Adorno e Marcuse.
2. Identificar o contexto social da experiência do autocuidado das mulheres.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 2.º Térreo
Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@cesumar.br

Continuação do Parecer: 545.151

3. Analisar a relação entre o advento das tecnologias de informação e comunicação e os comportamentos em relação à própria gestação.

4. Investigar na vida das gestantes o que determina a experiência de autocuidado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos.

Benefícios:

Compreender os motivos pelos quais as gestantes não praticam o autocuidado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem amplas condições de ser desenvolvido no prazo estipulado no cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Deve ser aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem mais pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não havendo mais pendências, o projeto deve ser aprovado.

MARINGÁ, 28 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Nilce Marzolla Ideriha
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo
Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@cesumar.br

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Rapport

1. Nome
2. Idade
3. Estado civil
4. Período da gestação
5. Já tem filhos?
6. Como foram os partos dos filhos?

SESSÃO 1. BLOCO DE QUESTÕES: CUIDADOS E CONVÍVIO

Buscará investigar:

- Dimensão Externa
 - Grupos de convívio;
 - Família;
 - Sistema de saúde;
 - Trabalho;
- Dimensão Interna (autocuidado)
 - Grupos de convívio;
 - Família;
 - Sistema de saúde;
 - Trabalho;



SESSÃO 2. BLOCO DE QUESTÕES: HISTÓRIA DE VIDA E ESPAÇOS DE FORMAÇÃO

- Espaço:
 - Urbano X Rural;
 - Organização socioeconômica;
 - Físico e ambiental;
- Escola:
 - Como era;
 - Fatos marcantes;
 - Bullying;
 - Gravidez na adolescência;
- Mídia:
 - Acesso ao longo da vida;
 - Lugar que ocupa no cotidiano;
 - Influência da mídia no comportamento.

SESSÃO 3. BLOCO DE QUESTÕES: HISTÓRIA DE VIDA E RELAÇÕES AFETIVAS

- Família:
 - Conflitos, aproximações;
- Pai:
 - Relacionamento com o pai da criança;
- Próprio corpo:
 - Impacto das alterações da gravidez;
- Amigos:
 - Suporte da rede de amizades;
- Filhos:
 - Relação com os demais (quando houver).

Distrito Veneta