

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002510015>

AUTOATENÇÃO NA GRAVIDEZ PARA MULHERES RESIDENTES NO CAMPO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO¹

Isabel Cristina Pacheco Van der Sand², Lúcia Beatriz Ressel³, Marisa Monticelli⁴, Janine Schirmer⁵

¹ Texto extraído da tese - Significados culturais do processo do nascimento para mulheres do campo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional/ (Dinter) Novas Fronteiras, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Santa Maria, em 2014.

² Doutora em Ciências. Professora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus de Palmeira das Missões. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: isabelvan@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente aposentada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisamonticelli123@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: schirmer.janine@unifesp.br

RESUMO: estudo com o objetivo de conhecer as práticas de autoatenção relativas à gestação produzidas por mulheres do campo, bem como a identificação dessas práticas com os diferentes modelos de atenção à saúde/nascimento. Trata-se de uma etnografia realizada em três comunidades rurais de pequeno município do Norte do Rio Grande do Sul. Participaram 17 informantes. Na coleta de dados, utilizaram-se técnicas de Observação-Participação-Reflexão e entrevistas etnográficas. No processo analítico, utilizou-se a análise temática de Leininger. Os resultados mostraram que, para essas mulheres, estar grávida significa vivenciar saúde; no entanto, as gestantes desenvolvem práticas de autoatenção que são articuladas na tensão entre os conhecimentos familiares/populares e os da biomedicina. Desta forma, evitam carregar peso, diminuem esforços físicos e mudam alguns hábitos alimentares. Ao mesmo tempo, realizam acompanhamento pré-natal, valorizando sobremaneira o aparato tecnológico e o *status* autoritativo da biomedicina.

DESCRIPTORES: Gravidez. Enfermagem. Antropologia cultural. População rural.

SELF-ATTENTION IN PREGNANCY FOR WOMEN LIVING IN RURAL AREA: A ETHNOGRAPHIC STUDY

ABSTRACT: the study aims to recognizing self-attention practices related to pregnancy by women from rural area, as well as identifying these practices according to the different models of attention to health/birth. We carried out ethnography in three rural communities in a small city in the North Region of Rio Grande do Sul State. Seventeen informants participated in the study. Data were collected by the Observation-Participation-Reflection model and ethnographic interviews. For the analysis, the model chosen was Madeleine Leininger's. Results show that, for these women, being pregnant means a question of health; however, they develop practices of self-care that are created in the tension between popular knowledge and Biomedicine recommendations for health promotion. Thus, pregnant women avoid carrying weight, reduce physical activities and change some eating habits. At the same time, they have prenatal care, highlighting the importance of technological apparatus and the status of the authoritative knowledge of Biomedicine.

DESCRIPTORS: Pregnancy. Nursing. Cultural anthropology. Rural population.

AUTOATENCIÓN EN EL EMBARAZO DE MUJERES RURALES: UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO

RESUMEN: Estudio que objetivó conocer las prácticas de auto-atención relativas al embarazo de mujeres campesinas, así como la identificación de esas prácticas con los distintos modelos de atención a la salud/nacimiento. Se trata de una etnografía realizada en tres comunidades rurales de un pequeño municipio del Norte del Estado del Rio Grande do Sul. Participaron 17 informantes. En la recolección de los datos se utilizaron técnicas de Observación-Participación-Reflexión y encuestas etnográficas. En el proceso analítico, se utilizó el análisis temático de Leininger. Los resultados muestran que, para esas mujeres, estar embarazada significa estar saludable, sin embargo, las mujeres embarazadas desarrollan prácticas de autoatención que son articuladas en los conocimientos familiares/populares y los de la biomedicina. Así, evitan cargar peso, disminuyen esfuerzos físicos y cambian algunos hábitos alimentarios. Al mismo tiempo, realizan acompañamiento prenatal, valorizando de sobremanera el aparato tecnológico y el *status* autoritativo de la biomedicina.

DESCRIPTORES: Embarazo. Enfermería. Antropología cultural. Población rural.

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática deste estudo – práticas de autoatenção relativas à gravidez, operadas por mulheres do campo – justifica-se porque a assistência pré-natal à população residente no meio rural, quando comparada à de mulheres do contexto urbano, ainda tem resultados deficitários,¹ apesar de um aumento no número de consultas nos primeiros cinco anos dos anos 2000, comparando-se com o primeiro quinquênio da década anterior.² Percebe-se que a vivência da gravidez, entendida como evento que integra o processo do nascimento (PN), é influenciada, para além de motivações individuais, sociais e históricas, pelo universo simbólico das interações mantidas pelas mulheres, inclusive com os diferentes modelos de atenção à saúde.

Apesar dessas transformações, e também da existência de estudos clássicos e/ou internacionais na área da saúde reprodutiva, sob a perspectiva cultural,³⁻⁴ são escassas as investigações envolvendo mulheres brasileiras residentes no campo que tratem dessa temática e com essa abordagem. Nesse sentido, em uma publicação do tipo análise reflexiva,⁵ é mencionado que nos catálogos de teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisa de Enfermagem, disponíveis *on-line* entre 2008 e 2012 (exceto o catálogo de 2011, não disponível), encontram-se quatro estudos referentes a questões da gravidez associadas à cultura. Desse conjunto, três deles estão publicados na forma de artigo, sendo que um refere-se “aos saberes e às práticas de cuidados que permeiam as gestações de mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde, outro se refere a uma revisão sobre as influências culturais no comportamento alimentar de gestantes adolescentes e o último versa sobre significados do corpo e dos processos fisiológicos durante a gravidez e as respectivas repercussões na sexualidade”.^{5:2897} Nenhuma dessas produções abrange mulheres residentes no campo.

Ressalta-se que uma das autoras deste estudo exerce suas atividades profissionais em uma região do Rio Grande do Sul (RS) com fortes características de ruralidade, o que justifica a pertinência de investigações voltadas à população rural. Assim, por esses motivos, e sustentadas pela percepção de que conhecimentos culturais específicos podem subsidiar estratégias voltadas à melhoria das condições de saúde das populações, no que se incluem as mulheres camponesas grávidas, o presente estudo tem como pergunta norteadora: de que modo as práticas de autoatenção relativas à gravidez, produzidas por mulheres do campo, se identificam com os modelos

de atenção à saúde? Assim, o objetivo deste estudo é conhecer as práticas de autoatenção relativas à gestação produzidas por mulheres do campo, bem como a identificação dessas práticas com os diferentes modelos de atenção à saúde/nascimento.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para responder a esse objetivo, utilizou-se como matriz teórica aportes da antropologia da saúde, particularmente a vertente crítica de Eduardo Menéndez Spina.⁶⁻⁷ A opção por este referencial ancorou-se, dentre outros motivos, porque a vivência da gravidez é multidimensional, dizendo respeito às questões atinentes à cultura que, neste estudo, refere-se a uma rede de significados contidos em sistemas simbólicos e estabelecidos socialmente, nos termos do que as pessoas agem e interagem.⁸ Essa vivência tem características peculiares em diferentes comunidades e na mesma coletividade, em razão de inúmeros componentes, dentre os quais estão os relativos à saúde e seus diferentes modelos de atenção.

Menéndez defende a existência de uma pluralidade de modelos de atenção à saúde, os quais são permeáveis entre si e são utilizados pela população de forma simultânea ou sequencial ao longo do tempo, articulados pela autoatenção.⁶⁻⁷ O entendimento do processo de saúde-doença-atenção deve fundamentar-se na dialética sujeito-estrutura e nas relações hegemonia-subalternidade entre os modelos de atenção, em especial o modelo médico hegemônico, que se ancora no paradigma biomédico e o modelo de autoatenção.⁶

A autoatenção refere-se a significados e práticas utilizados em nível do sujeito e do grupo social para o enfrentamento dos processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção de especialistas, mesmo quando estes sejam referência para essa atividade.⁷ Ela pode se dar em sentido amplo e restrito. No primeiro, a autoatenção se refere a significados e práticas para a garantia da reprodução biossocial em nível dos microgrupos, especialmente o doméstico, operadas a partir dos objetivos e das normas estabelecidos na própria cultura. No sentido restrito visa especificamente o enfrentamento de padecimentos.⁷

MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo etnográfico, entre agosto de 2012 e janeiro de 2014, cujo cenário geral foi um município do Norte do RS, que possui 4.098 habitantes, dos quais 63,7% residiam no campo. Destes residentes no campo, 1.248 eram mulheres,

sendo que 1.179 tinham de dez até 70 anos ou mais.⁹ O cenário focalizado do estudo constituiu-se dos locais em que são operadas as práticas de autoatenção ao nascimento, ou seja, três comunidades em que viviam as informantes-chave do estudo, e outros ambientes de atenção à saúde, particularmente os de assistência pré-natal.

O município conta com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que dão cobertura a 100% da população e estão alocadas na mesma área física e em zona urbana. A atenção pré-natal a gestantes de risco habitual, nas equipes da ESF, se dá por meio de consultas médicas e de grupos de gestantes (um a cada semestre), os quais são coordenados por enfermeira e contam com a participação de diferentes profissionais de saúde que, a cada um de oito encontros, abordam temáticas relativas ao ciclo gravídico-puerperal, atinentes à sua especialidade. A dinâmica dos encontros varia de palestras a estratégias consideradas mais interativas e dialógicas. Gestantes de alto risco são referidas a serviços de maior complexidade, localizados em outros municípios, mas mantêm vínculo com a ESF, através dos grupos de gestantes (se a condição clínica permitir), de visitas domiciliares e pelo acesso à ESF quando necessário. Devido ao município não oferecer atenção ao parto no hospital local, as gestantes de risco habitual são encaminhadas, a partir do 6º mês, para um município, dos dois com os quais a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio via Consórcio Intermunicipal de Saúde, a fim de que sejam acompanhadas, também, pelo profissional obstetra que deverá assisti-las na parturição. Esse acompanhamento ocorre no consultório privado desse médico. A distância média entre o cenário geral e esses serviços é de 31 quilômetros. A gestante referenciada continua sendo acompanhada na ESF a que está adstrita.

A definição das informantes-chave (mulheres que desejavam participar do estudo e dominavam o tema)¹⁰ deu-se no processo etnográfico, e não *a priori*. Desse modo, algumas informantes, por meio da exposição de suas ideias e práticas, foram construindo com a pesquisadora uma relação dialógica que contribuiu para qualificar sua escuta e garantir uma “verdadeira” interação,¹¹ o que mostrou, que elas dominavam a temática e poderiam ser as informantes-chave. A seleção dessas mulheres foi norteada ainda pelos seguintes critérios: 1) estarem vivenciando o PN (gravidez ou puerpério) ou então serem pessoas significativas para essas mulheres (como uma irmã, por exemplo, mesmo que ainda não tivesse tido filhos), ou, ainda, serem mulheres

que já tivessem vivenciado o PN em algum momento anterior da vida. 2) residir em uma das três localidades rurais elencadas para o estudo, por ter nascido ali ou por ter estabelecido laços, independentemente da união, com alguém do lugar.

A decisão por mulheres vivenciando o PN, e não somente aquelas que já haviam vivenciado, orientou-se, em especial, pela importância da inclusão das práticas sociais na produção da etnografia, visto que sem elas a pesquisadora corria o risco de basear-se no que os informantes diziam que faziam e não no que realmente faziam.⁶ As práticas de autoatenção, por serem relacionais,⁶⁻⁷ reforçaram a necessidade de observá-las, o que só ocorreria se algumas informantes-chave estivessem vivenciando o PN. Por meio das perspectivas e dos usos dos diferentes atores significativos, foi possível detectar a gama de articulações operadas entre as distintas formas de atenção para o enfrentamento dos problemas de saúde.⁷ Por isso a inclusão de pessoas significativas de gestantes e puerperas.

Como informantes gerais (aqueles com ideias genéricas sobre a temática)¹⁰ foram incluídos os profissionais da atenção pré-natal, parentes e vizinhos das informantes-chave, uma vez que estes se mostraram dispostos a contribuir com a investigação.¹⁰

Assim, o estudo contou, ao todo, com 17 informantes: dez informantes-chave e sete gerais. Das informantes-chave, duas estavam grávidas, duas em puerpério, três eram pessoas significativas e três eram mulheres que já haviam vivenciado o PN (mãe, avó e trisavó). A idade média dessas mulheres era de 43,6 anos (mínimo de 22 e máximo de 75 anos). Uma delas era viúva e as demais casadas.

Como técnica principal de coleta de dados, optou-se pelo modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R).^{10,12} Nas duas primeiras fases do modelo O-P-R, a pesquisadora não permaneceu no campo de forma contínua, mas para operacionalizar 3ª e 4ª fases, alternando os dias em que permanecia no cenário (de dois a três dias semanais, inclusive em finais de semana), passou a pernoitar em casa de uma das informantes-chave, a convite, o que ocorreu durante nove meses intercalados. Esta informante, após a pesquisadora expor sobre o projeto de estudo em reunião, foi a primeira a aceitar o convite de participação. De início, contava-se com ela como informante geral, seguindo-se orientações para estudos etnográficos,¹¹ porém, após alguns encontros, quando se mostrou “verdadeira interlocutora”,¹⁰ e profunda conhecedora do assunto em pauta, foi incluída como informante-chave, passando a acolher a pesquisadora sempre que ela se deslocava

ao campo, numa convivência mais estreita com as três comunidades.

A partir daí, a pesquisadora conviveu com as demais informantes-chave, participando de atividades no cenário doméstico (rodas de chimarrão, orações, chás, auxílio em atividades da casa, compras em supermercado, aniversários) e na coletividade (reuniões políticas, atividades de promoção e educação em saúde, eventos religiosos). As informantes-chave foram acompanhadas nas consultas de pré-natal e em grupo de gestantes, na atenção ao parto e no retorno para casa após o parto.

A O-P-R foi complementada pela entrevista etnográfica. Para aquelas que foram se configurando como informantes-chaves fez-se, pelo menos, três entrevistas. Na primeira, foi solicitado que contassem um pouco de si, numa tentativa de acostumarem com a entrevista gravada em áudio. A segunda orientou-se pela seguinte provocação: “conte-me sobre tua(s) vivência(s) de gravidez, desde que você começou a pensar em engravidar ou suspeitou que estava grávida, até os dias de hoje”. A terceira representou uma oportunidade para a retomada e aprofundamento de questões que surgiram no processo O-P-R, constituindo-se de perguntas pontuais, a exemplo de: “Na semana passada, eu percebi que você solicitou ajuda para levar os tarros de leite para dentro de casa. Isso se deve a algo em especial?” Algumas informantes-gerais (parentes e/ou vizinhas) foram entrevistadas para aprofundar temáticas emergentes da O-P-R e/ou das entrevistas às informantes-chave. Fez-se uso de diário de campo.

No processo analítico optou-se pela análise temática,^{10,12-13} composta por: 1) coleta e descrição dos dados brutos, em que foram registradas as informações obtidas pelas técnicas de coleta de dados, procurando, de modo preliminar, identificar, a partir do foco *emic*¹⁰ (ponto de vista dos informantes, ou seja, os construtos internos da cultura do grupo), e da dimensão *etic*¹⁰ (usando as lentes do referencial teórico adotado), os símbolos e os significados contextuais relacionados aos fenômenos; 2) identificação e caracterização de descritores e componentes, quando se buscou descritores *emic* e *etic*, a partir de similaridades e diferenças entre as informações obtidas e seus significados; 3) análise contextual e de padrões recorrentes, quando se examinaram os dados na busca de ideias saturadas e padrões recorrentes de significados, similares ou diferentes, centrando-se em expressões, formas estruturais ou explanações relacionadas ao domínio da investigação, validando-se os resultados com as

informantes; e 4) identificação de temas relevantes e de formulações teóricas, correspondendo à fase mais elevada da análise.

Destaca-se que, dentre os critérios de rigor adotados nesta pesquisa, conforme recomendação para a etnoenfermagem,¹⁰ a validação se deu por meio da confirmabilidade, quando o pesquisador se encontra repetidas vezes com os informantes, a fim de reafirmar o que ouviu, viu ou experimentou em relação aos fenômenos em estudo. Assim, durante o processo de coleta de dados, buscou-se checar as interpretações que iam sendo operadas nesse ínterim, em uma espécie de “microvalidações”. Em determinado momento, o relatório de pesquisa com resultados parciais foi levado para cada informante-chave, a fim de que confirmassem os padrões recorrentes e possíveis temas. O relatório final foi lido por três informantes-chave, buscando-se a confirmabilidade dos achados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob Parecer Consubstanciado 81600. Cumprindo os preceitos éticos da Resolução n. 196/96,¹⁴ vigente à época da coleta dos dados, as informantes-chave assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aos informantes gerais, que foram somente observados, foi solicitada permissão verbal para fazê-lo, e aos que foram entrevistados, solicitou-se, também, a assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos padrões culturais “Gravidez é saúde, não é doença”, “Gravidez é saúde, mas precisa cuidar para não pôr em risco o nenê e a mulher grávida” e “Para se cuidar na gravidez é preciso fazer ultrassonografia”, emergiu o tema deste artigo: “Gravidez é saúde, mas tem que ter o cuidado da família e do doutor”.

Ao se referirem à gravidez, as informantes-chave remetem-se aos afazeres diários, afirmando que quase não tiveram cuidados em relação à gestação porque trabalharam nesse período. Estar apta para o trabalho e prescindir de repouso na gravidez associa-se a ter saúde: *Eu carpia, plantava de máquina, lavava roupa. Nunca tive ameaça de perda dos meus sete filhos. Eu nunca fiz uma consulta médica na gravidez (Informante-chave, 75 anos); se eu ficar parada, daí que eu fico doente. Sempre trabalhei porque eu estou grávida, não estou doente (Informante-chave, 34 anos).*

O trabalho é um valor social que faz parte do *ethos* do grupo estudado, ou seja, daquilo que reúne,

além dos aspectos morais e estéticos de uma dada cultura, seus valores identitários.⁸ Exaltação a esse valor parece representar herança cultural dos tempos da ocupação do município, o que contou com a participação das mulheres mais velhas do cenário, as quais auxiliaram os pais na conquista do local de moradia e no trabalho da lavoura. Essa participação aparece, em parte, associada a condições determinadas pelas dificuldades de uma época de pobreza. O depoimento de uma das informantes-chave, em referência à família de origem, dá pistas para essa inferência. Sua narrativa inicia pelas questões relativas ao trabalho e, em seguida, é associada à gestação, a qual, reafirmando um padrão cultural, não conota doença e, no seu caso em específico, não demandava cuidados. *Sempre fomos meio pobre, trabalhava com os pais na lavoura, desde os oito anos. Os guris eram pequenos e o pai levava as filhas mulheres para trabalhar na lavoura. [...] as gestações sempre foram trabalhando. Era no cabo do arado, na enxada, quebrava milho, carroçadas... e, depois, descarregar. Eu derrubava mato, cortava lenha. Não tinha os cuidados de hoje. Têm muitos que acham que a gravidez é doença, mas eu não. Sempre tive gravidez saudável, mesmo que não fosse ao médico, não fosse em nada, eu nunca tive nada* (Informante-chave, 63 anos).

A associação tácita “trabalho-saúde-gravidez”, relacionada, entre outros fatores, às condições sociais, econômicas e ocupacionais do grupo em estudo, constitui-se em elemento que, de alguma forma, define o que entendem por pessoa doente ou sadia e, conseqüentemente, medeia as ações e as intervenções que consideram apropriadas ao processo saúde/nascimento e as decisões por determinados modelos de atenção.⁷ Essa associação faz parte das realidades social e simbólica que interferem, de algum modo, nas práticas de natureza intencional que o grupo de informantes opera em relação à gravidez, ou seja, nas práticas de autoatenção, cujo reconhecimento e compreensão, por parte dos especialistas do setor saúde, no que se inclui o enfermeiro, reveste-se de importância para a efetivação de práticas de atenção culturalmente congruentes e competentes.

Além dos significados acerca do trabalho, os quais são elaborados na experiência de mulheres do campo que, corriqueiramente, enfrentam a tripla jornada de um trabalho que é pesado e demanda esforço físico, os significados impressos à gravidez, à maternidade e à criança, que são compartilhados pelo grupo social das informantes, também jogam força e medeiam as práticas de autoatenção relativas à gestação. Esses significados informam que, embora a gravidez simbolize uma condição de estar

saudável, são necessárias algumas práticas voltadas à manutenção e/ou à promoção desse “estado”, de modo que o “estar grávida” afete, minimamente, o curso normal da vida, garantindo saúde também ao feto.

Assim, quase todas as mulheres do cenário focalizado evitam, na gravidez, esforços físicos, carregar peso e mudam alguns hábitos alimentares: *continuo trabalhando lá na tia, mas agora eu passei a me cuidar, não ergo muita coisa, vou mais devagar. Aqui ajudo no leite, mas não carrego os tarros, não quero perder o nenê* (Informante-chave, 24 anos).

Além disso, as mulheres jovens frequentam os serviços de pré-natal, cujas práticas de atenção ancoram-se, prioritariamente, no modelo médico hegemônico. Para isso, têm o apoio e a vigilância das mulheres mais velhas do grupo, apesar dessas senhoras, em relação às suas próprias gestações, mencionarem que poucos cuidados seriam necessários nesse período. Esse cuidado, revelador de uma prática de autoatenção, parece indicar um reconhecimento, por parte das mulheres mais velhas do grupo, de que os recursos da biomedicina são, na atualidade, um direito de cidadania que dever ser usufruído durante a gravidez: *minha mãe dizia que a grávida não devia se abaixar muito até os quatro meses. Para juntar peso nos ensinava como levantar, e, se fossemos pegar algo que estava no alto, ela dizia para não fazer força com os braços. Naquela época se perdia muito nenê, por falta de tratamento, por falta de experiência, então tinha que dar um jeito de se cuidar. Hoje em dia tem recursos. As mulheres têm que fazer pré-natal, se cuidar* (Informante-chave, 61 anos).

Contribui também para a constituição desse padrão cultural, que informa que a mulher necessita tomar alguns cuidados para promover ou manter a gestação saudável, o fato de que a constituição de novos núcleos familiares representa um valor social do grupo e, nesse contexto, a mulher tem papel central com vistas à garantia desse valor, o que se associa, inclusive, à identidade e ao papel feminino no interior do grupo. Dessa lógica, na interação com familiares e amigos e na interpretação das manifestações emitidas pelo seu corpo, as mulheres grávidas formulam modelos explanatórios indicativos de que determinados comportamentos podem representar risco para o bebê e, em consequência, modulam práticas de autoatenção com finalidade preventiva. *Eu fui pro meu trabalho de moto até os cinco meses, mas com medo dos baques. Diziam que podia perder o nenê. Comecei a ir de carro porque a barriga já tava pesada, me doía com os baques da moto* (Informante-chave, 27 anos); *Eu andava com mal-estar, estufada. Não era*

uma dor na barriga, não era contração. Eu fiquei com gases, por causa do refrigerante. Então, eu evito refri, café, chimarrão. Eu sinto que ela agita quando tomo essas coisas, se mexe muito. Percebi e passei a me cuidar (Informante-chave, 34 anos).

Além da formulação de modelos explanatórios e de práticas de autoatenção, as mulheres procuram validá-los, o que se dá, majoritariamente, pela troca de saberes com pessoas de seu grupo familiar, amigos, outras mulheres grávidas e, também, pela busca de orientações junto aos especialistas do SS: *elas [as mães e sogras] sempre dizem alguma coisa, como não erguer muito peso. Dizem que, se erguer muito peso, o cordão umbilical fica grosso e demora pra cair. Minha mãe diz isso e eu escuto ela. [...] por que você vai querer teimar? Desta aqui [referindo-se à gravidez atual] já é diferente, porque o doutor também diz: 'não erga muito peso'. Eu sinto que quando eu ergo peso, que ela se agita muito* (Informante-chave, 34 anos); *em consulta pré-natal na ESF, ao ouvir a orientação médica de que deveria levar vida normal, a informante comenta que seus familiares não a deixam mais andar de motocicleta, ao que o médico reforça que essa é uma preocupação pertinente da família, pois as estradas estão em mau estado de conservação, não sendo, mesmo, aconselhável que uma gestante ande de motocicleta, ao que a grávida assente com um movimento de cabeça, parecendo convencida* (Diário de campo. Informante-chave, 24 anos).

Em encontro do grupo de gestantes, promovido pela ESF, as participantes queixam-se das mulheres mais velhas da família que tentam impedi-las de levar uma vida normal, ao que uma das informantes-chave comenta: *não consigo ficar sem fazer nada, vou mais devagar, mas não estou doente, eu continuo fazendo minhas atividades* (Diário de Campo, Informante-chave, 34 anos). Frente às manifestações que circulavam no grupo, o profissional que coordenava o encontro, por várias vezes, remeteu ao médico a autoridade de definir o que pode ou não ser feito na gestação: *na gravidez é vida normal, a não ser que o médico diga que não. O doutor vai saber o que vocês podem ou não fazer* (Diário de Campo, Informante Geral).

Os dados permitem interpretar que as mulheres do campo articulam saberes familiares/populares com os do modelo biomédico, o que visa à incorporação de práticas legitimadas no meio social em que circulam, e que permitam proteger a saúde do filho, garantir o cumprimento de seu papel social e preservar a normalidade da própria vida.

Os modelos explanatórios que justificam as práticas de autoatenção operadas pelas informantes-chave podem ser distintos dos elaborados no inte-

rior do setor saúde; contudo, sua formulação não é distanciada das interações mantidas pelos sujeitos e seus grupos sociais com os especialistas desse setor. O conjunto de informantes opera, à sua maneira, conhecimentos culturais de diferentes setores de atenção à saúde/nascimento, não os considerando antagônicos.⁷ Em verdade, esses conhecimentos são ressignificados e transformados em práticas de autoatenção para fazer frente às necessidades e demandas da gravidez.

Nota-se que as elaborações das informantes-chave se produzem de modo distinto do que foi operado no encontro do grupo de gestantes da ESF, em que, apesar de todo o esforço da coordenação para que a reunião fosse conduzida a partir das experiências das participantes, com valorização de suas vivências, houve uma hierarquização de conhecimentos. Essa hierarquização parece ser produto e reflexo das relações produzidas no setor saúde. Nesta perspectiva, o PN é medicalizado, de forma que das mulheres é reduzido o direito à decisão e à autonomia em relação à sua saúde e à sua vida. Seus conhecimentos são colocados em posição subalterna, sustentando-se a relação de hegemonia/subalternidade do modelo biomédico sobre as demais formas de atenção não médicas, reduzindo-se as possibilidades de utilização de práticas não identificadas com este modelo.⁷

Apesar dessa tendência, as articulações operadas pelas informantes-chave deste estudo, em relação aos cuidados durante a gravidez, resultam em formas de autoatenção em evidente dinâmica transacional, a qual ocorre na medida em que elas e seus conjuntos sociais transitam em um espaço e outro de atenção à saúde nascimento (setor saúde e setor familiar/popular).^{6,7} Nesse movimento, cada ambiente de atenção se apresenta como um "modelo de" conhecimentos,⁸ os quais, após sofrerem uma filtragem subjetiva e simbólica por parte do sujeito e de seus conjuntos sociais, são incorporados, possivelmente de forma ressignificada e até ressemantizada, e passam a constituir "modelos para" os cuidados⁸ na gravidez. Por meio desse processo, esses "novos" conhecimentos informarão as práticas de autoatenção relativas à gravidez – grande parte, modeladas em sentido *lato* e não *estrito* – até que, na dinamicidade das relações e da própria vida, sejam produzidos outros saberes que, com os anteriores ou em substituição a eles, se constituirão também em "modelos de" e "modelos para" a cultura⁸ da atenção à gravidez. *Dos primeiros eu não tive acompanhamento, não se achava necessário. Mas ter acompanhamento nas últimas gestações me ajudou muito, fiz*

exame que mostrou anemia. Então, me mandaram comer diferente, me deram vitamina, ferro pra me fortalecer. As crianças nasceram mais fortes. Os primeiros eram viçosos, mas eram fracos. O doutor orientava a tomar medicação tudo certinho e a gente tomava (Informante-chave, 61 anos); A mãe e o doutor dizem que não é bom... Então, agora, procuro não pegar muito peso, não fazer tanto esforço. Pra torcer um pano ou me abaixar, eu faço com jeito. Mas, ajudo aqui no que posso. Eu toco as vacas, pois é uma caminhada e faz bem. Ajudo a tirar leite e não ergo os tarros. A gravidez não impede nada, não é doença (Informante-chave, 34 anos).

Destaca-se que em algumas interações, ocorridas no cenário da investigação, as informantes colocaram sob suspeita os conhecimentos oriundos de outro setor que não fosse do SS. Uma das informantes-chave, que convive com filhos que dominam os saberes da ciência erudita, ao se referir aos ensinamentos de sua mãe coloca em xeque o conjunto desses saberes, quando se expressa da seguinte forma: *ela dizia que era melhor não fazer força na gravidez, porque forçava muito o organismo. Sei lá se era verdade!* (Informante-chave, 61 anos). Ressalta-se o possível efeito da presença da pesquisadora diante dos informantes em uma investigação de abordagem qualitativa, os quais podem esperar a aprovação do primeiro sobre suas opiniões e comportamentos expressos na interação de pesquisa. Assim, se a expressão da informante teve esse sentido e significado, ela não deixa de declarar a posição hierárquica entre esses dois saberes, enunciada por meio de sua narrativa.

Percebe-se, na cena do estudo, certo tensionamento entre os diferentes conhecimentos que aí circulam, já que, na pluralidade de práticas de autoatenção operadas pelas mulheres do campo, por vezes, os saberes do setor saúde sobrepõem-se sobre os demais e, noutras, são os conhecimentos familiares/populares que orientam as decisões em relação à gravidez.

O entendimento de que os saberes da biomedicina circulam no cenário em estudo, em especial durante a gravidez, muitas vezes como conhecimento hegemônico, que goza de um *status* hierárquico, reafirma-se quando, do repertório de quase todas as informantes, emerge a expressão “ultrassom”. A ultrassonografia (USG) representa um símbolo da biomedicina que lhe confere o “poder” de dar “certezas”, livrando os sujeitos sociais da angústia do “não sabido” ou do “inesperado” e, em consequência, constituindo-se em dispositivo importante na produção dos significados e das práticas de autoatenção relacionadas à gravidez: *dessa aqui eu fiz*

um ultrassom por mês. No final fiz mais que um por mês. Fiz aquela morfológica, a da nuca pra ver síndrome de Down e a do coraçõzinho também (Informante-chave, 32 anos).

Em uma das consultas de pré-natal observada, no serviço de referência ao cenário geral do estudo, ao invés do exame físico obstétrico tradicional, a gestante, após ser pesada, acomoda-se na mesa de exames e, sem que o médico solicite, levanta a parte de baixo da blusa, deixando o abdômen à mostra para um exame ultrassonográfico: *o médico diz: ‘já está na posição de nascimento, com a cabeça para baixo’. A informante diz: ‘então, ela virou, porque ela estava sentada’. O médico responde: ‘sim, a cabeça está aqui. Olha, abrindo a boquinha. As costas estão no lado esquerdo. Aqui as costelinhas, o coração. Aqui veja os grandes lábios. Está com cerca de 2.500 gramas, chegará a uns três quilos e 100 gramas. Em duas semanas já não será mais prematura’* (Diário de campo. Informante-chave, 34 anos).

As mulheres do campo, de modo similar à maioria das mulheres de seu tempo, assumem, de forma inconsciente, que necessitam do auxílio da máquina para “funcionar bem” e trazer filhos saudáveis ao mundo. Assim, colocam-se em posição de dupla dependência desse saber, visto que, para além da máquina, necessitarão do médico para interpretar os resultados do exame.¹⁵⁻¹⁶ E, em meio a essa complexa trama, no interior da qual se produz uma ‘necessidade’ de monitoramento e vigilância da saúde da mulher e da criança,¹⁵⁻¹⁶ o PN, e nele a gravidez, de uma experiência de transformação que, por isso mesmo, carrega incertezas, passa a ser considerado um evento médico, controlado e livre de tensões.

Nessa abordagem, as práticas de atenção à saúde, comumente, afastam-se da gestante como mulher e das demais pessoas com quem ela mantém laços de afeto e a quem a gravidez diz respeito, invisibilizando os aspectos socioculturais que aí se articulam, porque o foco da interação entre o profissional e a mulher está na imagem e nas “certezas” que são dadas pela máquina. Em tal dinâmica, as mulheres, de certo modo, perdem a capacidade de protagonizar a experiência do nascimento. Passam a ter dificuldades para reconhecer as manifestações corporais que advertiam as suas avós e as suas mães de que mais um bebê estava por vir: *se começasse a enjoar o chimarrão de manhã cedo ou o café, eu já sabia que estava grávida. E não vinha mais a menstruação e eu já sabia que tava grávida de novo (Informante-chave, 75 anos); ‘nas minhas contas são três meses’, comenta a informante-chave quando pergunto sua idade gestacional*

(IG). *'Mas deixa eu te mostrar a USG. Já fiz dois, porque o primeiro não deu certo [...]. Tu sabes que a gente olha e não entende nada'. Percebo que não há informação sobre a IG, e, então, digo que parece que esqueceram de registrar. 'Não posso esquecer de perguntar pro doutor, então...'* (Diário de Campo. Informante-chave, 24 anos).

O domínio do corpo, como um suporte de signos, fragiliza-se nessa situação de medicalização do PN. Nesse contexto, algumas mulheres do grupo estudado precisam da ratificação do aparato tecnológico às interpretações que fazem de suas manifestações corporais e, para isso, dependem de alguém que decifre os resultados dos exames, neste caso uma USG, o que pôde ser observado em situação de consulta de pré-natal: *a informante-chave entrega ao médico o envelope contendo a USG e diz: 'eu não entendi o resultado da USG, porque eu acho que eu estou com três meses, mas não tem nada escrito sobre isto. Fiquei curiosa e abri o exame. O senhor sabe como é... eu queria ver o tempo que eu tava, então abri'. O médico diz: 'você é quem sabe com quantos meses está. Mas deixa eu ver aqui', diz, olhando para o laudo. 'É... não tem IG. Tu passas no consultório e deixa lá para arrumar, tem tudo gravado no computador'* (Diário de campo. Informante-chave, 24 anos).

Através de uma construção simbólica é estabelecida uma relação cuja distribuição de poder é hierárquica, em que a mulher e seus conjuntos sociais estão em desvantagem e na dependência do conhecimento e da autoridade médica, geralmente com desvalorização dos seus saberes, o que os coloca em posição de subalternidade. O modelo que está na base da atenção ao pré-natal, que se ancora na racionalidade científica, no biologicismo e nos aportes do aparato tecnológico,⁷ bem como a tendência contemporânea de medicalização da vida, contribuem para fragilizar a capacidade de a mulher retomar a relação com o próprio corpo e mobilizar estruturas internas e externas de enfrentamento das vicissitudes associadas ao PN (e nele sempre presentes, já que é uma faceta da vida). Contudo, a literatura¹⁷ destaca que os usos de técnicas e tecnologias biomédicas não podem ser considerados como bons ou maus por si só ou como práticas sociais neutras que não envolvem distintas escolhas. Esses usos são mediadores de relações e, por isso, é necessário pensar a respeito do papel que a tecnologia médica representa na ordem do cuidado produzido e nas relações entre os sujeitos.¹⁷

Daí a importância de, juntamente com o uso de tecnologias mais duras, como o exame ultrassonográfico, assegurar, também, às mulheres e aos seus grupos sociais, na vivência da gravidez, o acesso a

outras que permitam a expressão do sujeito, ou seja, de tecnologias mais leves, como o acolhimento, a escuta, a interpretação de histórias, a aprendizagem com o outro e a negociação.¹⁷ Por meio da associação desse conjunto de tecnologias, o especialista, dentre os quais o enfermeiro, empreenderá uma atenção de natureza humanística, com resultados, possivelmente, mais satisfatórios para todos que integram a interação do cuidar.

Sustenta-se a partir daí a relevância da inclusão, também, das dimensões sociais e antropológicas do nascimento como eixos orientadores da prática clínica, o que permitiria a compreensão dos sentidos e significados relativos à vivência da gravidez, os quais se associam ao contexto de vida das mulheres do campo. Esta inclusão possibilitaria o entendimento das formas de atenção que as mulheres e seus conjuntos sociais articulam para operar suas práticas de autoatenção com vistas à preservação da gravidez como um evento que simboliza saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite perceber que a vivência da gravidez é um processo dinâmico e multidimensional, associado aos universos social, clínico e simbólico das mulheres do meio rural, seus conjuntos sociais e dos especialistas do SS. Os sentidos, símbolos e significados produzidos na interação desses diferentes atores orientam a todos na interpretação das experiências relativas à gravidez e guiam as práticas de autoatenção articuladas nessa etapa da vida.

Os resultados sinalizam para a pertinência de enfermeiros e mulheres do campo, conjuntamente, refletirem sobre os possíveis benefícios oriundos do resgate do próprio corpo como um domínio de símbolos, cuja interpretação, aliada ao uso crítico e informado das tecnologias obstétricas, pode fortalecê-las na produção de práticas de autoatenção que contribuam à promoção de sua saúde não só no sentido estrito, mas também em sentido *lato*.

Destaca-se a importância de esforços com vistas à construção de espaços de interação simétricos e democráticos na atenção obstétrica, que simbolizem territórios de compartilhamento e de rearticulação de diferentes saberes, os quais contribuam para a equalização das possibilidades de protagonismo não só na gravidez, mas em todo o PN.

Aponta-se como uma das limitações deste estudo o seu caráter local. Entretanto, guardadas as singularidades do grupo em estudo, e considerando-se um dos critérios de rigor científico nele utilizados – a transferibilidade, o conjunto de achados

pode representar algumas práticas de autoatenção relativas à gravidez operadas por um grande conjunto de mulheres brasileiras, visto que o Brasil é, em grande parte, rural.

REFERÊNCIAS

- Cardoso LSM, Mendes LL, Velasquez-Melendez G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Min Enferm*. 2013. Jan-Mar; 17(1):85-92.
- Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2009. [cited 2012 Oct 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Jordan B, Anastasia T. Competing technologies in perinatal care: a call for dialogue between low- and high-tech practitioners. *Anthropology News* [Internet]. 2009 Mar; [cited 2015 May 09]; 50(3):5-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1556-3502.2009.50305.x/epdf>
- Capelli I. Risk and safety in context: medical pluralism and agency in childbirth in an Eastern Moroccan oasis. *Midiwefery* [Internet]. 2011 Dec; [cited 2015 May 09]; 27(6):781-5. Available from: http://www-periodicos-capes-gov-br.ez47.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pmetabusc&mn=88&smn=88&type=m&metalib=aHR0cDovL21scGx1cy5ob3N0ZWQuZXhsaWJyaXNncm91cC5jb20vcHJpbW9fbGli cmFyeS9saWJ3ZWlvYWw0aW9uL3NIYXJjaC5kbz92aWQ9Q0FQRVM=&Itemid=119
- Van der Sand ICP, Monticelli M, Ressel LB, Bretas ACP, Schirmer J. Health anthropology: theoretical contributions to the interpretation of birth procedure. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 Ago [cited 2015 Jan 4]; 8(8):2896-906. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6581/pdf_5981
- Menéndez Spina EL. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2012. Jul-Out [cited 2013 Mai 02]; 10(2):335-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/09.pdf>
- Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2003 [cited 2013 Mar 02]; 8(1):185-207. Available from: <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario%20CIESAS/TEMAS%20PDF/Menendez%2076c.pdf>
- Geertz C. A interpretação das culturas. 13ª reimp. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 2008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Estados. Rio Grande do Sul. [Internet]. 2013. [cited 2013 Jul 22]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>
- Leininger M, Mc Farland M. Culture and diversity: a worldwide nursing theory. 2ª ed. Boston (US): Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.
- Martins M, Monticelli M, Diehl E. Cultural meanings of hypertension in pregnancy according to pregnant women. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2014 Out-Dez; [cited 2015 May 09]; 23(4):1004-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01004.pdf
- Outwater AH, Tarimo EAM, Miller JE, Campbell JC. Meanings of care by bereaved relatives of homicide victims in Dar es Salaam, Tanzania: implications for nursing. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 May 09]; 23(4):397-405. Available from: <http://tcn.sagepub.com/content/23/4/397.full.pdf+html>
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
- Chazan LK. "O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente". Para além do ensino de tecnologia no pré-natal. *Physis* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 08]; 21(2):601-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a14v21n2.pdf>
- Marques IC, Chazan LK. "Pra mim... são as montanhas rochosas..." consumo, espetáculo e muito mais no ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro da virada do século. *RECIIS - Rev Eletr Com Inf Inov Saúde* [Internet]. 2009 [cited 2015 May 08]; 3(4):145-59. Available from: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/725/1370>
- Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ* [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 05]; 13(supl.1):641-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>

Correspondência: Isabel Cristina Pacheco van der Sand
 Universidade Federal de Santa Maria
 Centro de Ensino Superior do Norte do RS
 Departamento de Ciências da Saúde
 Av. Independência, 3751
 98300-000 - Vista Alegre, Palmeira das Missões, RS, Brasil
 E-mail: isabelvan@gmail.com

Recebido: 1º de junho de 2015
 Aprovado: 27 de novembro de 2015