

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MEDIAÇÃO CULTURAL NA VIVÊNCIA FAMILIAR DO
PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO
ETNOGRÁFICO**

TESE DE DOUTORADO

Laís Antunes Wilhelm

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

MEDIAÇÃO CULTURAL NA VIVÊNCIA FAMILIAR DO PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Laís Antunes Wilhelm

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora em Enfermagem.**

Orientadora: Dra. Lúcia Beatriz Ressel
Coorientador: Dr. José Manuel Hernández Garre

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Wilhelm, Laís Antunes
Mediação cultural na vivência familiar do processo gestacional: um estudo etnográfico / Laís Antunes Wilhelm.- 2017.
131 p.; 30 cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel
Coorientador: José Manuel Hernández Garre
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Gravidez 2. Família 3. Antropologia Simbólica 4. Etnoenfermagem 5. Enfermagem I. Ressel, Lúcia Beatriz II. Hernández Garre, José Manuel III. Título.

Laís Antunes Wilhelm

**MEDIAÇÃO CULTURAL NA VIVÊNCIA FAMILIAR DO PROCESSO
GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovada em 22 de dezembro de 2017:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UNIPAMPA)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Martha Helena Teixeira de Souza, Dra. (UNIFRA)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Pai (in memoriam), Mãe e Mana

*pelo amor, exemplo, confiança e companheirismo,
dedico esta tese a vocês,
com todo o meu amor!*

AGRADECIMENTOS

É chegada a época mais esperada dos últimos anos, a conclusão de uma etapa que foi sonhada desde muito cedo, desde o ensino médio, pela influência da minha **irmã Dra. Ethel**. Então, minha querida, obrigada pelo incentivo, apoio, puxões de orelha, carinho e amor. Todos esses episódios me ensinaram que apesar das dificuldades e perdas que passamos juntas, podemos chegar aonde queremos, basta sonhar e acreditar; porque sempre teremos um anjinho nos protegendo e guiando nossos passos. Por falar nisso, preciso agradecer a ele, meu amado **pai Lademir**, meu parceiro, que nunca mediu esforços para nos incentivar a estudar e buscar o conhecimento. Infelizmente você não está fisicamente entre nós, mas tenho certeza de que está do nosso lado, vibrando com cada conquista. O senhor faz muita falta. Te amo, meu guerreiro.

Mãe Ivone, a senhora me ajudou a trilhar cada caminho que escolhi nesta jornada, sempre estendendo sua mão para passarmos pelas dificuldades juntas. A senhora é meu porto seguro, é o presente que a vida me deu logo que eu nasci. Não tenho palavras para agradecer todo o amor, carinho e compreensão. Te amo muito. Como agradecer à senhora e não lembrar da **Vó Estacha**. Vó, com certeza a senhora foi uma das peças desse quebra-cabeça, abdicando da sua rotina para fazer companhia para minha mãe e não me deixar desistir. Obrigada por todos os ensinamentos de vida. Saudades eternas da minha companheira.

Fabrício, tu chegaste no meio desse processo e me ajudaste tanto. Foi mais que um parceiro, tu foste essencial. Obrigada por cada palavra de carinho e amor, que me incentivam sempre a buscar mais. Te amo.

Hope, meu filho e auxiliar de quatro patas que me acompanha há quase oito anos. Fidelidade e lealdade são as palavras que resumem a nossa relação. Espero que ainda possa contar com teu “apoio moral” cheio de roncos, lambidas, latidos e muito amor que descontraem meus dias exaustivos.

Prof. Lúcia, minha mãe científica. Foram nove anos de muito aprendizado e hoje encerramos mais uma conquista juntas. Obrigada por ser tão carinhosa, atenciosa e presente durante todos esses anos. Me fez crescer como aluna, enfermeira, professora, pesquisadora e principalmente como ser humano. Que exemplo a senhora nos dá todos os dias. Muito obrigada por tudo.

Profesor José Manuel Garre, gracias por las enseñanzas y las oportunidades que usted proporcionó en mi doctorado sándwich y como mi tutor. ¡Muchas gracias siempre!

También agradezco a los colegas y profesores de la **Universidad Católica de Murcia**, por la acogida.

Adriana, tu me acolheste com tanto carinho na Espanha; foste a melhor companheira de piso que poderia ter. Minha confidente, incentivadora e amiga, que sempre levarei em meu coração. Obrigada por tudo.

Silvana, Ana Paula e Ana Paula Gaúcha, vocês foram meus presentes da Espanha. Sil, por mais que já fôssemos amigas e colegas, o doutorado sanduíche ressignificou nossa amizade. Anas, vocês são muito especiais. Desejo muito que possamos cultivar essa amizade e celebrar muitas conquistas juntas.

Às minhas amigas e colegas de grupo de pesquisa, **Luiza, Críslen, Lisie e Marcela**. Vocês foram muito importantes durante essa trajetória, juntas descobrimos o verdadeiro sentido de fazer parte de um grupo. Sempre caminhamos juntas, ajudando e vibrando pelas conquistas uma das outras. Você são demais.

À minha turma de doutorado, em especial a **Andressa, Keity e Caren**. Caminhar ao lado de vocês, nessa trajetória, fez toda a diferença. Obrigada por compartilharem comigo, ao longo desses quatro anos, tanta amizade e carinho. Adoro vocês.

Às minhas amigas, **Elaine, Camila Alves, Toia, Naia, Sil, Mai, Suelen, Fernandinha, Simo, Carol Carbonell, Carol Ilha, Laura, Katia, Maressa, Bruna Comparsi, Greice, Vanessa e Leise**. Em primeiro lugar, quero que vocês saibam que só não escrevi separadamente para cada uma porque os agradecimentos ficariam maiores que a tese (risos). Gurias, eu amo muito vocês. Obrigada por estarem sempre perto enchendo meus dias de alegria. Vocês sabem que eu desejo a cada uma de vocês muita felicidade e sucesso. Um beijo bem carinhoso nas minhas irmãs de coração.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, aos professores e colegas, mas em especial à **professora Eliane e à professora Margrid e ao secretário Girlei**, por toda ajuda, apoio e incentivo durante o doutorado e doutorado sanduíche.

A **banca examinadora**, professoras que eu admiro muito. Obrigada pela disponibilidade em participarem da construção e validação deste estudo.

Às gestantes e seus familiares e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio técnico e financeiro como bolsista.

*“ Hay días llenos de viento,
hay días llenos de furia,
hay días llenos de lágrimas...
pero existen días llenos de amor
que nos dan el coraje de ir adelante
todos los días de nuestras vidas”
(M. Bataglia)*

RESUMO

MEDIAÇÃO CULTURAL NA VIVÊNCIA FAMILIAR DO PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

AUTORA: Laís Antunes Wilhelm

ORIENTADORA: Dra. Lúcia Beatriz Ressel

COORIENTADOR: Dr. José Manuel Hernández Garre

O processo gestacional é um evento familiar, que está atrelado aos símbolos e significados constituídos pela cultura de cada família. Quando a mulher engravida, ela socializa esse evento com seus familiares, o que reflete em mudanças e reorganizações para todos os indivíduos envolvidos. Nessa perspectiva, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como a cultura media a participação da família no processo gestacional em uma comunidade localizada em um município de médio porte no interior do Rio Grande do Sul? O objetivo desta pesquisa foi interpretar os símbolos e significados culturais da gestação na vivência familiar. O trabalho consistiu de uma pesquisa etnográfica, desenvolvida com 15 informantes-chave, dentre os quais quatro eram gestantes e onze eram familiares, desenvolvida entre abril de 2016 e janeiro de 2017, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Adotou-se o modelo de Observação-Participação-Reflexão. Como técnicas de produção dos dados, utilizou-se a observação participante e a entrevista, além de o diário de campo para registrar os dados. A análise de dados seguiu o guia de análise proposto pela etnoenfermagem. Todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados, segundo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o número do parecer 1.458.299. O processo analítico resultou na identificação de como a família vivencia a gestação, seus símbolos e significados, a partir de seus valores e modos de vida, sendo estes agrupados como padrões culturais de acordo com cada trimestre gestacional. Além disso, também foi possível agrupar como padrões culturais: as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família, que influenciam a forma como a família encara o cuidado durante o processo gestacional. Assim, a vivência da família no processo gestacional está imbricada na cultura, sendo a visão de mundo de cada indivíduo expressa no modo de pensar, agir e se relacionar. Logo, a perspectiva cultural, possibilita que os profissionais de saúde compreendam como se dá a vivência do processo gestacional diante das singularidades na família, refletindo em um cuidado culturalmente congruente, mais qualificado e humanizado.

Palavras-chave: Gravidez. Família. Antropologia Simbólica. Etnoenfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

CULTURAL MEDIATION IN THE FAMILY LIVING EXPERIENCE IN THE GESTATIONAL PROCESS: AN ETHNOGRAPHICAL STUDY

AUTHOR: Laís Antunes Wilhelm
ADVISOR: Dra. Lúcia Beatriz Ressel
CO-ADVISOR: Dr. José Manuel Hernández Garre

Gestational process is a family event that it's attached to symbols and meanings constituted by the culture in each family. When the woman gets pregnant, she socializes that event with her family members, which reflects on changes and reorganization to everyone involved. In this perspective, we present the following research question: how does the culture mediate family participation in the gestational process in a community located in a medium size city in the countryside of Rio Grande do Sul? Research aimed were to interpret cultural symbols and meanings of gestation in the family living experience. Field work consisted in an ethnographical research developed between April 2016 and January 2017 in a city located in the center of Rio Grande do Sul. There were 15 key-informants, in which four were pregnant women and eleven family members. We adopted the reflexive participant observation model. As data production techniques, we used participant observation and interviews, as well as field notes to register data. We followed data analysis by ethno-nursing. All ethical aspects of research with human beings were respected, according to National Health Consil Resolution nº 466/2012. Data collection started after Research Ethics Committee approval, under feedback number 1.458.299. Analytical Process resulted on identifying how the family live gestation, their symbols and meanings, from their values and ways of life, having them grouped in cultural patters according to gestational trimester. Also, it was possible to group cultural patterns: beliefs, and practices culturally constructed by the family, which influence the way the family views care during the gestational process. Therefore, family living experience in the gestational process is imbricated in culture, having each individual worldview expressed on the way of thinking, act and relate to each other. Thus, cultural perspective enables health professionals to comprehend how gestational process is unveiled within family singularities, reflecting on a culturally congruent care that is more qualified and humanized.

Key Words: Pregnancy. Family. Symbolic Anthropology. Ethnonursing. Nursing

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 DAS INCURSÕES NO COTIDIANO À DELIMITAÇÃO DO TEMA E OBJETO DE ESTUDO..... | 11 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 20 |
| 3 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO..... | 32 |
| 4 CAMINHO METODOLÓGICO..... | 40 |
| 4.1 Abordagem qualitativa, interpretativa e antropológica..... | 40 |
| 4.2 Cenários do estudo..... | 41 |
| 4.3 Informantes..... | 45 |
| 4.4 Produção dos dados..... | 47 |
| 4.5 Interpretação dos dados..... | 50 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 51 |
| 4.7 Tese..... | 53 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 55 |
| 5.1 Artigo 1..... | 59 |
| 5.2 Artigo 2..... | 85 |
| 6 DISCUSSÃO INTEGRADORA..... | 104 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 109 |
| REFERÊNCIAS..... | 113 |
| APÊNDICES..... | 121 |
| APÊNDICE A – Roteiro da Observação Sistematizada..... | 122 |
| APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista..... | 123 |
| APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 124 |
| APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade..... | 127 |
| ANEXO..... | 128 |
| ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 129 |

1 DAS INCURSÕES NO COTIDIANO À DELIMITAÇÃO DO TEMA E OBJETO DE ESTUDO

A mediação da cultura na vivência familiar durante o processo gestacional é o tema desta pesquisa. Parto do pressuposto que a gravidez é multidimensional, indo além dos aspectos biológicos, mantendo uma estreita associação com questões relativas à cultura (VAN DER SAN, 2014). A cultura, a partir da antropologia interpretativa¹, é aqui percebida como uma rede de significados contidos em sistemas simbólicos e estabelecidos socialmente, nas circunstâncias em que os indivíduos se comportam. Além disso, é percebida como um conjunto de símbolos e significados² que possibilita as pessoas interpretarem suas experiências e guiarem suas ações (GEERTZ, 2014).

A escolha da temática deste estudo deve-se à minha relação familiar, à minha trajetória acadêmica e atuação profissional. Os motivos familiares estão associados ao que ela representa para mim. Junto com minha família, vivenciei situações de nascimento, saúde-doença e morte, e cada uma dessas circunstâncias representou um universo simbólico pelo qual foram ressignificados nossos valores, crenças, conhecimentos e práticas. Acrescento ainda que ela refletiu na minha percepção do papel da família na perspectiva do cuidado, o que serviu, em parte, de inspiração para este estudo.

No que se refere a minha formação e atuação profissional, minha trajetória começou no ano de 2010 quando estava no sexto semestre do Curso de Enfermagem, ocasião em que tive o primeiro contato com a área da saúde da mulher. As aulas teóricas e práticas, nessa disciplina, me permitiram conviver com o processo gestacional e estimularam-me a desenvolver, no ano de 2011, o trabalho de conclusão de curso intitulado “Os saberes e as práticas de mulheres acerca das dificuldades na amamentação”. Tratou-se de um estudo de campo, realizado com puérperas, em que os dados revelaram aspectos socioculturais relativos ao ato de amamentar, despertando-me o interesse pela Antropologia.

¹ A antropologia interpretativa, tratada como sinônimo de antropologia simbólica, foi fundada em meados do século XX por Clifford Geertz, a qual afasta-se do método estrutural, propondo compreender a cultura como hierarquia de significados.

² Neste estudo, o símbolo será entendido como qualquer objeto, ato, acontecimento ou relação que representa um significado. Já o significado estará atrelado a compreensão da subjetividade construída de acordo com o meio social e visão de mundo de cada indivíduo (GEERTZ, 2014).

Durante minha graduação, aproximei-me do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, no qual me inseri com o intuito de aprofundar minhas leituras e estudos relacionados à saúde da mulher em todas as fases de vida, sob uma perspectiva cultural, fazendo que surgisse o interesse pela pesquisa nesta área e incentivando-me a buscar a pós-graduação, inicialmente em nível de mestrado e, posteriormente, doutorado.

Durante o mestrado acadêmico, estudei acerca de concepções de mulheres que haviam vivenciado a gestação de alto risco. Um dos achados de minha dissertação estava relacionado à superação das dificuldades enfrentadas durante o período gravídico. A família era a fonte de confiança e segurança, transmitindo conselhos, carinho e atenção, comprometendo-se com as demandas das gestantes de alto risco e buscando, juntamente com elas, alternativas que as faziam vencer as adversidades que estavam vivenciando. Esses dados estavam permeados pelos valores, crenças e visão de mundo³, que influenciavam no vínculo e no cuidado que os membros da família tinham entre si (WILHELM, 2014).

A partir do ano de 2015, por meio da docência em que acompanhei acadêmicos do quarto e sexto semestre do Curso de Enfermagem da UFSM, na assistência do pré-natal, no centro obstétrico e no alojamento conjunto, pude vivenciar experiências singulares com mulheres e suas famílias no período gravídico-puerperal, percebendo que este é um evento diretamente influenciado pela cultura. Ainda neste ano, finalizei o Curso de Especialização de Cuidado Pré-Natal da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, em que mais uma vez, por meio de minha monografia, sob a forma de um estudo bibliográfico, pude refletir sobre os aspectos que envolvem a família, a gestação e a cultura. Nesse estudo, concluí que a gravidez é um acontecimento importante nas vivências familiares, com repercussões na constituição e organização da família, e que o contexto sociocultural norteia o comportamento desses indivíduos durante esse período. Além disso, neste estudo foi destacado que quando os profissionais de saúde têm sensibilidade, diálogo franco e capacidade de percepção do contexto sociocultural em que essas pessoas estão inseridas, eles demonstram interesse pela mulher e sua família, que são os protagonistas da gestação. Ademais,

³ Se refere aos aspectos cognitivos, existenciais de cada cultura. É o quadro que o homem elabora das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito de natureza, de si mesmo e da sociedade (GEERTZ, 2014, p. 93-103).

ressaltou-se que o vínculo da equipe de saúde com a mulher e sua família pode ser uma ferramenta potencializadora da adesão à assistência pré-natal (WILHELM, 2015).

Nesta mesma época participei da criação do “Grupo de Estudo sobre Cultura”, que era disponibilizado para toda comunidade acadêmica e tinha como finalidade aprofundar estudos de saúde na perspectiva antropológica. Além do grupo, imergi nas leituras de referenciais de cultura, realizando o “Seminário em Enfermagem e Saúde: Antropologia, Saúde e Enfermagem”, na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), como aluna especial do programa de Doutorado. A partir disso, tive uma maior aproximação e interesse pelos estudos da Antropologia Simbólica de Geertz (2014).

No ano de 2016, concomitante ao início da coleta dos dados deste estudo, iniciei a especialização em Enfermagem Obstétrica no Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, para reforçar meus estudos no atendimento obstétrico e perinatal. Durante esta especialização, tive a oportunidade de reforçar a minha percepção de que a família é inerente ao processo gestacional e que ela precisa ser vista junto com a gestante nesse processo. Ademais, este é um período sustentado por elementos valorativos, que segundo Geertz (2014) está relacionado ao modo como as pessoas veem a realidade, a partir dos aspectos morais e estéticos de cada cultura, ou seja, do *ethnos*⁴ do grupo.

Além disso, neste ano de 2017, durante a realização do doutorado sanduíche, me inseri no Grupo de Pesquisa “*Investigación Pensamientos y Lenguaje Enfermero en el Contexto Social*”, vinculado a Universidade Católica de Murcia (UCAM), o qual me proporcionou visitas técnicas em centros de saúde relacionados a obstetrícia, participação em grupos de estudo, participação em disciplinas, que reforçaram o meu referencial teórico metodológico da Tese. Ainda, o doutorado sanduíche me ajudou a constituir/ ampliar/fortalecer uma rede na área da saúde da mulher com o método etnográfico.

Frente ao exposto, foi com esse pano de fundo que busquei a mediação da cultura na vivência familiar durante o processo gestacional⁵, pois se trata de um

⁴ Entendido como aquilo que reúne, além dos aspectos morais e estéticos de uma dada cultura, os valores identitários de um grupo ou sociedade. É o tom, o caráter, a qualidade de vida, é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete (GEERTZ, 2014, p. 93-103).

⁵ Compreendo nesta pesquisa, o processo gestacional de acordo com Zampieri (2010), que relaciona a gravidez como um processo, um evento no ciclo do desenvolvimento humano, o qual pode acontecer em uma cadeia de ocorrências, ligadas entre si direta ou indiretamente. Ressalto que o meu

período especial nas vivências familiares, com repercussões na constituição da família e na formação de vínculos afetivos entre seus membros (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007; SILVA; SILVA, 2009). Destaco que este processo é complexo, dinâmico e transformador, uma vez que a sua vivência significa entender que a gestação vai além da dimensão física, que é marcada por alterações corporais. Conseqüentemente, faz-se necessário entendê-la como um fenômeno estreitamente relacionado às dimensões socioculturais (CAMACHO, 2010).

Nesta direção, a gravidez é um período de mudanças em que cada mulher, juntamente com sua família, vivencia de maneira singular. Quando a mulher engravida, ela não vive isso sozinha. Essa é uma situação compartilhada com todos os membros familiares, em que a cultura determinará suas necessidades, seu modo de vida, enfim, as formas de experienciar esse evento (BARUFFI, 2004).

Nesta esteira de pensamento, durante a gestação, a família é protagonista nas práticas de cuidado e trocas de experiências, pois propaga concepções, valores e costumes entre as gerações (ARRUDA; MARCON, 2007; SILVA; SILVA, 2009). O conceito de família que aqui utilizo diz respeito a uma unidade dinâmica, constituída por indivíduos unidos por laços sanguíneos, de interesse e/ou afetividade, que convivem por espaço de tempo, construindo uma história de vida (ELSEN, 2004). Em virtude disso, esta construção é assumida por cada família de acordo com sua maneira de viver, com suas crenças, saberes e práticas, produzindo, dessa forma, o seu contexto cultural. A família modula essa produção cultural, e a cultura, por sua vez, modula a produção da família, pois tudo, segundo Geertz (2014), é produto cultural.

O produto cultural refere-se às ideias, valores, atos e emoções, que orientam o comportamento das pessoas e de seus grupos sociais, embora esses sejam extremamente distintos entre si e sujeitos a influências que se expressam por meio de símbolos e que se organizam a partir de concepções e conceitos na busca de significados para cada experiência (GEERTZ, 2014). Nesta dimensão, a cultura é o

...padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, é um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e

entendimento desse conceito se alinha inteiramente com o período gestacional, porém, deve-se considerar todas as etapas vividas pela mulher, entre elas, as fases: pré-gestacional, a gestação, trabalho de parto e parto e os primeiros dias pós o parto, devendo todas elas serem levadas em conta no cuidado à saúde da mulher e a família que está envolvida neste processo (ZAMPIERI, 2010).

desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 2014, p. 66).

Os padrões de significados ou padrões culturais são modelos que assumem dois sentidos, um sentido “de” e um sentido “para”. Os modelos “para” funcionam para estabelecer informações para padrões de comportamento. Já os modelos “de” são a representação de modo simbólico destes padrões de comportamento, ou seja, um modelo da realidade (GEERTZ, 2014). Neste aspecto, compreende-se que o indivíduo, para agir no mundo, inspira-se em um modelo dado pela cultura – *modelo de* – e, quando ele age no mundo, está a produzir um *modelo para* a cultura. Por isso a afirmação de que o indivíduo é influenciado pela cultura ao mesmo tempo em que a influencia, ou seja, de que ele é sujeito e ator social no contexto da cultura (GEERTZ, 2014; VAN DER SAN, 2014).

Assim, por meio desse conjunto de entendimento cultural, é possível inferir que a vivência familiar relativa ao processo gestacional é permeada por uma dimensão simbólica. Isto implica compreender o que significa essa gestação para eles, quais repercussões ela trará ao meio familiar, como eles estão lidando com as mudanças que poderão advir, que reprogramações e reorganizações são possíveis dentro do contexto familiar. Implica, ainda, explorar os símbolos e significados que eles dão às suas ações e a si mesmos, como constroem suas teias de significados e como ocorrem os padrões culturais de cuidado⁶.

Contudo, compreender as inter-relações entre as experiências pessoais e os comportamentos e como isso se dá em núcleo familiar representa um grande desafio para os profissionais de saúde (HOGA, 2008), sendo necessário que, ao dirigirem o olhar para as gestantes e suas famílias, percebam que cada uma delas busca construir um modo de viver próprio e que, embora cada família seja única em sua forma de viver, ela faz parte de uma estrutura dinâmica e contínua de interação com o meio que a cerca (ALTHOFF, 2002).

Leininger (2006) refere-se ao cuidado como uma necessidade humana e que precisa ser explicado a partir de uma perspectiva cultural. Para isso, ela sugere três

⁶ O cuidado, na perspectiva cultural, é saber ouvir, dialogar, estar junto, acompanhar, envolver-se, comprometer-se, defender, fazer e agir pelo outro (LEININGER, 2006). Segundo a visão filosófica, o ser humano vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado (WALDOF; BORGES, 2011). Em suma, cuidar é presença, solicitude e preocupação (WALDOF, 2015), é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2017).

modos de decisões e ações de enfermagem, os quais são parte do *Sunrise Model*⁷, podendo se tornar congruentes e benéficos para aqueles que são assistidos.

O primeiro modo é conceituado como *preservação ou manutenção do cuidado cultural*, cujo objetivo é assistir, facilitar ou capacitar gestantes e suas famílias, auxiliando-os a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde, permitindo que mantenham seu modo de vida, seus costumes e valores, empoderando-os para que desempenhem as suas próprias capacidades. O segundo modo refere-se à *acomodação ou negociação do cuidado cultural*, o qual revela formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida do grupo familiar. O terceiro e último é a *repadronização ou reestruturação do cuidado cultural*, que se associa aos modelos reconstruídos ou alterados para auxiliar a gestante e sua família a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a torná-los significativos ou congruentes para eles próprios (LEININGER, 2006). Assim, para Leininger (2006) essas decisões e ações de enfermagem podem proporcionar um cuidado mais coerente com o cotidiano das famílias que vivenciam o processo gestacional, partindo do pressuposto que o cuidado é um fenômeno universal e que suas formas de manifestação variam entre os grupos.

Em consonância com o exposto, penso que a cultura está imbricada na vivência da família no processo gestacional, sendo a visão de mundo de cada indivíduo ancorada no modo de pensar, agir e se relacionar. Ela está, portanto, intrinsecamente ligada à sua cultura. Logo, a forma como a vivência da família no processo gestacional é entendida, na perspectiva cultural, pelos profissionais de saúde, pode determinar um cuidado à mulher e sua família mais qualificado e humanizado. Penso que quando esses profissionais passam a considerar o contexto sociocultural dos sujeitos de seus cuidados, a atenção à saúde pode ser realizada de maneira singular e integral.

Para **justificar** a relevância deste estudo, parto da ideia que cada família apresenta pensamentos e comportamentos singulares quanto à experiência do processo gestacional. Essas particularidades não estão relacionadas apenas com as diferenças biológicas de cada gestação, mas sim com as características socioculturais de cada família. Vale ressaltar a forte influência que a família tem sobre a saúde e bem-estar de cada um de seus membros.

⁷ Simbolizado pelo nascer do sol, no sentido de auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Este modelo considera a operacionalização da teoria e pesquisa e orienta o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar (LEININGER, 2006; GUALDA; HOGA, 1992)

Além disso, as questões inerentes ao processo gestacional, atreladas aos conhecimentos culturais, podem ser utilizadas pelas equipes de saúde, dentre eles os enfermeiros, para realização de intervenções com gestantes e suas famílias, além da aplicação das políticas públicas nesse campo. Em relação à isso, sabe-se que a atenção à mulher no período gravídico puerperal está prevista em alguns manuais técnicos sobre parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2001) e de pré-natal e puerpério (BRASIL, 2006), no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2002), na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2011a), na Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) e também no Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012a). No entanto, ainda se faz necessário que essas políticas públicas sejam realmente implementadas, o que refletiria em cuidados culturalmente congruentes, na busca pela melhoria das condições de saúde das mulheres grávidas e suas famílias. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam relações significativas e respeitadas com as culturas diferentes das suas, o que significa entender o comportamento e pensamento do outro e reconhecer a importância do entendimento dos elementos sociais, políticos e simbólicos que envolvem o processo gestacional. Assim, pretende-se contribuir com a construção da integralidade do cuidado à saúde das gestantes juntamente com suas famílias.

Ademais, o período gravídico-puerperal e a família são considerados como uma das prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015), uma vez que, ainda são muito presentes as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, sendo estes, problemas de saúde pública. Relacionado a mortalidade materna, para atingir o quinto Objetivo Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deveria apresentar uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, o que corresponderia a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. O Brasil teve uma relevante diminuição da RMM, pois de 1990 a 2011, a taxa de MM brasileira caiu 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2014). No entanto, sabe-se que para atingir a meta, a redução anual da RMM no Brasil deve ser de 5.5%.

No que se refere as taxas de mortalidade neonatal no Brasil, elas também vêm se mantendo em níveis elevados, com estimativas de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos. Onde o baixo peso ao nascer, o risco gestacional e condições do recém-nascido são os principais fatores associados ao óbito neonatal, indicando que a inadequação

e qualidade não satisfatória da assistência do pré-natal e da atenção ao parto (LANSKY, et al., 2014).

Além disso, outro estudo revela a morbimortalidade de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde em um período de cinco anos (2002 à 2006), 63,2% dos neonatos tiveram algum tipo de intercorrências no nascimento, onde o principal tipo de parto foi cesáreo, representando 59,6%, sendo que 67,4% dos das crianças nasceram prematuras. (PIESZAK et al. 2013).

Esses dados revelam que a mortalidade materna e neonatal são indicadores importantes que devem ser enfrentados e reduzidos, pois a maior parte dos óbitos pode ser evitada. (CARRENO, BONILHA, COSTA, 2012). Logo, estudos que envolvem questões culturais e o processo gestacional, podem influenciar na qualificação do cuidado, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Uma vez que, quando os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, compreendem os processos de parto e nascimento além das questões biológicas, abrangendo a mulher e a família no seu todo, os quais estão inseridos em um contexto cultural com suas crenças e valores, se tornam peças-chave para a transformação da atenção obstétrica (PRATES, 2017), realizando um cuidado culturalmente congruente e reduzindo essas taxas.

Mediante ao exposto, com a finalidade de contribuir para a possibilidade de ampliação do conhecimento em enfermagem à saúde da gestante e sua família, esta tese tem como objeto a mediação da cultura na vivência familiar relativa ao processo gestacional em uma comunidade localizada em um município de médio porte¹⁸ do Rio Grande do Sul. O objetivo desta pesquisa foi interpretar os símbolos e significados culturais da gestação na vivência familiar por meio da seguinte questão de pesquisa: como a cultura media a participação da família no processo gestacional em uma comunidade localizada em um município de médio porte no interior do Rio Grande do Sul?

Em face disso, apresento meus **pressupostos**, que são abalizados em autores da área da Antropologia, e que conduziram meus estudos:

- O processo gestacional é uma vivência familiar;
- A cultura padroniza a vivência da família no processo gestacional;

⁸ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), trata-se de cidade com população entre 100.000 e 500.000 habitantes.

- Dentro do padrão cultural na vivência familiar há singularidades;
- Em cada família a gestação pode ser percebida de diferentes formas, de acordo com suas particularidades e contexto vivido;
- As crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente influenciam no cuidado da família durante o processo gestacional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, será apresentada uma pesquisa bibliográfica do tipo de revisão integrativa, sob a forma de artigo científico⁹. Esta revisão serviu como ponto de partida para que eu pudesse identificar a participação da família na gestação e, a partir disso, descrever, de forma minuciosa, os detalhes etnográficos segundo a perspectiva da Antropologia Interpretativa que envolvem a referida temática. O artigo encontra-se estruturado de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFMS), no qual foi publicado.

⁹ Esta revisão integrativa também será apresentada como trabalho de conclusão de curso da doutoranda para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica ao Centro Universitário Franciscano, na qual a doutoranda tem como orientadora a professora Dra. Martha Helena Teixeira de Souza.



ARTIGO DE REVISÃO

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

FAMILY PARTICIPATION IN PREGNANCY: INTEGRATIVE REVIEW

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA GESTACIÓN: REVISIÓN INTEGRATIVA

Laís Antunes Wilhelm¹

Luiza Cremonese²

Críslen Malavolta Castiglione³

Martha Helena Teixeira de Souza⁴

Maria Denise Schimith⁵

Lúcia Beatriz Ressel⁶

Doi: 10.5902/2179769224723

RESMO: Objetivo: identificar na produção científica, a participação da família na gestação. **Método:** revisão integrativa, que realizou uma busca em abril de 2017, com os descritores relações familiares e gravidez, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados em Enfermagem e U.S. *National Library of Medicine*. Foram selecionados 12 artigos publicados no período de 2004-2016, que abordassem sobre relações familiares e gravidez, provenientes de pesquisas originais e disponíveis online gratuitos e na íntegra. **Resultados:** a família participa da gestação como: fonte de proteção e apoio, incentivando as gestantes a realizarem o autocuidado por meio de informações e orientações, transmitindo suporte emocional e psicológico e com ajuda financeira. **Conclusão:** a gravidez é um evento familiar e a compreensão da participação da família no processo gestacional, pode contribuir para uma assistência de qualidade. **Descritores:** Relações familiares; Gravidez; Família; Enfermagem.

ABSTRACT: Aim: To identify family participation in pregnancy, in scientific production. **Method:** integrative literature review, in which a search, in April 2017, with the descriptors family relations and pregnancy was performed, in the databases Literature Latin American and the Caribbean in health sciences, and Nursing database U.S. *National Library of Medicine*. Twelve articles published from 2004 to 2016, about family relationships and pregnancy, were selected from full texts in original research and available online free of charge. **Results:** the family takes part in the pregnancy as: protecting and supporting, encouraging pregnant women to perform self-care by means of information and guidance, emotional and psychological support, and with financial aid. **Conclusion:** pregnancy is a

¹ Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: laiswilhelm@gmail.com

² Enfermeira, Doutoranda no PPGENF/UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lu_cremonese@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: crislen_castiglioni@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Professora no Curso de Enfermagem no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Doutora em Ciências. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marthahts@gmail.com

⁵ Enfermeira, Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da UFSM. Doutora em Ciências. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ma.denise2011@gmail.com

⁶ Enfermeira, Professora Associada no Departamento de Enfermagem da UFSM. Doutora em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciaressel@gmail.com



family event and an understanding about the participation of the family in the gestational process can contribute to quality assistance.

Descriptors: Family relations; Pregnancy; Family; Nursing.

RESUMEN: *Objetivo:* identificar en la producción científica, la participación de la familia en la gestación. *Método:* revisión integradora, que realizó una búsqueda en abril de 2017, con los descriptores, relaciones familiares y embarazo, en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Base de Datos en Enfermería y U.S. National Library of Medicine. Fueron seleccionados 12 artículos publicados en el período 2004-2016, que tratan sobre las relaciones familiares y la gestación, resultantes de investigaciones originales y disponibles en línea, gratis y en su totalidad. *Resultados:* la familia participa de la gestación com: protección y apoyo, alentando las gestantes para la realización del autocuidado, por medio de información y orientaciones, apoyo emocional y psicológico, y ayuda financiera. *Conclusión:* la gestación es un evento familiar y la comprensión de la participación de la familia en el proceso, puede contribuir para una asistencia de calidad.

Descriptor: Relaciones familiares; Gestación; Familia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As famílias constroem um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, que são repassados intergeracionalmente e complementados por meio das relações pessoais, que influenciam o seu modo de viver e de seus membros.¹ A família é o primeiro agente socializador e é por meio dela que o ser humano aprende a amar, sentir, se cuidar e cuidar do outro, o que lhe permite a compreensão do mundo e o seu desenvolvimento biopsicossocial e cultural.² Durante o processo gestacional as mulheres costumam realizar diferentes tipos de cuidados baseados na biomedicina e, principalmente, em crenças populares, que estão relacionadas às crenças e tabus presentes no período e que interferem no sujeito, na família e na sociedade.³

Pensa-se a gestação como um acontecimento que envolve todo o conjunto social em que a mulher grávida vive. Assim, a família, como parte desse conjunto, constrói suas rotinas, práticas de cuidado e estima os aprendizados ali construídos. Esse contexto reforça a necessidade de incorporar a família no processo gestacional, pois ela consolida uma cultura própria e influencia diretamente nas decisões de cuidado da gestante,⁴ por meio do modo como ensina, compartilha experiências, crenças, valores, os quais podem aludir no modo de ser, agir, viver, de cuidar e cuidar de si.⁵

A gestação é compreendida como um evento fisiológico permeado por valores culturais que mobilizam a gestante e os demais envolvidos a compreenderem esse período de

acordo com as suas próprias representações.⁶ Estudo que teve como informantes gestantes e seus familiares permitiu entender que a vivência da gestação confere significados tanto para a gestante quanto para a sua família e que isso está relacionado aos (re) arranjos familiares, estruturas emocionais, culturais, condições financeiras, dentre outros aspectos,⁵ que podem gerar mudanças de ordem econômica, psicológica e social na vida da mulher e de sua família para a chegada de um novo membro.⁷

Pesquisa realizada em 2015⁷ reforça, mais uma vez, que a mulher grávida e sua família devem ser entendidas como únicas. Entende-se que o contexto em que se insere a gestante e sua família determinarão o desenvolvimento da gestação. Diante disso, partindo-se desse pressuposto é preciso desvelar a forma como cada família vivencia o processo gestacional para que se entenda a dinâmica familiar e o contexto sociocultural em que vivem, direcionando o olhar a cada uma delas, uma vez que cada família possui a sua forma de viver, com seus hábitos, saberes, práticas e significados próprios.⁵

Assim, o objetivo do estudo consiste em identificar, na produção científica, a participação da família na gestação. E a questão de pesquisa apresenta-se da seguinte maneira: quais as evidências da participação da família durante a gestação?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que pesquisou estudos que abordassem a temática da participação da família durante a gestação. A revisão integrativa da literatura possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado; permitindo aos profissionais de saúde o acesso a resultados relevantes de pesquisas para fundamentar a prática profissional, a partir de um saber crítico.⁸

Para a elaboração da revisão integrativa as seguintes fases foram percorridas: identificação do tema, estabelecimento da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.⁸

A seleção dos artigos foi realizada em abril de 2017, por meio de uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na base *U.S. National Library of Medicine* (PubMed).



Dessa forma, procurou-se expandir o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.⁸

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês ou espanhol; artigos publicados no período de 2004 a 2016, sendo o marco inicial sustentado pelo manual publicado pelo Ministério da Saúde em que trata sobre o impacto que a família tem, seja positivo ou negativo sobre seus membros durante todo o seu ciclo de vida, isto é, desde o período gestacional até a velhice, o que tem importância no entendimento dos problemas em saúde e sua abordagem integral;⁹ artigos que abordassem sobre relações familiares e gravidez; provenientes de pesquisas originais; disponíveis online de forma gratuita e na íntegra. O marco temporal de 12 anos também foi utilizado como balizador em buscas internacionais, a fim de ampliar a gama de publicações encontradas. Os critérios de exclusão foram artigos que não responderam à questão de revisão.

Destaca-se que os artigos repetidos nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. Além disso, ressalta-se também, que para seleção dos artigos a serem incluídos e analisados neste estudo, utilizou-se o critério de qualidade duplo-independente.

Mediante a leitura dos artigos incluídos, a fim de organizar a coleta e análise das publicações que atenderam aos critérios de inclusão, utilizou-se um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave dos artigos, contendo: título, autores, objetivo, delineamento, nível de evidência, país/origem, ano, resultados e conclusões. As produções selecionadas seguiram a classificação da hierarquia da força da evidência.¹⁰

A partir da busca realizada encontrou-se um total de 181 estudos nas três bases de dados (52 na LILACS, 18 na BDENF e 111 na PubMed), dos quais 127 não respondiam à temática; sete não eram artigos originais; sete não estavam disponíveis na íntegra, 25 não respondiam à questão da revisão e três estavam repetidos nas bases de dados. Assim, finalizou-se a busca com 12 artigos para análise.

Para melhor ilustrar a busca e os motivos de exclusão dos estudos, construiu-se os fluxogramas das três bases de dados utilizadas no estudo (Figura 1; Figura 2; Figura 3).

Estratégia de busca: ("relacoes familiares") and "GRAVIDEZ" [Descriptor de assunto] and "ESPAÑHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [Idioma] and "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" [País, ano de publicação]



Figura 1 - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão na base de dados LILACS. Santa Maria, 2017.

Estratégia de busca: ("relacoes familiares") and "GRAVIDEZ" [Descriptor de assunto] and "ESPAÑHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [Idioma] and "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" [País, ano de publicação]



Figura 2 - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão na base de dados BDNF. Santa Maria, 2017.

Estratégia de busca: "family relations"[All Fields] AND "pregnancy"[All Fields] AND ("loattrfree full text"[sb] AND ("2004/01/01"[PDAT]: "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

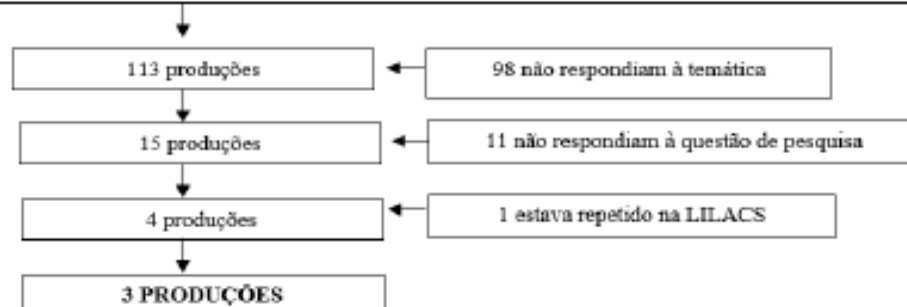


Figura 3 - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão na base de dados PUBMED. Santa Maria, 2017.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os artigos incluídos para análise, no que se refere à abordagem, nove estudos eram qualitativos, dois quantitativos e um quali-quantitativo. Os artigos incluídos foram avaliados conforme seus níveis de evidência,¹⁰ prevalecendo o nível de evidência seis em nove artigos, seguido do nível de evidência cinco em três artigos. Quanto ao país de origem do estudo, um foi realizado no Canadá, um na Austrália e 10 no Brasil, prevalecendo o estado de São Paulo com cinco estudos, o estado do Piauí, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Bahia com um estudo cada. No que se refere ao ano de publicação, 2012 teve três estudos, 2006 dois estudos e 2004, 2005, 2007, 2008, 2010, 2011, 2015 um estudo cada. Considera-se importante mencionar que grande parte dos estudos (10) foram realizados no contexto de gestantes adolescentes e dois estão relacionados às questões culturais.

Referente ao objetivo desta revisão, pode-se observar que a família participa da gestação como: fonte de proteção e apoio,¹¹⁻¹⁶ incentivando as gestantes a realizarem o autocuidado por meio de informações, explicações e orientações sobre o processo vivenciado^{13-14,17-19} transmitindo suporte emocional e psicológico^{13,15,17-20} com ajuda financeira.^{13,15-17,19-22}

A família é considerada como a principal fonte de proteção e apoio às gestantes,⁵ sendo que o apoio familiar, sobretudo, os mais próximos, como a mãe e o cônjuge,¹² foi fundamental em todos os momentos da gravidez até a estruturação da nova família.^{11,13}

Segundo estudo¹⁴ 38,09% das participantes estão sendo preparadas para serem mães ouvindo os conselhos da família, 38,09% estão se preparando nas consultas de pré-natal, 19,05% estão se preparando para criar um lugar ao novo ser em suas vidas e 4,76% acreditam que a preparação só ocorre após o nascimento. Ressalta-se que neste mesmo estudo 32,3% das participantes referiram estar sendo capacitadas por suas mães, 22,6% por seus companheiros, 38,8% informaram, de forma genérica, ser os membros da família, 3,2% apontam a sogra e igualmente 3,2% dizem ser as agentes de saúde. Diante desses dados, é possível constatar que a família é a principal base de sustentação na preparação da gestante para assumir o papel materno, sendo a mãe a personagem-chave e a principal fonte de apoio ao desenvolvimento e a superação de dificuldades durante a gestação.^{14-16,20-21}

No período gestacional a mulher vivencia diferentes modificações em seu corpo e em seus sentimentos, requerendo apoio e suporte específico da família.⁵ Esse apoio traz segurança para as gestantes, a presença da família demonstra solidariedade com seus



membros e isso inclui saber ouvir, dialogar, estar junto, preocupar-se, comprometer-se. O apoio que a família oferece proporciona forças para o enfrentamento das demandas acrescidas pela gestação e maternidade, contribuindo para uma experiência mais positiva desse período, contribuindo para a qualidade de vida da gestante.²³

A proteção, proporcionada pela família, se dá por meio de atitudes que visam garantir a segurança física e emocional e social do grupo familiar. As orientações passadas para as gestantes são baseadas nas diferentes culturas que compartilham crenças a respeito do ciclo gravídico-puerperal, alicerçadas em aspectos que colocam a mulher em uma categoria especial. Neste sentido desenvolvem costumes que visam proteger a mulher que vivencia esse período, além de indicar o que é correto para elas.²⁴

Além do apoio, esta revisão confirmou que a família participa da gestação incentivando as gestantes a realizarem o autocuidado por meio de informações, explicações e orientações sobre o processo vivenciado.^{13,17-19} Durante a gestação, a família como um todo, transmite confiança, segurança, calma e também chama a atenção sobre os cuidados que as gestantes devem realizar nesse período.⁴ Vale ressaltar que, durante a gestação, a família pode ser vista como agente de cuidado, como por exemplo, no cuidado alimentar e nutricional.⁶

Os resultados dessa revisão integrativa salientam a mãe e o companheiro como os principais aliados no vivenciar do processo gestacional, sendo as mães, fonte primordial de informações para as gestantes.¹⁴ Nesse sentido, entende-se as ações de educação em saúde com familiares como instrumento de promoção da saúde, uma vez que por meio dela é possível conscientizar os indivíduos acerca do poder de decisão da sua própria saúde e também sobre a responsabilidade da saúde das pessoas e comunidade em que vivem, incentivando-os no cuidado de seus membros.²⁵

A família também participa da gestação como suporte psicológico.^{15,17,19} Em estudo relacionado com a incidência de diabetes na gestação, a família apareceu como a principal incentivadora emocional e esse incentivo se deu por meio do reconhecimento sobre a perda de peso da gestante.¹⁸ Um estudo²⁰ constatou que 90% das mães mantiveram atitude protetora física e emocional às gestantes adolescentes e 95% incentivaram a filha a uma vida normal. Assim, a família auxilia na redefinição dos projetos, na superação dos obstáculos, por meio do carinho e estruturação emocional.¹³



Estudo⁴ traz em seus resultados que durante a gravidez, a família, por vezes, é a que mais proporciona o suporte emocional. A estrutura emocional se dá por meio de palavras de carinho e incentivo ofertadas pelo companheiro, o que aproxima os casais nesta vivência; na colaboração física, material e sentimental advinda de todos os membros da família; nas conversas que confortam e transmitem otimismo; na troca de confidências acerca das angústias sentidas e na escuta amorosa do companheiro, que reflete em tranquilidade e sentimento de otimismo.

O carinho, a atenção e as palavras de encorajamento são parte do repertório de atitudes espontâneas da família que acalmam as gestantes. Quando as perturbações na saúde mental são minimizadas, elas podem refletir na promoção de saúde das gestantes, diminuindo possíveis complicações no período gestacional.²⁶

A família também se apresenta como ajuda financeira.^{13,15-17,19-20} Em algumas situações, os membros da família acabam até adequam seus hábitos de consumo, mudando de emprego ou incorporando novas atividades remuneradas, a fim de garantir o suporte financeiro necessário a presença da gestante.²²

A necessidade de um suporte financeiro à gestante, muitas vezes, demanda o aumento da renda da família. Para isso, as adaptações e alterações financeiras, de moradia e de trabalho dos membros da família tornam-se imprescindíveis, o que pode causar impacto no cotidiano familiar. Algumas mães de gestantes revelam a importância do apoio financeiro como uma estratégia para reduzir as suas preocupações e da filha grávida.⁵

Outra revisão de literatura,²⁷ com o tema do apoio da família a gestante adolescente, indica que a família realiza, além do apoio afetivo, o apoio financeiro, principalmente pelo pai da criança em busca de garantir um futuro melhor para seu filho.

Destaca-se que para a realização deste estudo foram acessados apenas artigos disponíveis na íntegra e online e utilizadas apenas três bases de dados, sendo assim, ele pode apresentar algumas limitações no que diz respeito às produções referentes à temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos estudos selecionados foi possível identificar as evidências sobre a participação da família na gestação. Constatou-se que a participação ocorre de diversas formas ou seja, por meio do apoio de orientações que incentivam o autocuidado, oferecendo suporte emocional e financeiro.



Esse envolvimento da família na gestação permite concluir que a gravidez é um evento familiar, pois ocorre uma relação de cuidado que influencia no vínculo que eles têm entre si. Cabe lembrar que a cultura pode construir e (re) organizar o contexto familiar, e conseqüentemente, interferir na maneira como cada família participa do processo gestacional, podendo ser vivida, sentida e aceita de diversas formas de acordo com suas crenças, saberes e práticas.

A partir do exposto, como implicações do estudo, corrobora-se que compreender a participação da família no processo gestacional, conhecendo os seus significados, pode contribuir para a prática do cuidado integral e para uma assistência de qualidade à gestante. Considerar os conhecimentos que os grupos familiares constroem juntos, culturalmente, viabiliza o compartilhamento de informações e orientações dentro das possibilidades e reais necessidades de cada gestante e família, possibilitando um cuidado efetivo por parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Baratieri T, Vieira VCL, Marcon SS. A visão da adolescente com reincidência gestacional sobre a família. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):261-9.
2. Teixeira MA, Nitschke RG, Silva LWS. A prática da amamentação no cotidiano familiar — um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. *Kairós Gerontologia.* 2011;14(3):205-21.
3. Baraldi NG. Período pós-parto: práticas de cuidado adotadas pela puérpera [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012.
4. Wilhelm LA, Alves CN, Santos CC, Castiglioni CM, Cremonese L, Ressel LB. Aspectos emocionais de mulheres na gestação de alto risco. *Rev Enferm. UFPE.* 2013;7(Esp):5821-4.
5. Stumm KE. Significados do processo gestacional na vivência da família [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
6. Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana do sul do Brasil. *Texto & Contexto Enferm.* 2014;23(2):382-90.
7. Alves CN, Wilhelm LA, Barreto CN, Carbonell CS, Meincke SMK, Ressel LB. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015;19(2):265-71.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.



9. Palacin JAS. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília (DF): Organização Pan-americana da Saúde; 2004.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
11. Ogido R, Schor N. A jovem mãe e o mercado de trabalho. Saúde Soc. 2012;21(4):1044-55.
12. Maranhão TA, Gomes KRO, Oliveira DC. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. Acta Paul Enferm. 2012;25(3):371-7.
13. Valila MG, Moraes NA, Dalbello NN, Vieira SS, Beretta MIR, Dupas G. Gravidez na adolescência: conhecendo a experiência da família. REME Rev Min Enferm. 2011;15(4):556-66.
14. Witter GP, Guimarães EA. Percepções de adolescentes grávidas em relação a seus familiares e parceiros. Psicol. ciênc. prof. 2008;28(3):548-57.
15. Okiyama MCO, Monticelli M. Promovendo o autocuidado de famílias "grávidas": uma aproximação entre enfermeira e as famílias na fase de aquisição. Ciênc Cuid Saúde. 2005;4(1):89-94.
16. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(7):1447-58.
17. Pereira CCR, Piccini CA. O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. Estud Psicol (Campinas). 2007;24(3):385-95.
18. Michaud C, Gaudreau S. Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. Chronic Dis Inj Can. 2012;32(3):1-15.
19. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latinoam Enferm. 2006;14(2):199-206.
20. Nogueira AM, Marcon SS. Reações e sentimentos de pais frente a gravidez na adolescência. Ciênc Cuid Saúde. 2004;3(1):23-32.
21. Watts MCNC, Liamputtong P, Mcmichael C. Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. BMC Public Health. 2015;15(873):11.
22. Hoga LAK, Borges ALV, Reberte LM. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(1):151-7.
23. Schwartz T, Vieira R, Geib LTC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(5):2575-85.
24. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda; 2013.
25. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(4):701-9.



26. Borges DA, Ferreira FDR, Mariutti MG, Almeida DA. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Rev Inic Cient Libertas*. 2011;1(1):85-9.

27. Patias ND, Gabriel MR, Dias ACG. The family as a risk factor and protection in situations of pregnancy and teenage motherhood. *Estud Pesqui Psicol*. 2013;13(2):586-610.

Data de submissão: 10/11/2016

Data de aceite: 24/08/2017

Autor correspondente: Laís Antunes Wilhelm

Email: laiswilhelm@gmail.com

Endereço: Elpidio de Menezes, n. 21, apto 203. Camobi, Santa Maria/RS

CEP: 97105-110

3 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Partindo do objeto de pesquisa, qual seja, a mediação da cultura na vivência familiar relativa ao processo gestacional, adotei o referencial teórico da Antropologia Interpretativa de Geertz associado ao método etnográfico, cujos conceitos sustentaram e iluminaram o caminho que percorri durante este trabalho. Além deste autor, trarei outros que são referência em estudos acerca de cultura, alguns da área da saúde no Brasil, como Gualda (2010), Langdon (1996), Monticelli (2003), e outros específicos da antropologia, reconhecidos pela clareza e aprofundamento de seus estudos teóricos e práticos nesta área temática, como Damatta (2011), Helman (2014), Laraia (2014), que me auxiliaram na compreensão do objeto de estudo.

A Antropologia Interpretativa foi difundida na década de 60, do século XX por Clifford Geertz, sendo caracterizada pelo paradigma hermenêutico¹⁰ e tendo como ideia principal a análise da cultura como hierarquia de significados. Geertz propõe a compreensão a partir da interpretação, considerando o coletivo das ações, dos discursos, dos símbolos, do ambiente, das instituições e das próprias pessoas, valorizando a experiência e a expressão humana (GEERTZ, 2013; 2014).

Durante o século XX, a partir de um amplo debate concernente a cultura como pano de fundo dos fenômenos socioculturais, envolvendo autores como Tylor e Kluckhohn, que apresentavam conceitos de cultura delimitados a algumas perspectivas que geravam mais dúvidas do que esclarecimentos, Clifford Geertz ganhou destaque como antropólogo ao criar seu próprio conceito de cultura. Para ele, a cultura é como uma rede formada por teias de significados organizadas e interpretadas pelo próprio homem. É um sistema de símbolos significantes, ou seja, como uma teia de símbolos que atribuem significado à existência humana. Assim, a cultura não pode ser vista como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado (GEERTZ, 2014).

A interpretação do que acontece, segundo Geertz (2014), não pode se distanciar daquilo que acontece. Assim, o antropólogo defende o uso da descrição

¹⁰ Na perspectiva de análise cultural, se propõe a compreender com base na interpretação dos significados que surgem da interação social, a realidade concreta dos sujeitos (ECKERT, 1994).

microscópica e densa da realidade, propiciando, de maneira ampliada, a interpretação dos significados dos comportamentos dos indivíduos em suas experiências sociais.

No entendimento Geertziano, o etnógrafo faz uma descrição densa dos fatos, enfrentando

...uma multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar” (GEERTZ, 2014, p. 7).

Ou seja, para que se chegue nessa descrição densa é necessário que o pesquisador mergulhe na cultura do grupo em estudo, por meio da verificação dos acontecimentos observados, da trama de relações existentes nos discursos, do relato registrado, desvelando por intermédio desses o significado do que foi expresso. Geertz (2014, p. 20) declara também que esta descrição densa está comprometida com “o conceito semiótico de cultura e com uma visão afirmativa etnográfica, fazendo uma abordagem interpretativa que pode ser sempre contestável”.

Para uma melhor compreensão do que é a descrição densa, Geertz, em seu livro *A interpretação das culturas*, recorre a um filósofo inglês, Gilbert Ryle, quando este pondera a linguagem, a comunicação, a informação e o entendimento estabelecido a partir da observação de meninos contraindo as pálpebras (piscando), em que um deles o faz por um tique nervoso e o outro pisca, de forma conspiratória, a um amigo. O autor corrobora, a partir do exemplo, que os significados emitidos pelos meninos que individualmente contraem as pálpebras e as significações captadas pelo observador sofrerão variação de acordo com códigos (culturais) já postos – do emissor e do receptor (GEERTZ, 2014). Portanto, é necessário, para interpretação, que a cultura seja remetida a um determinado contexto: àquele de cujas teias emergiu (VAN DER SAN, 2014).

Desta forma, a antropologia busca explicar, compreender, interpretar e apreender os comportamentos interpessoais, as crenças, os hábitos, os valores, os modos de vida e outras dimensões sociais de diferentes grupos (ANGROSINO, 2009; SANTOS, 2010). Ela preocupa-se em conhecer o ser humano em sua totalidade (MARCONI; PRESSOTO, 2015). É uma área do conhecimento que identifica os padrões culturais partilhados pelos indivíduos, buscando deduzir o que há de comum em suas atitudes, atribuições de sentido, significados e simbolismo, experiência do cuidado e do viver em sociedade (LANGDON; WIJK, 2010).

Quando o homem vive em sociedade, ele tem seu comportamento guiado por aspectos culturais, que dão sentido aos acontecimentos de sua vida. Segundo Monticelli (2003, p. 42), a cultura “permite aos grupos e indivíduos a interpretação das suas experiências e a condução de suas ações, permitindo a criação de um elo entre as formas de pensar, aspectos cognitivos e as formas de agir”, ou seja, aos aspectos pragmáticos da vida humana. Trata-se de uma construção simbólica do mundo, a qual está sempre em transformação, em que os atores escrevem e reescrevem o texto cultural, inseridos em determinado contexto, dentro do qual interpretam, organizam e dão sentido à sua existência (COSTA; GUALDA, 2010).

Helman (2014) apresenta a cultura como um conjunto de princípios herdados pelos sujeitos enquanto membros de uma sociedade em particular. Para ele, a cultura assemelha-se a uma “lente” que viabiliza a percepção e compreensão do mundo, exercendo uma forte influência e sendo também influenciada por fatores individuais, educacionais e socioeconômicos. Neste ínterim, Langdon (1996) considera que a cultura consiste em estruturas de significação socialmente estabelecidas, nos termos dos quais os indivíduos, como seres conscientes, percebem e agem no mundo.

Logo a cultura está presente em todos os aspectos da vida das pessoas. Na maioria das vezes, no entanto, ela só é percebida quando entra em choque com as crenças e os valores de outra cultura. Cada cultura tem suas características peculiares e determina o modo de viver, orienta diversos aspectos da vida social das pessoas, prescreve rituais e costumes no dia a dia. A cultura é, portanto, um tipo de conhecimento que usamos e segundo o qual agimos (ARAÚJO, 2009).

Neste sentido, para o antropólogo, a cultura é o contexto no qual os diferentes fenômenos se tornam inteligíveis. Esse entendimento estabelece um pacto entre as formas de pensar e agir das pessoas de um grupo e ressalta a magnitude da cultura na construção de todo evento humano. Nesta esteira de pensamento, pondera-se que percepções, interpretações e ações são culturalmente construídas (COSTA; GUALDA, 2010).

Segundo Silva (2001, p. 27), “a cultura passa a servir como modelo para o homem interpretar seu mundo e também um modelo para agir no mundo”. Dessa forma, o papel fundamental da cultura está em determinar a forma de vida de um grupo. A cultura organiza o mundo para o grupo, e o organiza segundo sua própria lógica, para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica, e sua integração depende dessa lógica (LANGDON, 1996).

Em outras palavras, a cultura se revela no modo de vida de um povo, pelos seus sentimentos, pensamentos e atos, que são transmitidos e transformados dentro de um determinado grupo social. Essa transmissão se dá entre as gerações, de forma que esses elementos possam ser incorporados ou ressignificados pelos mais jovens, o que, conseqüentemente, revigora e dinamiza a cultura (MARTINS, 2012).

Geertz, considera a cultura como sistemas simbólicos. Ela deve ser considerada não como um complexo de comportamentos concretos, mas como um conjunto de “mecanismos de controle, planos, receitas, regras, instruções (que os engenheiros de computação chamam de ‘programa’) para governar o comportamento” (GEERTZ, 2014 p. 32). Com isso, ele entende que todos os seres humanos são geneticamente aptos para receber um “programa”, que aqui consideramos como a cultura. Essa formulação, permitiu-lhe afirmar que “um dos fatos mais significativos a nosso respeito pode ser, finalmente, que todos nós começamos com um equipamento para viver mil vidas, mas terminamos no fim tendo vivido uma só” (GEERTZ, 2014, p. 33).

Em outras palavras, o autor quer dizer que somos aptos, ao nascer, a sermos socializados em qualquer contexto cultural existente. No entanto, isso será limitado pela cultura específica em que, de fato, nascemos. Destarte, a cultura, não é acrescentada no decorrer da existência do sujeito, uma vez que é parte fundamental na sua constituição (GEERTZ, 2014). Destaca-se com isso que o homem é resultado do meio cultural no qual foi socializado e, a partir desse meio, ele se comunica, perpetua e desenvolve seu conhecimento, suas atividades e sentidos em relação à vida (GEERTZ, 2014; SANTOS, 2010; LARAIA, 2014).

Frente a isso, Roque Laraia (2014), em sua obra, tenta mostrar a atuação da cultura e de que maneira ela molda a vida de um sujeito. Ruth Benedict, segundo Laraia, define cultura como “uma lente através da qual o homem vê o mundo. Homens de diferentes culturas usam lentes diversas” (LARAIA, 2014 p. 67). Assim, cada homem olha o mundo por meio de sua cultura, levando-o a acreditar que o seu modo de vida é o mais correto e/ou natural, remetendo-se ao etnocentrismo.

O etnocentrismo, segundo Nakamura (2009, p. 19) “consiste em pensar o mundo por meio de um referencial único, ou seja, tendo como referência a cultura, os valores e os costumes de uma sociedade em detrimento da outra”, ou seja, é a visão ou avaliação que um indivíduo ou grupo social faz de outro, levando em consideração os próprios valores culturais, tidos como superiores aos demais. Desta forma, o

etnocentrismo, por vezes, pode nos trazer dificuldades metodológicas e problemas políticos (SANTOS, 2010).

Em termos metodológicos, interiorizamos valores, normas, posturas e até formas de sentir, agir e pensar que podem atrapalhar a compreensão de outras realidades, resultado da nossa criação, educação e socialização. Frente a isso, precisamos descobrir a relativizar as coisas da nossa cultura e da cultura dos outros, sendo um passo importante para a realização de uma pesquisa antropológica. Precisamos nos libertar do olhar moldado pela nossa sociedade e reconhecer aquilo que nos é estranho (SANTOS, 2010).

Além disso, deve-se considerar que há modos de vidas bons para um grupo que jamais serviriam para outros, conforme sendo demonstrado em estudos dos grupos humanos. Embora existam expressivas diferenças culturais, as “outras culturas” não são necessariamente inferiores. A antropologia condena o etnocentrismo, defendendo que não existem culturas superiores ou inferiores, mas sim diferentes (MARCONI; PRESSOTO, 2015).

Diante disso, a maneira tradicional pela qual os antropólogos têm tentado evitar o etnocentrismo é o relativismo (BARRETT, 2015). A relatividade cultural ensina que uma cultura deve ser compreendida e avaliada dentro dos seus moldes e padrões, mesmo que estes pareçam estranhos ou exóticos, assegurando, desta forma, atitudes mais justas e humanas (MARCONI; PRESSOTO, 2015). Laraia (2014), argumenta que o indivíduo ao se deparar com uma cultura diferente da sua não deve realizar julgamentos de valor tomando como base o seu próprio sistema cultural. Cada sistema possui seus valores e conhecimentos, os quais expressam a visão de mundo que orienta as práticas, os conhecimentos e as atitudes de cada indivíduo ou grupo. É o duplo movimento de transformar o exótico em familiar e/ou transformar o familiar em exótico, ou seja, significa construir conhecimentos sobre algo que para nós é, de imediato, distante ou diferente (DAMATTA, 2011).

Os conceitos de etnocentrismo, relativismo e cultura são importantes para a antropologia e, por conseguinte, a sua agregação inerente à etnografia, uma vez que esta metodologia teve seu início marcado por estudos antropológicos que buscavam o conhecimento das sociedades “exóticas”, ou seja, diferentes dos padrões das sociedades tradicionais, e sobre as quais os antropólogos não coletavam seus dados de modo direto, mas se baseavam em informações enviadas por missionários,

mercadores, militares e funcionários coloniais (SANTOS, 2010), sendo conhecida como a era da “antropologia de gabinete” (BARRETT, 2015).

Foi no início do século XX que os antropólogos, não mais satisfeitos a deixar a coleta dos dados a cargo de armadores destreinados, começaram a embarcar em expedições para as colônias. Para ser capaz de verdadeiramente compreender uma sociedade diferente, o pressuposto era que o investigador convivesse com os indivíduos sendo estudados, tentando se comportar e pensar como eles (BARRETT, 2015). Na história da Antropologia, Bronislaw Malinowski foi considerado o pioneiro do trabalho de campo, embora outros antes dele já tivessem viajado para coletar diretamente os dados (SANTOS, 2010).

Devido a algumas hostilidades resultantes da Primeira Guerra, em 1914, ocorridas nas colônias e territórios das nações europeias, no continente africano e no Oceano Pacífico, as rotas de navegação foram alteradas. Em virtude disso, Malinowski, que havia viajado para o Pacífico com o intuito de estudar os trobriandeses, viu-se obrigado a permanecer na localidade por quatro anos. Esse fato viabilizou o desenvolvimento de estudos com base em uma convivência prolongada, sendo considerada a primeira etnografia¹¹ (COSTA; GUALDA, 2010), e estabeleceu o padrão para a observação participante como uma das principais técnicas da pesquisa etnográfica.

...nesse tipo de pesquisa, recomenda-se ao etnógrafo que de vez em quando deixe de lado sua máquina fotográfica, lápis e caderno e participe pessoalmente do que está acontecendo. Ele pode tomar parte nos jogos dos nativos, acompanha-los em suas visitas e passeios, ou sentar-se com eles, ouvindo e participando das conversas (MALINOWSKI, 1978, p. 31)

A partir daí a Antropologia se transformou na própria forma de escrever sobre as culturas, sendo que a etnografia de Malinowski forneceu elementos para a contestação do evolucionismo social e etnocêntrico (SANTOS, 2010). Assim, inaugurou a observação participante e transformou a antropologia em uma ciência da alteridade¹², e, juntamente com Franz Boas, Malinowski explorou a distância que separava sua sociedade daquela por ele investigada.

¹¹ Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia (MALINOWSKI, 1978).

¹² Significa colocar-se no lugar do outro (PERIANO, 1999).

Numa perspectiva mais contemporânea, a etnografia não é uma questão de utilizar métodos, mas de “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, mapear campos e genealogias e manter um diário” (GEERTZ, 2014, p. 4) para delinear o esforço intelectual de realizar, então, a descrição densa do fenômeno estudado e interpretá-lo. A tarefa é compreender não somente o significado cultural, mas igualmente as falas, os silêncios, os gestos e as ações que dão sentido para os atores sociais (COSTA; GUALDA, 2010). Segundo Geertz (2014), o que torna um texto etnográfico admissível e convincente é a capacidade do autor de demonstrar ter adentrado – e ter sido adentrado – pelo outro. Nesse sentido, a obra etnográfica nunca é a verdade sobre o outro, mas invariavelmente uma interpretação do autor (COSTA; GUALDA, 2010), ou seja, é resultado de seu trabalho de campo e não a realidade propriamente dita; um discurso nem falso nem verdadeiro, representando apenas uma das dimensões de uma realidade multifacetada (FONSECA, 1999).

É igualmente importante destacar que a etnografia envolve duas perspectivas: a *emic*, que se refere a forma pelo qual os indivíduos da cultura percebem o seu mundo, numa visão interna, e a *etic*, que está relacionada as explicações e interpretações das experiências daquela cultura, numa visão externa. Deste modo, no decorrer de um estudo etnográfico, o pesquisador busca a perspectiva *emic* como base do conhecimento, porém também se utiliza da perspectiva *etic* no momento em que interpreta e analisa os dados encontrados (ROSA; LUCENA; CROSSETI, 2003).

A etnografia permite que sejam contempladas as peculiaridades dos fatos em momentos singulares. Desse modo, o trabalho do pesquisador, que se utiliza da etnografia e supera a descrição superficial (restrita aos fatos observáveis), é o de buscar o comum em lugares onde existem formas não usuais de comportamento humano, com o objetivo de ressaltar o grau no qual seus significados variam de acordo com o padrão de vida por meio do qual ele é informado (VAN DER SAN, 2014). Significa que “compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir sua particularidade” (GEERTZ, 2014, p. 10).

Frente ao exposto, o ser humano tem sua conduta guiada por conjuntos de símbolos significativos, criados, transmitidos e transformados pelos próprios homens, para dar sentido aos acontecimentos de sua vida. O entendimento dos comportamentos manifestados pelos indivíduos é a questão fundamental para a Antropologia. Além de ser fundamental para a Antropologia, a compreensão dos comportamentos revelados pelas pessoas é essencial também para os profissionais

de saúde, que podem encontrar nela os subsídios para conhecer e compreender os comportamentos de cuidado adotados pela população e, desta forma, realizar o cuidado em saúde culturalmente congruente (MARTINS, 2012).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A seguir, discorrer-se-á sobre o percurso metodológico que foi trilhado na condução deste estudo. Será descrito a abordagem qualitativa, interpretativa e a vertente antropológica; cenários do estudo; informantes; produção dos dados; interpretação dos dados e aspectos éticos.

4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA, INTERPRETATIVA E ANTROPOLÓGICA

Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, interpretativa e antropológica. Ao resgatar a questão deste estudo – “como a cultura media a participação da família no processo gestacional em comunidade de médio porte no interior do Rio Grande do Sul?” – percebi a necessidade de trabalhar com a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2014), utiliza métodos que subsidiam investigações de grupos e segmentos delimitados, e de histórias sociais sob a ótica dos atores, sendo aplicável ao estudo da história, das relações, que são produtos da interpretação que os homens fazem a respeito do que vivenciam, sentem e pensam.

Ademais, a pesquisa qualitativa visa abordar o mundo “lá fora” e não contextos como os de laboratórios; entender, descrever e explicar os fenômenos sociais “de dentro” de diversas maneiras; analisar experiências de indivíduos ou grupos. Além disso, a pesquisa qualitativa possibilita pesquisar sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, ao mesmo tempo em que permite o estudo sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais e fenômenos culturais. Ela pode ser baseada na observação e no registo de práticas de interação e comunicação, bem como na análise desse material (FLICK, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

No interior da abordagem qualitativa e considerando o marco teórico referencial desta tese, a orientação antropológica é a mais pertinente ao que se pretende com o estudo. Assim, a antropologia interpretativa, defendida por Geertz, não vem responder as nossas questões sobre o fenômeno, mas vem colocar a nossa disposição

respostas que os homens deram. Penso que a escolha dessa direção me possibilitou descrever o comportamento e a cultura do ponto de vista dos meus informantes, considerando o contexto em que estavam inseridos.

Como já expliquei anteriormente, durante o referencial teórico, na antropologia, o método utilizado é a etnografia. E é exatamente ao compreender a prática etnográfica que se pode entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento (GEERTZ, 2014). Para Madeleine Leininger, enfermeira estadunidense, que na década de 1960 tornou-se doutora no campo da antropologia, a etnografia está relacionada a um processo que busca observar, detalhar, descrever, documentar, analisar e, derradeiramente, interpretar o estilo de vida ou os padrões de culturas e subculturas em seus ambientes naturais (LEININGER, 2006).

Devido às possibilidades de interpretação da temática, que surgiram durante esta pesquisa, entendo que a vertente antropológica foi a melhor opção para o desenvolvimento da tese, uma vez que ela está estreitamente vinculada a pesquisas que se preocupam com “a relação entre os fatos, representações e fenômenos e a cultura, objetivadas nos símbolos, valores e significados, sejam subjetivos ou coletivos, decorrendo do conhecimento desenvolvido na antropologia” (LEOPARDI, 2001, p. 107).

4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo contou com dois tipos de cenários, geral e etnográfico. A região norte do município de Santa Maria/RS, local onde está localizada a Unidade Sanitária Kennedy (USK), foi o cenário geral deste estudo. Os cenários etnográficos foram os domicílios das gestantes e de suas famílias; as consultas de pré-natal com a enfermagem e com a equipe médica; os grupos de gestante; as cerimônias do chá de fraldas; as visitas aos hospitais, onde ocorreriam os partos, para o reconhecimento pelas gestantes; os momentos de realização de exames de ultrassonografia obstétrica; e uma viagem para visita aos familiares em outra cidade do estado.

O município de Santa Maria está localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, possui um território de 1.781,757 km² e conta com uma população de aproximadamente 260 mil habitantes. As mulheres correspondem a 52,63% desse

número e 60,76% delas estão na faixa etária entre os 10 e 49 anos (IBGE, 2017). A USK está localizada na região norte da cidade de Santa Maria/RS. Nessa região, a distribuição populacional do bairro é de aproximadamente 45.000 habitantes¹³. O local apresenta uma série de problemáticas relacionadas às desigualdades sociais, tais como altos índices de desemprego, violência, tráfico de drogas, doenças infectocontagiosas, precariedade de saneamento básico e habitação. A condição de pobreza é a realidade da maioria dos moradores da localidade.

Na USK, desde o ano de 1993, o curso de Enfermagem da UFSM, desenvolve um projeto de ensino, pesquisa e extensão, denominado “Uma parceria entre a UFSM e a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM), na redefinição de práticas de ensino e assistência na atenção básica”. Por meio dessa iniciativa, foram criadas e mantidas ações de assistência pré-natal, planejamento reprodutivo e puerpério.

Escolhi esse local de forma intencional, pois atuei no serviço pré-natal, como professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Com isso, tinha uma aproximação com a equipe que realiza atendimento às gestantes e com a própria comunidade, o que ajudou no acesso ao campo, na aceitação por parte dos informantes e na interpretação do contexto sociocultural e econômico que as gestantes e suas famílias estavam inseridas.

Com relação aos cenários etnográficos, em especial os domicílios, foi possível observar que eles eram organizados de maneira particular e característica por cada família. Todas as famílias residiam em casas próprias. Fiz inicialmente contato telefônico com os possíveis informantes.

Os primeiros informantes-chave me convidaram para conhecer sua casa no segundo contato telefônico. A casa era de alvenaria, sem pintura, com quatro cômodos (sala de estar, quarto do casal, cozinha e banheiro). A sala era ampla, sendo o cômodo no qual eu permanecia por mais tempo durante as visitas. Havia um sofá marrom de três lugares, e em frente a ele estava situada uma estante com uma televisão e várias fotos do casal e da família da gestante. Além disso, havia uma mesa de jantar com quatro lugares, que era muito utilizada pelo grupo familiar e onde eu dividia algumas refeições com os informantes. Ao lado da sala ficava o quarto, no qual

¹³ Informação obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

havia uma cama de casal, um roupeiro e uma cômoda. A cozinha ficava nos fundos da casa, com móveis e utensílios básicos, como geladeira, fogão, pia etc., todos bem organizados. No decorrer do período da coleta de dados, esses informantes-chave construíram e se mudaram para outra casa, a qual estava situada no fundo do quintal da casa antiga. A maioria dos móveis eram os mesmos. A porta de entrada da casa nova dava acesso a sala de estar, onde se encontrava a estante com a televisão e um jogo de sofá (dois e três lugares). A cozinha era estilo americano, ao lado da sala, separado apenas por uma coluna de concreto, e era bem ampla. Próximo à janela lateral estavam o fogão, ao lado dele uma pia, um armário com parte aérea e a geladeira. A mesa com quatro cadeiras ficava posta no centro da cozinha. Havia uma máquina de lavar roupa, próxima à porta, que dava acesso aos fundos da casa, onde havia uma grande área verde. Além disso, a casa tinha dois quartos, o do casal e o do bebê. O último quarto, tinha um berço, um roupeiro de duas portas e uma cômoda. Esta era a única parte da casa que estava com as paredes pintadas, na cor azul. O casal escolheu esse tom pelo fator de o bebê que esperavam ser do sexo masculino. Na janela do quarto havia uma cortina branca, que tinha sido providenciada pela mãe da gestante. O banheiro ficava entre os dois quartos, e de frente para a cozinha.

A casa da segunda família era de madeira. Havia um pátio na frente da casa, onde havia uma casinha de cachorro e algumas coisas jogadas no chão, como madeira e panela. Havia uma cadela com sete filhotinhos, que na maioria das visitas estavam choramingando e procurando o sol para deitar, pois era inverno. Na frente da casa, havia uma árvore que fazia sombra para as cadeiras, nas quais, na maioria das vezes, nos acomodávamos durante as visitas. Os cômodos da casa eram pequenos. Na sala de estar, havia dois sofás vermelhos (cada um com dois lugares), dispostos um de frente para o outro, e entre eles havia um tapete. Além disso, havia um criado mudo e uma televisão pequena sobreposta. Os móveis eram antigos e a sala dava acesso ao quarto do casal (uma cortina roxa servia como porta). Nele havia uma cama e um roupeiro. O outro quarto, localizado próximo à cozinha, era dos dois filhos pequenos. A cozinha, onde poucas vezes fui convidada a permanecer, era pequena e com poucos móveis.

A terceira família dividia uma casa de dois pavimentos. No andar inferior morava a sogra da gestante e no superior, o casal. A casa era grande e de alvenaria. Na parte onde morava a sogra, apenas conheci os fundos, pois era onde se tinha acesso para chegar na parte superior, onde residia o casal. Ao subir as escadas, havia uma

varanda bem ampla, que possuía de um lado a área de lavanderia e um banheiro, e do outro um jogo de sofá e uma mesa com três cadeiras, onde lanchávamos. Ao entrar na casa, havia uma cozinha, que também era ampla e bem iluminada. Ao lado dela ficava o quarto do casal, que possuía uma cama, um guarda roupas e um berço para o bebê. Além desse quarto, havia mais dois, um que era para visitas e o outro que seria organizado para o bebê. Entre esses, havia outro banheiro. Na sala de estar, em uma estante, estavam vários porta-retratos, e a gestante me explicou quem eram as pessoas nas fotografias. Primeiro falou do sobrinho de 26 anos, que dormia alguns dias ali na casa deles. Este rapaz estava de casamento marcado e logo deixaria a casa para residir com a noiva. O casal de informantes seriam os padrinhos de casamento. Em seguida, me mostrou uma foto do dia do seu casamento com a família do marido, assim como uma fotografia de seu sogro. Na sala havia também um sofá de quatro lugares, uma estante com a televisão. Esta sala dava acesso a uma sacada de frente para a rua.

A quarta família dividia um terreno. Na parte da frente havia a casa onde moravam os sogros da gestante, uma cunhada (que era a noiva do sobrinho da terceira família) e a avó do marido. A gestante permanecia nesse imóvel durante o dia, pois ajudava na produção de doces (cocada e rapadura), que eram comercializados no centro da cidade, gerando parte da renda da família. Na casa dos fundos morava o casal. Eles estavam finalizando a construção dessa casa quando descobriram a gravidez. A casa era de alvenaria, possuía quatro cômodos, sendo uma sala, onde eles tinham um sofá em “L” e uma estante com a televisão; a cozinha, que ficava no mesmo ambiente, não era dividida por parede. A casa estava sempre limpa e organizada, pois o casal fazia as refeições na casa da frente. O quarto ficava em frente à sala e possuía uma cama, um roupeiro, uma cômoda e o berço do bebê. Eles planejavam construir um outro cômodo que serviria como quarto do bebê. O banheiro ficava nos fundos da casa, próximo à cozinha.

Pensando no domicílio dos informantes, Wright e Leahey (2012), explicam que o conhecimento deste local pode proporcionar a contextualização da realidade da família, intensificando assim o relacionamento entre o pesquisador e os informantes. Considero que este foi o principal cenário etnográfico onde pude observar e conhecer acerca da vivência da família no processo gestacional e suas nuances com a cultura de cada grupo.

O acesso às gestantes e, conseqüentemente, às famílias ocorreu pela indicação e intermédio das enfermeiras da Unidade Sanitária Kennedy. Elas indicaram gestantes que realizavam o pré-natal, tanto com as enfermeiras quanto com os médicos. Destaca-se que todas as gestantes selecionadas faziam pré-natal com ambos os profissionais. Durante as consultas de pré-natal com enfermeiros, os informantes eram orientados quanto aos aspectos relacionados à fisiologia gestacional, fisiologia fetal, sexualidade, alimentação, hidratação, repouso, uso de medicações, importância da realização de atividade física, exames de rotina, direitos no pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, entre outros. Além das orientações, também eram realizados os exames gineco-obstétricos recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), durante o pré-natal. Estas consultas tinham um caráter educativo em destaque e permitiam a espontânea conversação e solicitação de explicação por parte dos informantes a respeito da evolução gestacional e fetal. Acrescenta-se que todos os membros da família que acompanhavam a gestante eram convidados para participar da consulta.

Outro cenário correspondeu aos grupos de gestante, que compunham o curso denominado “Preparo para o parto, à maternidade e à paternidade”, organizado por acadêmicos e docentes do Curso de Enfermagem, que realizavam aulas práticas neste local. Estes grupos se reuniam mensalmente (quatro a cada semestre), e discutiam as seguintes temáticas: hábitos saudáveis de vida na gestação e o desenvolvimento do feto; aleitamento materno; trabalho de parto e parto; e cuidados no puerpério – para a mãe e o recém-nascido.

As consultas médicas de pré-natal restringiam-se aos exames gineco-obstétricos recomendados durante o pré-natal e à prescrição de medicações ou exames. Havia conversação e explicação regular ou mínima acerca das dúvidas da gestante, e geralmente somente ela e um acompanhante entravam no consultório.

4.3 INFORMANTES

Os participantes do estudo, em investigações etnográficas do tipo que trilhei, são denominados informantes-chave e informantes gerais. Os informantes-chave são aqueles que conhecem ou vivenciam o fenômeno, e os informantes gerais são

aqueles que fornecem informações suplementares à pesquisadora. Esta seleção dos informantes envolve a identificação cuidadosa de pessoas que representam a cultura e demonstram um potencial para revelar informações substanciais, com pontos de vista similares ou diferentes sobre o fenômeno a ser estudado (ROSA; LUCENA; CROSSETI, 2003). Neste sentido, considereei que todos os participantes desta pesquisa foram informantes-chave, pois vivenciavam e auxiliavam na compreensão e na interpretação dos eventos e das atividades relativas ao processo gestacional observadas por mim, os quais refletiam seus valores, suas crenças e seus estilos comuns da cultura (LEINENGER, 1991; POLIT; BECK, 2011).

A técnica para captação foi intencional, selecionando quatro gestantes e onze familiares, totalizando 15 informantes-chave (IC). Os familiares da primeira gestante foram o marido, o pai e a mãe; da segunda gestante foram a mãe, marido e a irmã; da terceira gestante foram o marido, cunhada e sogra; da quarta gestante foram o marido e a sogra. Todos eram próximos e acompanharam a gestante no processo gestacional. Além disso, os encontrava com frequência, o que ajudou na captação deles.

O critério de inclusão foi as gestantes e suas famílias estarem adstritas na Unidade Sanitária Kennedy. Os critérios de exclusão, por outro lado, levavam em consideração a gestação de alto risco e a gravidez de adolescentes¹⁴ e as respectivas famílias por acreditar que os dados refletiriam tais aspectos podendo, assim, influenciar os resultados da pesquisa. Todas as gestantes foram captadas no primeiro trimestre gestacional e foram acompanhadas até o período do puerpério imediato¹⁵, uma vez que no parto e pós-parto alguns dados foram revelados quanto a vivência da família no processo gestacional.

Quanto ao número de informantes, Minayo (2017) pondera que em pesquisas com abordagem qualitativa o número ideal é aquele que indica as múltiplas dimensões de determinado fenômeno ou que possibilita ao pesquisador encontrar a lógica interna do seu objeto em todas as suas conexões e interconexões. Logo, a quantificação foge, a *priori*, à lógica que preside os estudos qualitativos. Ainda de acordo com Leininger (2006) o número de informantes varia de acordo com o fenômeno estudado. Ela

¹⁴ De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069/90 a adolescência corresponde à faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

¹⁵ O puerpério imediato refere-se do 1º ao 10º dia após a parturição (VIEIRA et al., 2010).

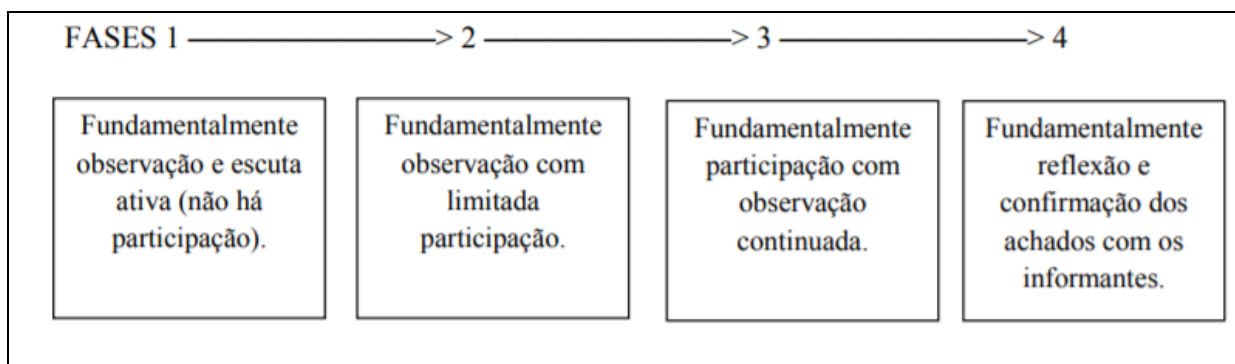
ênfatiza que, em uma etnografia, o importante é o significado do depoimento do informante em relação aos objetivos da pesquisa.

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados foi realizada entre abril do ano de 2016 a janeiro do ano 2017. Após a identificação dos possíveis informantes da pesquisa na USK, convidei-os verbalmente para participação na pesquisa. Neste estágio, informei que a produção dos dados ocorreria, principalmente, no domicílio deles, por meio de visitas que seriam previamente agendadas. Contudo, com o aceite e aproximação dos informantes-chave, a coleta dos dados também ocorreu em outros ambientes, nos quais eu os acompanhava em suas rotinas e também em situações relacionadas à gravidez, como nas consultas de pré-natal, grupos de gestantes, durante a realização dos exames de ultrassonografia obstétrica, em viagem para visitar familiares, no conhecimento das maternidades e no chá de fraldas.

Como a pesquisa foi desenvolvida com base em estudos da antropologia, nesta etnografia a coleta de dados foi baseada no modelo da etnoenfermagem, seguindo o modelo de Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), proposto por Leininger (2006). Ela é composta por quatro fases que me auxiliaram a compreender o cotidiano dos informantes-chave envolvidos na pesquisa, direcionando as etapas da coleta de dados e permitindo que eu entrasse no meio em que os informantes estavam inseridos, de maneira gradual, e permanecesse no contexto natural deles. A Figura 1 apresenta as quatro fases do modelo O-P-R, quais sejam 1) Observação; 2) Observação com alguma participação; 3) Participação com alguma observação; e 4) Observação reflexiva.

Figura 1— Modelo O-P-R



Fonte: (LEININGER, 2006, p. 52).

Na primeira fase, com a entrada no campo, realizei a observação, de maneira afastada do fenômeno observado, embora estivesse atenta ao que acontecia no contexto cultural das gestantes e de suas famílias. Esta etapa foi o momento em que se obteve uma visão geral da situação, sendo essencial para que posteriormente houvesse uma interação maior com os informantes-chave. Para tanto, utilizei um roteiro de observação sistematizada descrito por VÍctora, Knauth e Hassen (2000) (APÊNDICE A).

Essas autoras aconselham que seja observado o ambiente interno e externo do contexto, e também as relações entre os ambientes, entre as pessoas, a sua localização, as alterações no ambiente durante a observação e a distância com relação ao pesquisador. Além disso, elas ponderam que é essencial observar a linguagem dos informantes-chave, os comportamentos dos sujeitos, os relacionamentos entre os indivíduos, entre as pessoas e o observador e monitorar o tempo de ocorrência dos diferentes momentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A principal vantagem da observação reside no fato dos acontecimentos serem percebidos diretamente, sem nenhum tipo de intermediação, colocando o pesquisador diante do fenômeno estudado tal como este acontece naturalmente (LEOPARDI, 2001). Além disso, é importante destacar que uma atitude esperada do observador é que este se coloque sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito e empatia (QUEIROZ et al., 2007). Acredito que o uso da observação nesta pesquisa possibilitou o alcance de múltiplos resultados e percepções acerca da vivência da família no processo gestacional.

Na segunda fase, prossegui com a observação e, ao mesmo tempo, comecei a participar, priorizando algumas conversas informais e tentando interagir com os

informantes. Foi nesse estágio que a observação se tornou mais focalizada. A participação se deu nos domicílios, nas consultas de pré-natal e grupo de gestantes, bem como durante a realização do ultrassom obstétrico e no reconhecimento das possíveis maternidades a serem escolhidas para o parto. Nesta fase, priorizei o detalhamento das ações que observava, sendo uma das recomendações do modelo O-P-R (LEININGER, 2006).

Na terceira fase, participei de forma mais ativa, isto é, continuava observando, mas de forma diminuída. Foi quando participei da rotina dos participantes em seus domicílios, por meio de viagens para visitar a família de uma gestante, durante a organização e participação no chá de fraldas, quando íamos para o hospital, para avaliação da gestante, durante a suspeita do trabalho de parto, no parto e puerpério imediato. Em todas essas situações fui convidada pelos informantes-chave. Além disso, foi nessa fase que realizei a entrevista por meio de um roteiro semiestruturado, que continha perguntas que ajudaram na compreensão das vivências familiares relativas ao processo gestacional (APÊNDICE B). A entrevista foi combinada previamente com os informantes-chave e realizada no domicílio deles, sendo gravada em aparelho digital e posteriormente transcrita para análise. Segundo Leininger (2006), a entrevista foi proposta para a descoberta dos significados culturais do grupo, enfatizando a interação com o contexto social, investigando-se o fenômeno a partir da vivência dos informantes.

Na quarta fase, fiz observações reflexivas, repensei o fenômeno, observei, avaliei as informações encontradas e retomei junto com os informantes-chave questionamentos que estavam pendentes. Esta foi a fase que validei os resultados do estudo. Os resultados registrados foram disponibilizados para os informantes-chave, para que lessem e apontassem as convergências e/ou divergências. Este é um processo preconizado por Leininger, pois permite que os informantes transmitam seu conhecimento sobre o assunto em pauta. A autora enfatiza a importância dessa troca, em invés de tentar guiar ou conduzir os informantes em suas respostas, fator crucial para a pesquisa qualitativa (LEININGER, 2006; WEISSHEIMER, 2002).

Também utilizei o diário de campo durante toda a coleta de dados, em que foram armazenadas as informações daquilo que observava, vivia e ponderava junto aos informantes. O diário de campo, na etnografia, consiste em um instrumento pelo qual o pesquisador registra todas as visitas ao cenário de pesquisa (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000). Ele estava organizado em notas teóricas e metodológicas

das observações. As notas teóricas eram relativas às minhas interpretações. Já as notas metodológicas, contemplavam as observações referentes à própria produção dos dados e alguns lembretes sobre as temáticas que eu precisava aprofundar com os informantes (SHATZMAN e STRAUSS, 1973).

4. 5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a interpretação dos dados utilizei o guia de análise sugerido por Leininger (2006), que oferece quatro fases sequenciais:

A primeira fase trata da *coleta, descrição e documentação dos dados brutos (utilização de diário de campo)*. Nesta fase, escrevi e documentei os dados brutos, incluindo minhas observações e registros das minhas participações, além da gravação de dados das entrevistas realizadas com os informantes-chave a fim de identificar os símbolos e significados contextuais, fazer interpretações prévias, identificar símbolos e gravar dados. Os dados do diário de campo, completos e condensados, foram processados diretamente e estavam prontos para análise (LEININGER, 2006).

A segunda fase caracteriza-se *pela identificação e categorização dos descritores e componentes*. Codifiquei e classifiquei as informações em relação ao domínio, à investigação e às questões sob estudo. Os descritores *emic* foram estudados dentro do contexto, pelas similaridades e diferenças. Os componentes foram, então, agrupados pelos seus significados (LEININGER, 2006).

A terceira fase da análise refere-se ao *padrão e análise contextual*. Nela, examinei os dados para descobrir saturação¹⁶ de ideias e padrões recorrentes de significados, expressões, formas estruturais, interpretações ou explicações similares e diferentes de dados relacionados ao domínio da investigação. Os dados também foram examinados para mostrar padrões com respeito aos significados em contexto, com credibilidade e confirmação dos resultados (LEININGER, 2006).

A quarta fase compreende os *temas principais, resultados de pesquisa, formulações teóricas e recomendações*. Esta é a maior etapa e exige a síntese de pensamento, análise da configuração, interpretações de resultados e formulação

¹⁶ Leininger (2006) refere que esta é a evidência de se ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido do fenômeno sob estudo.

criativa dos dados de fases anteriores (LEININGER, 2006). Foi nesta fase que concretizei a síntese e a análise das interpretações dos significados culturais da gestação na vivência familiar. A tarefa do pesquisador é resumir e confirmar temas principais, resultados de pesquisa, recomendações e, algumas vezes, propor novas formulações teóricas (LEININGER, 2006).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Neste estudo foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A tramitação do registro da pesquisa seguiu o percurso de registro inicial no SIE/UFSM e no Gabinete de Apoio à Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde; em seguida, foi solicitado a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Maria e finalmente encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM (CEP), via Plataforma Brasil online. O estudo foi aprovado sob o número do parecer 1.458.299 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52531616.0.0000.5346 (ANEXO A).

Após a aprovação nestas instâncias, a coleta dos dados teve início. Ressalta-se que antes da coleta propriamente dita, os informantes tomaram conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que foi assinado por eles e também pela doutoranda. O documento foi preenchido em duas vias, das quais uma ficou em posse dos informantes e a outra da pesquisadora responsável. Eles foram informados, individualmente, acerca do objetivo da pesquisa, dos benefícios que esta promoveria, dos possíveis riscos e da não obrigatoriedade de sua participação. Os benefícios relacionavam-se diretamente com a produção de conhecimentos referentes à vivência da família no processo gestacional, contribuindo para a organização e implementação de ações que possibilitam aos profissionais de saúde perceberem a importância e o diferencial qualitativo na atenção à mulher, no período gestacional, quando considerado o contexto sociocultural dos cuidados prestados a elas e a suas famílias. Já os possíveis riscos se relacionavam ao constrangimento, embaraço ou desconforto durante a coleta de dados. Se isso ocorresse, a coleta de dados somente teria seguimento se o informante tivesse

condições de continuar. Em caso o contrário, a coleta de dados seria descartada ou remarcada conforme o desejo do participante.

Foram informados, também, de que poderiam solicitar sua exclusão, sem qualquer prejuízo, em qualquer momento da coleta de dados para a pesquisa. Foi destacado o direito de privacidade dos informantes, não havendo, em nenhum momento da pesquisa, exposição pública de sua pessoa ou elementos de suas informações que os identifiquem e que suas identidades seriam mantidas em sigilo. O anonimato dos informantes foi viabilizado com a utilização do sistema alfanumérico de representação dos dados. Conseqüentemente, foram utilizadas as letras “IC” para fazer menção a cada um dos informantes-chave seguidas de um número que indicava a ordem segundo a qual ocorriam.

Também nos comprometemos a manter a confidencialidade dos dados, bem como utilizá-los somente para fins de pesquisa de acordo com o exposto no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D). As informações somente serão divulgadas de forma anônima e o material da coleta de dados ficará armazenado no prédio do Centro de Ciências da Saúde/UFSM sob a responsabilidade da professora responsável, Dra. Lúcia Beatriz Ressel, na cidade de Santa Maria – RS, por um período de cinco anos antes de serem destruídos. Não obstante, o processo interacional para a realização desta investigação foi permeado, em todos os momentos, pelo respeito à individualidade, aos valores e à cultura de cada pessoa participante do estudo.

Além disso, nos preocupamos com o rigor da pesquisa, salientando que seguimos os critérios estabelecidos para estudos etnográficos no campo da enfermagem, que são *credibilidade, confirmabilidade, significado em contexto, padrões recorrentes, saturação e transferibilidade* (LEININGER, 1991; 2006).

A *credibilidade* é o processo de acreditação de afirmativas sobre a realidade investigativa, a partir da plausibilidade dos dados para os envolvidos, ou seja, a autenticidade e a exatidão dos resultados que são estabelecidos de comum acordo entre o pesquisador e os informantes. Neste estudo, a credibilidade foi assegurada por meio das minhas experiências diretas como pesquisadora junto aos informantes-chave e também por meio do olhar atento e do cuidado com as interpretações ou esclarecimentos das pessoas.

A *confirmabilidade* ocorreu em vários encontros com os informantes-chave, onde aconteceram repetições das explicações e interpretações dos dados por eles sobre determinados fenômenos e informações. Além disso, no final do período de

coleta com cada família, disponibilizei os dados registrados para os informantes-chave a fim de que eles realizassem a confirmação e a validação dos resultados.

O *significado em contexto* diz respeito aos dados que são significativos e relevantes para as pessoas no ambiente em que vivem. Assim, tentei garantir que as informações sobre as vivências familiares durante o processo gestacional, obtidas por observações ou pelas entrevistas, fossem interpretadas à luz do contexto de suas ocorrências.

Os *padrões recorrentes* foram identificados nos registros de padrões, temas e ações que se repetiam ao longo da coleta de dados. Eles refletiam a consistência das formas de vida e os comportamentos padronizados encontrados nos cenários do estudo.

A *saturação* se refere às informações detalhadas de tudo o que é ou pode ser conhecido sobre os fenômenos relacionados ao domínio da investigação em estudo. Nesta pesquisa, adotei-a como critério para interromper a produção dos dados, uma vez que após a exploração exaustiva do objeto do estudo concluí que não havia novos dados ou ideias emergindo a partir dos informantes-chave ou das situações observadas.

A *transferibilidade* é quando os resultados podem ser transferidos para contextos semelhantes, ou seja, os resultados podem ser aplicados em outras situações que contenham condições parecidas com as estudadas. Leininger alerta que é de responsabilidade do pesquisador estabelecer se é possível ser encontrado um novo contexto de pesquisa. Nesse sentido, considero que os resultados desta pesquisa podem ser utilizados como subsídios teóricos, os quais contribuirão no planejamento e na organização dos serviços de saúde em relação a vivência familiar durante o processo gestacional, a partir da compreensão dos significados culturais.

4.7 TESE

A partir do exposto e, com base nos dados teóricos levantados até o momento, apresento a tese que será defendida e substanciada pelos resultados e discussão apresentados, sendo ela: “o contexto cultural modula a forma como as famílias criam, transmitem e modificam os símbolos e significados que compõem a teia cultural à

vivencia familiar relativas ao processo gestacional. Desta forma, os símbolos e significados estão estreitamente relacionados às crenças, aos valores, às experiências, aos atos, aos acontecimentos e à visão de mundo de cada sujeito, que se representam em suas rotinas, relevando diferentes padrões culturais de cuidado”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa incluem, primeiramente, a caracterização¹⁷ dos informantes-chaves e, em seguida, encontram-se os artigos originais que compõem os resultados dos estudos.

Para melhor entendimento e identificação dos informantes-chave, construí um quadro (Quadro 1). Destaco que a referência da parentalidade é a da gestante:

Quadro 1 — Informantes-chave

| Família* | | | | |
|----------|-------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Primeira | Gestante (F1IC1) | Marido (F1IC2) | Pai (F1IC3) | Mãe (F1IC4) |
| Segunda | Gestante (F2IC5) | Mãe (F2IC6) | Marido (F2IC7) | Irmã (F2IC8) |
| Terceira | Gestante (F3IC9) | Marido (F3IC10) | Cunhada (F3IC11) | Sogra (F3IC12) |
| Quarta | Gestante (F4IC13) | Marido (F4IC14) | Sogra (F4IC15) | |

* A letra F refere-se a família e as letras IC a informantes- chave.

Fonte: elaborada pela autora.

A **primeira família** investigada foi captada na segunda consulta de pré-natal com a enfermagem, época em que a gestante, cuja gravidez não havia sido planejada, embora fosse desejada, estava com cinco semanas de gestação. Ela (F1IC1) tinha 21 anos e estava realizando o curso Técnico em Enfermagem. O seu companheiro (F1IC2) tinha 31 anos e trabalhava em uma transportadora. O casal se conheceu no ano de 2010, em uma igreja evangélica, na cidade de Pelotas/RS local onde a gestante morava. Após o casamento (2012), ela mudou-se para Santa Maria. Esta era a primeira gestação do casal e a data provável do parto seria o dia 18 de dezembro de 2016. No entanto, o bebê, que era um menino, chegou antes, no dia 13 de dezembro de 2016, através do parto normal, num hospital público do município de Santa Maria. Quem acompanhou a gestante no parto foi seu marido. Embora os pais

¹⁷ Ela foi realizada de maneira individual para núcleo familiar, sendo apresentado o que era destacado pelos informantes-chave. No entanto, algumas características foram identificadas em todos os grupos.

da gestante (F1IC3 e F1IC4) morassem na cidade natal dela, pude incluí-los como informantes-chave, pois viajava com a gestante quando ela ia visitá-los, bem como tinha contato com eles quando vinham a Santa Maria. A gestante afirmava que, mesmo com a distância, eles estavam sempre próximos ao casal, o que também identifiquei durante a pesquisa.

A **segunda família** era formada pela gestante (F2IC5), seu companheiro (F2IC7) e dois filhos (um menino de quatro anos e uma menina de cinco anos) do casal. O convite para a participação do estudo também ocorreu na segunda consulta de pré-natal com a enfermagem. Ela estava grávida de 11 semanas e três dias, tinha 21 anos de idade, possuía ensino fundamental completo, naquele momento não estava trabalhando nem estudando, pois precisava cuidar das crianças. Seu companheiro, com 29 anos de idade e que também possuía ensino fundamental completo, trabalhava como pintor, mas durante estava desempregado durante o período da coleta de dados. Quanto ao histórico obstétrico, a primeira gravidez do casal foi planejada, já a segunda e a atual não foram. A sua primeira gestação foi de alto risco porque a mãe desenvolveu pré-eclâmpsia. Contudo, com os cuidados conseguiu controlar o quadro patológico e tudo transcorreu bem durante a cesariana. A segunda não foi de risco, embora também tenha sido um parto cesáreo. A mãe (F2IC6) e irmã (F2IC8) da gestante moravam em outra residência, que era próxima à casa do casal. Sua mãe era dona de casa, tinha 43 anos de idade e seis filhos, incluindo a F2IC5. Elas também foram incluídas como informantes-chave, pois as encontrava com frequência durante as visitas que realizava ao casal, bem como nas consultas de pré-natal. No dia do parto cesáreo, 6 de dezembro de 2016, quem acompanhou a gestante foi a F2IC6. O parto ocorreu em um hospital público, após a gestante entrar em trabalho de parto. O casal ganhou mais uma menina.

A **terceira família**, cuja gestante estava com a idade gestacional de oito semanas e seis dias, foi captada na terceira consulta de pré-natal com a equipe médica. Era a primeira gravidez do casal e ela não tinha sido planejada por eles. A gestante (F3IC9) estava com 30 anos de idade, era pedagoga, mas não estava trabalhando durante o período da coleta de dados. Seu marido (F3IC10), com 36 anos, era pedreiro, mas estava sem “serviço”. Ele realizava um curso para se tornar piloto de avião, que era seu grande sonho. Estavam juntos há 10 anos e também tinham se conhecido em uma igreja evangélica no bairro onde moram. No dia 5 de janeiro de 2017, ela entrou em trabalho de parto e foi para um hospital público, no qual deu à luz

a um menino. Sua cunhada (F3IC11) foi quem lhe acompanhou naquele momento. Além disso, ela estava sempre visitando o casal, mesmo não morando no mesmo bairro. Com ela a gestante dividia muito de seus anseios devido ao bom relacionamento que tinham. Sua sogra (F3IC12), de 67 anos de idade, morava na parte de baixo da sua casa e estava sempre junto com o casal. Eles realizavam a maior parte das refeições juntos, na maioria das vezes, na casa da sogra. Devido à presença e convivência com as F3IC11 e F3IC12 pude incluí-las na pesquisa.

A captação da **quarta família** se deu de duas formas: a princípio, por indicação da enfermeira do pré-natal e posteriormente pela indicação da F3IC9, pois eram amigas e estavam vivenciando o processo gestacional na mesma época. A idade gestacional em que a gestante (F4IC13) se encontrava era de 10 semanas e cinco dias. A gravidez também não havia sido planejada. Ela tinha 26 anos de idade, possuía ensino médio completo, estava desempregada, mas ajudava no negócio da família (produção de doces). Seu marido (F4IC14), com 27 anos, também tinha cursado o ensino médio completo, trabalhava na padaria de um supermercado no centro da cidade de Santa Maria. O casal estava junto há 8 anos e era a primeira vez que vivenciavam uma gestação. No dia 27 de janeiro de 2017, a F4IC13 foi para um hospital público porque sentia muita dor, estava com uma infecção urinária e foi internada. No dia seguinte, entrou em trabalho de parto, mas foi encaminhada para um parto cesáreo, do qual nasceu uma menina. Sua sogra (F4IC15) foi quem lhe acompanhou em todo o trabalho de parto e durante o procedimento cesáreo. Ela também participou durante toda a gestação, pois o fato de morarem no mesmo pátio facilitava a convivência entre eles.

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois artigos originais (Quadro 2). A apresentação, sob a forma de artigos, está em conformidade com as normas de elaboração de trabalhos científicos vigente na Universidade Federal de Santa Maria. Posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

Quadro 2 — Caracterização dos artigos da tese

| Título do Artigo | Objetivo |
|--|---|
| Símbolos e significados das vivências familiares no processo gestacional: notas etnográficas brasileiras | Interpretar e descrever os símbolos e significados desvelados acerca do processo gestacional, por famílias de uma comunidade do município de Santa Maria, no sul do Brasil. |
| A teia cultural de práticas de cuidados no processo gestacional | Conhecer as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família, que influenciam no cuidado durante o processo gestacional. |

Fonte: elaborada pela autora.

5.1 ARTIGO 1

SÍMBOLOS E SIGNIFICADOS DAS VIVÊNCIAS FAMILIARES NO PROCESSO GESTACIONAL: NOTAS ETNOGRÁFICAS BRASILEIRAS

RESUMO

O artigo tem como objetivo interpretar e descrever os símbolos e significados desvelados acerca do processo gestacional, por famílias de uma comunidade do município de Santa Maria, no sul do Brasil. Os dados foram obtidos por meio da realização de uma pesquisa etnográfica, desenvolvida entre abril de 2016 e janeiro de 2017, com um total de 15 informantes-chave, dentre os quais quatro eram gestantes e onze eram familiares. Foi utilizado como referencial teórico metodológico as contribuições de Clifford Geertz para a antropologia simbólica, adotando o modelo de observação-participação-reflexão para a coleta de dados e a perspectiva da etnoenfermagem para a análise. Os dados revelam que a vivência familiar relativa ao processo gestacional não é universal operando igual em todas as culturas, mas que se trata de uma experiência construída culturalmente em cada contexto e internalizada simbolicamente por cada indivíduo.

Palavras-chave: Gravidez. Família. Antropologia Cultural. Antropologia Simbólica. Etnoenfermagem.

INTRODUÇÃO

Observa-se que em praticamente todas as sociedades humanas a gravidez é um evento significativo na transição do *status* social de “mulher” para o de “mãe” e na conformação e vivência familiar como um todo. É por meio de um sistema de aspectos culturais que a família estabelece a sua identidade e se torna a primeira fonte de amparo à saúde e de apropriação de saberes e práticas de cuidado (HELMAN, 2014).

Silva e Elsen (2011) entendem que a família é uma realidade complexa e que o contexto em que ela está inserida é uma referência indissociável, uma vez que se concretiza nas cercanias de múltiplos ambientes com características individuais e culturais. Logo, é por meio desse contexto que as pessoas devem ser percebidas e cuidadas com singularidade. Leininger (1995) define contexto cultural como a totalidade de significados compartilhados e experiências de vida em um meio

particular, social, cultural e físico, que influencia as atitudes, pensamentos e padrões de comportamento.

Assim, entendemos que esse contexto cultural pode influenciar como as famílias criam, transmitem e modificam símbolos e significados que compõem a teia cultural do processo gestacional. Para Geertz (2014), o símbolo é qualquer objeto, ato, acontecimento ou relação que representa um significado. Já o significado compreende a subjetividade construída de acordo com o meio social e visão de mundo de cada sujeito.

Os símbolos e os significados possibilitam a análise cultural, e, por meio deles, é possível ensejar uma interpretação semiótica¹⁸ do objeto analisado. Assim, neste artigo aprecia-se a mediação da cultura na vivência familiar relativa ao processo gestacional em uma comunidade de periferia do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Em uma revisão integrativa (WILHELM et. al 2017), é mencionado que a família participa da gestação como fonte de proteção e apoio, incentivando as gestantes a realizarem o autocuidado por meio de informações e orientações, transmitindo suporte emocional e psicológico e por meio de ajuda financeira. Essa participação da família deriva de significados e expõe os símbolos que culturalmente se expressam nas situações convvidas. Partimos deste entendimento para apresentar como objetivo, neste artigo, interpretar e descrever os símbolos e significados desvelados acerca do processo gestacional, por famílias de uma comunidade do município de Santa Maria, no sul do Brasil.

METODOLOGIA

- Desenho e período do estudo

Foi desenvolvido um estudo qualitativo e etnográfico entre abril de 2016 e janeiro de 2017. Durante toda a pesquisa, se buscou o máximo de participação e

¹⁸ Para o antropólogo Clifford Geertz (2014), a abordagem semiótica da cultura é uma abordagem que nos auxilia a ganharmos acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos de maneira que possamos, num sentindo mais amplo, conversar com eles.

imersão nos cenários do estudo, sem abandonar a perspectiva crítica (TAYLOR e BOGDAN, 1987).

- *Contexto do estudo*

A escolha do cenário geral foi intencional, sendo a região norte do município de Santa Maria/RS, Brasil, que possui 27.805 habitantes¹⁹. Nesta região, está situada a Unidade Sanitária Kennedy (USK), que é referência para consulta de pré-natal, na qual os informantes foram captados. Os cenários etnográficos escolhidos para a coleta de dados foram os domicílios dos informantes e diferentes cenários onde a pesquisadora principal os acompanhou em suas rotinas, como as consultas de pré-natal, chá de fraldas, viagens, entre outros.

- *População e amostra*

A população consistiu de mulheres-gestantes atendidas na USK no período do estudo. A técnica para captação foi intencional, selecionando quatro gestantes e onze familiares, totalizando 15 informantes-chave (IC). Neste estudo, todos os informantes foram considerados informantes-chave, uma vez que eles vivenciavam e auxiliaram na compreensão e na interpretação dos eventos e das atividades observadas pela pesquisadora relativas ao processo gestacional, onde refletiam seus valores, suas crenças e seus estilos comuns da cultura (LEINENGER, 1991; POLIT e BECK, 2011).

Foram incluídas unicamente as gestantes adstritas na área da USK, excluindo aquelas gestantes de alto risco e as adolescentes²⁰ a fim de evitar informações relacionadas com a situação de risco, e ater-se apenas ao objeto desta pesquisa. O número de informantes foi determinado pelas orientações de Minayo (2017) que afirma que em pesquisa qualitativa o número ideal de participantes é o que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno, buscando a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

- *Técnica de coleta de dados*

¹⁹ Informação obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SANTA MARIA, 2017).

²⁰ De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069/90 a adolescência corresponde à faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A técnica de coleta de dados se deu por meio de uma etnografia, onde foi utilizado a observação participante e entrevista. No entanto, neste artigo, as informações apresentadas referem-se apenas a técnica de observação participante, somando 425 horas de observação, segundo o modelo de observação-participação-reflexão (LEINENGER, 2006). Durante a coleta de dados, a atenção estava centrada na descrição etnográfica da vivência da família no processo gestacional. Além disso, durante toda a pesquisa, utilizamos as orientações do referencial teórico metodológico de Geertz (2014, p. 19), “[...] buscando conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados, apoiando amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva, empenhando-se exatamente em especificações complexas”.

Durante a coleta de dados foi utilizado diário de campo, onde foram armazenadas as informações daquilo que a pesquisadora principal observava, vivia e ponderava junto aos informantes. O diário de campo, na etnografia, consiste em anotações de natureza interpretativa, organizadas em notas teóricas e metodológicas das observações²¹, que auxiliaram durante a análise dos dados (BOGDAN e BIKLEN, 1994).

- *Análise dos dados*

Na análise, utilizamos a proposta da etnoenfermagem, que é composta de quatro etapas: a primeira descreve e documenta os dados brutos, incluindo as observações e o registro das participações do pesquisador, a fim de identificar os símbolos e significados; a segunda permite o agrupamento do dados de acordo com as similaridades e divergências entre si; a terceira identifica os padrões culturais recorrentes, ou seja, os temas e ações que se repetem; a quarta etapa é a maior, e é nela que se concretiza a síntese e a análise das interpretações dos resultados, confirmando os principais temas, recomendações e até mesmo novas formulações teóricas (LEINENGER, 2006). O processo analítico, nesta pesquisa, resultou da identificação de como a família vivencia a gestação, seus símbolos e significados a partir de suas crenças, valores e modos de vida. Esses aspectos foram agrupados

²¹ As notas teóricas eram relativas as interpretações da pesquisadora, durante a produção dos dados. Já as notas metodológicas, contemplavam as observações referentes à própria produção dos dados e alguns lembretes sobre as temáticas que precisavam ser aprofundadas com os informantes (SHATZMAN e STRAUSS, 1973).

como padrões culturais, de acordo com cada trimestre gestacional, a fim de organizar didaticamente os resultados.

- *Aspectos éticos*

Em relação ao rigor da pesquisa, salientamos que seguimos os critérios estabelecidos para estudos etnográficos no campo da enfermagem, que são credibilidade, confirmabilidade, significado em contexto, padrões recorrentes, saturação e transferibilidade (LEININGER, 1991; 2006). Assim, disponibilizamos os resultados registrados pela pesquisadora para os informantes-chave, para que lessem e confirmassem os padrões e temas recorrentes.

O estudo foi balizado pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Brasil, seguindo as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa que envolve a participação de seres humanos, tendo aprovação do Comitê de Ética, sob o número do parecer 1.458.299 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52531616.0.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gravidez é um evento vivenciado pela família e permeado por símbolos e significados. Discorrer sobre esse tema é falar sobre as experiências, crenças, valores e práticas que são construídas culturalmente pela família e que influenciam na vivência familiar durante o processo gestacional. É a partir deste contexto que será descrita e interpretada a vivência familiar da gestação, desveladas em função do padrão cultural que se revela em cada trimestre gestacional.

Primeiro trimestre gestacional

«Precisava saber se estava tudo certo, se o feto estava no “lugarzinho”, e se realmente era um bebê» (F1IC 1)

No primeiro trimestre da gestação foram desveladas as vivências singulares sobre a descoberta da gravidez; o que as famílias precisaram reorganizar em seus planos e as implicações dessas mudanças; o início da medicalização da gravidez, que foi apreendida no contexto biomédico de atenção à saúde; a valorização do ultrassom obstétrico para a confirmação da gestação, desenvolvimento fetal e sexo do bebê; além da modificação pouco perceptível do aumento do abdômen e o sentimento de dúvida entre estar grávida ou não. Esses são os achados que serão apresentados na sequência.

Com o atraso menstrual e confirmação da gravidez, inicia-se um período de ansiedade, de dúvida ou até mesmo de negação, acarretando uma mistura de sentimentos que podem estar associados com a planificação da gestação, a forma como recebem a notícia pelo profissional de saúde, a existência ou não do apoio familiar e o que tudo isso acarretará nos planos dos sujeitos envolvidos. Nesta pesquisa, as gestantes não tinham realizado planejamento familiar, e podemos observar nos encontros, por meio de seus relatos e atitudes, como elas vivenciaram com suas famílias a *descoberta da gravidez*, de acordo com o contexto em que estavam inseridas:

A F1IC1 relata, em nosso primeiro encontro, a descoberta de sua gestação destacando que quando recebeu a confirmação da gestação até se sentiu feliz, mas ao mesmo tempo compartilhou o sentimento de apreensão, pois precisava contar com sua mãe, que sempre lhe dizia para terminar os estudos antes de pensar em ter filhos. O marido a apoiou, afirmando que tudo daria certo, que estavam juntos nessa e a encorajou para revelar a gravidez a sua família. No começo, sua mãe teve um pouco de resistência e a criticou, mas depois aceitou e se desculpou. Ela considera que essa repreensão estava relacionada ao significado que a sua mãe tinha sobre engravidar e não conseguir estudar, devido a sua própria experiência em que teve dificuldade financeira para criar os filhos e não conseguiu estudar. Seu pai (F1IC3), no entanto, relata que comemorou desde o momento que recebeu a notícia, e que a família gostou e celebrou a descoberta com um churrasco. Logo, a gravidez que não foi planejada começou a ser desejada (F1IC1). Além disso, numa ocasião em que viajei com a informante-chave 1 conheci sua mãe (F1IC4), e pude presenciar uma conversa em que a filha afirmava para a mãe que continuaria estudando e que já havia buscado informações na coordenação de seu curso. Sua mãe ficou feliz e o tempo todo a incentivava (Diário de campo, F1IC1; F1IC4).

Durante a consulta de pré-natal acompanhei a F2IC5 e seu companheiro, o F2IC7. Eles revelaram, para a enfermeira que realizava o atendimento, que não suspeitavam que pudesse ser uma gravidez. A F2IC5 diz que até sentia enjoos, mas não os relacionava com a possibilidade de ser uma gestação, pois tomava anticoncepcional há quatro anos. O F2IC7 afirmou que eles conversavam e decidiram que não queriam uma gravidez. No entanto, não sabiam que o antibiótico que a F2IC5 estava fazendo uso para tratamento de uma amígdalite “cortava” o efeito do contraceptivo. Segundo a F2IC5, sua

primeira gestação foi de alto risco e desenvolveu uma pré-eclâmpsia. Já a segunda foi sem riscos obstétricos, mas mesmo assim afirmava que não gostaria de ter engravidado pela terceira vez, pois tinha medo e insegurança resultantes da falta de informação e de controle da situação gestacional. Durante toda a coleta de dados, consegui observar o envolvimento da família com a gravidez, sendo um período de muito diálogo entre o casal e a mãe da gestante (F2IC6), como uma fonte de apoio emocional para o casal (Diário de campo, F2IC5; F2IC6).

Em uma tarde, enquanto lanchava com a F3IC9, ela me explicou como foi descobrir sua gestação. Segundo seu relato, era uma mistura de sentimentos. Ao mesmo tempo em que queria engravidar, tinha medo de ser muito cedo. Pensava mil coisas e procurava conversar com o marido sobre seu desejo de ser mãe, mas ele se recusava a conversar. Para ele, ainda não era a hora, pois fazia um curso de piloto, que sempre sonhou finalizar antes de se tornar pai. Os dias se passaram e sua menstruação começou a apresentar irregularidades. Ela, desmotivada de usar hormônios, resolveu parar de tomar o anticoncepcional por decisão própria. Tentou usar camisinha, mas o marido não gostava. Depois de algumas semanas, começou a sentir seu corpo diferente e achava que tinha engravidado. Relatou o fato ao marido, mas ele se negava a acreditar e argumentava que ela só estava com aquela sensação porque sua amiga tinha recentemente dado à luz. Ela, então, comprou um kit de teste de gravidez para fazer exame de urina em casa e o resultado foi positivo. Ela o chamou e mostrou-lhe o resultado. Ele, no mesmo instante, deu-lhe um beijo (Diário de campo, F3IC9).

Na sala de espera, enquanto aguardávamos a consulta médica de pré-natal, a F4IC13 relembra quando procurou atendimento pela primeira vez. Foi consultar-se nesse mesmo local (USK) porque se sentia tonta e tinha vários episódios de azia. Na época, o médico pediu o exame de sangue (β HCG), mas ela negava a possibilidade de ser uma gravidez. Mesmo depois da confirmação do exame, que recebeu sem nenhuma orientação, disse que não aceitava o resultado devido às condições financeiras, pois estava sem emprego e só tinha o salário do marido para pagar as contas da casa, que inclusive ainda estavam terminando de construir. Com desânimo, contou que eles tinham pouca ajuda financeira da sogra e da mãe. Completou dizendo que até ficou feliz na hora da descoberta, mas logo pensou nessa situação e já ficou abalada. Para ela, a reação do marido a motivou, pois desde que soube da notícia comemorou e dizia que tudo se ajeitaria. Além disso, para ela a convivência e o apoio de sua amiga que também estava grávida (F3IC9), e a participação nas consultas do pré-natal realizadas pela enfermeira lhe ajudaram a aceitar a ideia de estar grávida. Em relação aos gastos, a família começou a ajudar financeiramente, ainda que com pouco, para que eles não passassem “aperto” para fazer os exames do pré-natal ou providenciar o enxoval para o bebê (Diário de campo F4IC13).

Em relação a descoberta da gravidez, os informantes deste estudo apontaram significados que se expressaram como sentimentos de felicidade, apreensão, contrariedade, medo, insegurança, negação, aceitação e compartilhamento. Isso se revelou em símbolos como envolvimento familiar, apoio emocional e financeiro, resistência, crítica, comemoração, celebração e afetividade entre os membros familiares. Além disso, por trás desses dados parece estar o fato de que o processo gestacional traz modificações no estado de ser e nas funções sociais dos sujeitos e

dos grupos a que pertencem. Nesta perspectiva, entendemos que a gestação é um evento relacionado com a biologia, a cultura e a própria perspectiva individual e familiar, ou seja, mulheres e suas famílias ficam “grávidas” e vivenciam isso de forma diferenciada, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e suas experiências pessoais.

A gestação, como evento comum entre os informantes, foi vivenciada de forma singular. No meio familiar, a gestação tem um significado diferente para cada um, com repercussões, mudanças, reprogramações e reorganizações em suas rotinas. Essas distintas vivências sobre um mesmo fato, ou seja, a descoberta da gravidez, são frutos das inter-relações que se dão por meio de símbolos e significados que os indivíduos tecem para modelar a vida e agir sobre ela, como se fosse uma rede mutável e aprendida que guia suas vidas diariamente (GEERTZ, 2014).

Após a gestação ser desvelada, a mulher e sua família, de maneira geral, começam a refazer os planos e reorganizar suas vidas e rotinas, preparando-se para a chegada do novo membro. A mãe incentiva a gestante para continuar com os estudos, a filha começa a buscar seus direitos e entrar em contato com a coordenação de seu curso para ajustar sua vida acadêmica com a maternidade; o marido que queria finalizar o curso de piloto opta por continuar trabalhando e fazer uma reserva financeira para a chegada do bebê, adiando a conclusão do curso. A gestante encontra, junto com seu companheiro e família, o apoio de que necessita para ficar mais tranquila e não pensar nos possíveis riscos da gravidez. A família se motiva para ajudar financeiramente o casal, para não passarem tanto “aperto”. Dão presentes para o bebê e a ajudam nos gastos com os exames de rotina do pré-natal. Frente a isso, podemos afirmar que o processo gestacional implica mudanças, não só para a vida da mulher que está gestando, mas para todos os membros do conjunto familiar que estão se socializando com a gravidez.

Entendemos, assim, que o processo gestacional, vivenciado pela família, é um evento que diz respeito a um universo de símbolos e significados que possibilita a eles interpretar a experiência e guiar suas ações (GEERTZ, 2014). Nos dados acima, percebemos que os símbolos se direcionam com a expressão da vivência da descoberta da gravidez e os significados estão atrelados a visão de mundo ou experiências já vivenciadas, como as que os informantes exaltaram em seus depoimentos, como o medo, a aceitação ou negação, o apoio dado e recebido, o que foi desejado e o que começa a ser planejado a partir de agora.

Ainda no primeiro trimestre gestacional, a mulher e sua família voltam-se para os desconfortos da gestação que começam a surgir, como as náuseas, vômitos, pirose, cefaleia, entre outros. Mesmo sendo queixas comuns deste período, quando as gestantes procuram atendimento médico, inicia-se a *medicalização da gravidez*, que, neste estudo, foi identificada como um significado apreendido no contexto biomédico de atenção à saúde.

Durante uma visita à F1IC1, ela comenta sobre os exames que havia realizado no primeiro trimestre da gestação. O primeiro exame de urina foi positivo para proteinúria. Ela contou que foi pouco orientada e saiu preocupada da consulta. O médico que lhe atendeu apenas pediu para que repetisse o exame, pois ele precisava investigar, e afirmou que ela tinha que se cuidar. Ela disse que, nesse momento, parou de curtir a gravidez por achar que estava doente e que isso poderia afetar a saúde do seu bebê. Só mudou de ideia quando realizou o segundo exame, cujo resultado foi negativo para proteinúria e infecção urinária (Diário de campo, F1IC1).

“Nossa, qualquer coisa que o médico me falava eu achava que já estava ficando doente e ia ter uma gravidez de risco, acho que era o medo de acontecer como da primeira vez” (Diário de campo, F2IC5).

Na consulta de pré-natal com o médico, a gestante é questionada se sente algum desconforto. Ela responde que está sempre enjoada e com azia. Ele receita uma medicação para que ela faça uso quando sentir necessidade. Ao saímos do consultório, ela comenta que não fará uso do remédio porque não se sente doente; já sabe que o motivo de se sentir assim é por comer frituras (Diário de campo, F3IC9).

“Eu comecei a notar que estava inchada no final do dia; falei para o médico e ele disse que eu tinha que observar isso. Fiquei pensando se estava doente, mas minha amiga, (F3IC9), me tranquilizou porque isso também estava acontecendo com ela e as enfermeiras que a atenderam, disseram que isso era normal acontecer no final do dia” (Diário de campo, F4IC13).

Os informantes assinalaram que, em seus controles de saúde, sentiam como se sua gestação fosse uma doença. Os significados que permearam os controles foram o medo, a insegurança, a desorientação e a preocupação, atrelados aos símbolos de sentir-se doente ou não.

O crescente processo de medicalização do período gravídico-puerperal é uma consequência da expansão do modelo biomédico que se sustenta, tanto nas políticas voltadas à diminuição da mortalidade materno-infantil, quanto nas ações, e tomadas de decisão feitas pelos próprios sujeitos (SCOPEL, 2014). Portanto, as questões relacionadas a saúde/doença, neste caso do processo gestacional, não podem ser vistas de forma isolada das demais dimensões da vida social, uma vez que são

mediadas e permeadas pelos significados culturais que conferem sentido às experiências tanto para a gestante quanto para sua família (LANGDON; WIIL, 2010).

Nesse aspecto, também podemos destacar o *ultrassom obstétrico* como uma prática valorizada e construída culturalmente na qual se criam expectativas sobre a confirmação da gestação, desenvolvimento fetal e sexo do bebê.

Quando viajamos juntas, a F1IC1 me contou que no começo ela não queria contar para ninguém sobre sua gravidez porque precisava saber se o feto estava bem, se estava no seu “lugarzinho” e se realmente era um bebê. Naquela época, ainda não tinha realizado nenhum exame, mas resolveu contar para a mãe (F1IC4), que questionou se ela realmente estava grávida. Ela nem queria mais contar para ninguém porque nem a própria mãe acreditava. Só queria falar para o resto da família e amigos depois que saísse o resultado do ultrassom obstétrico. No entanto, como ficou ansiosa acabou contando antes (Diário de campo, F1IC1).

Quando a F2IC5 realizou a ultrassonografia fetal, ela estava com o marido (F2IC7). Enquanto o exame era realizado, ela tinha receios sobre a saúde do bebê. No final do procedimento, a médica afirmou que estava tudo bem, e naquele momento o casal se olhou e sorriu como se estivessem aliviados. O F2IC7 perguntou sobre o sexo, e a médica explicou que ainda era muito cedo para isso e que o importante era que o bebê estava bem. Foi possível perceber a decepção deles por ainda não conseguirem descobrir o sexo quando comentaram que aquele dia seria como um encontro com o bebê para descobrir o sexo. Aquele encontro, contudo, teria que ser remarcado para o próximo exame. (Diário de campo, F2IC5; F2IC7).

Acompanhei a F3IC9 e seu marido, o F3IC10, na realização do exame de ultrassom. A gestante falava que tinha a sensação que não seria possível visualizar o bebê. A médica dizia o tempo todo que o feto não parava de se movimentar e que estava com dificuldade de fazer as medições. Quando o procedimento terminou, a preocupação do casal dissipou-se, pois havia sido possível observar o osso nasal e a placenta, estando tudo bem. A F3IC9 ficou eufórica e o F3IC10 repreendeu-a para que se acalmasse. Nesse episódio, ela me olhou e disse rindo que isso era porque os homens são muito objetivos e as mulheres não. Quando estávamos indo embora, o telefone da gestante não parava de tocar, e ela me contou que toda a família tinha tentado adivinhar o sexo do bebê e que estavam ligando para saber o resultado. No entanto, ela só respondia a eles que ainda não tinha sido possível detectar o sexo da criança (Diário de campo, F3IC9; F3IC10).

“Quando eu ainda não havia descoberto a gravidez, fazia tratamento para uma dor de ouvido crônica que eu tinha. Por isso tanto medo; eu sempre pedia para Deus que toda essa medicação que tomei no começo da gestação não afetasse o bebê. Mas depois do primeiro ultrassom que eu consegui me tranquilizar” (Diário de campo, F4IC13).

A visão que os informantes têm sobre o ultrassom obstétrico revela os símbolos que eles dão como elemento essencial para a confirmação da gravidez, como elemento antecipador do encontro com o bebê e como base na construção dos corpos, seu gênero e seu bem-estar. Além disso, existem outros significados atrelados

ao resultado do exame de ultrassom, como a insegurança de contar para a família sobre a gestação; a frustração em não ser possível visualizar o sexo do bebê; a euforia por descobrir que o desenvolvimento está de acordo com o desejado; e a tranquilidade quando descobrem que a medicação que a gestante fez uso não prejudicou o bebê.

No passado, a presença do feto era revelada aos poucos, em um período de meses, e os sinais de sua existência passavam necessariamente pela percepção da gestante. Nos dias atuais, o ultrassom se sobrepôs à consciência corporal da mulher, havendo uma modificação na posição ocupada pela gestante em relação ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca do seu estado. O uso da ultrassonografia obstétrica passa a ser uma prática rotineira, associada aos significados de 'futuro', 'progresso' e conhecimento, sintetizando de modo paradigmático essas ações (CHAZAN, 2007).

Os significados também dizem respeito ao encontro parcialmente antecipado com o bebê, em que a mulher e sua família começam a vivenciar as alterações e os ajustamentos do novo arranjo familiar de maneira mais palpável (SIMAS; SOUZA e COMIN, 2013). Além disso, o uso da ultrassonografia parece ser objeto da confluência de interesses familiares sobre diferentes aspectos como o bem-estar fetal e do sexo do bebê, mesmo que hajam variações quanto ao seu significado. Há uma estreita ligação entre a imagem técnica e construção social dos corpos, produzindo o bebê como um ser social. Desta forma, as famílias revelam o significado cultural que a ultrassonografia possui em meio ao processo gestacional.

A modificação pouco perceptível do *aumento do abdômen*, que geralmente é pouco visível no primeiro trimestre gestacional, pode gerar o sentimento de dúvida entre estar ou não grávida, como vemos nestas situações:

“Não me sentia mãe, ficava preocupada que a minha barriga não crescia e todo mundo lá em casa me perguntando. Também perdi peso” (Diário de campo, F1IC1).

“A barriga não crescia” (F2IC5). A irmã (F2IC8) passava a mão na barriga da gestante e dizia que estava aguardando com expectativa o “barrigão”, porque queria gravar e tirar fotos da gestante (Diário de campo, F2IC5; F2IC8).

“Não era visível; minha barriga demorou a aparecer; talvez se tivesse tido mais oportunidades de escutar o coraçãozinho tinha mudado essa percepção, porque não me sentia grávida” (Diário de campo, F3IC9).

“Eu tinha todos os sintomas de gestante, iguais aos que constam na literatura. Cada semana notava uma novidade, menos a barriga que não crescia” (Diário de campo, F4IC13).

Podemos observar, nos depoimentos das informantes, a simbologia das discretas mudanças corporais e o sentimento de não se sentirem grávidas devido ao pouco crescimento do útero neste período. Consideramos que essa realidade transcende o biológico, situando-se como o marco dos simbolismos culturais e sociais, que tanto a família como as próprias gestantes dão ao crescimento da barriga como concretização da gravidez. A gestação torna-se, então, além das suas dimensões físicas e suas mudanças corporais, um fenômeno sociocultural cujas transformações repercutem na interação da família com o processo gestacional (CAMACHO et al., 2010).

A gestação é permeada por um núcleo de símbolos e significados que, por um lado, nutre-se dos valores coletivos da família e, por outro, da subjetividade de cada membro que, a partir da vivência do processo gestacional, passa a interpretar os fenômenos e eventos do cotidiano, criando suas representações. Logo, o crescimento abdominal, que é um sintoma biológico no corpo da gestante, torna-se uma expressão social que traduz a certeza da gestação, e é orientada pela significação singular da cultura de cada indivíduo.

Segundo trimestre gestacional

«Vai ser uma menina porque a minha barriga é mais redonda, se fosse um menino a barriga ficaria pontuda» (F21C5)

No segundo trimestre se constata diversos aspectos como: as distintas vivências sobre os movimentos fetais, em que cada gestante e suas famílias atrelavam características para o bebê; o aumento do interesse pela descoberta do sexo da criança; o fortalecimento do vínculo com o bebê; além do chá de fraldas como uma construção social, cultural e simbólica.

Esta fase da gestação é marcada por um período mais estável do ponto de vista emocional, uma vez que os movimentos fetais já são perceptíveis. A gestante se tranquiliza e a família tende a atribuir características ao bebê de acordo com a *interpretação dos movimentos*, que podem ser bruscos ou suaves:

“A sensação era ruim quando não mexia. Quando ele começava a mexer, me tranquilizava, porque só desse jeito que eu sabia que o bebê está bem” (Diário de campo, F1IC1).

“Quando ele mexe é muito bom, maravilhoso” (F2IC5). Durante uma visita que fiz a família, a IC5 me disse que o bebê não estava se mexendo muito naquele dia. Quando ela terminou de falar isso, os dois outros filhos começaram a cutucar a barriga dela e dizer para o bebê ‘acorda, não seja preguiçoso’ (Diário de campo, F2IC5).

“Quanta ansiedade eu tinha até ele mexer; foi com 22 semanas de gestação que senti a primeira vez” (F3IC9). No chá de bebê, observei a cunhada da gestante (F3IC11) falando para outra convidada que se os movimentos fetais eram suaves era porque a criança ia ser tranquila; sabia disso, porque tinha sido assim em seu caso (Diário de campo, F3IC9; F3IC11).

“Já falei para ela (F4IC13) que o bebê só mexe quando eu (marido) falo com ele; e é cada chutão. Se for menino, vai ser parecido comigo porque gosto de jogar futebol” (Diário de campo, F4IC14).

Observamos como os movimentos fetais, além de estarem vinculados ao bem-estar fetal, se relacionam com as expectativas sobre as características do bebê, com simbologias que indicam como a família imagina e personifica a criança. Estes novos significados servem de ponte para desenvolver novas relações com um feto, que agora se faz mais real.

Mais uma vez, o desenvolvimento da gravidez ultrapassa o biológico e associa-se à cultura, servindo como um fato orgânico, como os movimentos fetais, para que cada membro aplique suas perspectivas, projete suas expectativas futuras e experimente suas próprias transformações gestacionais (CAMACHO et al., 2010).

No segundo trimestre, se intensifica a *expectativa do sexo da criança*. Alguns membros da família fazem associações do gênero de acordo com o que gostariam que fosse o bebê ou com alterações fisiológicas da gravidez.

Em uma tarde, em que passei na casa da F1IC1, observei que o futuro pai (F1IC2) estava usando o computador e começou a fazer testes que estavam disponíveis na internet para descobrir o sexo do bebê. Ele desejava uma menina porque todas as outras crianças da família eram meninos. Ele disse que a sua mãe também queria que fosse do sexo feminino e que ela já tinha pensado em um nome (Diário de campo, F1IC1; F1IC2). Quando se inteiraram do sexo, ninguém da família do marido disfarçou a decepção, e ainda disseram ‘não acreditamos, de novo, um menino?’ (Diário de campo, F1IC1).

“Os mais ‘antigos’ da família me falaram que ia ser uma menina porque a minha barriga é mais redonda; que se fosse um menino a barriga seria mais pontuda” (Diário de campo, F2IC5).

“Eu escolhi os nomes; se for menina se chamará Natália e se for menino Isaque (F3IC9). Quando conversei com minha sogra, ela me disse que para

ela o sexo não era importante, o importante era ter a saúde” (Diário de campo, F3IC12). Fui convidada para um almoço da família e nesse dia foi revelado o sexo do bebê. A sobremesa era um bolo, e a cor do recheio simbolizava o que seria a criança. Se fosse azul, seria menino; se fosse rosa, uma menina. O recheio era azul (Diário de campo, F3IC9).

“Minha amiga que também estava grávida tinha muito azia como eu. Ela me dizia que esse nosso desconforto era porque íamos ter uma menina bem cabeluda e ainda garantia que não precisávamos fazer ultrassom para saber o sexo. No dia em que fiz o ultrassom e descobri que era uma menina, comentei com a médica sobre isso e ela me disse que não tinha nenhuma relação. Fiquei surpresa porque de tanto escutar minha amiga eu achava que estava relacionado com a azia” (Diário de campo, F4IC13).

A descoberta do sexo é simbólica e para cada família teve um significado: uma família que não conseguiu disfarçar a sua frustração quando descobriu que seria um garoto; os mais ‘antigos’ que revivem suas experiências de adivinhar o sexo dos bebês pelo formato da barriga da gestante; a preparação do bolo com o recheio rosa ou azul como um ritual para desvelar o sexo; a surpresa experimentada pela constatação de que não há relação correta entre a quantidade de cabelo do bebê, a pirose e o sexo da criança. As diferentes expectativas sobre o sexo do bebê se cristalizam em diferentes interpretações, interligadas com os aspectos socioculturais (GEERTZ, 2014; VAN DER SAN; MONTICELLI; RESSEL, 2014).

As famílias constroem o significado de acordo com sua estrutura, que é socialmente estabelecida, que varia de acordo com os códigos e sistemas culturais e simbólicos que emergem (GEERTZ, 2014). Neste estudo, podemos observar diferentes aspectos a este respeito, como o papel da estrutura familiar no desejo pelo sexo da criança, a importância dos membros mais experientes da família, cujas opiniões são respeitadas, a presença de simbolismos que correlacionam a cor do recheio de um bolo com o futuro sexo do bebê, ou a atitude de acreditar que a quantidade de cabelo da criança é proporcional à percepção de azia na gravidez. São, então, sistemas simbólicos que podem emergir de diferentes maneiras em cada família que vive a gestação.

Logo após a descoberta do sexo, aumenta a aproximação com o bebê. A gestante, seu companheiro e os irmãos começam a conversar com ele e o *vínculo começa a se fortalecer*.

“Eu converso todos os dias com o bebê. Li na internet que os homens demoram mais para vivenciar esse momento ou que talvez nem compreendam, ou somente depois que o bebê nasce. Mas o meu marido conversa com a minha barriga, não muito, mas fala todas as noites” (Diário de campo, F1IC1).

A gestante estimulava os irmãozinhos do bebê a conversassem com ele e colocassem as mãos na sua barriga para que sentissem os movimentos fetais (Diário de campo, F2IC5).

“O meu marido nunca foi muito de conversar com o bebê, nem de colocar a mão. Ele é assim. Mas, as vezes, eu coloco a mão dele em cima da minha barriga. Em toda a gravidez, só uma vez ele deu um beijou na minha barriga” (Diário de campo, F3IC9).

“Ele (marido) conversava bastante com o bebê, mas só quando estamos sozinhos, nunca na frente dos outros. E era muito engraçado porque ela só mexia quando ele falava, nunca quando era eu” (Diário de campo, F4IC13).

Os símbolos e significados de tocar na barriga para sentir o bebê são partes do processo de estabelecimento de relações. A gestação está se concretizando não só biologicamente, mas também em nível social e cultural. Socialmente na desenvoltura das relações, na aceitação e concretização de que o bebê é um fato real e que a família já o incorporou. E, culturalmente, nas interpretações que cada um faz ao tocar ou não a barriga, revelando que muitos membros não sabem como entrar em contato com o bebê ou como interagir com ele para estabelecer uma relação. No entanto, isso não quer dizer que eles não desejem vivenciar o processo gestacional, mas talvez não possam estabelecer esse vínculo porque não tiveram modelos de familiares participativos neste sentido.

Também observamos que o ato de o pai tocar na barriga e o bebê responder com um movimento imediato significou para a gestante que o bebê reconhece o pai, que gosta dele, e isso lhe traz satisfação, estabelecendo uma relação mais intensa entre a tríade mãe-pai-filho. Com essa mesma interpretação, a mãe estimula os outros filhos pequenos a colocarem as mãos na sua barriga, para que eles comecem seu vínculo com o bebê.

O segundo trimestre não é apenas importante para o desenvolvimento do bebê, mas também para as relações que vão se estabelecendo no seio familiar (SIMAS, SOUZA e COMIN, 2013). A família assume um papel mais amplo e mais significativo, a relação gestante-marido-bebê-irmãos se fortalece, eles vivenciam o desconhecido juntos, alguns de forma mais tímida, enquanto outros apresentam uma postura mais ativa, de contato mais direto com o bebê (PICCININI et al., 2009). Neste sentido, não pretendemos julgar essas diferentes posturas, mas sim entendê-las como parte de uma construção que se dá no meio sociocultural de cada indivíduo.

Entre o segundo e terceiro trimestre as gestantes e suas famílias realizam o *chá de fraldas*, uma celebração carregada de práticas, valores e símbolos. Trata-se de uma cerimônia preparada desde o descobrimento da gravidez e cujo os preparativos começam ao conhecerem o sexo do bebê. A partir daí a família se volta para aspectos como: a lista de convidados, cardápio, brincadeiras, lembrancinhas, a melhor data para fazer o chá.

Foram três chás, o primeiro foi com os amigos e familiares, para o qual fui convidada. O segundo foi da gestante com seus colegas de curso, e o terceiro do marido com os colegas do trabalho. Várias brincadeiras marcaram o primeiro chá, todas organizadas pelas amigas de infância, que viajaram para estarem presentes. A gestante recebeu a faixa de “Miss pancinha” e seu marido “Papai pancinha”. Eles tinham que acertar de quem era cada presente, se errassem a pessoa que deu fazia um desenho em uma parte do corpo deles. Se acertassem, quem presenteou pagava uma prenda. O salão de festas, que foi emprestado por uma colega, estava ornamentado com uma decoração de ursinhos, balões azuis e marrons. Havia uma mesa com uma toalha azul claro. Na frente dela foi pendurado um barbante com roupinhas do bebê. Em cima da mesa havia uma torta, doces e as lembrancinhas (Diário de campo, F11C1).

“Quando eu já sabia o sexo e estava com um ‘barrigão’, comecei a pensar no chá de fraldas. Só pedi fralda para os convidados. Isso me ajudou a economizar. O chá foi em casa com a família e as pessoas mais próximas, como vizinhos e amigos. Foram poucos os convidados. A minha amiga, futura madrinha do bebê, foi quem me ajudou com os preparativos” (Diário de campo, F21C5).

Estavam presentes cerca de 40 convidados. Havia muita comida sobreposta em uma mesa que estava no centro da varanda. O bolo foi a sogra que tinha dado. A casa do casal estava decorada com um painel com fundo azul e escrito em letras brancas “Chá do Isaque”. Balões brancos e azuis enfeitavam o contorno do painel. Em frente, havia uma mesa com uma toalha azul, com um bolo ‘falso’ feito de fraldas e muitos doces dispostos. A decoração foi pensada e organizada pela cunhada (Diário de campo, F31C9).

“Quase desisti, mas a minha amiga me incentivou e a minha sogra se propôs a pagar a maior parte das despesas. O meu marido preparou o bolo. Ele fazia questão disso” (Diário de campo, F41C13). O chá aconteceu no pátio da casa da família. Como o tempo estava instável, foi colocada uma lona em cima do lugar onde estavam dispostas as mesas e cadeiras para os convidados sentarem. Havia uma mesa central decorada para as fotos com um tecido rosa, com o bolo e doces. Atrás dessa mesa havia um painel decorado com balões (rosa e lilás) e estava escrito em cor de rosa “Chá da Ana Ester” (Diário de campo, F41C13).

Pode-se observar como o chá de fraldas se transforma em uma vivência multidimensional, associada ao universo social, cultural e simbólico das gestantes e suas famílias. Social porque é uma celebração que integra o bebê no meio familiar, antecipando um evento real que deve ser comemorado para fortalecer os laços dos indivíduos do mesmo grupo social. Cultural e simbólico pela singularidade que

expressa, porque cada gestante e sua família organiza o chá de fraldas, de acordo com os significados que atribuem a esse momento, com sua visão de mundo e seu contexto. A partir dessas diferentes observações simbólicas surgem distintas decisões que tangiam diferentes aspectos como, por exemplo, onde ele ocorrerá; a decoração; as cores que representam o sexo da criança; a grande diversidade e quantidade de lanches, que simbolizam a abundância, ou os jogos, que servem para relaxar e atrair boas vibrações.

Parafraseando Geertz (2014), entendemos que esta celebração é modelada e construída culturalmente, decifrando o real sentido que os indivíduos atribuem a ela. Neste caso, a integração do bebê que está sendo gestado ao meio familiar. Assim, podemos afirmar que os sentidos, símbolos e significados produzidos nos permitem apreender o modo de viver dos sujeitos em seu ambiente, ajudando-nos a compreender os eventos relacionados com o processo gestacional (VAN DER SAND et al., 2016; COSTA; GUALDA, 2010).

Terceiro trimestre gestacional

« Não quero que ele perca esse momento que também é dele» (F1IC1)

No terceiro trimestre da gestação foram revelados os símbolos e significados referentes ao conhecimento da maternidade; experiências de outras mulheres da família quanto ao parto e sua influência no desejo das gestantes poderem escolher a via de parto; e o papel do acompanhante como fonte de segurança, compartilhamento e união.

O último trimestre da gestação é marcado pela ansiedade e preparo para o parto e a expectativa da transformação da rotina de vida após a chegada do bebê. A aproximação do nascimento motiva as gestantes a *conhecerem as possíveis maternidades*:

“Sabia que precisava conhecer as possíveis maternidades. Na primeira, saí frustrada” (Diário de campo, F1IC1). Fomos juntas conhecer a segunda maternidade, e a IC1 estava tranquila. A enfermeira que nos recebeu explicou como era o funcionamento do serviço e mostrou todo o local e o que ocorria quando uma paciente chegava. Depois disso, a gestante afirmou que se tudo

saísse como planejado, a segunda opção seria sua escolha (Diário de campo, IC1).

“Como a minha primeira gestação foi de risco e nasceu antes do tempo, a cesárea foi na maternidade de referência para essas situações. Como tinha gostado do atendimento nesta ocasião, no segundo parto acabei voltando para lá. Agora penso o mesmo, mas por orientação no pré-natal talvez até conheça a do outro hospital, que fica próximo aqui de casa” (Diário de campo, F2IC5). O marido disse que na opinião dele, ela deve continuar indo onde ela sempre foi atendida, para não ser surpreendida com outro tipo de atendimento que faça ela sofrer (Diário de campo, F2IC7).

As duas amigas gestantes fizeram a conta de quanto tempo faltava para a data provável de parto e decidiram conhecer juntas as maternidades, antes de terem os bebês. Elas me convidaram para ir junto a das maternidades, pois a outra já haviam ido sozinhas. Depois que conheceram o local e estávamos voltando para casa, elas deram suas opiniões. Acharam que as duas opções eram muito diferentes. A primeira era menos movimentada, mais espaçosa e até o cheiro era melhor, lembrava a uma casa. Já a segunda era bem hospitalar, cheia e a população era atendida de maneira impessoal (Diário de campo F3IC9, F4IC13).

A sondagem de uma maternidade adequada é determinada pela iminência do parto, pela busca de segurança e pela possibilidade de escolha. O significado da segurança está atrelado à necessidade de familiarizar o desconhecido e a busca contínua ao que foi feito antecipadamente. A oposição que as mães fazem das alternativas é muito clara nos dados apresentados, supondo o ponto de partida para o conhecimento de diferentes realidades que elas avaliam.

Trata-se de considerações relativas à sua visão de mundo e *ethos*²² desse grupo em particular, que permite aos informantes conhecer as diferentes maternidades por meio do processo simbólico imanente ao mundo social em que ocorre (GEERTZ, 2014), permitindo-lhes, de certa forma, estarem mais preparadas para o parto. Se trata ainda de um direito da mulher, estimulado pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio das políticas e programas, tais como o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (BRASIL, 2002) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), com o objetivo de dar maior protagonismo, empoderamento e autonomia às mulheres em seus partos, levando em consideração aspectos como sua cultura, singularidade ou suas próprias subjetividades.

Outro aspecto que se revelou foram as *conversas que as futuras mães têm com outras mulheres* da família. Neste sentido, surgem experiências boas, mas também

²² São os elementos valorativos, disposições morais, caráter, estilo e qualidade de vida de um grupo (GEERTZ, 2014).

desagradáveis e até mesmo de violência, relatos que as influenciam na hora de escolher uma ou outra via para o nascimento:

“Quando passei uns dias com a mãe, lá na cidade da minha família, encontrei uma prima que na época tinha acabado de experienciar um trabalho de parto doloroso e com muitas intervenções. Ela buscou um hospital público quando ainda tinha pouca contração e dilatação. Os médicos ‘judiaram’ dela, lhe colocaram um soro que aumenta a dor, romperam a sua bolsa e o cordão se prolapso. Tiveram que sair correndo para fazer uma cesárea de urgência. Quando eu retornei para casa e contei tudo isso para o meu marido, ele disse que ia dar um jeito e ia arrumar dinheiro para que eu pudesse fazer uma cesárea agendada, que não queria que nada disso acontecesse comigo. Mas não aceitei, estava muito perto da data provável de parto e era muito dinheiro, um dinheiro que nem tínhamos” (Diário de campo, F1IC1).

A gestante até tinha vontade de fazer um parto normal, mas sua mãe a desencorajava (Diário de campo, F2IC5; F2IC6). “Quando eu fui acompanhante dela na primeira cesárea, o médico deixou claro que ela não podia ter filhos de parto normal, que o útero podia romper, mas não deram uma justificativa para nós, SUS né?!” (Diário de campo, F2IC6).

“Eu sempre fui sincera e deixava claro que o meu maior desejo era pagar uma cesariana. Conversava com uma amiga que tinha feito uma cesárea e outra que teve parto normal. A da cesárea só passou dificuldades nos primeiros dias pós-parto, porque a cesárea é uma cirurgia, mas não teve dor antes como a outra. O medo que tenho é de passar por muita dor e ter um trabalho de parto com intervenções. Eu sempre estou lendo na internet sobre violência obstétrica e afirmo todos os dias, para mim mesma, que não vou deixar que isso aconteça” (Diário de campo, F3IC9).

“Eu [sogra] tive todos meus filhos de parto normal e já disse para ela se inspirar em mim” (Diário de campo, F4IC15). “Não fico pensando e tentando procurar coisas sobre o parto, para não me sentir receosa, como a [amiga] que está sempre assistindo vídeos na internet. Eu vou ir para o hospital público, até porque nem posso cogitar outra possibilidade devido a situação financeira da nossa família, e a minha sogra sempre teve parto normal no público e nunca sofreu” (Diário de campo, F4IC13).

Observamos como o diálogo com outras mulheres se torna a base sobre o qual se apoia o medo das mães de sofrer eventos de violência obstétrica, que ponham em perigo suas vidas ou de seus bebês, sendo identificados por meio do parto normal e dos hospitais públicos, em oposição à idealização que é feita de partos cesáreos em hospitais privados. Neste habitus²³, a decisão de optar pelo hospital público é marcada por uma situação econômica que não permite ir a centros privados, buscando conforto nas experiências de outras mulheres que deram à luz nesses hospitais sem complicações. Mas o problema não parece ser na escolha de um hospital público ou privado, mas na disseminação de um modelo biomédico e tecnocrático (OLIVEIRA et

²³ Relaciona-se à capacidade de uma determinada estrutura social ser incorporada pelos agentes por meio de disposições para sentir, pensar e agir.

al, 2013) focado em intervencionismo excessivo em partos normais e um modelo desumanizado que tem consequências negativas para a saúde materno-infantil (NARCHI; CRUZ; GONCALVES, 2013; SANFELICE et al, 2014). A aversão ao parto normal vem mediada por uma abordagem dos partos de baixo risco que se aproximam da violência obstétrica, por uma forma medicalizada e biologicista de conceber o parto, minimizando a dignidade das mães e não levando em conta as suas necessidades psicológicas e emocionais (HERNÁNDEZ GARRE; PÉREZ, 2016; HERNANDEZ GARRE; PÉREZ, 2015).

Além disso, no terceiro trimestre as mulheres e suas famílias mostram sua necessidade de viver o parto com o acompanhamento de um familiar. A gestante se sente mais segura com a presença de alguém de sua confiança, da mesma forma que a pessoa escolhida para ser seu *acompanhante* se sente importante para dar o apoio necessário durante o processo parturitivo.

“Escolhi o meu marido para ser meu acompanhante. Para nós era o primeiro momento como uma nova família e não queríamos abrir mão disso. Ele quem havia me acompanhado durante todo o processo gestacional, tanto nas consultas de pré-natal, como no dia a dia. Não queria que ele perdesse esse momento que também era dele. Só me sentia segura na hora do parto com a presença dele” (Diário de campo, F1IC1).

“Quando eu entrei em trabalho de parto, fui encaminhada para uma cesárea. Eu queria um acompanhante, sabia do meu direito. Graças a Deus a equipe acatou o meu pedido e a minha mãe ficou junto comigo. Ela conversava o tempo todo, me tranquilizava, passou rápido. Ela me distraiu e logo acabou o procedimento e nós três estávamos juntas. Foi muito emocionante e especial aquele momento” (Diário de campo, F2IC5).

A F3IC9 chamou sua cunhada quando entrou em trabalho de parto e foi para o hospital. A cunhada é técnica de enfermagem. Ela estava tranquila e não deixou a parturiente ansiosa. Ela também ajudou durante a gestação. A cunhada acompanhou todo o trabalho de parto e foi ela quem recepcionou o bebê. As duas choraram de emoção e agradeceram a Deus pelo momento juntas (Diário de campo, F3IC9; F3IC11).

“Sempre quis que fosse ou meu marido ou minha sogra como acompanhante” (F4IC13). Pelas circunstâncias, quem ficou com a parturiente foi a sogra. Ela disse que até achou melhor porque a sogra já passou pela experiência do parto e sabia tomar decisões quando era necessário. Elas afirmaram que são como filha e mãe, por isso tem tanta segurança uma na outra (Diário de campo, F4IC13; F4IC15).

A escolha do acompanhante é feita de acordo com a afinidade, a segurança e, principalmente, pelo papel que aquela pessoa tem na vida da gestante, o que a pessoa representa para ela e para a família. O significado da participação do nascimento está ligado à transição maturacional e social, em que o marido torna-se pai, a cunhada

torna-se tia, a mãe e a sogra tornam-se avós. Logo o nascimento é um processo que marca tanto a vida da gestante como os membros familiares que estão envolvidos, sendo influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre (DODOU et al., 2014).

Acreditamos que a vivência das mulheres que tem a oportunidade de ter alguém da sua escolha para estarem com elas durante o trabalho de parto e parto é diferente das que não tem essa opção. Apesar disso, os estudos mostram a persistência de dificuldades para o acompanhamento durante o parto, resistência que está relacionada a certas ideias preconcebidas que o companheiro pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho (BRÜGGEMANN et al, 2015; HERNÁNDEZ GARRE; PÉREZ, GOMARIZ, 2016). Estas são visões clínicas que não levam em conta que o nascimento não é apenas biológico, mas cultural (HERNANDEZ GARRE, PÉREZ, 2015), de modo que é simbolizado de diferentes maneiras de acordo com as expectativas, experiências, medos, costumes e visões do mundo de todo contexto cultural e familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os símbolos e os significados acerca do processo gestacional, vivenciados pelas famílias, foram desvelados nos diferentes momentos gestacionais, agrupados neste artigo de acordo com os trimestres da gestação. No primeiro, os símbolos estavam relacionados à forma como se deu a descoberta da gravidez e o que isso significava para cada membro da família, sendo expressado por meio do medo, da aceitação ou negação, do apoio oferecido e recebido. Desde o começo do processo gestacional, ocorre a medicalização da gravidez, sendo um significado apreendido no contexto do modelo biomédico. Neste habitus, se situa o uso de ultrassom obstétrico, que é culturalmente valorizado devido aos significados confirmatórios da gravidez no primeiro trimestre e verificadores do sexo, no segundo, momento que se inicia a personificação do bebê, antecipando o encontro com a criança.

A personificação se intensifica quando a família interpreta os movimentos fetais, durante o segundo trimestre gestacional, com simbologias que indicam como eles imaginam a criança. Assim, as famílias vão construindo os códigos culturais e assumindo seus papéis de forma mais ampla e significativa. Com a descoberta do

sexo do bebê, as famílias organizam o chá de fraldas como um evento simbólico que ocorre entre o final do segundo e começo do terceiro trimestre de gestação. Nele, as pessoas de um mesmo grupo social se aproximam para celebrar e integrar o bebê que está sendo gestado no meio familiar.

No terceiro trimestre, com a aproximação do parto, as mulheres vão conhecer as maternidades e escolhem aquela em que se sentem mais seguras. Além disso, nessa época se intensificam os diálogos sobre hospital público ou privado, parto normal ou cesáreo, de acordo com os símbolos e significados que cada indivíduo traz consigo. No contexto do nosso estudo, observamos preferências pelo hospital privado e o parto cesáreo em relação ao público e ao parto normal por estarem associados ao sofrimento e a violência obstétrica, como uma expressão cultural do abuso e da medicalização que vem sendo realizado nos partos normais nas últimas décadas. O parto é simbolizado, então, por cada sujeito que o vive de acordo com suas experiências, expectativas e visões do mundo predominantes nos contextos culturais e familiares em que estão inseridos.

Pode-se considerar que a vivência familiar, relativa ao processo gestacional e seus significados, não é universal, mas sim uma experiência construída culturalmente por meio do contexto sociocultural e da internalização simbólica de cada indivíduo. Além disso, é possível afirmar que a cultura padroniza a família na vivência do processo gestacional e que dentro de cada padrão cultural existem singularidades. Isso implica que estas sejam reconhecidas, durante a gestação, como um fenômeno complexo e particular para a mulher e sua família.

FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte da Tese “Mediação cultural na vivência do processo gestacional das famílias de periferia: um estudo etnográfico”, apresentada no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. A pesquisa contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Capes (CAPES).

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990, p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Reimpressão. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 11.108. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BRÜGGEMANN, O.M.; EBELE, R.R.; EBSEN, E.S.; BATISTA, B.D. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):152-58.

CHAZAN, L.K. "Meio quilo de gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

CAMACHO, K.G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. Ciencia Y Enfermería [Internet] 2010 [cited 2017 Out 08]; 16(2):115-25. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. História, Ciências, Saúde. 2010; 17 (4): 925-937.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery, 2014; 18 (2): 262-269.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2014.

HELMAN, C. Culture, health and illness: an introduction for health professionals. [e-Pub]. 5a ed. Grã-Bretanha: Butterworth; 2014.

HERNADEZ GARRE, J.M.; PÉREZ, E.P. El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. Rev. de Antropología Iberoamericana, 10(3): 401-426, 2015.

HERNADEZ GARRE, J.M.; PÉREZ, E.P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático'. Rev. Internacional de Sociología, 74 (1): e025, 2016.

HERNÁNDEZ GARRE, J.M; PÉREZ, P; GOMARIZ, M.J. De reclusiones maternas y habitantes de los «no lugares». La gestión del acompañamiento paterno en el marco de los partos hospitalarios públicos. Periferia. Revista de investigación y formación en antropología, 21(2), 2016.

LANGDON, E. J.;WIİK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. mai-jun 2010 [acesso em: 22 set. 2017] 18 (3): 9 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23>. Acesso em: 13 set. 2017.

LEININGER, M. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing . New York: National League for Nursing Press; 1991.

_____. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett: SUDBURY, M. A, 2006.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(4):1059-68. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

OLIVEIRA, E.; SILVA, D.E.; RAMOS, M.G.; JORDÃO, V.R.V.; SILVA, R.A.R.; CARVALHO, J.B.L.; COSTA, M.M.N. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(esp):4161-70. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608>. Acesso em: 21 set. 2017.

PICCININI, C. A.; LEVANDOWSKI, D. C.; GOMES, A. G.; LINDENMEYER, D.; LOPES, R.S. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*. 2009; 26 (3):373-382. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANFELICE, C.F.O.; ABBUD, F.S.F.; PREGNOLATTO, O.S.; SILVA, M.G.; SHIMO, A.K.K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014; 15(2):362-70. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

SANTA MARIA. Secretaria de Saúde do Município. 2017. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/sociedade/8-1-demografia/>>. Acesso em: 30 set. 2017.

SCOPEL, R. P. D. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A.L. *Field research: strategies for a natural sociology*. New Jersey: Privity-Hall, 1973.

SILVA, M. R. S.; ELSEN, I. O processo de aprender e ensinar a trabalhar com família: a experiência do grupo de estudo e pesquisa em família, enfermagem e saúde. In: ELSEN I., SOUZA, A. I. J.; MARCON, S.S. *Enfermagem à família: dimensões e perspectivas*. Maringá: Eduem, 2011. Unid. IV. p. 2016-228.

SIMAS, F.B.; SOUZA, L.V.; SCORSOLINI, COMIN. F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicol teor prat [Internet]* 2013;

15(1):19-34. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2017.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación – La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1987.

VAN DER SAN, I.CP.; MONTICELLI, M.; RESSEL, L.B. Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. Rev enferm UFPE, 8(8):2896-906, 2014.

VAN DER SAN, I.CP.; RESSEL, L.B.; MONTICELLI, M.; SCHIRMER, J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. Texto Contexto Enferm; 25(4): e2510015, 2016.

WILHELM, L. A.; CREMONESE, L. CASTIGLIONE, C. M.; SOUZA, M. H, T.; SCHIMITH, M. D.; RESSEL, L. B. Participação da família na gestação: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFSM; 7 (3): 516-526, 2017.

5.2 ARTIGO 2

A TEIA CULTURAL DE PRÁTICAS DE CUIDADOS NO PROCESSO GESTACIONAL

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família, que influenciam no cuidado durante o processo gestacional. O estudo consistiu de uma pesquisa etnográfica desenvolvida com 15 informantes-chave, dentre os quais quatro eram gestantes e onze eram familiares, desenvolvida entre abril de 2016 e janeiro de 2017 em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Adotou-se o modelo de observação-participação-reflexão para a coleta de dados e a etnoenfermagem para a análise. Os informantes revelaram preocupações com a rotina da gestante, que o processo analítico identificou como quatro padrões culturais, citados a seguir: hábitos alimentares, atividade sexual, esforço físico e preparação para a chegada do bebê. As crenças, os saberes e as práticas de cuidado foram construídos socialmente e refletem no fortalecimento da cultura familiar. Ademais, apontam que os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro ou a enfermeira, devem investigar e buscar aspectos relevantes da vida das gestantes e suas famílias, de forma que passem a conhecê-los a ponto de compreender as dimensões simbólicas presentes na cultura em que essas pessoas vivem, podendo, assim, organizar suas orientações e planejamentos quanto ao processo gestacional e o modo de viver das famílias.

Palavras-chave: Enfermagem. Antropologia do cuidado. Cultura. Família. Gravidez.

INTRODUÇÃO

Cada pessoa tem um comportamento que é construído histórico e culturalmente, como um processo ininterrupto e inacabado, que se reflete na permanente reconstrução das relações humanas. E, como seres socioculturais, o nosso modo de sentir, pensar e agir revela os significados que trazemos conosco, de acordo com a nossa visão de mundo (BUDÓ et al., 2016).

Logo, isso denota, igualmente, diferenças de comportamentos das pessoas em relação ao cuidar/cuidado²⁴, que é explicado por Leininger (2002) como diferenças conexas aos padrões culturais. Para isso, ela criou o conceito de cuidado cultural, que está relacionado aos valores, às crenças e aos modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos de forma subjetiva e objetiva. Eles, por sua vez, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos ou grupos a manterem o seu bem-estar (LEININGER, 2002).

Assim, podemos afirmar que o ato de cuidar é construído culturalmente e está imbricado nas experiências de vida e informações repassadas entre as gerações (OLIVEIRA et al, 2014). Tal esteira de pensamento nos remete a ponderação quanto ao papel da família no ato de cuidar, uma vez que cada membro que a compõe tem necessidades, derivadas de diferentes etapas da vida, que são apreendidas na vivência e singularizam o cuidado (WRIGHT e LEAHEY, 2012).

Uma das etapas desta vivência constitui-se no processo gestacional, em que a família destaca-se como a principal unidade de cuidado, desempenhando papéis essenciais, inerentes a ela, como proteção, apoio, orientações entre outros (RODRÍGUEZ; RAMOS; DÍAS, 2014). A família socializa a gestação, afetando relações entre os membros familiares, desenlaçando sentidos mútuos entre o ser cuidado e o cuidador, valorizando os sentidos e significados do ser cuidado, que se modificam de acordo com cada grupo social (BUDÓ et al., 2016).

Nesta direção, entendemos que a cultura é um dos elementos fundamentais para alcançar o cuidado, de forma a prover a saúde e a qualidade de vida. Logo, entendemos que quando o cuidado está consolidado na perspectiva cultural, o ser humano é capaz de compreendê-lo na realização da sua forma de cuidar (BUDÓ et al., 2016). Frente ao exposto, este artigo tem como objetivo conhecer as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família, que influenciam no cuidado durante o processo gestacional.

²⁴ Além do conceito de cuidado cultural de Leininger (2002), foi utilizado o conceito de cuidado de Leonardo Boff como base para este estudo. Segundo o autor, cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2017).

METODOLOGIA

Os dados foram obtidos por meio de uma pesquisa etnográfica. Como técnica de produção dos dados, utilizamos a observação participante e a entrevista. Além disso, fizemos uso do diário de campo para o registro dos dados. A coleta de dados, que a investigadora principal realizou, aconteceu no período de abril do ano de 2016 a janeiro do ano de 2017, totalizando 425 horas de observação.

No que diz respeito ao cenário geral do estudo, os informantes foram captados de forma intencional na Unidade Sanitária Kennedy (USK), que está localizada no norte do município de Santa Maria/RS, Brasil. A escolha desse local foi devido à proximidade da pesquisadora principal com a equipe que realiza atendimento às gestantes e com a própria população da região, uma vez que já havia trabalho no local, em consultas de pré-natal. Os cenários etnográficos, por outro lado, ocorreram onde a pesquisadora principal os acompanhou, em suas rotinas e também em situações relacionadas com a gravidez, quais sejam: no domicílio, em consultas de pré-natal, durante a realização dos exames de ultrassonografia obstétrica, em viagem para visita a familiares, nas visitas das maternidades e no chá de fraldas.

Os participantes consistiram de quatro gestantes e onze familiares, totalizando 15 informantes-chave. A escolha dos participantes foi realizada após encontros nos locais da investigação, onde a pesquisadora principal os selecionou de maneira cuidadosa e intencional, após identificar as potencialidades de cada indivíduo para o estudo. Nesta pesquisa, todos os informantes foram considerados informantes-chave, pois todos tinham conhecimento sobre o domínio do objeto da pesquisa e auxiliaram na interpretação e compreensão dos dados observados relativos ao processo gestacional, na perspectiva sociocultural (LEININGER, 2002).

A observação, para a coleta dos dados, ocorreu desde no primeiro trimestre da gestação até o puerpério imediato²⁵. O critério de inclusão foi as gestantes e suas famílias estarem adstritas na USK. Os critérios de exclusão, por outro lado, levaram em consideração as gestantes de alto risco e/ou gestantes adolescentes²⁶ e suas

²⁵ Didaticamente o puerpério pode ser dividido em três fases: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (VIEIRA et al., 2010).

²⁶ De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069/90 a adolescência corresponde à faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

famílias, por acreditar que poderiam revelar dados relacionados com o risco gestacional e da adolescência que vão de encontro do objeto de estudo.

O número de informantes seguiu as orientações de Minayo (2017) quanto quantificação, que, *a priori*, foge à lógica que preside os estudos qualitativos. Segundo essa autora, o que precisa prevalecer é a certeza que o pesquisador encontrou a lógica interna do seu objeto em todas as suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017). Assim, consideramos que o número ideal de informantes seria aquele que refletisse a totalidade em suas múltiplas dimensões.

Para a coleta de dados, seguimos as quatro fases do modelo de observação-participação-reflexão. Na primeira fase, a pesquisadora principal apenas observou e ficou atenta ao que acontecia no contexto cultural, seguindo um roteiro de observação sistematizada (VÍCTORA; KNAUTH e HASSEN, 2000). Na segunda fase, a pesquisadora continuou observando, todavia nesta etapa ela começou a participar, priorizando algumas conversas informais, tentando interagir com os informantes. Na terceira fase, a pesquisadora já participava de forma mais ativa, sendo nesta fase que as entrevistas foram realizadas. Na quarta fase, a pesquisadora fez observações reflexivas e repensou o fenômeno observado, avaliando as informações encontradas, buscando discutir os resultados com os informantes (LEININGER, 2006).

Diante da necessidade de detalhar, ratificar ou descartar as interpretações realizadas com a observação, foi realizada a entrevista. Esta técnica de coleta de dados foi utilizada, sobretudo, para aprofundar as temáticas que emergiram durante a observação. Ela ocorreu de duas formas: por meio de diálogos, durante as observações, em que as informações foram registradas no diário de campo, e também por meio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas que ajudaram na compreensão das crenças, dos saberes e das práticas construídas culturalmente pela família, que influenciam no cuidado durante o processo gestacional. A entrevista semiestruturada foi combinada previamente com os informantes-chave e realizada no domicílio deles, sendo gravada em aparelho digital e, posteriormente, transcrita para análise.

Usamos o diário de campo para registrar as informações, eventos e falas, relacionadas a vivência da família no processo gestacional e seus contextos. Organizamos no formato de notas teóricas (interpretações da pesquisadora) e metodológicas (observações relacionadas a produção de dados, como temas que

precisavam ser aprofundados com os informantes), que nos auxiliaram durante a análise dos dados (SHATZMAN e STRAUSS, 1973).

Em relação à análise dos dados, seguimos o guia de análise temática de padrões dos dados, sugerido pela etnoenfermagem, que possui quatro fases sequenciais: 1) coleta, descrição e documentação dos dados brutos; 2) identificação e categorização dos descritores e componentes; 3) padrão e análise contextual; 4) principais temas, resultados de pesquisa, formulações teóricas e as recomendações (LEININGER, 2006). Além disso, em toda a pesquisa empregamos a perspectiva cultural orientada pelo referencial teórico metodológico de Geertz (2014).

Neste estudo, o processo de análise nos possibilitou conhecer as crenças, os saberes e as práticas, construídas culturalmente pela família, que influenciam no seu cuidado durante o processo gestacional. Esses dados foram identificados, agrupados e caracterizados como padrões culturais.

Foram seguidos os critérios de rigor recomendados para os estudos etnográficos na área da enfermagem para a validação dos dados que ocorreu durante alguns encontros com os informantes, quando a pesquisadora principal reafirmava o que ouviu ou vivenciou em relação ao objeto da pesquisa. Também foram disponibilizados os resultados redigidos para os informantes-chave, para que lessem e confirmassem os padrões e temas recorrentes (LEININGER, 2006).

Seguimos as normas da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde/Brasil, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número do parecer 1.458.299 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52531616.0.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crenças, os saberes e as práticas, construídas culturalmente pela família, que influenciam no cuidado durante o processo gestacional compreenderam uma série de questões peculiares ao modo de vida de cada gestante e sua família. Os membros familiares revelaram preocupações com a rotina cotidiana da gestante, que

se delineou, no processo analítico, como quatro padrões culturais: hábitos alimentares, atividade sexual, esforço físico e preparação para a chegada do bebê.

Os hábitos alimentares mudam: na perspectiva do processo gestacional

O primeiro padrão cultural está relacionado as crenças, aos saberes e as práticas das famílias quanto a alimentação. Observamos que este padrão está imbricado nas rotinas familiares no que diz respeito à situação socioeconômica, aos desconfortos digestivos e gastrointestinais e a questões relacionadas a imagem corporal da gestante.

A situação socioeconômica influencia o cuidado da família no que tange a suas rotinas na alimentação, conforme observado no estudo:

Depois que ela (gestante) começou o pré-natal, reeducamos nossa alimentação. Passamos a comer várias vezes ao dia. A enfermeira nos disse para comermos no mínimo seis vezes no dia e aumentar nossa ingestão de água. A única coisa que não conseguimos seguir muito bem foram alguns alimentos sugeridos, porque são muito caros para a nossa realidade (Entrevista, F1IC2).

Em uma visita a família, estávamos assistindo televisão e após uma reportagem sobre alimentação o F2IC7 se manifestou quanto a situação deles: “aqui em casa já temos nossos dois filhos pequenos e agora ela está grávida novamente. Eu tento cuidar da alimentação deles, mas como estou desempregado, estamos modificando alguns hábitos alimentares para tentarmos economizar. Não que a gente passe fome, não é isso, só estamos substituindo alguns alimentos por outros mais baratos, então não conseguimos seguir todas as orientações do pré-natal” (Diário de campo, F2IC7).

Enquanto lanchávamos um sanduíche na casa da F3IC9, conversávamos sobre os hábitos alimentares: “nossa, o meu marido está sempre preocupado com a minha alimentação. Ele acha que estou engordando muito. Até aceitou trocar alguns alimentos que antes usávamos, como a margarina, que é mais barata, pelo requeijão light, que já é mais caro. Isso tudo porque me orientaram que é mais saudável e engorda menos. Depois, parei para pensar como ele estava se importando e cuidando de mim, isso nos fortalece como casal” (Diário de campo, F3IC9).

Como somos muitos aqui em casa, sempre foi aquela comilança. De uns tempos para cá até substituímos algumas coisas que eram supérfluas e que só faziam mal, como o refrigerante. E agora com uma gestante em casa, queremos cuidar dela e deixamos de comprar uma coisa que, as vezes, é só para gastar e fazer mal para comprarmos alimentos saudáveis. Mas nem sempre eles são baratos. Eu cuido do dia da feira, o valor é mais em conta e é tudo fresquinho para ela (gestante) (Entrevista, F4IC15).

Os informantes revelam que quando retornam para casa, após uma orientação dos profissionais que realizam a consulta de pré-natal, tentam praticar o que foi sugerido, mas que nem sempre é possível devido às condições financeiras da família, ou ainda devido à necessidade de economizar ter alterado seus hábitos alimentares. Por meio dos depoimentos, podemos afirmar que a situação socioeconômica é algo que deve ser levada em consideração pelos profissionais de saúde no momento de fazer qualquer orientação e adaptação alimentar. Além disso, a escolha por uma alimentação saudável é um cuidado realizado pela família, pois altera sua rotina, como a adaptação para uma alimentação fracionada, o aumento da ingestão hídrica, a substituição por alimentos mais saudáveis.

Esses dados vão ao encontro de um estudo antropológico (JUNGES; RESSEL; MONTECELLI, 2014), que desvelou que o aumento do número de refeições, a quantidade de alimento ingerido e a qualidade dos alimentos eram identificados pelos participantes como comportamentos essenciais para uma alimentação saudável.

Helman (2014) menciona que a comida não é apenas uma fonte de nutrição, ela tem um papel mais amplo, entrelaçado aos aspectos sociais e econômicos do dia a dia. Ademais, para este autor, os alimentos trazem aspectos simbólicos que expressam e criam as relações entre os seres humanos (HELMAN, 2014). De forma semelhante, esta pesquisa destaca que a família estabelece adaptações alimentares como cuidado para a gestante e fortalece, com isso, as relações entre os membros familiares.

Os cuidados realizados pela família, em relação à alimentação, também estão associados aos desconfortos digestivos e gastrointestinais da gestante, que comumente se manifestam durante o processo gestacional. Dentre eles, as náuseas e vômitos, pirose e obstipação intestinal foram citadas pelos informantes-chave.

Durante a consulta de pré-natal, a gestante é questionada pela enfermeira, sobre sua alimentação. Ela responde que começou a excluir de sua dieta alguns alimentos que deixavam ela com o intestino preso, como o leite com achocolatado e começou a beber mais água (Diário de campo, F11C1). O marido, que estava lhe acompanhando, também se manifestou e disse que ele a ajuda cuidando para se alimentarem com mais frutas e verduras, como o mamão e a ameixa, de acordo com as orientações de sua mãe. Também mencionou que nunca a deixa tomar laxante (Diário de campo, F11C2).

Em uma conversa, durante uma visita à família, a gestante reclama sobre o desconforto de pirose que sente frequentemente e a F21C6 se remete a mim e diz: 'Eu disse para ela (gestante) que para diminuir essa azia, ela precisa ter uma vida mais saudável e parar de comer tanta fritura e doces. Isso seria bom até para os meus netos mais novos, teriam um exemplo' (Diário de campo, F21C6). Dias depois, em uma consulta de pré-natal, quando a

gestante é questionada sobre sua alimentação, ela relata que está fazendo as seis refeições no dia, que diminuiu o açúcar, massas e frituras. Mas que o doce é o mais difícil, pois de manhã sempre sente vontade de comê-lo, mas que está se controlando. Quando não consegue resistir e logo após a ingestão tem azia, chupa gelo para aliviar. Ela revelou que sua tia era quem sempre fazia isso (Diário de campo F2IC5).

Enquanto ajudava a F3IC11 organizar a cozinha, após um lanche que havíamos realizado, ela me contou o seguinte: 'esses dias cheguei aqui e ela (gestante) estava com uma azia daquelas. Tinha comido doces e tomado café preto. Eu tento cuidar dela e expliquei para os dois (gestante e marido), parem de comer tanto doces. Eles me afirmaram que não iam mais comprar, para nem terem em casa. O iogurte é o que 'refresca' o estômago dela. Eles me escutam porque sabem que sempre estou buscando conhecimento, lendo e estudando' (Diário de campo, F3IC11).

Como marido meu papel é amar, cuidar e incentivar para se alimentar bem. No começo ela sentia muita náusea e logo vomitava. Dizem que é normal, mas eu sempre me preocupava, ela nunca tomava café da manhã, só tomava chimarrão. Então, antes de eu sair para trabalhar, sempre deixava o café da manhã pronto, aí ela começou a tomar todos os dias e essa refeição se tornou um hábito (Entrevista, F4IC14).

As famílias têm o cuidado de orientar ou realizar a substituição de alguns alimentos, como o achocolatado por frutas e verduras; excluir outros como frituras, doces e café; fracionar as refeições; estimular a gestante a realizar as principais refeições durante o dia, como o café da manhã; ou ainda a ação de chupar gelo para o alívio da pirose. A prática de chupar gelo, embora não seja comprovada cientificamente, é entendida como um conhecimento prático, transmitido em forma de crença pela família. Os desconfortos digestivos e gastrointestinais, cujos sintomas e queixas são manifestações transitórias ou ocasionais, não se refletindo em patologias mais complexas, normalmente, advêm em virtude das modificações do organismo ocasionadas pela gravidez. No entanto, alguns alimentos podem potencializar ou diminuir esses desconfortos, e é neste sentido que a família tem realizado esforços.

Essas atitudes de cuidado, mesmo sendo relacionadas aos desconfortos comuns esperados para o período da gravidez, também, demarcam que o comportamento alimentar está revestido por elementos que transcendem o processo gestacional e dizem respeito a história da mulher e à cultura do contexto em que vive, destacando a família como detentora e promotora de símbolos e condutas naquele cenário sociocultural (JUNGES; RESSEL; MONTICELLI, 2014).

Estudos antropológicos analisam o comportamento alimentar quanto aos aspectos sociais e culturais, apontando que os grupos sociais se diferenciam, por diversas vezes, nas práticas e nas crenças alimentares (HELMAN, 2014; JUNGES; RESSEL; MONTICELLI, 2014). Logo, cada núcleo familiar é único e procede de

maneira distinta quanto à alimentação. No entanto, todos buscam realizar cuidados como elementos culturais essenciais para o cuidado à saúde da família (PRATES, 2017), em especial para a gestante.

A preocupação com a estética corporal também influenciou na alimentação da gestante durante o processo gestacional. A preocupação com o ganho de peso está associada aos padrões corporais desejáveis, estabelecidos pelo contexto sociocultural:

Eu fiquei muito chateada no final da gestação, porque engordei muito e tive que escutar da minha cunhada que estava parecendo uma bomba relógio, que a qualquer momento poderia explodir, ouvir aquilo como mulher foi horrível. Eu sempre me cuidei e ouvir isso me deixou muito chateada, para ela todas as mulheres deveriam seguir um padrão, mas eu estou grávida né?! (Entrevista, F1IC1).

Durante uma visita, observei a irmã da gestante mostrando algumas fotos das redes sociais para ela. Eram fotos de outras mulheres grávidas que levavam uma vida fitness. A gestante sorriu para a irmã e explicou que já tinha diminuído os açúcares, massas e frituras, que seu peso já havia diminuído e que estava se sentindo bem, mas que achava difícil chegar no corpo daquelas mulheres das fotos (Diário de campo, F2IC5; F2IC8).

Na consulta pré-natal, a gestante conta, rindo para a médica, que seu marido acha que não tem criança na sua barriga, que é pura 'graxa'. A médica se indigna com o comentário e diz-lhe que isso não pode ser aceito, que não deve acontecer. Mostra para ela como está com o peso adequado, e que ela deve continuar cuidando da alimentação, mas que está com o peso ideal (Diário de campo, F3IC9).

Quando estávamos retornando da visita que tínhamos realizado em uma das possíveis maternidades a gestante disse: "o meu marido vive me dizendo que vou ganhar em dezembro, não sei porque ele insiste nisso. Eu já disse que é janeiro. Ele acha que estou muito gorda (risos), no começo eu até estava comendo mais espaçado para não engordar, mas a enfermeira do posto me explicou que isso não ia fazer bem nem para mim, nem para o bebê" (Diário de campo, F4IC13).

É possível observarmos a influência dos padrões corporais, que são desejáveis e estabelecidos, na sociedade contemporânea. Há uma busca pelo peso ideal, fortemente influenciada pelos discursos normativos de responsabilização pelas alterações corporais, que reflete no cuidado com a alimentação por parte das gestantes. Em virtude do papel central das alterações do peso corporal, durante a gestação, no que diz respeito às relações familiares, é notoriamente difícil modificar as crenças e atitudes que prezam o corpo grávido ideal.

Apesar de termos consciência da necessidade da avaliação do estado nutricional da gestante e de seu ganho de peso até o final da gravidez (BRASIL, 2012),

é importante atentarmos para algumas situações de um ponto de vista sociocultural. A gestação, por exemplo, é um estado intermediário entre o status do papel de mulher e o de mãe que necessita da compreensão por parte dos familiares para que as gestantes não sejam julgadas com base nas alterações corporais e, conseqüentemente, sofram de baixa autoestima.

Por meio destes aspectos, podemos afirmar que os alimentos são parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo, em busca de corpos idealizados (HELMAN, 2014). Ressaltamos que o alimento pode ser ingerido por razões tanto nutritivas quanto culturais, afetando a nutrição adequada (HELMAN, 2014) e refletindo nos significados pelos quais as gestantes realizam os cuidados com a sua alimentação, neste caso, para alcançar o peso ideal.

Precisamos aprender o que pode e o que não pode: a atividade sexual

Outro padrão cultural identificado, está atrelado às crenças, aos saberes e às práticas do casal quanto à atividade sexual durante o processo gestacional. Esse tema é pouco focado e permeado por tabus. No entanto, nesta pesquisa, o assunto surgiu espontaneamente durante diálogos e entrevistas com os informantes, bem como durante a consulta de pré-natal de enfermagem.

O período da gravidez representa uma fase de aprendizagem para a mulher e seu companheiro sobre a atividade sexual, pois confere um momento de intensas transformações físicas e psicológicas que normalmente vêm acompanhada por receios e dúvidas, que se refletem no cuidado entre eles e com o bebê:

Às vezes eu não estou disposta a fazer alguma coisa, como sexo, e ele (marido) entende, sabe que é hormonal e que meu corpo está diferente. É como se estivéssemos nos descobrindo novamente. Nós sempre conversamos bastante sobre a nossa relação e sobre o que cada um está disposto a fazer ou o que sentimos sobre tudo isso. Agora durante a gestação esse diálogo aumentou. Para mim essa é uma das formas para cuidarmos um do outro (Entrevista, F11C1).

Na consulta de pré-natal, a enfermeira questionou se estava tudo bem em relação à atividade sexual do casal. A gestante, que estava desacompanhada, disse que tem dúvida de manter-se ativa porque tem medo de machucar o bebê, que o companheiro dela é bem compreensivo e tranquilo, mas que mesmo com dúvidas estão tentando manter, pois ambos sentem desejo. A enfermeira encorajou que mantivessem a atividade sexual, pois no caso dela, não há riscos, principalmente, porque ela não tinha nenhum sangramento, desconforto ou dor (Diário de campo, F21C5).

No começo, não me preocupava porque na consulta com a enfermeira ela dizia que ele era muito pequeno, mas agora eu fico pensando: 'Será que o bebê não sente, não se incomoda?' Precisamos aprender o que pode e o que não pode. Já disse para ela (gestante) que se for para cuidar dele (bebê) e for mais seguro, nós não precisamos fazer isso durante esse período, podemos pensar em outras maneiras para mantermos a nossa intimidade (Entrevista, IC7).

Durante a consulta de pré-natal, a gestante foi questionada sobre como estava a sexualidade do casal. Ela respondeu para a enfermeira apenas que estava tudo bem. No caminho para casa ela retomou o assunto e me disse: "às vezes tenho desejo de fazer sexo, depois já não tenho mais. Mas ele (marido), sempre me pergunta como estou me sentindo, se o bebê está se mexendo, ele cuida da gente. Se tem algo que não quero, ele me respeita e já pergunta se o que ele queria fazer ia prejudicar o bebê. Ele se preocupa, ele sabe que esta é uma fase que estou mais sensível emocionalmente, até o carinho um com o outro aumentou, entende?!" (Diário de campo, F4IC13).

A privacidade do casal acaba sendo interceptada pela presença do bebê, que está no útero. Isso os leva a vivenciar sentimentos que podem enriquecer ou prejudicar seu relacionamento íntimo. Neste padrão cultural, identificamos que a atividade sexual refletiu-se de maneira positiva para o casal, pois eles se cuidavam, respeitando à vontade um do outro, dialogando sobre a relação sexual, bem como no cuidado que estavam tendo com o bebê, repensando suas práticas em prol do bem-estar fetal, atitudes construídas em conjunto.

Esses dados são semelhantes ao de uma etnografia realizada com o objetivo de compreender como as gestantes vivenciavam os processos fisiológicos do seu corpo durante a gestação e as suas repercussões na sexualidade (ARAUJO et al, 2012), revelando que há uma construção diária do casal quanto aos reajustes no relacionamento conjugal devido às mudanças e adaptações que são capazes de afetar profundamente a vida deles, de forma positiva ou negativa. Além disso, as mudanças na vida sexual do casal foram associadas ao medo de machucar ou interferir na vitalidade do bebê, trazendo a noção do ato sexual na gestação como algo que pode ser, em certas situações, perigoso ou nocivo (ARAUJO et al., 2012).

A falta de conhecimento sobre o corpo e suas alterações à resposta sexual também apareceu como importante fator na vivência da sexualidade do casal, destacando a necessidade desse tema ser abordado pelos profissionais de saúde durante atendimento as gestantes e seus companheiros. É importante destacar que o desejo sexual e a sexualidade, tanto no processo gestacional quanto fora dele, sofrem variações que estão relacionadas à cultura, e à visão de mundo de cada indivíduo.

Desta maneira, qualquer proposta de educação em saúde deve estar embasada nas crenças, nos saberes e nas práticas adotadas pelo casal, sendo este o primeiro passo na prestação de uma assistência de qualidade (ARAUJO et al., 2012). A enfermagem, como elemento fundamental na prestação de cuidados, ao propor ações para uma determinada população, deve reconhecer os fatores socioculturais, pois cada indivíduo se comporta de maneira única (LEININGER, 2002; TORRALBA 2009). Desta forma, faz-se necessário o conhecimento prévio do casal, bem como as significações que eles atribuem à atividade sexual e seus fenômenos, fatores imprescindíveis para obtenção de sucesso nas metas estabelecidas, que favorecerão o desenvolvimento saudável da gestação e bom relacionamento conjugal.

As coisas vão ter que começar a mudar: o esforço físico

Outro padrão cultural revelou a organização da família a respeito da diminuição das atividades domésticas da gestante, para que o esforço físico não prejudicasse o desenvolvimento do bebê nem antecipasse o trabalho de parto. Estas são atitudes onde está imbricado o significado do cuidado cultural para a família.

Eu cuidava para não deixar ela (gestante) forcejar (Entrevista, F1IC2). No final eu já não limpava nada, só o ele (marido). Eu tinha medo que o esforço físico pudesse antecipar o trabalho de parto (Entrevista, F1IC1)

Como não moravam na mesma casa, a mãe da gestante ia cada turno do dia ver como estava a filha. Na maioria das vezes, ela pedia para a gestante cuidar para não carregar muito peso, nem forcejar (Diário de campo, F2IC6).

Ele (marido) me cuidava, me ajudava bastante, porque agora no final da gestação não consigo fazer muita coisa. Ele não deixava eu fazer a limpeza mais pesada da casa, com medo que podia prejudicar o bebê (Entrevista F1IC4).

Eu dizia para todos em casa: as coisas vão ter que começar a mudar, ela (gestante) está chegando no final da gravidez; ela vai começar a cansar e vocês vão ter que começar a ajudar. Vocês têm que parar de depender dela (Entrevista, F4IC15). Eu sempre fiz as coisas por conta própria, sempre tive atitude, não ficava esperando ninguém me mandar fazer nada e eles (casal de cunhados e avó do marido) são bem acomodados, todos. Eles se aproveitavam disso, desse meu jeito. Eu via o que tinha para fazer e já fazia, mas depois comecei a pensar no bebê e a me cuidar (Entrevista, F4IC13).

A intenção das famílias foi de evitar ou diminuir o esforço físico realizado nas atividades domésticas pelas gestantes, com o intuito de dar continuidade ao

desenvolvimento saudável da gravidez. Nos discursos das mulheres grávidas isto também fica claro. Elas acreditavam que durante o processo gestacional era necessário ter cuidado ao realizarem suas tarefas diárias.

Mesmo que as gestantes do estudo não fossem de alto risco, a gravidez desencadeou, na família, um processo de cuidar por meio do desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base na intuição e experiência para promover e manter o bem-estar materno-fetal. Esses aspectos aproximam-se da perspectiva filosófica em que o cuidado significa “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato” (BOFF, 2017, p. 91), em relação ao outro, na coexistência com outras pessoas, na convivialidade (WALDOW, 2015).

Frente a isso, é importante destacarmos que os indivíduos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras pelas quais eles experimentam e percebem o cuidado, relacionando experiências e percepções a suas práticas (LEININGER, 2002), projetando toda a sua atenção e zelo ao bem-estar de suas famílias (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012). Segundo Leininger (2002), o contexto cultural possui muitas implicações a respeito do cuidado, uma vez que a totalidade dos significados é compartilhada e influencia os padrões de comportamento.

As coisas do bebê são lindas e estão todas bem organizadas: preparação para a chegada do bebê

O último padrão cultural está relacionado às práticas das famílias quanto à preparação para a chegada do bebê. Observamos que este padrão está relacionado com o cuidado das vestimentas, utensílios e quarto do bebê. Neste ínterim, o processo gestacional é caracterizado como um evento social, constituindo um fenômeno marcado por simbologias que manifestam as características de um grupo à espera do novo membro familiar.

Antes do chá de fraldas, por meio de uma conversa, a F1IC4 me contou como estava ajudando: “as coisas do bebê são lindas e estão todas bem organizadas. A vovó tem de ajudar a organizar tudo. Já comprei protetor de berço, bolsa para levar as coisas do bebê e várias roupinhas” (Diário de campo, F1IC4).

Durante uma visita que realizei para a família, a gestante me convidou para ver os presentes que tinha ganhado. Fomos no banheiro para ver a banheira,

presente da sua sogra, e depois nos dirigimos para um dos quartos da casa onde estava o carrinho e uma cadeira para o bebê, presentes da sua cunhada. (Diário de campo, F2IC5)

Minha irmã nos ajudou muito, mas muito mesmo. Ela nos deu muita coisa, roupas, o bebê conforto, tudo que tu podes imaginar. Nós não compramos quase nada, só o berço, a cômoda. Eu ficava ansioso porque pensava que ia gastar demais, mas no fim deu tudo certo (Entrevista, F3IC10).

Enquanto olhávamos os presentes que o bebê tinha ganhado no chá de fraldas, a F3IC12 disse: “eu disse para ela (gestante) lavar todas as roupinhas com um sabão fraquinho antes de usar. Na minha época era comum escaldar elas, mas agora não se usa mais. Também disse para não comprar muita roupa pequena ou P, porque usa pouco tempo” (Diário de campo, F3IC12).

O quarto dele também está pronto, eu e minha mulher (pais da gestante) que demos, falta apenas pintar de azul (Entrevista, F1IC3).

A cunhada da gestante está fazendo o enfeite para a porta do quarto, com o nome dele, e também caixinhas decorativas. E a sua mãe está procurando cortina de ursinho para colocar no quarto (Diário de campo, F1IC1) Enquanto esperávamos o exame de ultrassom, a gestante se refere ao envolvimento da família com sua gravidez: “todo mundo se envolve para deixar tudo pronto para a chegada dele (bebê)” (Diário de campo, F1IC1).

Há uma preocupação quanto às roupas e utensílios do bebê. A família se envolve comprando o que será utilizado pelo bebê, compartilhando as peças de roupas que eram de outras crianças da família, ajudando a organizar e dando dicas quanto ao tamanho ideal das vestimentas, bem como a higienização das mesmas. Também existe um cuidado a respeito do quarto do bebê. A família prepara o ambiente, se preocupa principalmente em deixar tudo pronto até o nascimento da criança.

Os dados acima refletem os significados culturais que as roupas e utensílios que serão utilizados pelo bebê possuem no contexto das famílias, sendo demonstrado como um cuidado para saudar o novo integrante da família que está chegando. Cada membro compartilha o que pode oferecer durante a gravidez, seja por meio de presentes, organizando as coisas do bebê, ou dando sugestões para a futura mãe. Logo, cada membro familiar se envolve e se comporta de acordo com a sua realidade e expectativa. Esses são achados que vão ao encontro de um estudo recente (PRATES, 2017), com vertente antropológica, que concluiu que um dos cuidados realizados pela família, durante a gravidez, é a reorganização do ambiente familiar.

No que se refere aos preparativos para a vinda do bebê, as famílias têm ações que simbolizam arrumar o “ninho”, um planejamento que se materializa como uma recepção respeitosa e aconchegante, que auxilia a criança com sua chegada ao

mundo (FEYER et al., 2013). Esses preparativos são cuidados identificados como comportamentos e ações que envolvem sensibilidade, valores e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver (WALDOW, 2015).

Acreditamos que esses cuidados que se integram no processo gestacional se relacionam ao modo como as famílias veem o mundo. São produtos de uma herança cultural (LARAIA, 2014) que tem o intuito de melhorar as condições humana ou o modo de vida das pessoas, em busca do bem-estar da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família, foi possível desvelar quatro padrões culturais de cuidado. Esses padrões foram ajustados de acordo com os valores, estilos de vida e visões de mundo de cada indivíduo, construídos socialmente e que, como tal, refletem no fortalecimento da cultura familiar.

Os achados deste estudo apontam, ainda, que os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro ou a enfermeira, devem investigar e buscar aspectos relevantes da vida das gestantes e suas famílias, de forma que os conheçam a ponto de compreender as dimensões simbólicas dentro da cultura em que eles vivem, podendo, com isso, organizar singularmente suas orientações e planejamentos quanto ao processo gestacional e o modo de viver das famílias.

O primeiro padrão cultural de cuidado estava relacionado aos hábitos alimentares das famílias, influenciados pela situação socioeconômica, pelos desconfortos digestivos e gastrointestinais presentes e por questões relacionadas à imagem corporal da gestante. Frente à questão financeira, revelou-se que deve ser pautada durante o atendimento às gestantes e suas famílias, uma vez que buscar conhecer em qual contexto sociocultural estes indivíduos vivem é condição prioritária para fazer qualquer orientação e planejamento alimentar, sendo um dos primeiros passos para uma assistência de saúde com qualidade. Apesar da dificuldade financeira de algumas famílias, o processo gestacional refletiu de forma positiva nos hábitos alimentares dos indivíduos, pois eles optaram por uma alimentação mais

saudável, houve uma adaptação com a substituição de alguns alimentos por outros, a dieta foi fracionada e houve um aumento da ingestão hídrica. Os desconfortos digestivos e gastrointestinais destacaram-se no primeiro padrão cultural de cuidado. Vale destacar que, mesmo que os sintomas e as queixas sejam manifestações transitórias relativas às modificações do organismo pela gravidez, alguns alimentos potencializavam ou diminuíaam esses desconfortos, e foi neste sentido que a família realizou o cuidado de orientar e auxiliar nas mudanças dos hábitos alimentares. A preocupação com a estética corporal também marcou a alimentação da gestante durante o processo gestacional, que é fortemente influenciada pelos discursos normativos presentes nos contextos socioculturais.

Na sequência, o padrão cultural estava associado à atividade sexual durante o processo gestacional, representando um período de aprendizagem para a mulher e seu companheiro devido às intensas transformações físicas e psicológicas atreladas aos receios e dúvidas que refletiram no cuidado entre eles e com o bebê. Nesta pesquisa, identificamos que a atividade sexual na gravidez repercutiu de maneira positiva para o casal, pois o respeito e o diálogo foram cuidados que marcaram esta fase. No entanto, também ficou evidente a falta de conhecimento sobre o corpo e suas alterações à resposta sexual, demonstrando a importância desse assunto ser abordado pelos profissionais de saúde durante atendimento às gestantes e seus companheiros.

A organização da família a respeito da diminuição do esforço físico da gestante, foi outro padrão desvelado nas atividades domésticas, com o intuito de dar continuidade ao desenvolvimento saudável da gravidez.

O último padrão cultural estava relacionado às práticas das famílias quanto a preparação para a chegada do bebê, existindo uma preocupação quanto às roupas, utensílios e quarto do bebê. A família preparava o ambiente e organizava os objetos que seriam utilizados pela criança, como uma saudação ao novo integrante da família.

Esses padrões culturais possibilitaram a compreensão do significado dos cuidados realizados pelas gestantes e suas famílias durante o processo gestacional, já que este é um período repleto de mudanças biológicas e psicológicas em que se entrelaçam fatores sociais e culturais. Os achados deste estudo servem de suporte para direcionar a assistência dos profissionais de saúde neste período, para que compreendam os valores culturais das famílias, bem como seu envolvimento ativo no processo gestacional.

Como limitação do estudo, destacamos que o conhecimento prévio da pesquisadora principal de algumas gestantes, no serviço onde atuou anteriormente ao início da pesquisa, dificultou em alguns momentos o “distanciamento antropológico”, uma vez que houve questionamentos a ela como enfermeira, e não como pesquisadora. No entanto, mesmo conversando e interagindo com os informantes-chave, a pesquisadora principal mantinha o foco sobre o que acontecia no contexto sociocultural em relação ao objeto do estudo.

Esperamos que essa pesquisa instigue discussões acerca das questões do cuidado na perspectiva cultural, de forma que contribua para qualidade dos atendimentos prestados às gestantes e suas famílias; e que as crenças, os saberes e as práticas culturais sejam reconhecidas e prevaleçam durante o atendimento pré-natal.

AGRADECIMENTOS

Às gestantes e seus familiares e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio técnico e financeiro como bolsista do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M. Cultura e cuidado da família. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem. São Paulo: Manole, 2009.

ARAÚJO, N.M.; SALIM, N.R.; GUALDA, D.M.; SILVA, L.C.F.P. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 46(3):552-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>>._Acesso em: 23 nov. 2017.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 20. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BUDÓ, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. ALVES, C.N. WILHELM, L.A; RESSEL, L.B. Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de enfermagem. Rev. fundam. care. online 2016, 8(1): 3691-3704.

CHAZAN, L.K. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

CUNHA, A.C.B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R.M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. Arq bras psicol [Internet]. 2012; 64(1):139-55. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v64n1/v64n1a11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

FEYER, I.S.S.; MONTICELLI, M.; BOEHS, A.E. SANTOS, E.K.A. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. Rev bras enferm [Internet]. 2013; 66(6): 879-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2014.

HELMAN, C. **Culture, health and illness**: an introduction for health professionals. [e-Pub]. 5a ed. Grã-Bretanha: Butterworth; 2014.

JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTECELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. Texto Contexto Enferm [Internet] 2014; 23(2): 382-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00382.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

LARAIA, R.B. Cultura: um conceito antropológico. 26ª reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M.R. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002.

LEININGER, M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Second Edition. Jones and Bartlett: SUDBURY, M. A, 2006.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

OLIVEIRA, K. et al. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 36-42, 2014.

PRATES, L. A. Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico. [Tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2017.

RODRÍGUEZ, M. C. C.; RAMOS, R. M. O.; DÍAZ, O. H. La familia en el cuidado de la salud. *Rev Méd Electrón [Internet]*. Jul./ago. 2014 [citado: 03 de octubre de 2017]; 36 (4). Disponível em: <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>>. Acesso em: 23 out. 2017.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A.L. *Field research: strategies for a natural sociology*. New Jersey: Privity-Hall, 1973.

TORRALBA, F. R. **Antropologia do Cuidar**. 1. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

VIERIA, F.; BACHION, M.M.; SALGE, A.K.M., MUNARI, D.B. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010, 14(1): 83-89.

WALDOW, V.R. *Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico*. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1): 13-25. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>>. Acesso em: 24 out. 2017.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. [trad. Sílvia Spada]. 4. Ed. São Paulo: Roca, 2012.

6 DISCUSSÃO INTEGRADORA

Retoma-se, inicialmente, que a Antropologia Interpretativa, instituída por Clifford Geertz, propõe-se a compreender a cultura a partir da interpretação (VAN DER SAN; MONTICCELLI; RESSEL, 2014). Segundo Menezes e Paschoarelli (2009), ela procura analisar, de forma aprofundada, as interpretações, os símbolos, as falas, as atitudes, por meio da etnografia. Essa análise considera a cultura como uma hierarquia de significados de um determinado povo.

Para Geertz (2014) a cultura é essencialmente semiótica, ou seja, busca os sinais que trazem significados, que são socialmente tecidos, como os hábitos de vida e valores, sendo transmitidos de uma geração para outra. Nesta perspectiva, durante esta pesquisa, foi possível interpretar e descrever os símbolos e os significados acerca do processo gestacional vivenciados pelas famílias, os quais foram desvelados em cada trimestre gestacional.

No primeiro trimestre, os símbolos estavam associados à descoberta da gravidez e o que isso significava para cada membro da família, sendo expressado por uma mistura de sentimentos e reações, além de o que as famílias precisaram reorganizar em seus planos e as implicações dessas mudanças. Frente a isso, a gestação é considerada um processo normal da fisiologia feminina, contudo é um momento especial na vida da mulher e de suas famílias sendo vivenciado de diferentes formas dentro de cada contexto sociocultural (BARUFFI, 2004). Logo, o processo gestacional, apesar de ser uma experiência individual, vivenciada de forma única pela gestante, é também um evento social, pois envolve o grupo familiar e o meio em que ela está inserida. Dessa forma, a gestação é encarada de acordo com os valores culturais, relações interpessoais e representações que a mulher grávida e sua família têm acerca da gestação (ZAMPIERI, 2010).

Um estudo etnográfico (JUNGES, 2010), reforça que as influências culturais modelam o comportamento das gestantes. Pondera-se que os constructos culturais das gestantes não são invioláveis, mas tendentes a alterações contínuas, advindas do meio externo e interno. Para tal, há o recebimento de uma profusão de saberes herdados da família, que permitem a adaptação física e cultural da mulher durante todo o processo gestacional, refletindo nas reorganizações de seus planos.

No primeiro trimestre, também foram desveladas situações apreendidas no contexto biomédico, como a medicalização na gravidez, a valorização do ultrassom obstétrico, além da modificação pouco perceptível do aumento do abdômen e o sentimento de dúvida entre estar grávida ou não. Frente a isso, desde quando surgiram os testes laboratoriais e exames obstétricos que comprovam a gravidez, houve uma modificação na posição ocupada pela gestante em relação ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca do seu estado, reforçando a ideia da detecção da gravidez como uma questão 'diagnóstica'. Os exames obstétricos produzem uma relativa mudança da percepção e da subjetividade da mulher em favor de um dispositivo tecnológico e laboratorial (CHAZAN, 2007).

No entanto, um estudo recente (PRATES, 2017) revelou que as mulheres têm, cada vez mais, reivindicado seu direito às questões relacionadas ao período gravídico-puerperal, para que tenham uma experiência mais prazerosa e humana, tentando distanciar-se deste modelo assistencial que fragmenta a mulher e contribui para a medicalização e o desenvolvimento de intervenções inapropriadas. Isso reflete na necessidade de os profissionais da saúde entenderem que o desenvolvimento da gravidez ultrapassa o biológico e associa-se a outros aspectos, como os culturais.

No segundo trimestre constataram-se diversos símbolos e significados que pareciam antecipar o encontro com o bebê, que refletiam no fortalecimento do vínculo da família com ele. Dentre esses, estavam os movimentos fetais, em que cada gestante e suas famílias atrelavam características para o bebê, a descoberta do sexo da criança que repercutia na realização do chá de fraldas, que se revela como uma construção social, cultural e simbólica, podendo ser entendida como uma forma de saudação ao bebê que vai nascer (PRATES, 2017).

Com a descoberta do sexo da criança, as famílias passam a ter um encontro antecipado com o "bebê real" (PRATES). Muitas vezes, a partir do movimento fetal se estabelece um vínculo afetivo entre a criança e a família, e a partir daí a gestante e seu núcleo familiar vão dando características a criança. Isso remete à rede de símbolos e significados compartilhados que orienta de forma padronizada as atitudes dos indivíduos (GEERTZ, 2014) em relação à gestação. É pertinente salientar que durante a gravidez a família cria expectativas, faz planos e projetos, personifica o ser em gestação, sendo considerado um período de significação relacionado ao envolvimento psicoafetivo da família (SILVA e SILVA, 2009).

Já no terceiro trimestre gestacional, em função da aproximação do parto, os símbolos e significados eram revelados em torno dele. As gestantes se interessavam em conhecer as maternidades, eram influenciadas pelas experiências de outras mulheres da família quanto ao parto e destacavam ainda a importância do papel do acompanhante.

É interessante mencionar que a gravidez deve ser compreendida como um processo, inserida em um contexto, não podendo ser desvinculada das outras etapas, acontecimentos da vida e a história que envolvem seus familiares (ZAMPIERI, 2010), que são suas referências e influências frente às escolhas em relação ao parto.

A decisão de ir conhecer as maternidades parece ter um fundo simbólico, o qual está atrelado ao mundo social em que ocorre (GEERTZ, 2014), como um processo que permite as gestantes, de certa forma, estarem mais preparadas para o parto. Além disso, em relação a escolha e presença do acompanhante no dia do parto, reforça que o processo gestacional é um evento social, pois envolve o grupo familiar e o meio em que ela está inserida (ZAMPIERI, 2010). Baruffi (2004) entende o nascimento como um momento único e divino na vida da família e do ser humano que está para nascer. Estando por trás disso as transformações no estado de ser e nas funções sociais dos sujeitos e dos grupos familiares que pertencem, uma vez que o nascimento é marcado pela transição de papéis, em que o marido torna-se pai, a cunhada torna-se tia, a mãe e a sogra da gestante tornam-se avós.

Diante do exposto, é possível ponderar que o processo gestacional é complexo, havendo singularidades quanto aos símbolos e significados, os quais foram permeados pela cultura e desvelados pelas gestantes e suas famílias durante a vivência desse período, lembrando que a cultura padroniza a família na vivência do processo gestacional, e que dentro de cada padrão cultural existem singularidades. Assim, os profissionais de saúde devem ter um olhar diferenciado para cada mulher grávida e seu núcleo familiar em respeito aos valores culturais de cada indivíduo.

Ademais, este estudo possibilitou desvelar as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente pela família que influenciam no cuidado durante o processo gestacional. A mulher ao descobrir que está grávida, recebe princípios concebidos culturalmente que visam o seu bem-estar e o do bebê. Logo, os saberes e as práticas de cuidado familiares na gestação influenciam no modo como a gestante se cuida e, também, no modo com que a família e as pessoas de seu convívio social a cuidam (SANFELICE, 2011). Assim, nesta pesquisa, os membros familiares revelaram

preocupações com a rotina cotidiana da gestante, de acordo com quatro padrões culturais, que foram os hábitos alimentares, a atividade sexual, o esforço físico e a preparação para a chegada do bebê.

No que se refere aos hábitos alimentares, os achados foram semelhantes aos encontrados por Baruffi (2004), em que o modo de vida de cada gestante influenciava no padrão alimentar. Cada cultura apresenta um modelo de regras implícitas que determina sua prática alimentar (LANGDON; WIICK, 2010), refletindo no cuidado realizado pelas gestantes ou da família em prol do bem-estar materno-fetal.

Nesta perspectiva, os etnógrafos têm mostrado que, em todas as sociedades, a prática alimentar humana está revestida por simbologias que indicam características próprias de um grupo. A alimentação, portanto, precisa ser reconhecida e estudada por meio da análise dos aspectos sociais e culturais. Os antropólogos analisam essa prática, apontando que diferentes grupos sociais apresentam performances distintas no que se refere ao comportamento alimentar (JUNGES, 2010)

O referencial da antropologia também serviu de suporte na compreensão do significado referente aos cuidados realizados entre o casal quanto à atividade sexual, pois eles cuidavam um do outro e repensavam suas práticas em prol do bem-estar fetal. O processo gestacional se traduz em um momento repleto de mudanças biológicas, psicológicas em que entrelaçam fatores sociais e culturais, contribuindo de forma significativa na maneira pela qual esses sujeitos vivenciam esse processo no que diz respeito à prática sexual (ARAÚJO, 2009). A sexualidade é considerada uma construção sociocultural, estando integrada a uma rede de significados instituídos por cada grupo social específico, que a condiciona para que seja vivenciada dentro de determinados padrões culturais (RESSEL, 2003). Neste ínterim, pondera-se que os profissionais de saúde precisam conhecer o casal no que concerne às significações que eles atribuem à atividade sexual e seus fenômenos, para que possam realizar orientações pertinentes, sendo um importante passo para o alcance do desenvolvimento saudável da gestação e bom relacionamento conjugal.

Quanto ao esforço físico, este estudo revelou a organização da família a respeito da diminuição das atividades domésticas da gestante para evitar qualquer prejuízo à saúde materna-fetal, sendo uma atitude que imbrica o significado do cuidado cultural para os membros familiares. Frente a isso, a família, por meio de sua estrutura, da sustentação que proporciona, dos papéis de cada membro, das relações, do apoio e cuidado passados de uma geração para outra (BOMAR, 2004) pode

determinar muitas situações na vida de cada indivíduo que a compõe. Além disso, outro estudo na perspectiva cultural também revelou que apesar da gestação não representar um estado patológico, a família apoiava e cuidava da gestante fazendo com que ela evitasse determinadas atividades e posições corporais para a manutenção da gestação saudável (PRATES, 2017).

Em todas as culturas, os indivíduos vivenciam e conhecem comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar. Assim, as crenças, os valores e as práticas culturais influenciam na forma como as pessoas esperam ser cuidadas (BARUFFI, 2004). Nesta esteira de pensamento, entende-se que o cuidado é um ato passado de geração para geração, e que o meio em que ele se encontra poderá influenciar na maneira como ele é prestado (COLLIÈRE, 1999).

A preparação para a chegada do bebê se caracterizou como um evento social, constituindo um fenômeno marcado por simbologias que manifestaram as características das famílias por meio de cuidados à espera do novo membro familiar. Segundo Leininger (2006), a cultura inclui conhecimentos e práticas de cuidado influenciados por fatores como a visão de mundo, parentesco, e os fatores do contexto em que ocorre.

No que diz respeito à gestação, a vivência cultural faz com que ocorra uma adaptação familiar em relação ao cuidado. E isso advém em um ambiente cultural influenciado por tendências sociais (SAUNDERS, 2002). Com isso, corroboro com os autores da área da Enfermagem, Elsen, Althoff e Manfrinni (2001) quando afirmam que os membros da família possuem, criam e transmitem valores, crenças, conhecimentos e práticas de saúde.

Logo, faz-se necessário olhar o indivíduo como parte de um sistema familiar, que interatua, uma vez que a família possui uma cultura, com maneiras singulares de cuidar, que proporcionam a promoção de saúde como qualidade de vida para seus membros ou contexto (ELSEN, 2004). Assim, o cuidado prestado à saúde da gestante deve considerar também o estilo de vida, as crenças pessoais adotadas por ela e sua família, bem como todas as dimensões socioculturais que envolvem o processo gestacional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ancorado na Antropologia Interpretativa/Simbólica de Geertz, teve como ponto de análise a mediação da cultura na vivência familiar relativa ao processo gestacional, permitindo a interpretação dos símbolos e significados culturais da gestação na vivência familiar. Considero que o uso da abordagem antropológica associada ao método etnográfico foram pertinentes com o delineamento do estudo, uma vez que por meio deles pude mergulhar no contexto sociocultural para elucidar os fenômenos que buscava.

Mesmo com a aproximação que tinha com a antropologia, quando delimito o objetivo deste estudo e seus pressupostos, não tinha ideia da sua complexidade. Ela foi sendo revelada gradualmente.

Durante o exercício da observação, buscava identificar o estranhamento, mas a minha formação profissional ainda predominava. Quando consegui me “libertar” do olhar biomédico, percebi que, na visão antropológica, a interação é recíproca entre o mundo social. Foi quando pude, então, conhecer e interpretar as teias de símbolos e significados tecidos pelas gestantes e suas famílias, me envolvendo, sob o olhar deles e me despidendo de qualquer tipo de julgamento ou de conceitos pré-concebidos.

Procurei manter uma escuta aberta, um olhar atento, um diálogo franco, um ouvir autêntico, escutando também o não dito. Foi esse pano de fundo que procurei ter durante todo o percurso da investigação. Contudo, reconheço que precisei de um esforço intelectual para interpretação e validação dos dados “êmicos”.

Por meio da interpretação cultural, que adotei no decorrer dessa pesquisa, percebi que somos seres socioculturais. Nessa perspectiva, a condição humana investigada, a vivência familiar relativa ao processo gestacional, foi considerada como um constructo sociocultural único e singular, uma vez que cada sujeito, junto com seu grupo social, tecia sua rede de significados, o que os condicionava a vivenciarem o processo gestacional dentro de determinados padrões culturais.

No final desta caminhada, percebo que aprendi muito como pesquisadora, como profissional e em nível pessoal. Como pesquisadora acredito que tenha entendido e experienciado uma verdadeira pesquisa etnográfica junto com os informantes-chave. Destaco que eles foram fundamentais. A eles dispenso todo o meu

agradecimento por abrirem suas casas e suas vidas para me acolherem e deixarem que eu vivenciasse junto a eles um período tão especial, que é o de gestar seus filhos.

Como enfermeira da saúde da mulher, que atua no período gravídico-puerperal, este estudo serviu para que eu compreendesse o outro “lado”. Quando os acompanhava nas consultas de pré-natal e exames obstétricos, repensava minhas atitudes profissionais, as quais por vezes, sem perceber, se encaixavam no modelo biomédico. Além disso, ao estar com eles no ambiente domiciliar, participando das suas rotinas, entendi que cada família tem uma dinâmica particular, na qual cada membro familiar tem seus valores, crenças, visão de mundo, que os modulam no modo de pensar e agir, significando em suas ações.

Reforcei meu entendimento de que o processo gestacional é multidimensional, pois envolve a mulher, a família e a sociedade, sendo influenciado de várias maneiras, inclusive, pelas experiências anteriores de todos os envolvidos. Assim, destaco que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro ou a enfermeira, precisam se sensibilizar e refletir acerca dos aspectos socioculturais que envolvem as gestantes e seus familiares, podendo determinar um cuidado mais qualificado e humanizado a esses indivíduos, bem como mais singular e integral, de acordo com o contexto sociocultural deles.

A experiência dessa pesquisa etnográfica também me proporcionou uma reflexão pessoal. Sempre valorizei muito minha família, e conviver com aquelas deste estudo me permitiu entender que cada membro familiar expressa sua maneira de amar e cuidar do outro de uma forma distinta. Por vezes, não entendemos algumas atitudes e não concordamos, podendo gerar até um desconforto. No entanto, isso não quer dizer que a pessoa não tenha nos incluído nas suas decisões. Com o tempo, aquela atitude é identificada como especial e com sentido para todos. Desta forma, com minhas experiências familiares e olhando “de fora” para aquelas do meu estudo, percebi que a verdadeira felicidade está na própria casa, entre as alegrias da família.

Percebo, então, que tive resultados proveitosos durante a construção deste trabalho. Entendo também que esta investigação permitiu confirmar os pressupostos estabelecidos na introdução desta tese, os quais retomo fazendo ponderações para encerrar este exercício metodológico.

O processo gestacional é uma vivência familiar, em que cada membro socializa a gravidez junto com a mulher grávida. A família passa por mudanças em sua estrutura e organização, sendo considerada, neste estudo, como o principal agente de cuidado.

A cultura padroniza a vivência da família no processo gestacional, uma vez que há uma dimensão simbólica, construída dentro da cultura em que ela vive. Sendo possível perceber que há diferentes modos pelos quais as famílias percebem, se organizam e vivenciam a gestação, ou seja, são padrões que foram ajustados de acordo com valores, estilos de vida e visões de mundo de cada indivíduo, que são construídos socialmente e como, tal, refletem no fortalecimento da cultura familiar, pode-se afirmar que dentro do padrão cultural na vivência familiar há singularidades.

Logo, em cada família a gestação pode ser percebida de diferentes formas, de acordo com suas particularidades e contexto vivido. Em outras palavras, o processo gestacional tem sido vivenciado de maneira singular pelas famílias, de acordo com o significado construído culturalmente por cada membro familiar. Isso tem oportunizado semelhanças, não igualdades e profundas diferenças nas experiências, nos sentimentos e nas expressões durante esse período.

Além disso, as crenças, os saberes e as práticas construídas culturalmente influenciam no cuidado da família durante o processo gestacional. Em suma, a cultura é um dos elementos fundamentais para alcançar o cuidado, de forma que as crenças, os saberes e as práticas de cuidados a respeito da gestação fazem parte da teia de significados que as gestantes com suas famílias teceram por meio dos símbolos presentes em sua cultura.

Frente ao exposto, a tese que defendo, nesta pesquisa, é a de que o contexto cultural modula a forma como as famílias criam, transmitem e modificam os símbolos e significados que compõem a teia cultural à vivência familiar relativas ao processo gestacional. Desta forma, os símbolos e significados estão estreitamente relacionados às crenças, aos valores, às experiências, aos atos, aos acontecimentos e à visão de mundo de cada sujeito, que se representam em suas rotinas, relevando diferentes padrões culturais de cuidado.

Portanto, reforço a necessidade dos colegas profissionais de saúde, resgatarem os aspectos socioculturais em sua totalidade, buscando novas formas de ver a saúde, numa perspectiva mais ampla, uma vez que, quando há divergências entre os valores culturais, há prejuízo para as duas partes.

Além disso, as questões inerentes ao processo gestacional, atreladas aos conhecimentos culturais, podem ser utilizadas para reforçar a importância da implementação das políticas públicas nesse campo, indicando a necessidade de

conhecimento prévio dos sujeitos, bem como das significações que estes atribuem aos fenômenos em que se deseja intervir.

Assim, almeja-se uma mudança de paradigma, com uma assistência mais qualitativa, com uma modificação na postura profissional, que ainda é fortemente sustentada pelo modelo biomédico. Para isso, é necessário que estudos nesta perspectiva, continuem sendo realizados, reforçando a importância da assistência e do cuidado culturalmente congruentes. Ainda destaco que, as ponderações que este estudo traz não finda seus resultados, sugerindo novos olhares sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, C.R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen I, et al. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: UEM, 2002. p. 25-43.

ANGROSINO M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ARAÚJO, N. M. É a vida de sempre: corpo e sexualidade no processo de nascimento. 2009. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120-8, 2007.

BARRETT, S.R. **Antropologia: guia do estudante à teoria e ao método antropológico**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

BARUFFI, L.M. **O cuidado cultural à mulher durante a gestação**. 1. Ed. Passo Fundo: UPF, 2004.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretária de Planejamento e Investimento Estratégicos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Saúde. 82 p., 2011a.

_____. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Rede Cegonha. **Portaria Nº 1.459**. 24 de junho. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 318 p., 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde. 163 p., 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed., 4 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. 68 p., 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 199 p., 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Reimpressão. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 20. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BOMAR, P.J. Introduction to Family health nursing and promoting Family health. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: BOMAR, P.J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004, p. 3-37.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia Y Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 115-25, 2010.

CARRENO,I.; BONILHA, A. L.L.; COSTA, J.S.D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012; 15 (2): 396-406.

CHAZAN, L.K. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, G. M.C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *História, Ciências, Saúde*, v.17, n.4, p. 925-937, 2010.

DAMATTA, R. **Relativizando: uma introdução à Antropologia Social**. 6 Ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2011.

ECKERT, C. A antropologia na atualidade. *Rev. Anos 90*. v. 10, n. 2, p. 7-35, 1994.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): Eduem; 2004.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C.; MANFRINI, G. **Saúde da família: desafios teóricos**. Famílias, saúde e desenvolvimento, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 89-97, 2001.

FLICK, U. **Qualidade a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 137-45, 2007.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, n.10, p.1-35. 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2014.

_____. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes, 2013.

GUALDA, D.; HOGA, L. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. USP*. v.26, n.1, p. 65-73, 1992.

HELMAN, C. **Culture, health and illness**: an introduction for health professionals. [e-Pub]. 5a ed. Grã-Bretanha: Butterworth; 2014.

HOGA, L. A.K. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=rio-grande-do-sul|santa-maria>>. Acesso em: 23 out. 2017.

JUNGES, C. F. Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para enfermagem. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC, 1996.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino Am Enferm*. [periódico na Internet]. 2010 [citado 2017 nov 05];18(3): [09 telas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 24 out. 2017.

LANSKY, S.; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade materna neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014.

LARAIA, R.B. **Cultura**: um conceito antropológico. 26ª reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M.R. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research and practice. 3th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002.

LEININGER, M. *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.

_____. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Second Edition. Jones and Bartlett: SUDBURY, M. A, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa da saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. (Carr AP, Mendonça LAC, tradutores; Durhan ER, revisora). 2. ed. São Paulo: Abril Cultural; 1978.

MARCONI, M.A.; PRESSOTO, Z.M.N. **Antropologia: uma introdução**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 015.

MARTINS M. Gestantes hipertensas: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina. [Tese Doutorado]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

MENEZES, M.; PASCHOARELLI, L. C. **Design e planejamento: aspectos tecnológicos**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2014.

MONTICELLI, M. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de Alojamento Conjunto. 2003. 472f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

NAKAMURA, E. **O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado**. In: Nakamura, E; Martin, D; Santos, J.F.Q. (Org.). Antropologia para a enfermagem. Barueri, São Paulo: Manole, 2009, p. 15-35.

PERIANO, M. G. S. **A alteridade em contexto: a antropologia como ciência social no Brasil**. Departamento de Antropologia Instituto de Ciências Sociais Universidade de Brasília: 1999.

PIESZAK, G. M.; NEVES, E. T.; CANTERLE, I. R.; MAGNAGO, T. S. B.S.; ARRUÉ, A. M.; SILVEIRA, A. Mortalidade de neonatos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal do sul do Brasil. *Evidentia*. 2013 oct-dic; 10(44).

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATES, L. A. Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico. [Tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2017.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 276-83. abr/jun 2007.

RESSEL, L. B. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de investigação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.

SANFELICE, C. S. Tem que se cuidar: saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

SANTOS, R.J. **Antropologia para quem não vai ser antropólogo**. 2. Ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2010.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. *O cuidado em enfermagem maternal*. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 10, p. 19-268.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A.L. *Field research: strategies for a natural sociology*. New Jersey: Privity-Hall, 1973.

SILVA, D. M. G. V. Narrativas do viver com Diabetes Mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Editora UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. (Série Teses em Enfermagem, 27).

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009.

STRUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008.

VAN DER SAN, I. C. P. Significados culturais e práticas de autoatenção relativos ao processo do nascimento para mulheres residentes no campo. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.

VAN DER SAN, I.CP.; MONTICELLI, M.; RESSEL, L.B. Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. *Rev enferm UFPE*, 8(8):2896-906, 2014.

VIERIA, F.; BACHION, M.M.; SALGE, A.K.M., MUNARI, D.B. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010, 14(1): 83-89.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMPIERI, M.F.M. et. al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher**. Textos fundamentais – Série atenção primária à saúde – Volume II. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2010.

WALDOW, V.R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1): 13-25. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(3):414-8.

WEISSHEIMER, A. M. O parto na cultura teuto-gaúcha. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado, 2002.

WILHELM, L. A. Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

_____. Vivência da família no processo gestacional: um estudo na perspectiva cultural. 2015. Monografia (Especialização em Pré-Natal) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: guia para a avaliação e intervenção na família. 5ª Ed. São Paulo: Editora Roca; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da Observação Sistematizada

Durante todo o processo de observação, foi inicialmente solicitada autorização aos informantes. A observação participante ocorreu nos cenários etnográficos, seguindo a sugestão de Víctora, Knauth e Hassen (2000) com a observação e registro dos seguintes aspectos:

1- O ambiente:

- conteúdo e localização dos itens no espaço;
- relação das pessoas com o espaço;
- modificações ao longo da observação;
- distância com relação ao observador.

2- O comportamento das pessoas no grupo:

- postura corporal;
- as normas de conduta;
- toques;
- contato visual;

3- A linguagem:

- verbal e não verbal;
- tom de voz;
- vocabulário próprio;

4- Os relacionamentos:

- gestante com a família;
- família com a gestante;
- os informantes com o observador;
- o comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados;
- como as ações dos informantes se relacionam com o que falam;

5- O tempo em que ocorrem os processos observados:

- tempo de duração do evento observado;
- sequência dos eventos;
- diferentes momentos das observações.

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

Roteiro da Entrevista - Gestante

- 1- Fale sobre sua gestação.
- 2- Fale sobre sua família.
- 3- Sua família participa processo gestacional?
- 3- Quais membros participam?
- 4- Como eles participam?
- 5- O que você considera importante na vivência da família na sua gestação?
- 6- Como você gostaria que a sua família participasse e vivenciasse esse momento?

Roteiro da Entrevista – Familiares

- 1- Fale como tem sido para você ter uma gestante em casa, ou estar vivenciando a gestação de (nome da gestante).
- 2- Fale como sua família tem se organizado desde o começo da gestação.
- 3- O que mudou para sua família durante esse período?
- 4- O que sua família acha importante cuidar durante esta gestação? Por quê?
- 5- Quem mais tem participado dos cuidados com a (gestante) nesta gestação? De que maneira?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: Mediação cultural na vivência de famílias de periferia relativa ao processo gestacional: um estudo etnográfico

Pesquisadora: Laís Antunes Wilhelm

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

Endereço/Telefone: Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 26A, Sala:1311, 97105-900 – Santa Maria/RS. (55) 3220-8473

Local da coleta de dados: Comunidade Kennedy, Unidade Sanitária Kennedy; Domicílio dos informantes.

Data: ____/____/____

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da realização deste estudo, sendo que sua participação deve se dar de forma voluntária. É preciso e muito importante que fique claro para você todas as informações e instruções que fazem parte deste documento. Antes que você assine o documento é de seu direito ter todas as suas dúvidas esclarecidas com clareza pela pesquisadora. Você tem total liberdade para desistir da sua participação nessa pesquisa em qualquer momento, sendo que nenhuma punição lhe será imposta e não lhe será tirado nenhum dos benefícios, os quais tem direito.

Este estudo tem como objetivo interpretar os significados culturais da gestação na vivência familiar. Consideramos importante a realização dessa pesquisa para conhecer como é a vivência da família no processo gestacional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser observado/a, pela pesquisadora durante o cotidiano familiar em seu domicílio, durante as consultas, em grupos de gestantes, encontros

familiares entre outros momentos, em que eu, pesquisadora, procurarei interagir com sua família no seu dia a dia; além de responder a entrevistas. As entrevistas serão gravadas. No entanto, em nenhum momento serão revelados seus dados pessoais. Para identificação do conteúdo de sua entrevista, no estudo, será utilizado a letra “G ou F” somado ao número da ordem de sua entrevista, como por exemplo: G1. As gravações serão transcritas, isto é, serão copiadas em papel e a gravação de sua voz será desgravada. As transcrições escritas permanecerão, durante cinco anos, no prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel, e depois de passado esse tempo o material será incinerado.

Informamos que a pesquisa não lhe oferecerá nenhum benefício direto, no entanto, ela ampliará o conhecimento a respeito da vivência da família no processo gestacional, contribuindo para a organização e implementação de ações que conscientizem os profissionais de saúde a qualificarem e humanizarem sua assistência, levando em consideração o contexto sociocultural dos cuidados das gestantes e de suas famílias.

Quanto aos riscos, aos quais você estará exposto pela realização do estudo, também não se apresentarão diretamente, mas poderão surgir constrangimentos ou mesmo desconforto no decorrer da coleta de dados. Se isso acontecer, ela será suspensa pela pesquisadora, e reagendada para outra oportunidade, conforme a sua disponibilidade, se assim for a sua vontade.

Os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e revistas científicas, mas serão assegurados o anonimato e a privacidade dos informantes. Como garantia, as pesquisadoras responsáveis pelo estudo assinarão um Termo de Confidencialidade, que assegura que você não será identificado em nenhum momento.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com as pesquisadoras. Como constam duas páginas, será solicitada a rubrica do participante em ambas as páginas, além de sua

assinatura na última página. Ressalta-se que o mesmo deverá ser feito pela pesquisadora responsável.

Eu, _____, declaro estar ciente e de acordo com o que foi apresentado neste documento e concordo em participar da realização desta pesquisa por livre e espontânea vontade.

Carla Antunes Wilhelm

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Participante

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade

Projeto de pesquisa: Mediação cultural na vivência de famílias de periferia relativa ao processo gestacional: um estudo etnográfico

Pesquisadora: Laís Antunes Wilhelm

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

Endereço/Telefone: Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 26A, Sala:1311, 97105-900 – Santa Maria/RS. (55) 3220-8473


Local da coleta de dados: Comunidade Kennedy, Unidade Sanitária Kennedy; Domicílio dos informantes

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de observação participante e entrevista. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em sala no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26 da UFSM - Avenida Roraima, 1000,97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel. Após este período os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria,.....dede 20.....



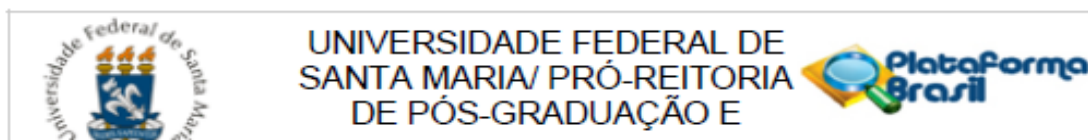
Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel
Professora Responsável



Laís Antunes Wilhelm
Doutoranda em Enfermagem

ANEXO

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVENCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA CULTURAL

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52531616.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.458.299

Apresentação do Projeto:

A proponente pretende investigar a vivência da família no processo gestacional, via uma perspectiva cultural: "A cultura está imbricada na vivência da família no processo gestacional, sendo a visão de mundo de cada indivíduo ancorada no modo de pensar, agir, se relacionar. Logo, a forma como a vivência da família no processo gestacional é entendida, na perspectiva cultural, pelos profissionais de saúde, pode determinar um cuidado à mulher e sua família, mais qualificado e humanizado".

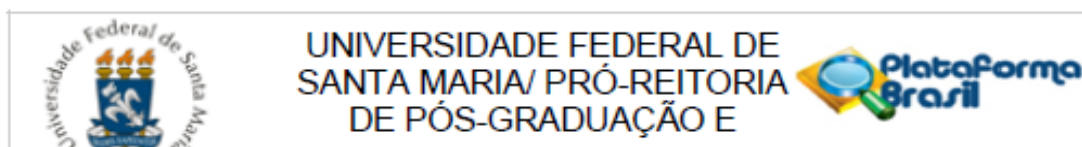
A metodologia utilizada é a utilização de entrevistas com questionários, elaborados a partir da antropologia cultural.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

- 1) interpretar os significados culturais da gestação na vivência familiar.
- 2) para contribuir nas práticas de cuidado da gestante e da família, durante o período gestacional.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.458.299

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente caracteriza de maneira satisfatória os riscos e benefícios:

Riscos: "Quanto aos riscos, aos quais você estará exposto pela realização do estudo, também não se apresentarão diretamente, mas poderão surgir constrangimentos ou mesmo desconforto no decorrer da coleta de dados. Se isso acontecer, ela será suspensa pela pesquisadora, e reagendada para outra oportunidade, conforme a sua disponibilidade, se assim for a sua vontade"

Benefícios: "Informamos que a pesquisa não lhe oferecerá nenhum benefício direto, no entanto, ela ampliará o conhecimento a respeito vivência da família no processo gestacional, contribuindo para a organização e implementação de ações que conscientizem os profissionais de saúde a qualificarem e humanizarem sua assistência, levando em consideração o contexto sociocultural dos cuidados das gestantes e suas famílias."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

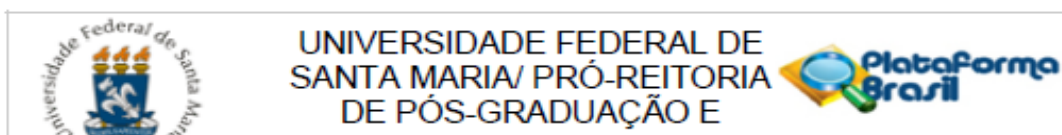
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| | |
|--|-----------------------------------|
| Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar | |
| Bairro: Camobi | CEP: 97.105-970 |
| UF: RS | Município: SANTA MARIA |
| Telefone: (55)3220-9362 | E-mail: cep.ufsm@gmail.com |



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**

Continuação do Parecer: 1.458.299

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_650767.pdf | 15/01/2016 11:53:19 | | Aceito |
| Outros | termo_de_confidencialidade.pdf | 15/01/2016 11:52:23 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | aceite_secretaria.pdf | 07/01/2016 13:53:59 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_doutorado.pdf | 07/01/2016 13:49:45 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Outros | SIE_2.pdf | 07/01/2016 13:45:27 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Outros | SIE_1.pdf | 07/01/2016 13:44:46 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf | 07/01/2016 13:35:23 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 07/01/2016 13:34:58 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 07/01/2016 13:30:27 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 07/01/2016 13:23:03 | Lúcia Beatriz Ressel | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 19 de Março de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com