

MULHER, MATERNIDADE E GRUPOS: a potencialidade do grupo de gestantes na Atenção Primária em Saúde

Francisco Brenno Soares Cavalcante¹

Eline Macedo²

Maria Tatiane Ferreira³

Karen Timbó⁴

Roseanne Castro⁵

Resumo

Artigo oriundo da investigação bibliográfica e relato empírico como residente em saúde da família e comunidade no distrito Dourado, Horizonte-CE. Traz reflexões sobre o trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional com o grupo de gestantes na localidade entre os anos 2018-2019, através da articulação entre o debate das contribuições do feminismo de categorias como relações sociais de sexo, divisão sexual do trabalho, direitos sexuais e reprodutivos e maternidade com formulações acerca da atenção primária em saúde, grupos de educação em saúde e saúde materno-infantil. Ao explorar a realidade local, foi possível identificar similaridades com experiências de outros grupos, dificuldades e entraves na operacionalização e inovações que fomentam para novas práticas profissionais na saúde. Conflui a afirmar que os grupos de gestantes qualificam os serviços de atenção básica, contrapõem-se à lógica médico-hegemônica e, ao mesmo tempo, podem contribuir politicamente com a construção de uma sociedade emancipada sem opressão e exploração entre os sexos.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher. Maternidade. Gravidez. Educação em Saúde. Grupos.

WOMEN, MATERNITY AND GROUPS: the potential of the group of pregnant women in Primary Health Care

Abstract

Article from bibliographic research and empirical report as a resident in family and community health in the Dourado district, Horizonte-CE. It brings reflections on the work developed in a multidisciplinary team with the group of pregnant women in the locality between the years 2018-2019, through the articulation between the debate on the contributions of feminism from categories such as social relations of sex, sexual division of labor, sexual and reproductive rights and maternity with formulations about primary health care, health education groups and maternal and child health. By exploring the local reality, it was possible to identify similarities with the experiences of other groups, difficulties and

1 Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (ESP/CE).

2 Enfermeira sanitária. Mestre em Ensino em Saúde pela UECE. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

3 Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (ESP/CE).

4 Nutricionista pela Universidade Estadualdo Ceará. Pós-graduação em Comportamento alimentar (IPGS) e em Residência em Saúde da família e comunidade (ESP/CE).

5 Psicóloga pela faculdade Estácio do Ceará

obstacles in the operationalization and innovations that foster new professional practices in health. It is confusing to affirm that the groups of pregnant women qualify primary care services, are opposed to the medical-hegemonic logic and, at the same time, can contribute politically to the construction of an emancipated society without oppression and exploitation between the sexes.

KEYWORDS: Woman. Maternity. Pregnancy. Health education. Groups.

Introdução

Historicamente, já existe um vasto reconhecimento, até mesmo a nível ministerial, da expressiva presença das mulheres no Serviço Único de Saúde (SUS), seja como usuárias ou como acompanhantes de crianças, idosos, pessoas com deficiências, parentes ou vizinhos. Não é à toa que essa constatação está expressa nas primeiras linhas introdutórias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004). Trazer essas evidências do cotidiano dos serviços de saúde reitera o debate basilar da categoria divisão sexual do trabalho (KERGOAT; HIRATA, 2007; FALQUET, 2015), que teóricas feministas contribuem ao comprovar o histórico “papel” atribuído à mulher para as atividades domésticas e familiares de cuidado.

Tal fato hegemonizou por muito tempo a visão dos programas e políticas de saúde da mulher até o final da ditadura civil-militar no Brasil, o que tanto restringiu a mulher às atribuições maternas e cuidadoras ao alimentar a divisão sexual do trabalho quanto reproduziu e consolidou as imposições da sociedade patriarcal. Essa concepção recebeu respostas contrárias pela organização política do movimento feminista brasileiro no período de redemocratização nacional. Consequentemente, trouxe frutos significativos que ainda hoje são usufruídos pelas mulheres como, por exemplo, a PAISM em 1983, ao trazer “aspectos importantes em relação aos conteúdos

dos direitos reprodutivos: sua associação com a luta por liberdades democráticas e sua estreita conexão com a saúde das mulheres” (AVILA, 1993, p. 385).

A PAISM não passou incólume dos últimos governos. Se no mandato do governo Dilma esta política passou do *status* de Programa para se resumir a um objetivo expresso no Programa Plurianual (PPA) de 2012-2015 e com concentração orçamentária no Programa Rede Cegonha (SOUSA, 2018); no governo Temer, chamado de “machistério”⁶, houve a alocação das pastas das mulheres e demais segmentos minoritários ao Ministério da Justiça (GONÇALVES; ABREU, 2018), enquanto na saúde houve a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que congela os gastos sociais por 20 anos entre outras medidas (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). Hoje, no governo Bolsonaro, a consolidação do conservadorismo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos chefiado pela ministra e pastora Damares reitera o pensamento “meninas rosa e meninos de azul” e demonstra explícita violação da laicidade do Estado, comprovando que pautas como o aborto estão cada vez mais distantes de aprovação.

Tais evidências comprovam o que Paradis (2014) apontou sobre a caracterização do Estado como um ator não neutro onde sua ação causa danos tão sérios nas mulheres, que as feministas não conseguem se dar ao “luxo” de ter a alternativa de não o disputar nessa relação dialética e dinâmica. Assim, os enfrentamentos por políticas públicas para mulheres na perspectiva feminista, isto é, por respostas estatais em que as mulheres não sejam apenas o público-alvo dessas ações, mas também formuladoras e participantes ativas na transformação incidindo nas desigualdades é uma das formas de *despatriarcalização* do Estado.

No exercício profissional da equipe de atuação na Atenção Básica de Saúde, a saúde da mulher é subsidiada na busca da ampliação para questões como as queixas ginecológicas, a atenção às doenças infecciosas como HIV, atenção à saúde

6 Gonçalves e Abreu (2018) batizam o governo Temer de *machistério monocromático* por seus 24 ministérios serem compostos completamente por homens brancos, com resgate figurativo ao período da ditadura brasileira. “Desde 1979, não se conhecia um governo exclusivamente masculino” (Idem, 2018, p. 764).

sexual e reprodutiva, ações de saúde mental, atenção à violência contra mulher, atenção às principais doenças crônicas e degenerativas e a visão de gênero, raça e etnias (BRASIL, 2009).

Se de um lado, na reflexão de Malumbres e Barreto (2016) existe o reconhecimento do expressivo número de publicações acerca das experiências com grupo de gestantes, porém ainda carece de abordagens novas ao tema para o aperfeiçoamento e alternativas que contribuam para o trabalho em grupo de mulheres; por outro, vale acrescentar o potencial político que esses grupos têm e que pouco são explorados nos relatos empíricos, o que é alvo de questionamentos se as práticas de educação em saúde se restringem propositalmente apenas aos cuidados clínicos ou se não enxergam o complexo contexto social que essas mulheres enfrentam e que repercute diretamente na saúde delas.

Tão importante para profissionais, pesquisadores/as, gestores/as e estudantes da área da saúde dedicar esforços sobre a temática que a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) considera a Saúde da Mulher e a Saúde Materno infantil como dentro dos 14 (quatorze) eixos das linhas de pesquisas prioritizadas (BRASIL, 2018). Logo, esse trabalho não está desvinculado do comprometimento de fortalecimento do SUS e da reforma sanitária no intuito de formular questões que contribuam para o desenvolvimento da saúde pública nacional.

Participaram dessa experiência mulheres gestantes de variadas idades inseridas na população adscrita do território que foram convidadas por meio da busca ativa das profissionais Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e durante as consultas de pré-natal com médico e enfermeira. Pela característica cíclica da gestação, houve intenso fluxo de inserção e saída de participantes durante o percurso do grupo e de mulheres em etapas diferentes da gestação.

O grupo de gestantes da referida análise foi acompanhado pela equipe multiprofissional de residentes da ênfase em saúde da família e comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE), composta por assistente social,

fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga juntamente dos profissionais ACS com periodicidade quinzenal entre os meses de Julho 2018 a Dezembro de 2019.

Este trabalho está estruturado em dois grandes pontos: I) a revisão bibliográfica de categorias já exploradas pelos autores/as e estudiosos/as da política de saúde sobre educação em saúde na atenção primária e a articulação com teóricas feministas que debatem maternidade e organização de mulheres e, em seguida, II) relato a experiência em Dourado, Horizonte-CE, com as gestantes mencionando as dificuldades estruturais que os/as profissionais e usuárias enfrentaram, as inovações que se instauraram, as relações que construíram no processo e os impactos que causaram na vida das participantes.

Maternidade e grupos de educação em saúde: uma relação fecunda

Trazer à tona a proposta dos grupos de educação em saúde na atenção básica, ou seja, no primeiro nível de assistência que o SUS oferta, exige necessariamente reforçar os documentos construídos historicamente que solidificam a proposta do caráter preventivo e educativo da saúde como a Declaração de Alma-Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986) e a Constituição Federal brasileira (1988) preconizam.

Estes podem ser caracterizados como instrumentos que são marcos importantes para a atenção primária onde apontam as ações preventivas e educativas como estratégias para a qualificação da saúde pública e o desenvolvimento social para os países do mundo, expresso na Alma-Ata (1978) e na Carta de Ottawa (1986). Aqui no Brasil, a Constituição Federal (1988), ao mencionar as diretrizes e ações dos serviços e ações na saúde, preconiza o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Significa dizer que no serviço público de saúde há um destaque para a atenção primária tanto por ser caracterizada pelo enraizamento nos territórios dentro dos níveis de assistência quanto por nela ser possível evitar os agravos das doenças, comorbidades e promover saúde nas localidades.

Dentro da atenção básica já existe consenso entre pesquisadores/as e profissionais dos impactos positivos da metodologia de grupos de educação em saúde nos serviços como a quebra da verticalização na relação profissional e paciente (SOUZA et al., 2005), a inserção dos princípios da *construção compartilhada do conhecimento* nos processos de trabalho (ACIOLI, 2008), a otimização do trabalho com a diminuição de consultas individuais (SOARES; FERRAZ *apud* BRAGA, 2013) e como alternativa às práticas assistenciais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009) entre outros que podem ser identificados em artigos e relatos de experiência.

No que tange às gestantes, os grupos de educação em saúde trazem a melhoria da assistência no período gravídico-puerperal como ferramenta estratégica de qualificação e complementaridade dos pré-natais. Nestes, mesmo que considerados importantes momentos para a realização do cuidado clínico e educativo, comprova-se em pesquisas que as consultas são rápidas com insatisfação das gestantes em relação às ações educativas sobre parto, pós-parto, cuidados com o recém-nascido, informações e diálogos para expressar as queixas, dúvidas, mitos e medos envolta da maternidade (MOREIRA; MACHADO; BECKER, 2007; MALUMBRES; BARRETO, 2016).

Além dessas pesquisas, Henriques et. al. (2015) aprofundam que as consultas de pré-natal sofrem atualmente rebatimentos do tecnicismo e do produtivismo, o que dificulta a postura humanizada dos profissionais no atendimento. Com efeito, os grupos de gestantes surgem como uma alternativa de “complementaridade” e melhoria da assistência nas Unidades de Saúde em que resultaram nas usuárias informações, troca de experiências e segurança.

De fato, a maternidade está imbuída de crenças, mitos, dúvidas e expectativas que a sociedade e a família reproduzem e alimentam diretamente no senso comum através de mulheres próximas como amigas, vizinhas, mãe e sogra que influenciam de forma positiva ou negativa na gestação e na amamentação (PIRES et. al., 2015; FRIGO et. al., 2012). Isso não é um fenômeno recente e tem raízes históricas que datam a antes da metade do

século XVII quando os saberes do parto e doenças de crianças eram relegados pela ciência ao serem considerados *menores*, chamados de “coisas de comadres” (REIS, 2008).

Reis (2008) conta que o processo de apropriação do saber médico consolidado hoje foi instaurado violentamente ao considerar parteiras, curandeiras e nutrizas como nocivas e incompetentes, eram as “bruxas” queimadas na inquisição pela Igreja Católica. O conhecimento da saúde da mulher foi progressivamente passado da Igreja para as universidades e sociedades científicas onde obstetras e médicos sistematizaram, ou seja, no melhor espaço em que homens concentram o poder e a profissionalização do saber. Dentre as consequências da usurpação, pode-se mencionar:

As parteiras, mas não somente elas, conheciam, no século XVII, cerca de duzentos contraceptivos e abortivos, tanto os preparados a partir das plantas como os métodos mecânicos. No manejo da sua fertilidade, as mulheres passavam o conhecimento umas para as outras, através de gerações. (...). Na constituição da família moderna, portanto, o discurso médico representou não só a passagem do controle da reprodução para as mãos dos homens mas, também, o controle da sexualidade das mulheres (REIS, 2008, p. 28).

Trazer esse histórico permite enxergar o quão ameaçador é a união das mulheres para o patriarcado. Não é à toa que a máxima “o pessoal é político” foi o propulsor para a luta feminista no mundo e alcançou conquistas emblemáticas para a sociedade. Longe de ser considerada uma afirmação obsoleta, pode-se alinhar ao pensamento de Gurgel (2011) ao considerar que contemporaneamente a busca pelo alcance da diversidade das mulheres nas suas heterogêneas vivências dentro da unidade de serem oprimidas e exploradas é uma estratégia para articulação política de enfrentamento ao patriarcado, o que é chamado pela autora de “coletivo total” no feminismo.

Essa busca se explica pelo fato de que no contexto latino-americano houve a colonização “inclusão-exclusão” com cidadania díspar para as mulheres,

mulheres indígenas e pretas escravizadas, por isso, a *despatriarcalização* e a descolonização devem se manter articuladas para contestar as estruturas da ação pública e estatal (PARADIS, 2014). Assim, mulheres trabalhadoras rurais e urbanas; as jovens, adolescentes, adultas e idosas; não-brancas, pretas e indígenas; heterossexuais, lésbicas ou não, ainda que vivenciem contextos diferentes, possam construir a luta feminista antissistêmica ao patriarcado, capitalismo e racismo.

Logo, por que não afirmar que através da prática de grupo de educação em saúde não se resgata a comunhão das mulheres em uma fase da vida na qual as participantes compartilham? Afinal, “a relação do indivíduo com os grupos faz parte do cotidiano de toda sua vida, o interjogo entre identidade individual e a identidade grupal compõe uma dialética formadora do sujeito” (UFSC, 2010, p. 11). Em outras palavras, a gestação confere “unidade” através da identificação com outras mulheres ao construir estratégias, fortalezas e vínculos diante das adversidades que enfrentam, conhecimentos que se formulam e adquirem nesse processo mesmo que as integrantes tenham suas “singularidades” na raça/cor, geração, orientação sexual, entre outros cruzamentos interseccionais⁷.

Essas contribuições teóricas servem para elucidar o debate promissor que a relação entre maternidade e grupos de educação em saúde pode fornecer para profissionais de saúde, pesquisadores/as e militantes sanitaristas onde, além de vislumbrarem a Reforma Sanitária brasileira também galgam passos para uma sociedade emancipada sem opressão e exploração entre os sexos. Daí a importância de socializar as experiências cotidianas que resistem, como o caso que será relatado da cidade de Horizonte-CE.

Grupo de gestantes: o caso de Dourado, Horizonte-Ceará

O grupo de gestantes em Horizonte-Ceará surge no dia 13 de Julho de 2018 dando início às atividades realizadas pela equipe de residentes em saúde que compõe o NASF-AB e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da localidade⁸. A idealização e construção foi uma atividade-produto formulada pelas Agentes Comunitárias concludentes do “Curso de Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância” da ESP-CE.

Tal experiência similar foi realizada no Bairro Mucuripe, Fortaleza-CE, no ano de 2003 como Moreira, Machado e Becker (2007) relatam. Dentre os resultados alcançados esteve o sentimento de segurança das participantes, o cuidado com a saúde mental, a diminuição das dores musculares entre outros benefícios. Esses experimentos comprovam o quão importante é a formação continuada dos profissionais e os impactos significativos que causa no cotidiano dos serviços de saúde.

Diferentemente dos muitos grupos de gestantes expostos em relatos de experiência e artigos científicos, no distrito de Dourado em Horizonte-CE houve nesse processo a implementação da intersetorialidade em parceria com o equipamento socioassistencial Centro de Referência da Assistência Social - CRAS. Afinal, além da política de saúde e da assistência social compõem a tríade da seguridade social, com a previdência social, elas também se assimilam por atuarem com as gestantes. Isto é, enquanto no SUS as gestantes são resguardadas pela PAISM e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na assistência social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) tem como um dos seus objetivos a proteção social da maternidade.

7 Hirata (2014) analisa que a interseccionalidade advém da produção teórica norte-americana das feministas negras problematizando o feminismo branco, classe média e heterossexual no intuito de trazer a experiência das mulheres negras com o cruzamento sobretudo entre sexo e raça. Em seguida, foi se formulando interações como sexo, raça, etnicidade, classe social, sexualidade, geração, religião, território e outras categorias. Além disso, a autora aponta os limites e as diferenças entre interseccionalidade e consubstancialidade.

8 Souza (2013), ao investigar o processo de implantação dos NASF-AB no Ceará, identificou no cotidiano dos serviços um maior vínculo entre NASF-AB e ACS, devido ao distanciamento que ambos vivenciam com a Equipe de Referência imersa em uma lógica procedimento-centrada de atendimentos individuais. Se de um lado, a autora acrescenta que a baixa “autonomia técnica” da profissão ACS se torna propulsor para encarar os profissionais do NASF-AB como uma “luz no fim do túnel”, por outro, a equipe NASF-AB encontra no ACS uma porta aberta para realização de processos de trabalho compartilhados.

Se antes existia no passado do CRAS da localidade o grupo de gestantes, chamado de Florescer, e se extinguiu pela falta de adesão, agora a implantação de outro pela equipe de saúde resgatou o ânimo do público-alvo dessas ações com discussões de temáticas relativas à saúde como amamentação, mudanças físicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, direitos sociais da gestante, técnicas de *shantala*, alimentação, informações sobre parto e pós-parto, cuidados com a saúde bucal e saúde mental.

Outro diferencial que favoreceu a adesão das participantes foi o comprometimento que muitas ACS tiveram após o curso ao garantir a manutenção do grupo seja no processo de divulgação e convite dos encontros quinzenais, na confecção ou aquisição de materiais, no auxílio aos profissionais do NASF-AB quando estes requeriam e, principalmente, pela característica da profissão, na busca ativa das gestantes. Além disso, ao longo do processo houve experiências inovadoras que, se de um lado, fortaleceram, por outro, concomitantemente, trouxeram à tona as dificuldades infraestruturais e materiais para operacionalização dos serviços.

Dificuldades estreitamente ligadas ao fato de o grupo de gestantes ter como dimensão do cuidado o trabalho em saúde com tecnologias leve e leve-dura que são pouco credibilizadas dentro da lógica procedimento-centrada⁹. Não é à toa que era enxergada como pouco importante se comparado ao transporte para uma consulta especializada, atender demandas de gestão ou, principalmente, quando recaía para os profissionais executarem “manobras” na garantia de um serviço de qualidade e que seja atrativo ao público-alvo expresso na contribuição financeira nos custos do lanche, de materiais de apoio e do transporte.

Diante do exposto, dentre as atividades implementadas esteve a visita das gestantes ao Hospital Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa (HMVRS), hospital e maternidade que realiza os partos no município e cidades vizinhas. Esse tipo de visita já é comum entre os grupos de gestantes das Unidades de Saúde do município

e é conduzida conjuntamente com a equipe do ambulatório de aleitamento materno e doulas, dividida em três momentos: 1) a compreensão da gestação e aleitamento materno (importância, técnicas, prevenção e manejo dos problemas relacionados, higienização); 2) a visita às salas de PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), sala cirúrgica e banco de leite, e 3) Preparação do parto com exercícios e instrumentos que necessitam da participação do acompanhante, resume-se em um preparo do acompanhante e da gestante com exercícios em instrumentos como Bola Suíça e “Cavalinho”, técnicas utilizadas no trabalho de parto em situações de dilatações e contrações pélvicas.

Muitas participantes relataram que se sentiram mais preparadas ao reconhecer a importância desse momento para garantia de segurança, pois tanto as nulíparas quanto múltiparas em nenhuma das gestações anteriores tiveram essa oportunidade de conhecerem o espaço que irá acolhê-las, os instrumentos que serão utilizados, o fluxo de atendimento, os profissionais que poderão atendê-las, os serviços complementares que são ofertados como a solicitação da certidão de nascimento, cartão do SUS e CPF (Cadastro de Pessoa Física) da criança.

Além da importância que se revelou para as gestantes que participaram do momento, a visita do grupo à maternidade se configurou como um tipo de atividade de caráter eminentemente reafirmador da legalidade do SUS ao responder aos princípios e diretrizes da integralidade na articulação entre os níveis de complexidade do sistema. Assim, a atenção básica sai da tradicional visão da lógica de encaminhamentos para alcançar o compartilhamento de atividades na rede de atenção. Isso vai ao encontro como resposta a um dos problemas gerenciais que o SUS enfrenta, reconhecido por Cunha e Campos (2011) como fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada onde os serviços de saúde são embebidos pela racionalidade de que suas responsabilizações com a população se localizam apenas no espaço físico que prestam assistência.

Outra experiência que foi exitosa e também é recorrente em grupos de gestantes é o ensaio

⁹ Merhy (1998) analisa a produção do cuidado sistematizando o trabalho em saúde com três tecnologias: leves, leve-dura e dura. Todas são significativamente importantes, porém, na lógica hegemônica, elas estão dispostas hierarquicamente.

fotográfico, enquanto em alguns é uma prática mensal e com um perfil de estúdio, como relata a experiência de Franco (2012), em Dourado era realizada nos meses finais do ano, próximo aos festejos de encerramento, e em um espaço natural, o que possibilitou também ser um momento de passeio entre as participantes. No entanto, em ambas as experiências foi possível obter os mesmos resultados como o fortalecimento do vínculo tanto na comunhão de objetos materiais (bijuterias, maquiagens, vestes, adereços e objetos na composição do cenário) quanto no lanche em que cada uma se prontificou espontaneamente a contribuir com algo.

O impacto que resultou nas gestantes variou dos materiais aos subjetivos. Se de um lado, objetivamente o fato de serem de classe social que não favoreça financeiramente a possibilidade de registrar momentos da gestação as fizeram demonstrar surpresa e espanto quando comunicamos da ideia que a equipe estava propondo, por outro, tão importante quanto, subjetivamente alimentou o sentimento de autoestima e autocuidado manifesto no embelezar, posicionar-se na câmera e no capricho dos detalhes que dedicaram para a realização do momento.

As fotos são entregues reveladas e digitalmente às participantes na festa de fim de ano do grupo, momento de síntese dos acontecimentos que foram realizados no ano, avaliação para a construção e melhoria na realização da próxima turma. Ainda que seja difícil enxergar como uma atividade que causa impactos na saúde por não estar associada a procedimentos e materiais clínicos, o ensaio fotográfico das gestantes possui um potencial terapêutico e de cuidado na imagem das participantes que somatiza para o bem-estar de mulheres que vivenciam a gestação em diferentes circunstâncias entre os extremos de acolhimento e aceitação ou a rejeição e o isolamento.

Os aspectos subjetivos das adolescentes entre 16 - 19 anos que pariram no HMVRS de Horizonte-CE foram investigados por Carvalho et. al. (2017). Nesta pesquisa com oito adolescentes foram identificados sentimentos de desespero, susto, pânico e inexperiência das participantes diante da descoberta da gravidez na adolescência e,

contraditoriamente, acompanhou-se a reprodução dos ideais de ser mãe como anseio *bom, positivo e real*. Além de haver variações na compreensão da existência ou não da mãe *ideal* entre as entrevistadas, muitas vezes com respostas atreladas ao cuidar, atenciosidade, amorosidade, educar e à sabedoria, as adolescentes não planejaram a gravidez, mas que aceitaram a experiência e visualizam novas responsabilidades e projetos de vida, como o retorno e a conclusão dos estudos e o ingresso no mercado de trabalho.

Ainda que o grupo de gestantes de Dourado se caracterize como multigeracional, as mulheres vivenciaram a gravidez não só em etapas da vida diferentes, mas também em contextos comunitários, familiares, financeiros e de saúde. Assim, o abandono e julgamento foram elementos que estiveram presentes nos discursos de mulheres que carregavam o estigma e a culpabilização pelo número de filhos, a ausência dos genitores, a sobrecarga do cuidado com os filhos (inclusive, no atraso da vacinação das crianças). Em suma, a confirmação de que sobre mulher recai a responsabilização por toda vulnerabilidade familiar.

Nessa mesma linha de raciocínio, esses elementos resvalam no que Carneiro (2000) caracterizou como “matriarcado da miséria”, fenômeno que atinge as mulheres negras na sociedade brasileira produzido pela conjugação entre sexismo e racismo. Conforme a autora, expressa-se mais nitidamente como uma “asfixia social” na qual mulheres negras estão submetidas à baixa expectativa de vida, baixo número de nupcialidade e, conseqüentemente, acometidas a serem chefes de família monoparentais e ocuparem postos de trabalho subalternizados caracterizados pelo servilismo. Assim, a síntese de que a pobreza no Brasil tem forte raiz na imbricação do patriarcado e racismo.

O “matriarcado da miséria” permanece mais vivo que nunca se enxergarmos as estatísticas presentes no perfil socioeconômico dos/as beneficiários/as do Programa Bolsa Família, programa de transferência de renda para o enfrentamento à pobreza que articula as políticas de saúde, educação e assistência social. Dados de Camargo et al. (2014) ressaltam que 50,2%

são famílias do nordeste, 42,2% é monoparental feminino e com predominância da cor de pele preta ou parda, o que evidencia concretamente que o retrato do patriarcado da miséria é a chave para compreender a realidade da desigualdade socioeconômica do país.

Durante a experiência foi possível encontrar contrapontos a essas questões que são importantes serem relatadas porque resgatam valores e princípios da comunhão entre as mulheres. Um exemplo que pode ser mencionado é na fase do pós-parto, ao retornar a casa, muitas mães recebem visitas das colegas do grupo espontaneamente, sem nenhuma iniciativa dos profissionais de saúde, ou na preocupação com alguma colega com baixa frequência na participação, o que demonstra a contribuição para fortalecimento dos vínculos comunitários.

Mesmo com esporádicas experiências importantes, não se pode perder de vista que existem enfrentamentos amplos e políticos para uma concreta discussão e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos na política de saúde pública como gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, infecções sexualmente transmissíveis, violência sexual e obstétrica e planejamento familiar. Ávila (2003) acresce que o enfrentamento efetivo passa por uma mudança profunda na sociabilidade onde maternidade e paternidade sejam transformados para uma divisão igualitária do trabalho no cuidado doméstico e das crianças. Dentro dessa lógica, a autora reitera que não significa inserir os homens apenas dentro dos direitos reprodutivos, mas em como os direitos reprodutivos podem inserir e responsabilizar também os homens pela esfera reprodutiva (no compartilhamento da educação e cuidado das crianças e nas atividades domésticas)¹⁰.

Pelas contribuições do CRAS no grupo, houve muitas atividades chamadas de “oficinas produtivas” para as gestantes, nestas as participantes confeccionavam os materiais

que comporiam o enxoval da criança como o diário do bebê, caixa de recordação, guirlanda de maternidade, entre outros. O produto das atividades gerava um reconhecimento afetivo por ser fruto do desempenho das próprias mães para os/as filhos/as. Ressalta-se que as dificuldades e carência de materiais não foram problemas exclusivos da Unidade de Saúde, mas também persistiram no CRAS, o que confluí a afirmar que os/as profissionais e usuárias/os dessas políticas sociais sofrem com a precarização dos serviços.

Uma discussão que sempre surgia nesses momentos de confecção dos materiais estava na reprodução dos estereótipos de gênero pelas gestantes ao construir os objetos dos bebês, principalmente no que se refere às cores rosa e azul que reforçam as fronteiras dos sexos de menina e menino, respectivamente. Mesmo que problematizada a atribuição desses signos aos sexos, as gestantes persistiam a alimentar essa lógica reforçando o intenso e profundo enraizamento que essa construção tem na sociabilidade.

Essas ações remontam às reflexões de teóricas que se comprometem a questionar os esquemas patriarcais de pensamento que Safiotti (2011) aponta sua reprodução independentemente da relação homem-mulher, em outras palavras, a autora afirma o patriarcado como uma máquina que pode ser acionada mesmo sem a presença do homem pelo seu forte teor de legitimidade e “naturalização”. Por isso, não significa que um espaço composto exclusivamente por mulheres como grupo de gestantes esteja isento das reproduções culturais do patriarcado, afinal, essa ideologia atinge as mulheres seja no extremo da brutalidade como no caso da violência contra a mulher (analisado pela autora) ou sutilmente no disciplinamento dos sexos quando uma mãe reproduz um universo de acordo com a genitália de um bebê, reiterando que “ainda que não sejam cúmplices deste regime, colaboram para alimentá-lo” (SAFIOTTI, 2011, p. 102).

¹⁰ Longe de inimaginável ou distante da história, Canesqui (1984) traz que a presença dos homens através da “paternidade responsável” nas políticas da Planejamento Familiar no Brasil foi uma realidade ainda que suscetível de críticas pelo seu caráter pedagógico neomalthusiano. Além disso, também houve a existência na parte de saúde materno infantil da abertura para os homens participarem da concepção e contracepção; da paternidade expressa como um dos objetivos específicos e nos princípios de que homens e mulheres são livres para decisão de ter ou não filhos e iguais ao que tange às questões de reprodução.

Daí compreender o importante impacto e potencialidade política que os grupos de gestantes têm e podem ser explorados pelos profissionais de saúde, uma vez que o patriarcado é também um dos determinantes e condicionantes sociais que incide na vida e, conseqüentemente, na saúde das mulheres seja na violência expressa no âmbito doméstico e público, nos procedimentos obstétricos, nos constrangimentos que lésbicas e mulheres bissexuais enfrentam nos atendimentos, enfim, nas manifestações de uma sociedade estruturada no patriarcado.

Ao assumir esse compromisso político os profissionais de saúde estarão dispostos a enfrentar a raiz dos problemas, não estarão limitados ao pragmatismo e imediatismo e não terão posturas alheias ao cotidiano de uma situação que exige enfrentamentos profundos em favor do majoritário público que compõe os serviços do SUS.

Considerações Finais

Dentro da saúde pública muitos trabalhos são promissores para a saúde materno infantil e a saúde da mulher, por outro lado, teóricas feministas discutem pautas indispensáveis para suas lutas que, dentre elas, estão os direitos à saúde sexual e reprodutiva. A importância da articulação entre esses dois campos permite a formulação de políticas públicas que respondam aos anseios do segmento da população que mais utiliza os serviços públicos de saúde, as mulheres.

Além de formulações conceituais, as pesquisas empíricas e exploratórias de como se operacionaliza os serviços de saúde demonstram a realidade das dificuldades, inovações e superações de como as políticas públicas chegam nos territórios e aos sujeitos, em outras palavras, elas fornecem subsídios concretos para o aprimoramento das políticas públicas. Afinal, a PAISM, as nove áreas estratégicas de atuação do NASF-AB e a PANAIISC têm um público-alvo e um território de onde a necessidade dessas políticas brotam e para onde retornam como resposta do Estado.

Na operacionalização dessas políticas no cotidiano dos serviços de saúde, profissionais e gestores encontram ferramentas para implementar

e desenvolver seus trabalhos onde se pode destacar os grupos de educação em saúde. Estes são reconhecidos internacionalmente como estratégias para qualificação da atenção primária em saúde. Em Horizonte - Ceará, o grupo de gestantes foi implementado como uma proposta intersetorial entre equipe NASF-AB e ACS juntamente com o CRAS no desenvolvimento de ações com as gestantes.

Identificou-se que as práticas de grupos de educação em saúde realizada com as gestantes para além da dimensão clínica que muitos relatos e estudos exploram também é uma potencial ferramenta de fortalecimento político dessas mulheres no enfrentamento às dificuldades que repercutem diretamente no processo saúde-doença. O período gestacional que essas mulheres vivenciam une-as nas dúvidas e inseguranças, mas também existem singularidades pelos cruzamentos interseccionais de gerações, território, raça/cor e religiões.

Destaca-se também o “matriarcado da miséria” como um fenômeno que produz e incide no contexto social das mulheres ao se manifestar através do julgamento, isolamento, violências, culpabilização, vulnerabilidades de maneiras diferentes para cada uma delas. Logo, enquanto em algumas mulheres é possível enxergar mais fortemente, noutras ainda é preciso perspicácia e atenção para reconhecer. Assim, a experiência vivenciada demonstrou a potencialidade que o grupo de gestantes é como um espaço de educação em saúde para assuntos amplos onde as mulheres gestantes não são apenas enxergadas pelo imediatismo dos fatores clínicos que se apresentam como demanda de saúde, mas com o aprofundamento que requer para atingir as reais causas que interferem na integralidade da atenção à saúde da mulher.

Logo, os profissionais que assumem essa postura e compromisso alinham suas práticas aos princípios da Reforma Sanitária por compreender a relação da demanda clínica exposta no cotidiano dentro da complexidade da saúde em seus aspectos estruturais, históricos, sociais, econômicos e culturais. Conseqüentemente, também contribuirão no fortalecimento de um conhecimento crítico que mulheres feministas

vêm acumulando durante séculos na busca por uma sociedade sem opressão e exploração entre os sexos.

Referências bibliográficas:

ACIOLI, Sônia. “A Prática Educativa como Expressão do Cuidado em Saúde Pública”. In: *REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 1, n.º 61, jan-fev 2008, p. 117 - 121.

ÁVILA, Maria Betânia. “Modernidade e Saúde Reprodutiva”. In: *Estudos Feministas*, n.º 2, Jul/Dez. 1993, p. 382 - 393.

_____. “Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde”. In: *Cad. Saúde Pública*. N.º 19 (Sup. 2), 2003, p. 465 - 469.

BRAGA, Érica Patrícia Pereira de Castro. *A Importância dos Grupos de Educação em Saúde na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família*. 26 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2013.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

_____. Lei 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. *Lei Orgânica da Assistência Social LOAS*, Brasília, DF. Disponível em: <http://tiny.cc/qddspz>. Acessado em 27 de mai. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. “A Saúde nos Governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências”. In: *Ser Social*. Brasília, vol. 22, n.º 46, jan-jun 2020, p. 191 - 209.

CARVALHO, M. D. D. et al. “Percepções Acerca da Adolescência e da Maternidade das Jovens Mães Atendidas no Hospital de Horizonte-CE”. In: *Residência Integrada em Saúde: experiências de ressignificação na formação e nas práticas profissionais*. In: LUSTOSA, A. P.; CÂNDIDO, J. A. B.; ALMEIDA, M. I. (org). 1 ed. Fortaleza: EdUECE, 2017, p. 121-138.

CAMARGO, C. F. et. al. “Perfil Socioeconômico do Beneficiários do Programa Bolsa Família: o que o Cadastro Único revela?” In: *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. CAMPELO, T.; NERI, M. C (orgs.). Brasília: Ipea, 2014, p. 31 -32.

CANESQUI, A. M. “A saúde da mulher em debate”. In: *Revista Saúde em Debate*. n.º 15/16, 1984, p.29-36.

CARNEIRO, Sueli. *O Matriarcado da Miséria*. 2000. Disponível em: shorturl.at/gjv34. Acessado em 25 de ago. de 2020.

CARTA DE OTAWA. *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. 1986. Disponível em: <https://rb.gy/zjz4uk>. Acessado em 08 de mai de 2020.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. “Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde”. In: *Saúde Soc*. São Paulo, vol. 20, n.º 4, 2011, p. 961-970.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. 1978. Disponível em: <https://goo.gl/q6Y52K>. Acessado em: 03 de dez de 2018.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. “Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária”. In: *Revista de APS*, Juiz de Fora, vol. 12, n.º 2, abr./jun. 2009, p. 221-227.

FALQUET, Jules. “Repensar as Relações Sociais de Sexo, Classe e ‘Raça’ na Globalização Neoliberal”. In: *Mediações*, vol. 13, n.º1-2, Jan/ Jun e Jul/Dez.

2008, p. 121 – 142. Disponível em: shorturl.at/oqGP5. Acesso em 28/04/2020.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva. “O Grupo Maternar... Uma Experiência com Mulheres Gestantes e com Estudantes da Área da Saúde”. In: *Aletheia*, nº 37, , jan.-abr. 2012, p. 228 – 234.

FRIGO, Letícia Fernandez et. al. “A Importância dos Grupos de Gestante na Atenção Primária: um relato de experiência”. In: *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, vol. 2, nº 3, 2012, p. 113-114.

GURGEL, Telma. “O Feminismo como sujeito coletivo total: mediação e diversidade”. In: *Cadernos de Crítica Feminista*. Recife, ano V, nº 4, dez. 2011, p. 30 - 46.

HENRIQUES, Amanda Haissa Barros et. al. “Grupo de Gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal”. In: *Rev. Bras. Promoção da Saúde*, Fortaleza, vol. 28, nº 1, jan-mar. 2015, p. 23 - 31.

HIRATA, Helena. “Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais”. In: *Tempo Social*, vol. 26, nº1, 2014, p. 61-73.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. “Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Tradução de Fátima Murad”. In: *Cadernos de Pesquisa*, vol. 37, nº 132, , set/dez. 2007, p. 595-609.

MALUMBRES, Pâmela Cristhiane; BARRETO, Ivana Cristina H. Cunha. “Grupo de Gestantes: o relato de experiência”. In: *Enfermagem Revista*, vol. 19, nº 1, 2016, p. 47 – 63.

MERHY, Emerson Elias. “A perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed. Xamã, 1998, p. 1-13.

MOREIRA, Camila Teixeira; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; BECKER, Samélia Léa Menezes. “Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia de grupo”. In: *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 8, nº 3, 2007, p. 107-116.

PARADIS, Clarisse. “A Luta Política Feminista para Despatriarcalizar o Estado e Construir as Bases para a Igualdade”. In: *Feminismo. Economia e Política: debates para a construção da igualdade e autonomia das mulheres*. MORENO, R. (org.). São Paulo: SOF, 2014, p. 55-73.

PIRES, Bendito Teixeira et. al. “Grupo de Gestante: relato de experiência”. In: *Sanare (suplemento)*, vol. 14, nº 2, 2015, p. 123 - 125. (Mostra PET Saúde).

REIS, Ana Regina Gomes dos. *Do Segundo Sexo à Segunda Onda: discursos feministas sobre a maternidade*. 142 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, Patriarcado e Violência*. São Paulo: Perseu Abramo, 2011.

SOUSA, R. M. *A Direção Sociopolítica do Movimento Feminista Brasileiro no Governo Dilma Rousseff (2011-2014)*. 2018. 173 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

SOUZA, Aline Corrêa de et. al. “A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção em saúde”. In: *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto-Alegre, vol. 26, nº 2, 2005, p. 147 – 153.

SOUZA, Fernanda dos Reis. *Processo de Construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará*. 2013. 220f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

UFSC. “Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família”. In: *Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família*. In: Universidade Federal de Santa Catarina; Carmen, L. O. O.; More, Carla Ribeiro. Florianópolis, 55 p, 2010.