

SEBASTIÃO JUNIOR HENRIQUE DUARTE

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA GESTANTE RESIDENTE NO MARABÁ A
RESPEITO DO PRÉ-NATAL**

**CAMPO GRANDE
2007**

SEBASTIÃO JUNIOR HENRIQUE DUARTE

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA GESTANTE RESIDENTE NO MARABÁ A
RESPEITO DO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora
como requisito para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Oliveira
de Andrade

**CAMPO GRANDE
2007**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

D812r Duarte, Sebastião Junior Henrique.
Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal / Sebastião Junior Henrique Duarte. -- Campo Grande, MS, 2007.

82 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Sônia Maria Oliveira de Andrade.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Cuidado pré-natal. 2. Gravidez. 3. Mulheres – Saúde e higiene. I. Andrade, Sônia Maria Oliveira de. II. Título.

CDD (22) –
362.19824

FOLHA DE APROVAÇÃO

A dissertação intitulada “Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal”, apresentada por Sebastião Junior Henrique Duarte à banca examinadora, como exigência para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, foi considerada aprovada pelos membros que seguem abaixo:

Dr^a Sônia Maria Oliveira de Andrade – UFMS
Orientadora

Dr Fernando Lefèvre – USP São Paulo
Membro titular

Dr^a Marli Villela Mamede – USP Ribeirão Preto
Membro titular

Dr^a Sandra Lúcia Arantes – UFMS
Membro titular

Dedico esta obra a Dona Maria das Graças Duarte, minha mãe, pelo seu exemplo de determinismo e perseverança, no qual tento me espelhar e que me motiva a trilhar os caminhos da vida.

AGRADECIMENTOS

A todas as vinte e uma gestantes que se dispuseram a partilhar seus saberes comigo.

Às Equipes de Saúde da Família Marabá, que me acolheram e contribuíram para que este estudo se realizasse.

A todos os membros da Equipe de Saúde da Família Serradinho, que integro, por entenderem os momentos de ausência e por me apoiarem para a concretização de mais uma etapa em minha vida acadêmica.

Aos professores do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que tiveram a paciência, dedicação e compromisso com a construção do saber.

Aos funcionários do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, pela dedicação no dia-a-dia.

À Professora Dr^a Marli Mamede, Professora Dr^a Sandra Lúcia Arantes e ao Professor Dr. Fernando Lefèvre, pelas contribuições.

A Professora Dr^a Sônia Andrade, minha orientadora, que ao longo dos tempos foi me lapidando para que eu pudesse ter os elementos necessários para alcançar meus objetivos.

A Deus, pela minha existência.

... nada é mais sublime que o fenômeno da gestação...

RESUMO

As políticas públicas de saúde voltadas ao pré-natal têm se preocupado com a redução da mortalidade materna e infantil e com a qualidade da assistência ofertada. Para tanto são implementados programas que padronizam as ações necessárias a serem executadas pelos profissionais que atuam nessa área, privilegiando a visão tecnicista. Contudo, os fatores que envolvem a gravidez não se resumem ao campo biológico. Na perspectiva de conhecer as características sociais em torno da gestação e o modo como as gestantes percebem o pré-natal, é que este estudo objetivou apreender as representações sociais das gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família Marabá, a respeito do pré-natal. Foram realizadas vinte e uma entrevistas com mulheres grávidas residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Marabá, com enfoque qualitativo. A análise dos resultados ocorreu através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e tomou-se como base referencial teórica as Representações Sociais propostas por Serge Moscovici (2003). Os resultados compuseram seis DSC: pré-natal: conhecimento e importância; por que faz o pré-natal; por que não faz o pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família; por que as gestantes não fazem o pré-natal; o que acontece se não fizer o pré-natal; e a qualidade do pré-natal. Concluiu-se que as gestantes alimentam sentimentos negativos em torno da gestação, manifestados pelo medo de que a criança venha nascer com algum problema de saúde, medo de ser punida no momento do parto e sofrer represálias do conselho tutelar e dos profissionais caso não tenha feito o pré-natal, insegurança consigo mesma e com o bebê. Isso evidencia que há ineficiência no processo de comunicação entre as gestantes e os profissionais de pré-natal e que o acolhimento não tem sido efetivo para o grupo de mulheres grávidas.

Descritores: saúde da mulher, gravidez, pré-natal, representação social, discurso do sujeito coletivo, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Public policies on health that address prenatal care have been targeted at decreasing maternal and infant mortality and improving the quality of the assistance delivered. For these purposes, programs have been implemented that standardize the actions to be carried out by the professionals engaged in this area, thus favoring technicist approaches. The factors involved in pregnancy, however, are not restricted to the biological field. In order to identify social features related to pregnancy and the manner by which prenatal care is viewed by pregnant women, this study was conducted so as to gather understanding on the prenatal care-related social representations held by pregnant women who live in the coverage area of the health care teams of the Brazilian Family Health Program working in the Marabá district of Campo Grande, in the state of Mato Grosso do Sul, southwestern Brazil. Interviews conducted under a qualitative focus were applied to 21 pregnant women living the coverage area of the Marabá Basic Health Unit. The tool chosen to analyze the data thus collected was the Discourse of the Collective Subject (DCS) and the theoretical background adopted was that of Social Representations, proposed by Serge Moscovici (2003). As many as six DCS emerged from the information analyzed: prenatal care: knowledge and importance; reasons why prenatal care has been sought; reasons why prenatal care has not been sought in that Basic Family Health Unit; reasons why pregnant women fail to seek prenatal care; potential outcomes of not being provided with prenatal care; and prenatal care quality. It was found that pregnant women can entertain negative feelings regarding pregnancy, which manifest as fear of health problems affecting the child to be born, fear of being punished at delivery time and suffering sanctions from the Childhood and Adolescence Guardianship Council and from health professionals if failing to seek prenatal care, and feelings of insecurity about oneself and one's infant. These findings not only reveal that inefficiencies permeate the communication process between pregnant women and the professionals who deliver prenatal care, but also that reception by these professionals has not been effective for this group of users of health services.

Keywords: women's health, pregnancy, prenatal care, social representation, Discourse of the Collective Subject, qualitative research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1	Políticas de saúde.....	11
2.2	Programa de Saúde da Família.....	12
2.3	A saúde da mulher.....	14
<u>2.3.1</u>	<u>Saúde e gravidez.....</u>	<u>17</u>
<u>2.3.2</u>	<u>Pré-natal.....</u>	<u>21</u>
<u>2.3.3</u>	<u>O pré-natal em Campo Grande.....</u>	<u>23</u>
3	OBJETIVOS.....	24
3.1	Objetivo geral.....	24
3.2	Objetivos específicos.....	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	25
4.1	Representações sociais.....	25
<u>4.1.1</u>	<u>Contexto histórico.....</u>	<u>25</u>
<u>4.1.2</u>	<u>O que são representações sociais.....</u>	<u>26</u>
<u>4.1.3</u>	<u>Processos.....</u>	<u>28</u>
4.2	Discurso do sujeito coletivo.....	30
<u>4.2.1</u>	<u>Contexto.....</u>	<u>30</u>
<u>4.2.2</u>	<u>Figuras metodológicas.....</u>	<u>30</u>
<u>4.2.3</u>	<u>Discurso do Sujeito Coletivo: a síntese.....</u>	<u>32</u>
<u>4.2.4</u>	<u>Atributos quantitativos do Discurso do Sujeito Coletivo.....</u>	<u>32</u>
<u>4.2.5</u>	<u>Instrumento de análise de discurso.....</u>	<u>32</u>
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
5.1	Tipo de pesquisa.....	34
5.2	Local da pesquisa.....	34
<u>5.2.1</u>	<u>Dados gerais do município de Campo Grande.....</u>	<u>34</u>
<u>5.2.2</u>	<u>Dados gerais da Unidade Básica de Saúde da Família Marabá.....</u>	<u>35</u>
5.3	Sujeitos da pesquisa.....	35
5.4	Procedimentos para coleta dos dados.....	36
5.5	Análise dos dados.....	36
5.6	Aspectos éticos.....	36

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1	Pré-natal: conhecimento e importância	38
6.1.1	<u>Cuidados com a saúde do bebê</u>	38
6.1.2	<u>Cuidados com a saúde da mãe</u>	39
6.2	Por que faz o pré-natal	43
6.2.1	<u>Sente-se acolhida</u>	43
6.2.2	<u>Tem suas necessidades atendidas</u>	44
6.2.3	<u>Gosta do atendimento oferecido pela equipe do PSF</u>	46
6.3	Por que não faz pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família	48
6.3.1	<u>Motivos pessoais</u>	48
6.3.2	<u>Motivos relacionados à Unidade Básica de Saúde da Família</u>	53
6.4	Por que as gestantes não fazem o pré-natal	57
6.4.1	<u>Por causa do atendimento médico</u>	57
6.4.2	<u>Preguiça</u>	58
6.4.3	<u>Vergonha</u>	58
6.4.4	<u>Problemas pessoais</u>	59
6.4.5	<u>Não quer ser atendida por alunos</u>	60
6.5	O que acontece quando não se faz pré-natal	62
6.6	A qualidade do pré-natal	66
6.6.1	<u>Atenção fragmentada</u>	66
6.6.2	<u>O pré-natal em outra Unidade de Saúde</u>	68
6.7	Gestantes desinformadas	69
6.7.1	<u>Desconhecimento sobre o significado do pré-natal</u>	69
6.7.2	<u>Desconhecimento sobre as modificações corporais da gestante</u>	70
6.7.3	<u>Desconhecimento a respeito dos procedimentos básicos no pré-natal</u>	71
7	CONCLUSÕES	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	80
	APÊNDICE B – Pontos norteadores da pesquisa	81
	ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos	82
	ANEXO B – Mapa da área de abrangência UBSF Marabá	83

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo em discussão ao longo de várias décadas. Os programas de saúde pública contemplam as ações a serem executadas pelos profissionais envolvidos com a assistência a mulher, valorizando o modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de “tratar” a saúde.

Dados do Ministério da Saúde (2004a) apontam que o grupo feminino é o que mais demanda os serviços de saúde. Essa informação sugere que a saúde da mulher não tem sido tratada de modo eficaz, tornando-se necessária a implementação de políticas que atendam às necessidades desse segmento. Mesmo com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu por influência dos movimentos sanitário e feminista, na década de 1980, a saúde da mulher, que deveria ser tratada de modo integral, continuou fragmentada, sendo que o enfoque principal está voltado à reprodução.

Considerando-se que a assistência à saúde da mulher está centrada na área obstétrica, declinando com a ideologia do PAISM, ainda assim há mulheres que não procuram o serviço quando estão grávidas, mesmo sendo o pré-natal um momento importante em suas vidas, dados os cuidados requeridos.

Os aspectos biopsicossociais são considerados de forma não-hierárquica, não mais se concebendo a assistência à mulher grávida restrita a modelos biomédicos. Devem ser levados em consideração seus sentimentos acerca da experiência, em suas múltiplas dimensões, visto que a gestação é um momento único e singular na vida das mulheres (DUARTE; ANDRADE, 2006).

O conjunto de ações desenvolvidas no pré-natal deve se dar de modo abrangente e acolhedor, visando atender às necessidades das mulheres grávidas.

A atenção à gestação também pode ser entendida como um fenômeno psicológico, pois a sensibilização das mulheres grávidas, por meio da comunicação horizontal, confiança, credibilidade e simpatia, entre outras formas de acolhimento pelos profissionais de saúde, permeia a assistência pré-natal, manifestando-se na adesão ao acompanhamento pela equipe.

Assim, o propósito da presente pesquisa foi apreender as representações sociais das gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes do Programa de Saúde da Família Marabá, em Campo Grande, MS, a respeito do pré-natal.

Torna-se imperativo conhecer o que as mulheres pensam a respeito do pré-natal; o que as aproxima e/ou afasta de um processo em que a adesão desafia os profissionais do campo da saúde; e quais os motivos que levam algumas mulheres a não fazer pré-natal.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 Políticas de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui, efetivamente, um grande avanço na área social do país, garantido por políticas públicas de saúde, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no título VIII, “Da Ordem Social”, especificamente na Seção II, artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988).

Ressalta-se o artigo 198 da Constituição brasileira (BRASIL, 1988, p. 117), que reza:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A efetivação do SUS permitiu a inclusão social, reconhecendo o direito de cidadania para todos, pois por muito tempo grande parcela da população, como os trabalhadores informais e seus dependentes, vinha sendo mantida sem direito à saúde e tratada como indigente nas santas casas de misericórdia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

O SUS é uma das reformas sanitárias mais impactantes na saúde brasileira e, numa ação tripartite — união, estados e municípios —, busca-se minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinadas pessoas não estejam em desvantagem sistemática em seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde, em todos os níveis da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Para Starfield (2004), a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, cabendo-lhe a responsabilidade de propiciar a atenção necessária para a resolutividade das necessidades individuais e coletivas.

A expansão dos cuidados básicos de saúde se dá, principalmente, por meio dos programas de saúde pública, implantados nas Unidades Básicas de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c).

Atualmente as UBS estão sendo substituídas por Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), conforme a expansão do Programa Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem o propósito de reorganizar o modelo assistencial, aproximando a saúde às famílias e, com isso, buscando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros por meio da integralidade do

cuidado à saúde. O PSF engloba as ações de outros programas de saúde, entre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Para a operacionalização do PSF é necessária a criação de equipe multiprofissional que atue numa área delimitada. As práticas vão além da Unidade de Saúde e envolvem a comunidade em seu hábitat, de modo a permitir o conhecimento da realidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2001a).

O PAISM foi implementado pelo Ministério da Saúde na década de 1980, visando oferecer atenção integral à saúde da mulher, enquanto o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído com a Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Uma das prioridades do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto, ao puerpério e neonatal às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002d).

2.2 Programa de Saúde da Família

O PSF, considerado pelo Ministério da Saúde como um novo modelo na atenção básica de saúde, toma como foco a família em seu espaço físico e social e proporciona à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde–doença, permitindo intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001b).

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Embora a Unidade Básica de Saúde da Família seja a base de referência dos profissionais à comunidade, o atendimento pelos profissionais (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos em higiene dental e agentes comunitários de saúde) pode ser individual, coletivo ou realizado no domicílio de cada usuário. Desse modo, os profissionais e a comunidade assistida devem estabelecer vínculos de co-responsabilidade, confiança e credibilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Os profissionais da Saúde da Família têm como princípios básicos: (1) serem hábeis, (2) serem fonte de recursos para uma população definida, (3) considerarem a saúde da família

como uma disciplina baseada na comunidade e (4) enfocarem a relação equipe–paciente como alvo central na saúde da família (WAGNER, 1994). Desse modo torna-se necessária a integração entre equipe de saúde e comunidade no estabelecimento de prioridades para o desenvolvimento do trabalho, tendo como referência o perfil epidemiológico da população adscrita, auxiliando no planejamento das ações (KRAWIEC, 2001).

Dentre as principais responsabilidades na Atenção Básica a serem executadas pelas equipes da Saúde da Família, nas áreas prioritárias estabelecidas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (BRASIL, 2001a), está a Saúde da Mulher, e uma de suas responsabilidades, nas ações de Saúde da Mulher, é a realização do pré-natal de baixo risco e acompanhamento do pré-natal de alto risco em conjunto com referência especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo Vasconcelos (2001, p. 78) “a análise e reflexão sobre as formas de atendimento em saúde oferecido à população e suas especificidades possibilitam o aprimoramento do serviço ofertado”.

De acordo com Cianciarullo, Silva e Cunha (2005), o acompanhamento pré-natal depende (1) do envolvimento da gestante e de seus familiares, (2) da participação dos órgãos assistenciais responsáveis e (3) da atuação da equipe pré-natalista, decisiva para a qualidade do acompanhamento da gestante.

Os profissionais de Saúde da Família devem empenhar-se na adesão ao pré-natal, com melhorias à qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

A saúde da mulher é um dos eixos a serem priorizados pelas equipes do PSF, incorporando-a ao planejamento das ações de saúde, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher, oferecendo-lhe a integralidade da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A atenção ao pré-natal é uma das ações incluídas no Programa de Saúde da Mulher. A oportunidade de se contar com o cadastramento das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde facilita, para os demais membros da equipe do PSF, o conhecimento de quem são as gestantes ainda nos primeiros meses da gravidez, permitindo-lhes avaliar o risco gestacional e assisti-las nas questões relacionadas à saúde (PALACIN, 2004).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para ela e sua família, considerando o saber da gestante, desmitificando-lhe o pré-natal e promovendo sua sensibilização para adesão, proporcionando a redução da morbimortalidade materna e infantil e melhorando a qualidade de vida da mulher grávida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Para Andrade e Inojosa (2004), é fundamental entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Torna-se necessário estabelecer uma dinâmica entre as necessidades individuais ou coletivas e o sistema de saúde, convergindo na melhoria dos indicadores de saúde.

2.3 A saúde da mulher

As políticas de saúde da mulher há tempos vêm sofrendo reformulação, seja através da iniciativa do sistema governamental em buscar mecanismos que assegurem a higidez, garantindo o nascimento saudável daqueles que serão mão-de-obra no mercado de trabalho, ou pela luta dos movimentos de mulheres, numa perspectiva mais ampla, inserindo-as no direito de cidadania.

Nakano e Mamede (2000, p. 22) citam que a peculiaridade do corpo feminino para as funções reprodutivas constrói a mulher socialmente para a maternidade, como garantia de sobrevivência da espécie e de manutenção da prole, atribuindo-se às mulheres a responsabilidade pelo cuidado como se isto fosse uma “vocação natural”.

Segundo Machado et al (2004), a mulher, como ser social, busca obter informações no universo de significados interiorizados, por toda sua vida. Por meio do processo de socialização mediado por esses significados, incorpora outros significados para compreender, interpretar e atuar nas situações vivenciadas.

Um breve histórico da trajetória da saúde da mulher como direito pode ser encontrado no estudo de Nagahama e Santiago (2005). As autoras apontam que, no Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu marco principal na década de 1920, tendo como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, que coordenou em nível nacional a assistência materno-infantil. A atenção estava focada no sentido nacionalista de defender o direito ao nascimento. A proteção à maternidade e à infância torna-se assunto de saúde pública, centralizado e regulado pelo Estado. Contudo a atenção materno-infantil sofre declínio nos anos 1960, quando a prioridade do governo passa a ser o combate às doenças endêmicas, retomando-se a atenção na década seguinte por meio do documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, ao estímulo ao aleitamento materno e à nutrição. Apontava ainda a observação do período intergestacional, visando o controle da natalidade. Em 1975 surge o Programa de

Saúde Materno-Infantil (PSMI), tendo como diretrizes a nutrição do grupo infantil em relação às mulheres. O alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil. As ações objetivavam a garantia da força de trabalho. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco. A saúde da mulher volta a ser palco de atenções na década de 1980, em que um grupo de profissionais com experiência em ambulatório de ginecologia preventiva da Universidade de Campinas manteve discussões sobre a adequação dos serviços ofertados à clientela que os procurava nessa área, daí nascendo a ideologia de tratar a mulher de modo integral, rompendo com a fragmentação ocorrida nos mais diversos programas assistenciais. Diante dessa experiência, o Ministério da Saúde implementa em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não e tentando abranger a mulher em todo o ciclo vital.

Segundo Tyrrell e Carvalho (1995), citadas por Nagahama e Santiago (2005), o Estado limitou-se a inserir programas verticais atribuindo várias denominações, sofrendo mudanças a cada transição política, sendo que a abordagem materno-infantil voltava-se somente à dimensão biologicista, funcionalista e restrita aos cuidados médicos.

Osis (1998), referindo-se ao PAISM, diz que o Ministério da Saúde, ao implementar esse programa, partia da constatação de que o cuidado à saúde da mulher, pelo serviço público, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal e, mesmo assim, apresentava deficiência. A discussão em torno da saúde da mulher, no contexto da inserção do PAISM, levou os envolvidos no processo a estabelecer que essa atenção deveria obedecer à integralidade, proporcionada através da atenção clínico-ginecológica e educativa, considerando, além do controle pré-natal, parto e puerpério, as dimensões desde a adolescência até a terceira idade, por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde. A autora destaca, ainda, que para se conseguir a atenção integral à saúde da mulher era necessário qualificar os profissionais e criar centros de referência, assim como estimular as pesquisas e estudos epidemiológicos na área da saúde da mulher.

Serruya, Lago e Cecatti (2004) discutem que as bases programáticas do PAISM, apesar de terem significado uma conquista em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, não avançaram muito além disso e a integralidade ficou comprometida, dadas as dificuldades políticas, financeiras e operacionais do programa. O panorama da saúde da mulher, mesmo com o PAISM, prosseguiu sendo a reprodução e continuou a ter qualidade

questionável. Sendo assim, discute-se a partir da década de 2000 a humanização da assistência como uma nova estratégia de melhorar o acesso e a qualidade no ciclo gravídico-puerperal. Nessa perspectiva surge o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. O programa aponta dois aspectos fundamentais que promovem a humanização. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das Unidades de Saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição, de modo a se criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos ao acompanhamento do parto e do nascimento, evitando-se práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002d).

Castro e Clapis (2005) relatam que o termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao PHPN com o intuito de melhorar as condições de atendimento, por meio de mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, de modo a contemplar, além daquilo que se vê e palpa, também o que se ouve e o que é descrito pela mulher, de modo que o atendimento seja eficiente e participativo. Ressaltam, além disso, a participação da família durante a gestação, parto e puerpério. Desse modo a atenção ao pré-natal deixa de ser um ato técnico, centrado no útero gravídico.

Costa, Guilhem e Walter (2005) dizem que a tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência, favorecendo a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal, ao sentirem-se acolhidas.

Pinto et al. (2005) afirmam que é fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora e que contribui para a manutenção financeira da família. A discussão em torno das necessidades da gestante é um dos eixos proposto pelo acolhimento.

Por acolhimento e vínculo, Gomes e Pinheiro (2005) consideram a democratização da gestão do cuidado pela participação do usuário nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. O acolhimento propõe a inversão da lógica e do funcionamento dos serviços de saúde,

valorizando as necessidades dos usuários, estabelecendo uma relação humanizada, acolhedora, estabelecida entre os trabalhadores de saúde e os usuários. O acolhimento contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde.

O acolhimento é proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta a suas necessidades, seja por meio de assistência propriamente dita ou através de informações que venham de encontro à solução de seus problemas, sendo que os profissionais demonstram interesse por seus problemas e empenho pela solução destes.

Comunicação, para Caron e Silva (2002), significa transmitir e receber mensagens por meio de signos simbólicos verbais ou não-verbais. Pela comunicação compreende-se a visão de mundo das pessoas e identifica-se o sentido que as coisas possuem com base no significado que as pessoas atribuem aos fatos. A comunicação, quando estabelecida, gera apoio e confiança e melhora a auto-estima, resultando em segurança e satisfação, propiciando qualidade do cuidado e do bem-estar do indivíduo, fazendo com que este se sinta respeitado enquanto pessoa em todas as suas dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social, intelectual e moral.

Segundo o estudo de Hotimsky et al. (2002), é desejo das mulheres serem acolhidas, fazerem perguntas e obterem respostas, serem respeitadas, terem assistência de boa qualidade e serem reconhecidas como pessoas que têm vontade, desejos e necessidades.

Para Caprara e Rodrigues (2004), os avanços tecnológicos não foram acompanhados de mudanças nas condições de vida, assim como de aperfeiçoamento das práticas em saúde, englobando comunicação, observação, trabalho em equipe e atitudes fundamentadas em valores humanitários. Os autores dizem que, atualmente, há recursos para lidar com cada fragmento dos indivíduos e apontam a dificuldade em tratar de modo integral o mesmo ser humano.

A saúde da mulher deve ser considerada em sua totalidade, ultrapassando sua condição biológica de reprodutora e conferindo o direito de igualdade de divisão sexual tanto no espaço público quanto no privado, já que algumas mulheres, além de grávidas, são também trabalhadoras.

2.3.1 Saúde e gravidez

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde não somente

para seu próprio atendimento, mas também, e sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Maletta (1992) diz que para medir e avaliar o nível de saúde das mulheres são utilizados alguns indicadores, entre eles o de mortalidade. A mortalidade materna constitui-se num importante indicador da qualidade de vida e da realidade social de um país, bem como da determinação política de se realizarem ações de saúde coletivas e socializadas. Uma das causas de morbimortalidade materna associa-se com a realização, ou não, do pré-natal.

De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), no Brasil, em 2003, a taxa de mortalidade materna foi de 63,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Quanto às causas de mortalidade materna, predominam as obstétricas diretas (62,6%), e, dentre essas, destacam-se as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto. A maioria das causas obstétricas diretas são evitáveis por meio de uma boa assistência ao pré-natal, parto e puerpério, à exceção do aborto, dada a complexidade de seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2001b).

Se todas as mulheres tivessem condições de vida e atenção à saúde garantidas de modo mais equânime com o acesso aos serviços de saúde, grande parte dessas mortes teria sido evitada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Trevisan et al. (2002) consideram que os avanços da obstetrícia e da neonatologia culminaram na redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nos países desenvolvidos. Já nos países subdesenvolvidos é preocupante a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, muitas vezes evitáveis. Para essa autora, embora a gravidez seja um processo fisiológico, provoca mudanças no organismo materno e o coloca no limite do patológico, requerendo acompanhamento adequado tanto para a gestante quanto para o feto. É sabido que a gravidez sofre influência de vários fatores, entre eles os de natureza biológica, social e econômica, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, Tanaka (1995), citado por Trevisan et al. (2002), afirma que a preocupação e os cuidados requeridos na gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, demonstrando o grau de desenvolvimento de uma sociedade.

Lopes et al. (2005) discorrem sobre a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica

anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Esses autores apontam que os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais como medo da morte, da dor, do esvaziamento e da castração. Já a ansiedade pode estar associada com uma vivência negativa da experiência de pré-natal e parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional e está associado ao aumento do risco de que a gestante tenha uma experiência de parto negativa, assim como de um novo pré-natal. Nesse sentido, é de grande importância que os profissionais de saúde se sensibilizem sobre a importância desse momento na vida da mulher. Qualquer deslizamento na relação gestante–profissional pode levar à produção de sentimentos negativos, tendo-se em vista o momento sensível pelo qual passa a gestante. Se, na visão do profissional de saúde, tem-se uma gestante a mais dando à luz, para a mulher esta pode ser a primeira vez em que está sendo mãe; para muitas, trata-se talvez do episódio mais marcante da vida.

Piccinini et al. (2004a) ressaltam que a gestação é um evento complexo, com transformações de diversas ordens, em que se manifestam sentimentos intensos na gestante, que podem trazer conteúdos do inconsciente. Quanto às expectativas das mães sobre o bebê, iniciam-se principalmente no segundo trimestre da gravidez, momento em que o feto começa a mover-se dentro do útero. No entanto, as expectativas da mãe podem ser tanto positivas quanto negativas. Atribui-se aos aspectos positivos a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias, por parte da mãe, tornando-o existente como ser humano. As expectativas são negativas quando o bebê não possui identidade, isto é, quando a mãe não aceita a gestação ou tem dificuldade em fazê-lo. Há também aquelas gestantes que atribuem à gestação e ao feto somente sentimentos de insucesso e de morte. Têm medo de que a realidade corresponda ao esperado, mas não verbalizam esse sentimento. Em vez disso, vivenciam sensações e cultivam pensamentos e preocupações, comprometendo a relação mãe–bebê. As expectativas se constroem sobre o bebê imaginário, e envolvem o sexo do bebê, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero e as características psicológicas que são a ele atribuídas. A realização da ultrassonografia permite que esse bebê imaginário comece a se tornar real, reduz a ansiedade da mãe, mas também incrementa a fantasia materna ou pode levar a frustrações, principalmente quando o sexo do bebê não é o desejado. O estudo realizado por esses autores revela que os recursos do pré-natal, sejam eles os exames ou o diálogo com o médico, foram citados por gestantes como uma forma de tranquilizá-las quanto à saúde do bebê.

D'Ippolito e Medeiros (2005) informam que os exames diagnósticos por imagem são muito utilizados durante a gestação para avaliar afecções maternas, inerentes à gravidez ou ao feto. No caso da ultrassonografia, as ondas sonoras não afetam a saúde da mãe nem a do bebê. Os autores alertam que a exposição aguda de alta dose de radiação ionizante provoca danos à saúde, principalmente do embrião nas duas primeiras semanas de gestação, podendo levar ao aborto. Recomendam a utilização da ultrassonografia e da ressonância nuclear magnética por serem métodos reconhecidamente inócuos ao feto. A ultrassonografia é um dos exames mais requerido pelas gestantes.

Piccinini et al. (2004b) referem que a participação do pai na gestação traz à gestante apoio emocional e material. O acompanhamento pelo pai nas consultas de pré-natal e a realização de exames, como a ultrassonografia, promovem o envolvimento com os preparativos para a chegada do bebê e contribuem para que o pai apóie emocionalmente sua companheira, estando mais disponível, paciente e compreensivo.

O pré-natal é um conjunto de ações voltadas à mulher grávida e ao bebê, visando a manutenção da saúde e considerando os aspectos bio-psico-sócio-culturais, seja através do diagnóstico de complicações evitáveis ou por meio da vigilância à saúde, estabelecida entre as gestantes e os profissionais envolvidos, principalmente o médico e enfermeiro. Com a expansão do Programa Saúde da Família, a atenção ao pré-natal ocorre multidisciplinarmente.

Sendo o pré-natal um momento importante na vida das mulheres e oferecido pelo sistema público de saúde, acredita-se que a maioria das mulheres adere a esse acompanhamento. No entanto, os indicadores de saúde materno-infantil registram números consideráveis para a mortalidade nesses grupos. Se há recursos disponíveis, como explicar que algumas mulheres não realizam o pré-natal? Qual a importância do pré-natal para as gestantes?

Para Pamplona (1990), cada cultura possui suas formas próprias de viver a gestação e parto, havendo, evidentemente, vivências individuais que fogem aos padrões culturais.

Mamede (1994, p. 169) considera que toda sociedade possui valores que estão intimamente atrelados na estrutura que a forma. “Esses valores se manifestam nas funções, crenças, práticas e atitudes dos membros da sociedade”.

Osava e Mamede (1995) afirmam que toda sociedade possui idéias e significados culturalmente consagrados sobre o modo como a gestação ocorre, sobre o nascimento e sobre o que a mãe e outras pessoas podem fazer para ajudar ou impedir o processo. Portanto, o que parece ser estranho a uma cultura pode ser significativo para outra.

2.3.2 Pré-natal

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez — período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações são manifestadas na forma de medo, dúvidas, fantasias e curiosidades. O pré-natal de qualidade é capaz de identificar e valorizar os aspectos pessoais de cada gestante, de modo que ocorra a integração de suas particularidades com as ações oferecidas. A assistência pré-natal envolve procedimentos clínico-obstétricos; acesso a informação sobre a importância do pré-natal, preparo para o parto, cuidados no puerpério e com o recém-nascido e busca ativa daquelas gestantes que não comparecem regularmente. As ações de saúde devem abranger todas as mulheres grávidas, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O pré-natal é um campo de intensa preocupação. Como destacam Coutinho et al. (2003), a assistência pré-natal tem merecido especial atenção na saúde materno-infantil — haja vista a persistência de índices alarmantes dos indicadores, tais como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal — e tem motivado o surgimento de políticas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que tem o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos. Entre as ações desse programa figuram a realização de exames laboratoriais básicos e os procedimentos obstétricos considerados essenciais, classificados como adequados, inadequados ou intermediários.

Segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), o pré-natal deve ser iniciado assim que a gestação for diagnosticada, objetivando fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco associados à gravidez. Os autores discutem que a hipertensão arterial constitui a principal causa de morte materna direta. O diagnóstico da hipertensão, principalmente quando crônica, tem importância na prevenção de descolamento prematuro da placenta e conseqüentemente do abortamento, da situação de pré-eclampsia e da eclampsia propriamente dita. A aferição da pressão arterial é uma técnica muito simples e de baixo custo e constitui uma das ações que levam ao pré-natal adequado. Deve-se praticar a humanização da assistência ao pré-natal como qualidade da atenção e levar em consideração que a má qualidade está relacionada com as práticas desumanizadas. A falta de acolhimento nas unidades pode ser considerada como desumanização do serviço. Os autores destacam que a assistência obstétrica precisa melhorar o acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade.

Para tanto apontam que os profissionais de saúde necessitam de capacitação permanente, como medida para mudar a assistência e melhorar a relação entre o profissional de saúde e a mulher, uma vez que a humanização compreende o resgate da autonomia e relações simétricas entre profissionais e mulheres.

Silva (2001) realizou estudo com alunos de medicina em ambulatório de pré-natal e observou que a comunicação é um enfoque preventivo em saúde mental na assistência pré-natal, tornando-se um desafio aos profissionais de saúde em relação à qualidade de vida da gestante.

Castilho-Pelloso et al. (2005) deixam claro que é fundamental integrar e dinamizar os serviços prestados às gestantes por parte dos diferentes profissionais de saúde. Destaca que a atenção fragmentada, a falta de consenso e o não-seguimento do que é preconizado nos protocolos dos cuidados pré-natal dificultam a caracterização do risco gestacional e deixam em evidência a saúde da mãe e do bebê.

Quanto aos riscos maternos e fetais, Lima e Oliveira (2005a) descrevem que as mulheres grávidas apresentam alterações músculo-esqueléticas, principalmente lombalgia, em decorrência principalmente da mudança do centro da gravidade, da rotação anterior da pelve, do aumento da lordose lombar e do aumento da elasticidade dos ligamentos. As autoras recomendam a atividade física três vezes por semana durante a segunda metade da gravidez para redução das dores lombares e aumento da flexibilidade da coluna. Alertam, porém, que os exercícios podem acarretar danos se praticados em alta intensidade, causando hipóxia ao feto, em situações em que haja risco de trauma abdominal e hipertermia da gestante. Esses fatores podem levar ao estresse fetal, restrição do crescimento intra-uterino e prematuridade. Já os exercícios de intensidade moderada ao longo da gravidez contribuem com o aumento do peso do bebê ao nascer e os exercícios mais intensos e praticados com grande frequência ao longo da gravidez podem resultar em recém-nascido de baixo peso.

Levando-se em consideração a opinião dos diferentes autores citados, observa-se que o pré-natal é um momento importante e significativo na vida das mulheres, devendo os profissionais de saúde discutir sobre as singularidades desse momento e praticar o acolhimento como elemento da integralidade voltado à saúde da mulher.

A assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem.

O estudo do senso comum permite apreender o modo como as gestantes percebem o pré-natal e leva à reflexão sobre as conseqüências do choque causado entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, que determina a conduta das mulheres grávidas. Esse conhecimento torna-se uma ferramenta para a organização das ações em saúde, buscando-se estabelecer a harmonia entre a ciência e o senso comum, possibilitando desvelar os mitos e as crenças que envolvem o pré-natal.

2.3.3 O pré-natal em Campo Grande

O pré-natal no município de Campo Grande é orientado pelo Programa Mãe Morena. Trata-se de um programa municipal, estruturado de acordo com as normatizações da saúde da mulher propostas pelo Ministério da Saúde, em que se prevê um conjunto de ações multiprofissionais voltadas à gestantes assistidas pelo serviço público.

As ações do pré-natal de baixo risco são oferecidas pela rede municipal de saúde nos ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, enquanto o pré-natal de alto risco ocorre em ambulatório especializado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apreender as representações sociais das gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família Marabá a respeito do pré-natal.

3.2 Objetivos específicos

Têm-se como objetivos específicos nessa pesquisa:

- a) identificar, na fala das gestantes, os motivos que as levam à realização, ou não, do pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família Marabá;
- b) conhecer os valores que norteiam a realização do pré-natal das gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família implantadas na Unidade Básica de Saúde da Família Marabá.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Representações sociais

4.1.1 Contexto histórico

A teoria das representações sociais surgiu da obra de Serge Moscovici intitulada *La psychanalyse: son image et son public*, publicado na França em 1961. O sociólogo Durkheim trabalhara, anteriormente, com as representações coletivas, contribuindo significativamente para a construção dessa teoria.

O estudo de Arruda (2002) mostra que as representações sociais não pertencem a um único campo de conhecimento. Possuem suas raízes na sociologia, atravessam a psicanálise de Freud e se desenvolvem na psicologia social de Moscovici, aprofundada por Denise Jodelet. A partir dos anos 1960 aumenta o interesse pelo estudo dos fenômenos do domínio simbólico, importando a explicação destes, com recurso às noções de consciência e imaginário. Acrescentam-se as noções de representação e memória social, que também fazem parte dessas buscas de explicação que receberão, após os anos 1980, sua teorização, passando a servir como ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática e o meio ambiente, com propostas teóricas diversificadas.

Farr (2002), citado por Vergara e Paratela (2005), discutem que antes da publicação seminal de Moscovici sobre as representações sociais, as teorias existentes estabeleciam uma interface entre dois níveis de fenômenos perceptivos: o individual e o coletivo. Durkheim distinguiu as representações sociais e coletivas, sendo que as primeiras estariam no campo da psicologia e as outras no domínio da sociologia, destacando que a sociedade age sobre o indivíduo independentemente da vontade deste. Desse modo, as representações inseridas em uma coletividade influenciam as decisões individuais dos seres humanos. Freud desenvolveu uma crítica psicanalítica da cultura e da sociedade, ao mesmo tempo em que tratou o indivíduo clinicamente.

Moscovici (1978), citado por Lima (2005b), discorre que Durkheim tratava a representação individual como um fenômeno inteiramente psíquico, irredutível à atividade cerebral que o permite, e que a representação coletiva não se restringe à soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade. É competência da psicologia social estudar o modo como as representações se relacionam ou se diferenciam.

4.1.2 O que são representações sociais

Sá (1996, p. 31) alerta que definir representações sociais não é tarefa fácil, dada sua composição polimorfa, e adota a conceituação de Moscovici (1981):

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

As representações sociais, para Jodelet (2002), são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Elas são equivalentes aos mitos e crenças das sociedades, ou seja, ao senso comum. Essa autora refere que a representação social deve ser estudada articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais, integrando-os, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, às relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas vão intervir.

Spink (1993, p. 300) define representações sociais como sendo “modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não reduzem jamais aos componentes cognitivos”.

Moscovici (2003) diz que as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já sabemos. Elas ocupam uma posição, em algum ponto entre conceitos, que tem o objetivo de abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzam o mundo de forma significativa.

Elas funcionam como um sistema de interpretação da realidade que atua nas relações dos indivíduos no meio em que estão inseridos, orientando seus comportamentos e práticas. Embora não determinem inteiramente as decisões tomadas pelos indivíduos, elas limitam e orientam o universo quanto às possibilidades colocadas a sua disposição (CRAMER; BRITO; CAPELLE, 2001, citados por VERGARA; FERREIRA, 2005).

Siman (2005) destaca que as representações dão às coisas uma nova forma por meio da atividade psíquica. Envolve uma relação entre o sujeito e o objeto-mundo. O sujeito se insere numa comunidade concreta e simbólica, mas não está condenado a simplesmente reproduzir essa realidade. O indivíduo elabora a constante tensão entre o mundo e seus próprios esforços para ser um sujeito. Sendo assim, o processo de construção da identidade se

desenvolve na relação entre o sujeito e o social, mediado pelas representações sociais. Ao mesmo tempo em que esse sujeito recria a realidade social e suas representações, é também modificado em sua própria relação com o mundo. Dessa forma, os objetos presentes no meio social aparecem sob a forma de representação, recriados pelos sujeitos.

Para Wagner (2000), a representação social é compreendida como um processo social da dialética (comunicação e discurso). As representações sociais são vistas como atributos pessoais, como estruturas de conhecimento individuais, embora compartilhadas. Esse compartilhamento refere-se a crenças, imagens, metáforas e símbolos num grupo, comunidade, sociedade ou cultura. Nessa perspectiva, as representações sociais são entendidas como um conteúdo mental estruturado, ou seja, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico, sobre um fenômeno social relevante, tomando a forma de imagens ou metáforas, sendo compartilhado com demais membros do grupo social e de modo consciente.

Malrieu (1977), citado por Martins (1997), define representações sociais como sendo elaborações psíquicas complexas em que se integram, em uma imagem significativa, a experiência de cada um, os valores e as informações circulantes na sociedade.

Parada e Packer (2006) relatam que as representações sociais são equivalentes ao senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que o indivíduo possui sobre a realidade. Desenvolve-se principalmente no meio urbano, onde o homem busca apropriar-se do mundo, e para tanto utiliza-se de conceitos, afirmações e explicações oriundos do dia-a-dia, a respeito de qualquer objeto social ou natural, tornando-o familiar e, desse modo, garantindo a comunicação no interior de um grupo.

Cardoso e Gomes (2000) discutem as representações sociais como uma realidade que se impõe ao indivíduo. Os discursos ou fatos são socialmente enraizados, determinados e limitados pela linguagem, conceitos e recursos materiais disponíveis a seus produtores.

Segundo Pinheiro (2004) as representações sociais são criadas em cenários sociais e organizam práticas sociais.

Almeida e Cunha (2003, p. 15) tratam as representações sociais por teorias do senso-comum ou teorias populares, correspondendo aos significados psicossociais. “Esses significados são compreendidos, constituídos e constitutivos pela realidade social, sendo portanto explicativos e prescritivos da realidade social”. As autoras consideram que as representações sociais estão intimamente articuladas às teorias científicas e que estas se submetem aos conhecimentos científicos através de um processo de ressignificação, visto que são negociadas e recriadas à luz das teorias populares. Elas têm permitido um importante

aporte teórico aos pesquisadores que procuram compreender os significados e os processos elaborados pelos homens para explicar o mundo em que estamos inseridos.

De acordo com Abric (2000), as representações sociais, inseridas na psicologia social, oferecem um quadro de análise e interpretação, permitindo a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem. “Este estudo permite compreender os processos que intervêm na adaptação sociocognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico”.

4.1.3 Processos

De acordo com Moscovici (2003) os fundamentos da construção do saber são sistematizados em dois processos, como a frente e o verso de uma folha de papel. Um é denominado objetivação e elucida como se estrutura o conhecimento do objeto. Possui três etapas. Primeiramente seleciona e descontextualiza elementos do que vai representar, fazendo um enxugamento das informações. Estas se fragmentam com base em nosso conhecimento prévio, na experiência e em nossos valores. Recosturam-se os fragmentos de modo que se tornem o centro figurativo das representações. Esses caminhos levam ao núcleo da representação. Desse modo, o objeto, que era misterioso, é destrinchado e recomposto, tornando-se objetivo e palpável, adquirindo sentido natural. A fase de naturalização é a etapa final da objetivação. A ancoragem é o outro processo, que dá sentido ao objeto. É o modo pelo qual o conhecimento se enraíza no social e retorna a ele.

Moscovici (2003) descreveu a natureza convencional e prescritiva das representações sociais, contribuindo com a elucidação de como o pensamento é considerado como um ambiente (como atmosfera social e cultural). Cada um de nós está cercado, tanto individual quanto coletivamente, por palavras, idéias e imagens que penetram em nossos olhos, ouvidos e mente, independentemente de nossa vontade e sem que percebamos tal evento, assim como as ondas eletromagnéticas circulam no ar sem que as vejamos e se tornam palavras em um receptor de telefone ou se tornam imagens numa tela de televisão. Contudo, ele afirma que tal metáfora não é adequada para apreendermos as representações sociais e tenta explicá-las melhor classificando as representações sociais em duas funções:

- a) As representações convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, os situam em categorias e os tornam modelos de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se agrupam a esse modelo e se sintetizam nele.

Desse modo, passamos a afirmar que a roda é redonda ou associamos comunismo com a cor vermelha. Quando uma pessoa ou objeto não estão de acordo com o modelo, nós os forçamos a assumir determinada forma, entrar em uma categoria e tornar-se semelhantes aos outros, sob pena de não serem compreendidos nem codificados. Essas convenções nos possibilitam conhecer e identificar o que representa o quê: um corpo com temperatura elevada é febre; um determinado sintoma provém, ou não, de uma doença. Elas contribuem para a solução do problema geral de saber quando interpretar uma mensagem como significativa em relação às outras e quando vê-la como um acontecimento casual. Esse significado em relação aos outros depende de convenções preliminares, com as quais diferenciamos se um gesto com as mãos significa um cumprimento ou uma reprovação ou advertência. Cada experiência é somada a uma realidade predeterminada por convenções, que estabelece suas fronteiras e faz distinção entre mensagens significantes ou não, e que liga cada parte a um todo e classifica cada pessoa em categorias distintas. Nenhuma mente está livre de condicionamentos anteriores que lhes são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nosso pensamento é determinado pela linguagem e os organizamos de acordo com um sistema pertencente ao nosso grupo. Vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e permanecemos inconscientes dessas convenções.

- b) As representações são prescritivas, ou seja, atuam sobre nós como uma força irresistível. Essa força resulta da combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. As representações, mesmo sendo partilhadas, penetrando e influenciando a mente de cada um, não são pensadas por um único indivíduo, mas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas.

Para Arruda (2002), o sujeito busca o que lhe é familiar para fazer uma conversão daquilo que é novidade e participa com os demais membros de um grupo ou sociedade em que está inserido, legitimando os comportamentos, atitudes, crenças e valores.

4.2 Discurso do Sujeito Coletivo

4.2.1 Contexto

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre dado assunto. Trata-se de um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social. Entende-se por discurso todo posicionamento argumentado.

O Discurso do Sujeito Coletivo é um espelho coletivo. É como se as pessoas se olhassem, a partir daí tomando consciência de como são.

Sua origem ocorreu na década de 1990, de uma pesquisa realizada com servidores públicos com o objetivo de conhecer a opinião destes sobre o Programa de Gerenciamento Integrado, programa proposto durante a gestão Pinotti na Secretaria da Saúde de São Paulo. Diante dos dados coletados, observou-se que as respostas eram muito semelhantes, diferindo em alguns critérios, embora não mudando o resultado. O processamento desses discursos deu origem ao Discurso do Sujeito Coletivo, que posteriormente recebeu as figuras metodológicas que o transformaram em referencial metodológico, sendo utilizado em pesquisas qualitativas que têm depoimentos como base.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 15), metodologicamente o discurso do sujeito coletivo “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc.”. Para sua construção são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave, as idéias centrais e as ancoragens.

4.2.2 Figuras metodológicas

4.2.2.1 Expressões-chave

São pedaços ou trechos de material (discurso) que formam descrições literais dos depoimentos, revelando a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas que estão presentes nesse depoimento.

São parte essencial para análise e constituem os recortes do discurso (entrevistas, questionários, jornais etc.).

4.2.2.2 Idéia central

A idéia central é o nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira sintética e precisa o sentido presente nos depoimentos. Descreve o sentido usando as palavras do entrevistado, não constituindo interpretação.

As idéias centrais são elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que indica “fortemente” a idéia central.

É preciso um critério que justifique a idéia central. A partir daí, o pesquisador faz uma síntese daquilo que foi justificado.

Exemplos de expressões-chave:

“...eu recomendo o pré-natal ai no Marabá. Até agora estou achando muito bom. Não sei também se é porque estou no começo, mas desde o primeiro dia que eu fui, achei muito bom. A enfermeira é muito atenciosa. Todo mundo lá do posto. Os agentes também, que vem aqui em casa, ela conversa bastante, explica, então eu estou gostando. Estou achando muito bom...”

Temos aí como idéias centrais:

“...faria o pré-natal porque o atendimento que teve foi bom...”

ou:

“...Recomendaria porque foi bem atendida...”

As idéias centrais servem para agrupar o discurso, e numa mesma fala pode haver mais que uma idéia central, devendo todas ser consideradas separadas e trabalhadas na categorização.

4.2.2.3 Ancoragem

É a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e em que acredita. É uma afirmação genérica do enunciador do discurso para enquadrar uma situação específica.

A ancoragem deve ser sempre redigida no positivo. Os valores estão embutidos (por trás), na fala, na crença. Trata-se do valor forte que está no grupo.

A ancoragem não necessariamente está respondendo à pergunta, enquanto as idéias centrais têm de respondê-la. É uma idéia básica que sustenta o discurso.

“...quem não tem condições de pagar faz o pré-natal no posto...”

A pessoa expressa e acredita naquilo que falou.

“...serviço público é para pobre...”

É preciso haver marcas discursivas que representam o grupo, marcadores de generalização: “tudo”, “qualquer”, “quem”, ...:

“...tudo que é público é para pobre...”

Quando o indivíduo não responde à pergunta, mas fundamenta a resposta, generalizando para o todo, faz julgamento de idéia, de valor:

“...o que é privado é melhor...”

“...o setor privado que é bom, pode mandar o cara embora...”

É uma regra que se estabelece para si mesmo e que se aplica ao social.

Enquanto:

“...serviço público é para pobre, mas eu não concordo pois no privado há limitações...”

Na situação acima não ocorre ancoragem, pois o indivíduo não partilha do pensamento.

4.2.3 Discurso do Sujeito Coletivo: a síntese

É a reunião, num discurso único redigido na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que apresentam idéias centrais ou ancoragens semelhantes.

4.2.4 Atributos quantitativos do Discurso do Sujeito Coletivo

Intensidade ou força: trata-se do número de indivíduos que contribuiram com suas expressões-chave relativas às idéias centrais ou ancoragens semelhantes ou complementares.

Amplitude: medida do Discurso do Sujeito Coletivo considerando o campo ou universo pesquisado.

4.2.5 Instrumento de análise de discurso

O instrumento de análise de discurso é uma forma de organizar as figuras metodológicas para posterior confecção do Discurso do Sujeito Coletivo.

Sujeito	Expressões-chave	Idéias centrais	Ancoragens
15	<i>Eu tenho medo da dor. Ainda mais se for normal. Como que a gente vai ficar depois? Porque tem que ficar lá de repouso. E como fico muito sozinha, meu marido trabalha o dia inteiro, para mim eu achava que cesárea era melhor, mas tem que ficar de quarentena e como eu vou estar sozinha, melhor ter normal mesmo. Porque dizem que a gente fica mais forte. Não precisa ter aquele repouso, então meu medo é só na hora de ter mesmo. (Toda mulher sofre na hora do parto com a dor). A gente tem que ajudar. Fazer força. Mas eu achava que a gente só apagava. Chegava na sala de parto e a gente apagava, que dormisse, dessem uma injeção e a gente ficava sonolenta e dormia, depois a gente acordava e o nenê estava ali, mas não é.</i>	1 medo 2 dúvidas sobre o tipo de parto	Toda mulher sente dor no parto.
17	<i>Eu tenho medo de ter normal. Como que vai ser. O que eu vou sentir. Tem que ter contrações, eles dão injeção para isso, né? Na hora de ter a criança. Inclusive eu estou em dúvida do parto. Ao mesmo tempo que eu queria cesárea, eu tenho medo que corte.</i>	1 medo 2 dúvidas sobre o tipo de parto	Não há.

As categorias para análise e construção do Discurso do Sujeito Coletivo são estabelecidas a partir da identificação, nos instrumentos de análise de discurso, das expressões-chaves, idéias centrais e ancoragens correspondentes.

Idéia central: Dúvidas sobre o tipo de parto.

Expressões-chave	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Eu tenho medo da dor. Ainda mais se for normal.</i> <i>Eu tenho medo de ter normal. Como que vai ser. O que eu vou sentir. Tem que ter contrações, eles dão injeção para isso.</i>	<i>Eu tenho medo de ter (parto) normal...medo da dor...como que vai ser? O que eu vou sentir? Tem que ter contrações, eles dão injeção para isso.</i>

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de modo observacional, longitudinal, realizada com gestantes residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Marabá, no período de janeiro a abril de 2006.

Para Minayo (2003) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

5.2 Local da pesquisa

5.2.1 Dados gerais do município de Campo Grande

Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul. Tem 107 anos de emancipação política e a população do município é de pouco mais de 705.000 habitantes. Está no nível de gestão plena do sistema municipal de saúde desde setembro de 2002, conforme critérios da NOAS 2001.

A rede municipal de saúde conta com 82 unidades, sendo 23 Unidades Básicas de Saúde da Família, 31 Unidades Básicas de Saúde, 9 Centros Regionais de Saúde com funcionamento 24 horas, 10 unidades de referência, sendo uma a maternidade municipal, e 9 policlínicas odontológicas.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Campo Grande em 1999. Entre as primeiras unidades de saúde transformadas em Unidades de Saúde da Família destacam-se Macaúbas e Marabá, nesse mesmo ano. Atualmente atuam 47 equipes de PSF, conferindo cerca de 20% de cobertura da população. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 4 a 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 a 2 auxiliares de enfermagem e 1 auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene bucal. Cada Unidade de Saúde da Família tem 1 Assistente Social e podem atuar até 4 equipes em uma mesma unidade, aqui distinguidas pelo nome de cores.

5.2.2 Dados gerais da Unidade Básica de Saúde da Família Marabá

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) “Marli Anna Tatton Berg Gonçalves Pereira” localiza-se no Jardim Marabá, a seis quilômetros do centro da cidade. É uma unidade de saúde exclusiva de PSF e campo de estágio para os cursos de enfermagem e medicina, habitualmente referida como UBSF Marabá. Nela atuam, desde 1999, duas equipes de PSF (as equipes Laranja e Verde). A equipe Laranja possui sete microáreas (MA): Vila Margarida, com cinco MA, e Vila Paulo VI, com duas. A equipe Verde possui sete microáreas divididas entre os bairros Jardim Polonês, com uma MA; Vila Catarina, com duas; Jardim Marabá, com duas; Vila Carolina, com uma; e Residencial Sotter, com uma. Na área de abrangência do PSF Marabá residem aproximadamente 5.672 pessoas, das quais 2.945 são mulheres de todas as faixas etárias. Predomina a classe social de nível médio.

5.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa 21 gestantes, numa amostra por conveniência, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Marabá. No primeiro semestre de 2006 registrou-se a média mensal de 28 mulheres grávidas residindo nesta área (CAMPO GRANDE, 2006).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ser gestante; residir na área de abrangência; ter mais de 18 anos de idade; concordar em participar da pesquisa.

Foram considerados como critérios de exclusão: apresentar comprometimento físico ou mental que impedisse a realização das entrevistas; ser gestante com gravidez de alto risco, considerando que a realização desse tipo de pré-natal ocorre em ambulatório especializado, não disponibilizado no PSF, embora a gestante seja acompanhada pelas equipes; ser indígena, dado o caráter peculiar estabelecido pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1997).

As participantes foram 12 gestantes que realizavam o pré-natal na UBSF Marabá, 8 que o realizavam em outros locais e 1 que não fazia pré-natal.

As entrevistas se encerraram quando se tornou possível a compreensão do fenômeno estudado, tanto das mulheres grávidas que faziam quanto das que não faziam o pré-natal na UBSF Marabá.

5.4 Procedimentos para coleta dos dados

Foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde para acesso às Equipes de Saúde da Família Marabá e posteriormente às gestantes residentes na área de abrangência das duas equipes de PSF daquela unidade.

Foram identificadas as gestantes que poderiam participar. A escolha das gestantes aconteceu de modo aleatório, seguindo os critérios de inclusão estabelecidos no projeto de pesquisa.

Realizou-se visita domiciliar às gestantes, convidando-as a participar. Desse modo, as entrevistas ocorreram no próprio domicílio das gestantes, com exceção de 3 mulheres grávidas que estavam na Unidade Básica de Saúde da Família no momento em que o pesquisador também ali se encontrava, sendo entrevistadas em sala individual. As entrevistas foram abertas partindo-se de um questionamento para dar início à conversa sobre o pré-natal, na perspectiva de conhecer as representações sociais das gestantes quanto ao pré-natal, conforme Apêndice B.

Houve adesão de todas as gestantes convidadas a participar da pesquisa e estas mostraram-se colaborativas, comunicativas e empáticas, até mesmo as que não realizavam pré-natal no PSF e a gestante que não fazia pré-natal.

As entrevistas foram gravadas, armazenadas em CD-ROM e transcritas literalmente, com consentimento de cada gestante.

5.5 Análise dos dados

Os dados resultantes das entrevistas compuseram 82 páginas digitadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço simples, e foram organizados segundo o modelo do Discurso do Sujeito Coletivo. Adotou-se o referencial teórico das representações sociais, considerando-se a fala da gestante sobre o acompanhamento realizado e o sentimento estabelecido por ela com o acompanhamento oferecido.

5.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obtendo parecer favorável expresso com o protocolo n.º 686, em 21 de fevereiro de 2006 (Anexo B).

As entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 CNS (BRASIL, 1997), conforme Apêndice A.

As participantes da pesquisa foram designadas por números, visando preservar seu anonimato.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Pré-natal: conhecimento e importância

6.1.1 Cuidados com a saúde do bebê

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S15, S17, S18, S19 e S21.

6.1.1.1 Como está o bebê

“Pré-natal é para saber como está o bebê, se está tudo bem com ele, se está tudo normal. É um acompanhamento médico pelos aparelhos para verificar se a criança está bem. Pelo ultrassom dá pra saber se tem algum problema físico, escuta os movimentos respiratórios, vê as pernas, mãos, braços, cabeça, sexo, pesa, mede, olha se a quantidade de líquido está adequada para ele, se a placenta está bem e se ele está se mexendo, porque hoje em dia tem jeito pra tudo... Tem uma simpatia para saber o sexo, pega o coração da galinha e você corta bem na pontinha dele. Se abrir é menino, se ficar fechadinho é menina. Eu até fiz, e o meu deu certo, é um menino. Minha amiga me ensinou eu não sabia dessa simpatia, fiz antes da minha primeira ultrassom e deu menino, e nas duas últimas ultrassom deu menino também.

Fui numa palestra aqui no postinho, estavam explicando como a criança está aos dois meses de gravidez. Assisti filme explicando como se dá o banho e a amamentação da criança como é feita. Aprendi como deve segurar o bebê e amamentar. Nunca dar remédio sem prescrição médica... Aprendi na palestra o que é importante para o bebê e para mim, é melhor pra mim o bebê nascer saudável, com saúde e eu ter bastante saúde para poder amamentar ele com leite materno, para o bebê ficar saudável a mãe tem que se alimentar bem, se cuidar, ter uma gravidez tranquila.

Eu aprendi que tem que ter muito cuidado, porque quando a gente está grávida, a gente pensa que só porque a barriga está crescendo, está tudo bem. Mas não é assim, tem que estar acompanhando o crescimento da criança... Aprendi como a gente vai dar banho, como que a gente dá de mamar, como que a criança vai crescer tem que sempre cuidar do bebê.

Acho que pré-natal é mais para a criança, porque para a gente não tem muita importância, tem que cuidar mesmo é da criança que está vindo. Os médicos preocupam com a gente, mas a preocupação maior deles é com a criança. É mais importante para o bebê, pra mim não é tanto.”

6.1.1.2 Prevenindo doenças e complicações

“Pré-natal serve para manter a gente informada de como é que o bebê está, porque algumas crianças, mesmo estando dentro da barriga da mãe, às vezes nascem com problema mental ou doenças do coração, e o pré-natal serve para explicar pra gente... O médico fala pra gente se ele está bem, se ele não vai nascer com alguma má formação congênita, tudo que pode danificar a formação do bebê.

Tem os exames de sangue para ver se a mãe tem alguma doença que transmite para a criança, para tratar desde o início e não contaminar a criança, como o HIV, que se a mãe tiver, no caso, pode passar para a criança.

Tive a palestra do meu plano de saúde, que é um curso para gestante. Eles falam sobre amamentação, parto, anestesia, psicologia da criança, atividades das gestantes durante a gravidez. Passaram alongamento, recomendam fazer hidroginástica ou natação. Deram até uma apostila com algumas dicas de alongamento pra gente fazer em casa mesmo, sem precisar ir a alguma academia.

Acho muito importante fazer o pré-natal, principalmente nos três primeiros meses, quando começa a formação do feto. É quando corre risco de aborto. Tive descolamento de placenta e se não estivesse fazendo o pré-natal não descobriria esse problema e até perderia meu filho, então acho que é nos três primeiros meses que corre o risco de aborto, depois é mais tranquilo, pois o risco diminui, também pela formação do bebê.”

6.1.2 Cuidados com a saúde da mãe

S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S17, S18, S19, S20 e S21.

6.1.2.1 Como está a mãe

“Pré-natal é o acompanhamento que a gente tem desde o início da gravidez até o parto. É uma consulta por mês onde vai verificar como que está o bebê e a mãe. Verifica a pressão, o peso, a altura do útero, se está correndo tudo bem... Se caso acontecer alguma coisa, precisa ir antes de estar marcada a próxima consulta, conta tudo para o médico o que está acontecendo e o que mudou no seu organismo.

A enfermeira pede os exames de sangue, urina, glicose, do dedinho, para ver se tem alguma alteração, algum corrimento, alguma coisa diferente... Os exames são importantes

para garantir uma boa saúde, para a mãe e o bebê ficarem saudáveis e não acontecer nada... Ela fala sobre as refeições da gente, como que a gente se alimenta bem ou não, e também se a gente dorme bem e dentro de casa se está bem... Tem que tomar bastante cuidado, principalmente nos três primeiros meses com a alimentação, depende das coisas que se come para não engordar muito.

Fui lá no posto e falei que estava grávida e fiz o teste. A doutora pediu os exames, fiz e deu negativo, voltei lá de novo porque eu achava estranho, aí ela olhou bem e disse vamos ver se dá para ouvir o coraçãozinho dele e deu, então fiz outros exames. Estou contente com essa criança. Cada vez que vou lá ele está maiorzinho. Que venha com saúde. Se Deus mandar com saúde é bem aceito... Me preocupo muito com meu parto, tenho medo de me operar, mas preciso. A idade já está no ponto certo. Chega de filho. A única vez que fiquei internada foi mesmo para ter os meus filhos. Tudo de parto normal. É a cabeça da gente, preocupação mesmo. Tive todas as gravidezes saudáveis, sem problema nenhum, mas já teve casos de muitas amigas minhas que fizeram o pré-natal e que tiveram problemas, inclusive aborto, por falta de cuidado na gravidez. Eu graças a Deus tenho uma gravidez boa, feliz, sem problemas.

Tudo o que é diferente e acontece comigo durante a gestação converso com a médica. Já tomei todas as vacinas e a médica passou vitamina. Pré-natal é uma segurança a mais que a gente tem.”

6.1.2.2 Prevenindo doenças e complicações

“Através do pré-natal você sabe as doenças que você tem e pode tratar delas. Se você tiver AIDS, o remédio do posto não vai curar a AIDS, mas ajuda muito você ter o bebê. O bebê nasce não necessariamente com a AIDS, ele pode ter o vírus, mas não estar positivo, não estar doente.

A médica pede vários exames, para ver se tem alguma doença grave como a sífilis, essas coisas assim que não é normal. Quando venho no pré-natal me pesam e medem a minha pressão. Tem mulheres com perigo de ter pressão alta e eclampsia no parto.

Trabalho o dia inteiro em pé, chego em casa tenho que erguer as pernas porque estão inchadas, cansa bastante. Pegava peso, acho que por isso sangrei. Pegava balde com água pesado, porque gosto de fazer o serviço na minha casa, mas não sou só eu, tem meu esposo que também pode fazer o trabalho de casa, tirar as coisas do lugar, tem que puxar o sofá, tudo é pesado. Eu não achava que faria mal, pegava tudo isso, tirava tudo do lugar. Puxava o

botijão pra mim não tinha nada a ver. Então me disseram no pré-natal que poderia prejudicar, ainda mais agora que no mês passado a médica disse para eu não pegar peso porque ele está encaixando e nem agachar muito, se eu agachar muito é perigoso ele nascer porque ele está encaixado e pode até nascer antes do tempo.

Demorei a descobrir que estava grávida. Demorei uns três meses. Estava amamentando minha filha. Mas acho que desde o primeiro mês que a mulher está grávida, tem que acompanhar o médico, porque é bom pra ela. É bom para a mulher fazer o pré-natal e também participar das palestras. É bom se cuidar para não ter outros filhos. Porque elas vão pensar na saúde delas, e no caso de não irem ao pré-natal e assistir palestras, elas não vão prejudicar só elas. Se ela ficar pensando no que os outros vão falar, ela nunca vai tratar da saúde, então tem que esquecer o que os outros dizem e pensar no que vai ser melhor pra ela. Como mulher procurar se tratar.

Através do pré-natal aprendi que a grávida tem que diminuir as bebidas para ter uma saúde mais perfeita. No caso não é muito bom bebida, cigarro é uma coisa que prejudica mesmo e de repente até alguns tipos de remédio também, remédio nenhum sem ser prescrito pelo médico, de maneira alguma. Uma dor de cabeça, uma gripe, não pode tomar qualquer remédio... Sempre estão fazendo um curso de crochê, a agente comunitário de saúde já me convidou, mas eu não fui. Já participei de palestra sobre doenças e de quanto é importante o preventivo... Eles ensinam a cuidar da barriga para não sair estrias, preparar as mamas para amamentar, eu achava que era só sair o leite do meu peito e dar, mas tem que cuidar, massagear, fazer o bico. Eu não sabia, para mim era só nascer e dar.

A palestra que participei era pra fazer exercício. Assisti uma fita de como é o parto. Quem fosse ter normal era pra fazer exercício de agachar, fazer com as mãos, com as pernas, mas se elas estiverem inchadas tem que esperar desinchar. Como deitar, porque tem mulheres que deitam e sentem falta de ar, então eles ensinam como deitar, por causa de falta de ar, essas coisas assim.

Acho o pré-natal importante porque orienta a gente, lá onde faço meu pré-natal pelo convênio, tem nutricionista que orienta o que você pode ou não comer. Se a mulher ama o filho que está na barriga ela deve fazer o pré-natal, porque é importante tanto para a saúde dela quanto do filho. E o feto precisa da gente, da mãe.”

Os discursos desse bloco tratam do conceito do pré-natal nas opiniões das gestantes. Observa-se a intensa preocupação com o nascimento de uma criança saudável. A atenção está voltada ao bebê. Esse pensamento a respeito do pré-natal certamente é herança de como se deu a criação das políticas de saúde materno-infantil, nas quais a priorização por parte do

sistema é o útero gravídico, como discutem Nagahama e Santiago (2005). Diante dessa prática, a representação das mulheres é de que o pré-natal é mesmo um ato intervencionista, como se fosse uma doença, assim como afirmam Castro e Clapis (2005) ao exporem que, com o passar dos anos, o ato fisiológico do nascimento passou a ser visto como patológico, privilegiando as técnicas medicalizadas e despersonalizadas, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.

Os procedimentos técnicos, como consultas, realização de exames e atividades educativas, são comentados e valorizados na expectativa da garantia de boa saúde para o filho. Contudo, as informações nem sempre são assimiladas e suficientes para esclarecer as dúvidas das gestantes.

Nessa perspectiva, o pré-natal torna-se para as gestantes um ato normativo, prescritivo e centralizado nas mãos dos profissionais que conduzem a assistência. O cuidado com a saúde da mulher no pré-natal é pouco comentado e a abordagem é estritamente biologicista e restrita ao saber médico, como dizem Tyrrell e Carvalho (1995), citadas por Nagahama e Santiago (2005).

A visão das mulheres acerca do pré-natal, reduzido a atos técnicos, pode ter sofrido influência de transformações econômicas, políticas e sociais. A mulher se inseriu no mercado de trabalho, passando a contribuir com as despesas do lar e se responsabilizando por parte ou pela totalidade do acesso aos bens de consumo. Para tanto, a trabalhadora necessita manter-se hígida, visando assegurar a fonte de renda e dar conta dos atributos maternos, socialmente delegados à mulher. A oferta da saúde é muito ampla e o acesso fica restrito a quem tem poder de aquisição, o que é imposição do sistema capitalista reforçada pelo avanço tecnológico, influenciando e determinando o modo de vida das pessoas.

Nakano e Mamede (2000) mencionam que as políticas sociais devem buscar a igualdade no mercado de trabalho e criar mecanismos que viabilizem uma nova divisão de papéis na família, incluindo todos os seus integrantes, que deverão partilhar, além dos papéis profissionais, os referentes à maternidade. Essa atitude possibilitará à mulher o reconhecimento social para além dos atributos de manutenção da prole.

Quanto à adesão da mulher ao pré-natal, muitas vezes se dá por insegurança consigo mesma e com o bebê, e tem o sentido de prevenir complicações decorrentes da gravidez, desde as doenças infecto-contagiosas até o parto. Nesse sentido, Lopes et al. (2005) consideram que o medo do parto pode estar associado a sentimentos de ansiedade gerados durante o pré-natal ou, até mesmo, por alguma experiência negativa vivenciada anteriormente. Os autores alertam para que os profissionais de saúde se sensibilizem sobre a importância da

gestação na vida das mulheres, transformando um ato técnico em algo mais abrangente, abordando os aspectos sociais e culturais que envolvem o fenômeno da gravidez.

Ressalta-se a crença em simpatias na tentativa de explicar o desconhecido — no caso, o sexo do bebê. De acordo com Piccinini et al. (2004a), o sexo do bebê é um dos principais aspectos para conhecê-lo antes do nascimento, carregando por isso muitos simbolismos por parte das gestantes.

Os cuidados aprendidos no pré-natal revelam os sentimentos de medo e incapacidade para cuidarem da criança e mantê-las em perfeito estado de saúde, sem intervenções. Moscovici (2003) afirma que o conjunto de mitos e crenças permeados na sociedade orienta as comunicações interpessoais e determina o modo de vida das pessoas.

Na vida das gestantes a comunicação do grupo e a dos profissionais imbricam-se num misto de conhecimento informativo, embora com predomínio das representações constituídas pelo senso comum.

6.2 Por que faz o pré-natal

6.2.1 Sente-se acolhida

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 e S9

“Gosto do pré-natal aqui. Porque dão bastante atenção pra gente, tem lugar que não dá atenção... Acho que uma gestante tem que ser bem tratada, sou uma pessoa muito sensível. Qualquer coisinha que você fala já choro, não sei por que, em todas as minhas gravidezes fico assim. Se meu marido fala alto já choro, sou muito sensível... Gosto do posto, aqui do postinho, é tudo certinho. Você quer consultar não tem que esperar tanto tempo para marcar. O (recepcionista) sempre ajuda a marcar rápido. O exame do dedo você vai e já faz pra ver as doenças, por isso gosto daqui. Gosto da médica que é muito boa, e porque aqui é um lugar perto da minha casa.

O pré-natal no Marabá é muito bom, a gente é bem atendida, a enfermeira conversa bastante com a gente e faz o acompanhamento do pré-natal, ela faz muito bem, confio nela (porque) no Marabá tem só clínico geral e atende todo mundo, não tem um específico só para gestante.

Recomendo o pré-natal aqui no Marabá. Antes eu pensava que as acadêmicas estavam aprendendo, mas perguntei: vocês estão aprendendo na gente? E elas explicaram. Só que é melhor elas. Dão mais atenção, explicam bem até a gente entender.

Gostei do posto aqui, por mais que no final da gravidez o médico não acompanhe, mas conheço todo mundo aqui, não tenho do que me queixar, me ajudam bastante, cada vez que venho aqui no posto sou bem tratada, graças à Deus... Se não fosse o posto eu não seria ninguém.

Até agora estou achando muito bom. Não sei se é porque estou no começo, mas desde o primeiro dia que fui, achei muito bom. A enfermeira é bem atenciosa. Todo mundo lá do posto. Os agentes também, que vem aqui em casa, ela conversa bastante, explica, então estou gostando... A médica falou que se eu passar mal ou sentir alguma coisa diferente do normal, posso ir ao posto procurar que serei bem atendida. As enfermeiras, os atendentes também (acadêmicos), as agentes de saúde falaram, você pode procurar que vai ser bem atendida... O postinho é muito bom, sempre estão atrás da gente. Mandam a agente de saúde para ver como estou. Sempre estão em contato comigo.

Escolhi (fazer o pré-natal com o médico do PSF) por que confio nele, gosto do atendimento (com a equipe do PSF), quando não posso consultar com o médico vou para a enfermeira. Se tiver alguma dúvida procuro a técnica de enfermagem, a agente comunitário de saúde e falo: olha estou precisando disso, estou precisando daquilo. Tem como dar uma olhada? É uma equipe trabalhando juntos, então são todos eles em um só grupo. Se estiver precisando de ajuda posso procurar. Um leva para o outro, se um não consegue o outro vai lá e tenta. Gosto da forma como eles trabalham, não tenho queixas. Pelo menos dali não tenho queixas. Gosto de tratar com a equipe deles. Sou daquelas assim, se não fui bem atendida você não serve pra mim. Acho que não tem que pegar e mal tratar. Um dia você pode estar no meu lugar. Atenda bem para ser bem atendido. Não faça para o outro o que não quer que façam para você. Então ali todos eles me atendem bem. Se um dia eles precisarem de alguma coisa que eu vou poder ajudar, vou ajudar, porque eles me ajudam.”

6.2.2 Tem suas necessidades atendidas

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 e S11

“Nem precisei marcar (consulta) porque já estava com a gravidez mais avançada. Cheguei lá e eles falaram: você vem tal dia. Passei pela enfermeira, depois foi com a doutora. Ela tentou escutar o coração do bebê, mas não conseguiu então ela pediu um ultrassom, inclusive ela desconfiava que o cordão umbilical estivesse enrolado no pescoço do bebê, mas graças à Deus está tudo bem comigo e com ele.

Das outras gravidezes não cheguei a fazer pré-natal (as duas primeiras) porque perdi de dois para três meses, mas do meu filho (de seis anos), do começo até o fim fiz aqui e estou fazendo dessa gravidez também. Tudo o que a gente precisa tem aqui.

Acho bom o pré-natal no Marabá, porque não precisa ir lá ao (centro regional de saúde) que é muito longe da minha casa. Aqui é bem mais próximo, não tem nenhum problema para marcar consulta, não tem que ficar esperando. Atendem muito bem, eles tem muita paciência com a gente, são super bem com a gente. Atendem muito bem.

Todo mundo pergunta (porque eu faço pré-natal no Marabá), porque o doutor lá não é ginecologista. Ele é médico da família. Então, quando falo que faço pré-natal com médico que não é ginecologista todo mundo critica, mas é o seguinte, chego no (centro regional de saúde), tem ginecologistas lá, eu tinha muita cólica desde o início da gravidez e eu perguntava por que tenho cólica (e o ginecologista dizia) que é normal. Nunca vi gravidez com tanta cólica, ninguém explica nada. Consultei com o doutor (do PSF) e perguntei por que isso acontece e ele foi explicando. Tudo o que tenho dúvida ele explica. Lá no (centro regional de saúde), o ginecologista só passa receita e te manda embora. Eles não explicam o que está acontecendo, então resolvi fazer com ele (médico do PSF), não me incomodo dele não ser ginecologista. O importante é esclarecer as dúvidas, não adianta nada consultar com um profissional que se diz ginecologista e ele não saber o que está fazendo ali, pra mim os ginecologistas de lá não sabem o que estão fazendo. Preferi (fazer) lá (no PSF), faço com ele. Se tenho dúvida ele esclarece, se acho que ele não esclareceu bem, venho e pesquiso e volto lá e falo: olha, descobri isso, isso e isso, e ele fala: é assim, assim e assado, então gosto da consulta com ele. É o que vou fazendo, mesmo não sendo um profissional da área. O ginecologista (do centro regional de saúde) é da área, mas não atendeu do jeito que eu gostaria de ser atendida. Aquele dali é o médico da família, mas sabe? Não adianta você ser um profissional e não se entender com o paciente. Porque na minha opinião é isso, um ajudando o outro, ninguém sabe mais que ninguém. Um pode aprender com o outro. Você chega lá, eu sou um profissional, mas não explica nada? Então, ele não é médico da área (obstetra)? Mas não explica o que quero saber. O que consultei não gostei (obstetra) e dele (médico do PSF) gostei, então é por isso que eu comecei a fazer o pré-natal com ele.”

6.2.3 Gosta do atendimento oferecido pela equipe do PSF

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11 e S12

“Vim na recepção e falei que queria fazer o teste de gravidez. A enfermeira me consultou, perguntou o que eu tinha, mediu minha pressão e pediu o teste de gravidez. Ela falou pra mim voltar quando pegasse o resultado. Voltei e ela fez o cartão da gestante e a primeira consulta, mas quem acompanha meu pré-natal é a médica e os acadêmicos ajudantes dela, nem sempre são os mesmos... A enfermeira foi só da primeira vez quando eu vim fazer o teste, conversei com ela, às vezes, e passo na médica. A agente comunitário de saúde e a dentista também me acompanham, só que já acabou o tratamento. Quanto as informações do pré-natal foram só com a médica.

A enfermeira pediu o teste de gravidez, marquei e na terça-feira fiz, quando peguei o resultado tinha dado positivo. Voltei e marquei uma consulta para a médica. A partir daí ela começou a pedir os exames mais detalhados e disse para agendar o retorno... Meu cartão de gestante foi a técnica de enfermagem que fez e colheu o meu sangue para o teste do dedinho também. Passei pela dentista três meses e depois de sete meses ela pediu para passar novamente... A agente comunitário de saúde acompanha, indo em casa, fazendo as perguntas se vim ou não, vê minha carteirinha todo mês ou quando eu fico doente ela vai lá e faz as perguntas, marca tudo no caderno dela, é assim.”

Nesses discursos observa-se que as gestantes estão satisfeitas com o atendimento no pré-natal. Entre os motivos para tal contentamento, citam a atenção desejada, o fato de serem bem tratadas, o conhecimento que têm com os membros que compõem as equipes e a satisfação com a forma do trabalho que é desenvolvido na unidade de saúde e nas visitas domiciliares, além da existência das facilidades geográficas. Isso faz com que se sintam importantes, valorizadas, vinculando-se tanto ao serviço quanto aos profissionais envolvidos.

O estabelecimento de vínculo entre as mulheres grávidas e a equipe pré-natalista foi apontado por Costa, Guilhem e Walter (2005) como importante quesito para a promoção da humanização da atenção e para a adesão e permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. O DSC aponta a necessidade das gestantes em expressarem seus sentimentos, serem ouvidas e obterem respostas as suas inquietações. O DSC revela que as mulheres grávidas são atendidas em suas necessidades e conseguem relacionar-se com os profissionais.

As gestantes que compuseram o discurso enfatizaram que há comunicação com a equipe pré-natalista, propiciado através da confiança e da garantia de atendimento quando dele necessitem. Considerando o pré-natal oferecido no Programa de Saúde da Família,

Wagner (1994) aponta os princípios que norteiam a proposta do PSF. Entre eles está a habilidade em trabalhar com a comunidade, requerendo de cada integrante da equipe multiprofissional aprender a olhar as coisas pela ótica do usuário, perceber o que este sente e ser solidário com seus problemas. Observa-se nas falas das gestantes que o relacionamento entre elas e os membros das equipes de PSF é positivo, pois elas participam das decisões a respeito das condutas a adotar, recebem esclarecimento a suas dúvidas e, ao interrogarem, obtêm respostas, gostando do atendimento porque se sentem acolhidas.

A comunicação é apontada por Caron e Silva (2002) como elemento da relação terapêutica com a gestante. As autoras informam que a qualidade da interação entre os técnicos e as pessoas que são assistidas depende da disponibilidade do profissional em estabelecer relação de ajuda e acolhimento. Contudo, essa relação fica comprometida quando o profissional não está preparado para interagir com a clientela. O despreparo pode ser atribuído ao modo tradicional como é feita a formação dos profissionais de saúde, que leva em conta somente os aspectos físicos em detrimento das características culturais e socioeconômicas.

As entrevistadas deixam claro que, em termos de representações, a comunicação é um dos fatores mais valorizados e desejados por elas no pré-natal. Nesse sentido, Abric (2000) considera que as representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando suas atitudes e práticas. As representações sociais que as gestantes possuem orientam as ações e as práticas da realidade que apresentam.

Constata-se nesse DSC que o acolhimento praticado pelas equipes do PSF é fundamental. Como destacam Gomes e Pinheiros (2005), o acolhimento visa inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, priorizando as necessidades dos usuários. No caso, as gestantes não só procuraram o serviço e receberam atendimento, como foram acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e demais membros das equipes do PSF nas visitas domiciliares.

6.3 Por que não faz o pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família

6.3.1 Motivos pessoais

S13, S14, 15, S16, S17, S18, S19, S20 e S21

6.3.1.1 Deseja esterilização

“Faço pré-natal no Marabá, por enquanto, porque tenho que procurar um médico que me opera. Vou ter que procurar um ginecologista, apesar de que gosto do pré-natal no Marabá, a única coisa que estou meio assim, é que preciso de um médico que vá me operar. Eles aí não tem como me encaminhar, então estou procurando outro médico. Vou ter que trocar, já conversei com a doutora (do PSF), ela me mandou procurar um médico que é político para pedir um encaminhamento, mas se eu não precisasse operar terminaria o pré-natal com ela. Até esse mês está marcado pra mim voltar com ela. Agora não sei daqui pra frente. Até agora está tudo bem, não sinto nada.

Não estou fazendo pré-natal no Marabá, acho aqui muito difícil porque, tenho muitos filhos, já fiz em outros postos e até agora não consegui um médico pra me operar, então fui procurar meios de não ter mais filhos. Não quero ter mais filhos. Fui procurar o que vai ser melhor pra mim futuramente. Tenho 30 anos, tive seis filhos, esse aqui é o sétimo e não quero ter mais. O planejamento é difícil para quem não tem como pagar ônibus, se locomover, porque tudo tem que ter dinheiro (para ir lá no ambulatório de planejamento familiar), então é por isso, fui procurar um jeito de não ter mais filhos. A gente que é pobre, dois filhos são suficientes, infelizmente não tive essa sorte. Não que eu não esteja contente com meus filhos, amo todos eles. Dois não moram comigo, moram com o pai deles, mas os outros estão todos comigo e é difícil pra mim porque dependo do meu pai para morar, a casa aqui é dele, não tenho casa própria, a gente ganha pouco, eu e meu marido. Os filhos não são todos do meu marido, então fica difícil pra mim e resolvi que não quero ter mais filhos, por isso que não fiz pré-natal aqui. Fui procurar condições para não ter mais filhos.

Se tivesse a oportunidade de fazer pré-natal no Marabá seria a mesma coisa, desde que eu conseguisse o que quero. O meu propósito é não ter mais filhos. Quero terminar meus estudos, fazer um monte de coisas que ainda não fiz. Enquanto eu tiver bebê não vai dar pra fazer isso, porque sempre estarei pensando neles, sou a mãe deles, quando a gente é mãe a gente só pensa neles. A minha vida parou, dedico a eles, ao meu marido e a minha casa.”

6.3.1.2 Atendimento disponível em horário de serviço da gestante

“Trabalho de segunda a sábado, não participo de palestra porque o horário deles não bate. A palestra é de manhã e a consulta é a tarde e se eu faltar de manhã não posso faltar a tarde, porque trabalho e tem que levar atestado. Se fosse um horário acessível dava, mas é de manhã, e pra mim, que tenho que trabalhar perco a palestra. Trabalho até sábado, e se chegar com um atestado de cedo e outro da tarde, daí não dá, meus patrões não aceitam.

Ainda não tive informação sobre o pré-natal, me convidaram para uma palestra, se não me engano era no posto mesmo que estava tendo. As enfermeiras (acadêmicas) que me convidaram inclusive elas até ligaram em casa para saber por que não fui, mas no dia não deu mesmo. Não tinha como ir, me avisaram muito encima da hora, então ficou meio complicado porque eu trabalho.

Engravidei porque não me cuidei mesmo. Nunca pude tomar anticoncepcional, sei que tem outros meios de se proteger como o preservativo, mas as vezes, por ignorância do parceiro, ou por falta de tempo, porque eu trabalhava muito, sempre trabalhei muito na casa das pessoas, então as vezes a gente deixa de fazer o pré-natal, a gente tem o lado mais difícil da vida. Tem que trabalhar para ajudar e você acaba deixando a saúde para depois, vai empurrando inclusive o pré-natal.

Estou com pedido de preventivo e ultrassom, mas não consegui até agora, porque eles (Marabá) pediram para eu ir dia 27 e não tinha quem fosse marcar no dia porque eu trabalho, então pedi para minha cunhada que ia lá no posto uns 3 dias depois, pedi o favor pra ela marcar pra mim, chegando lá eles falaram que não tinha mais vagas e pediram para voltar dia 15, no dia 15 também não tinha mais vaga.”

6.3.1.3 Desempenho de atividades domésticas

“Não participei de palestra, porque eu tenho duas crianças e tem meu irmão também, que fica comigo e estuda e, cuido de mais uma criancinha, por isso que as vezes não dá pra mim ir, estou ocupada o tempo todo cuidando da casa e dos bebezinhos, um é da minha prima que precisa trabalhar e deixa aqui comigo. Acho importante o pré-natal para as pessoas saberem sobre a gestação, também é muito importante ir às palestras, não fui por que não tive tempo mesmo, já fui convidada, mas não deu pra eu ir. A enfermeira marcou pra mim ir, mas não dava, tinha que cuidar da casa.

No começo eu não fui no pré-natal porque fiquei com vergonha da minha mãe. Pensei que ela fosse ficar braba comigo. Fiz o teste e deu negativo, então pensei está errado, fiz outro e deu positivo. Minha mãe deu apoio, não ficou braba de jeito nenhum. Ela falou se fez agora vai criar, vou te ajudar, você vai ficar na minha casa, eu ajudo muito em casa.”

6.3.1.4 Prefere outra Unidade de Saúde

“Faço pré-natal na maternidade, tinha medo de fazer no posto e ser encaminhada para santa casa ou vários lugares, prefiro ganhar na maternidade. No posto você não escolhe onde vai ganhar. Você vai pra lá (UBSF) e se tiver que escolher é uma burocracia. Fez o tratamento no posto tal, você tinha que ir pra lá. Então, foi devido a isso que preferi fazer o pré-natal na maternidade mesmo. Já tive muitas complicações nas outras gravidezes, fiz pré-natal no posto e era pra mim ter ido para a santa casa ou para outro lugar e eu queria a maternidade, ai ficou aquela burocracia pra você entrar na maternidade, tinha que ter não sei o que. Então, dessa vez fui direto para a maternidade, ali eu faço, médico dali, fica garantido o parto lá, é mais rápido.

Não cheguei a ir no Marabá, fui direto na maternidade, fazer tratamento para infertilidade, mas eu já estava grávida. Continuei fazendo tudo lá, se bem que eu só fiz os exames até agora. Meu médico disse que vai acompanhar até o final, então preferi lá.

Faço meu pré-natal no centro regional de saúde, por que lá eu acho melhor. Não gosto desse posto aqui (Marabá). Sempre fiz lá no centro regional de saúde, das minhas quatro gravidezes foi só lá. Nenhuma fiz aqui. Nunca gostei desse posto. Nem meus filhos consultam só no centro regional de saúde, isso quando fica doente, o que é muito difícil. O atendimento lá é super dez eu gosto, quando vou lá eles atendem bem. As funcionárias, como a secretária do médico, me tratam bem, pergunto as coisas para ela e ela responde bem. Nunca fui mal tratada lá não é que aqui eu seja, ou já fui. É que não gosto de ir mesmo. Minha prima está grávida e faz pré-natal ai no Marabá, ela vai certinho, é o quarto filho dela também. Ai a doutora atende todo mundo, desde criança, adulto e gestante.

Faço pré-natal particular, porque meu primeiro filho fiz com ele, e o segundo minha mãe preferiu que fosse com ele também, então vou fazer com ele.”

6.3.1.5 Não gosta de ir ao médico

“Não faço pré-natal porque sou teimosa. Na minha gravidez que estava de gêmeas eu perdi porque peguei um negócio muito pesado e estourou a bolsa. Fui ao médico e ele pediu para ficar internada, só que eu não sabia que era assim, no começo não sabia que eram gêmeas, nem imaginava que eu teria gêmeas. Quando estourou a bolsa e o médico falou que era pra mim ficar internada me deu pavor e eu não quis ficar, passando uma semana comecei a passar mal para ter. Uma nasceu em casa e a outra nasceu no hospital e ficou 15 dias na incubadora, mas faleceram. Dos meus filhos só um que nasceu na maternidade, só o mais velho, os outros nasceram tudo em casa. Depois para registrar o médico vem na casa, manda a gente ir ao posto fazer o exame do pezinho, aí a gente leva o exame do pezinho para fazer o registro. É importante fazer o pré-natal porque gravidez não é doença, mas eu não gosto de ir ao médico.”

6.3.1.6 Preferência pelo especialista

“Pré-natal é só o ginecologista que faz, tem que ser especialista, eu acho que no caso tem que ser um ginecologista, não pode ser qualquer médico. Não adianta nada, você vai ao pediatra? Eu estou grávida, preciso de um remédio, então eu vou ao pediatra? Pediatra é para atender criança.

A doutora não atende só gestante, atende gestante, idoso, criança, todo mundo e pra mim não é certo. Ali tem que ter um médico para cada especialidade, por isso que eu vou lá no centro regional de saúde, eu prefiro lá. É só o ginecologista que faz o pré-natal, no meu conhecimento é só ele.

O pré-natal no Marabá é bom tanto pra gente quanto pra criança, porque é perto de casa. Só que a única coisa que eu acho que deveria ter é um ginecologista. Um ginecologista para as mulheres. Acho que só ginecologista que faz o pré-natal, nestes casos de bebê e gestante.

Penso que não é qualquer médico que faz o pré-natal, tem que ser aqueles que estudaram mesmo para isso. Não qualquer pessoa, qualquer médico. Tem que ser o próprio ginecologista. Pré-natal é só o médico e também tem a enfermeira, que pode fazer, mas nunca vai ficar perfeito como o médico faz, porque ele é estudado para isso.

Pré-natal é a médica obstetra que faz o acompanhamento. Faço com a minha médica que é ginecologista obstetra, no consultório particular.”

As entrevistadas mostram nesse DSC que se o PSF fosse articulado com o serviço de planejamento familiar a adesão ao pré-natal seria maior. A mulher deixa de fazer o pré-natal no PSF e passa a angariar atendimento em outra instituição de saúde, na busca de solução para seus problemas, indisponível no PSF. As dificuldades apontadas para se conseguir a esterilização revelam o desrespeito do direito da mulher que não deseja ou não pode ter mais filhos. O procedimento muitas vezes só é obtido clandestinamente. Mamede (1994) diz que o direito à saúde e à escolha reprodutiva é um direito humano básico de todos os indivíduos e que muitas mulheres desejam limitar o tamanho de suas famílias.

Segundo Osis (1998), a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) incorporou o planejamento familiar à atenção integral à mulher, não sendo porém suficiente para atender às necessidades femininas. A laqueadura tubária não está entre os métodos contraceptivos disponíveis.

Por muito tempo, a mulher que desejasse não ter mais filhos era submetida a cirurgia cesariana, para que fosse esterilizada, sob pena de ser processada judicialmente pelo companheiro quando este não concordasse. Esse tipo de procedimento é responsável pelas altas taxas de cesarianas, como apontam Hotimsky et al. (2000). Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamenta a esterilização feminina e masculina, porém com critérios a serem seguidos, que muitas vezes tornam-se difíceis de alcançar. O serviço é restrito a poucos ambulatórios de planejamento familiar.

Nas falas dessas gestantes observa-se a que há uma disputa entre a manutenção do trabalho e o cuidado com a saúde, ficando esse último em desvantagem. Nakano e Mamede (2000) questionam se a maternidade é uma necessidade feminina ou uma fatalidade inevitável e discutem que o mercado de trabalho age segundo as regras e possibilidades do masculino, sem considerar as especificidades do feminino, com discriminação do feminino e conseqüente desequilíbrio entre as atividades produtivas e reprodutivas, o que se aplica aos achados deste DSC.

Quando a mulher se identifica mais com o serviço de determinada unidade de saúde ou idealiza o parto em local específico, a preferência pelo cuidado pré-natal passa a ser dessas instituições. Há também mulheres que dispõem de plano de saúde e escolhem onde farão o pré-natal. Entretanto, o pré-natal é oferecido, além das unidades do PSF, nos ambulatórios de Unidades Básicas de Saúde, hospitais e no serviço privado, possibilitando que a mulher se desloque para onde desejar, segundo as entrevistadas.

As experiências negativas ocorridas durante a gestação ou no parto geram ansiedades para uma próxima gestação. É evidente que as representações sociais que as gestantes

possuem a respeito do médico e da especialidade constituem fator determinante para a realização do pré-natal, como aponta esse DSC quanto à preferência pelo médico obstetra. Essa conceituação de que somente o especialista é capaz de conduzir o pré-natal e realizar o parto foi socialmente constituída, tendo em vista que a assistência à saúde é oferecida de modo compartimentalizado, fruto dos modelos assistenciais anteriores. Essa é uma das dificuldades encontradas no Programa Saúde da Família para a aceitação, pela comunidade, do médico generalista, que atende a toda a família.

As representações sociais são capazes de delimitar entidades e objetos, estruturam suas características e fixam seu sentido em contextos sociais, como aponta Wagner (2000) ao referir-se à vida das pessoas no dia-a-dia. Portanto é fundamental que a mulher sinta-se acolhida e tenha desejo e confiança de realizar o pré-natal em determinado serviço. Caso contrário, ela pode vir a buscar esse mesmo atendimento onde se sinta satisfeita, ou até mesmo abandonar o pré-natal.

6.3.2 Motivos relacionados à Unidade Básica de Saúde da Família

S13, S15, S16, S17, S18, S19, S20 e S21

6.3.2.1 Desorganização do serviço

“Olha, não está bom o atendimento do posto não, porque esses dias fui marcar a consulta, quando fui consultar falaram que não estava marcado, depois mandaram marcar o ultrassom. Fui lá falaram que meu nome não estava, sendo que eles tinham confirmado antes de chamar, então é uma coisa esquisita. Ontem fui lá de novo, porque era pra marcar a consulta assim que eu saísse do consultório, aí a recepcionista mandou que eu fosse após 15 dias, inclusive fui ontem para marcar a consulta, com uma mulher que está atendendo lá e ela me deu várias informações erradas, então não é que o atendimento não é bom, mas ela tinha que ser mais informada. Quando vim fazer pré-natal meu marido teve que pegar ficha às 5 da manhã. Marcou para uma semana depois, porque ali tem uma pessoa e ela é clínica geral, ela não é obstetra, essa que está cuidando meu pré-natal.

Tem uma amiga minha que não faz pré-natal exatamente porque ela não gosta de ir lá ao posto, acordar cedo e ir lá ao posto, porque não tem paciência de ficar em fila, de esperar e de fazer exames.

Meu pré-natal está sendo feito no ambulatório da maternidade, faço lá, estou terminando, aliás já comecei no terceiro mês, não sabia, mas está tudo bem, tudo normal,

não tem nada de errado, apesar de eu estar com 35 anos e esse aqui é o oitavo filho, está tudo normal. Não fiz no Marabá porque demora muito, tem que ficar enfrentando fila, essas coisas, fui direto na maternidade que também é pelo SUS, apesar de ter uma taxa que você paga, mas ali você chegou marcou, tem retorno de 15 dias, não precisa estar marcando. É bem mais rápido. As vacinas faço no Marabá, quando é pedido.

Recebi visita do pessoal do Marabá, mas eles queriam consultar gestante que faz pré-natal no Marabá. Isso daí é errado, porque a criança que está dentro de mim não tem culpa de eu não fazer pré-natal ali não. Quer dizer que se eu estiver passando mal e for no Marabá, procurar pelas enfermeiras, e elas perguntarem se faço pré-natal e eu responder que não, eles não vão me atender? Isso não pode. Tem que atender gestante sim. Lá no centro regional de saúde a primeira vez marquei na recepção, e das outras vezes quem agendou para mim foi a secretária do médico, eu saía da sala do pré-natal e passava na salinha da recepção e já marcava outra data pra mim retornar, é assim lá. Demorei a fazer a ultrassom porque no posto não conseguia marcar, aí no Marabá, daí eu falei: quer saber? Vou ao particular. Paguei e fiz.”

6.3.2.2 Demora na realização dos exames

“Pré-natal no Marabá tem mais palestras, lá na maternidade só faço meus exames e levo para o médico. Ele conversa comigo, pergunta se tenho dor ou alguma coisa, mas não tem palestras. No Marabá não, lá eles passam filme que a gente vê a mãe amamentando a criança, as precauções, os exercícios que tem que estar fazendo e caminhar, pois a gente tem que estar caminhando. E lá na maternidade não tem isso. No Marabá acho que está sempre tendo. Isso é um ensinamento bom, mas já estou no final da gravidez, então não quis mudar. Os exames eu gosto muito de fazer lá na maternidade, no posto é muito difícil para fazer os exames.

Exames eu já tentei fazer no posto, mas demora muito. Tive que pagar porque era um exame de urgência, exame de sangue, hemograma e glicemia, fui tentar fazer no posto, mas ficou muito longo o tempo e eu tinha que apresentar logo, no fim tive que pagar para fazer. Então, essas coisas fico meio com raiva de ter que estar indo em posto, porque demora muito. Você vai uma semana e marca para a outra semana, você não consegue sempre porque é muita gente, é muita gente mesmo.”

6.3.2.3 Melhor oferta em outra unidade de saúde

“Sempre achei melhor fazer pré-natal lá no centro regional de saúde, porque lá tem ultrassom. Tem como fazer tudo lá mesmo. Sempre marcava consulta no mesmo dia dos exames, porque era mais fácil pra mim, já fazia tudo de uma só vez, lá é 24 horas, por isso não procurei o posto aqui do Marabá.

Nunca fiz pré-natal aqui no Marabá, só lá no centro regional de saúde. A primeira vez é desse aqui, mas a doutora me encaminhou lá para o centro regional de saúde porque estou com Clamidia. Ela me encaminhou pra lá porque acho que ela não entende muito. Eu até achava legal fazer no centro regional de saúde, acostumei a fazer lá e só desse aqui que me deu preguiça de subir lá. Porque é longe o centro regional de saúde. Daí comecei a fazer aqui, mas como minha gravidez é arriscada, ela me encaminhou pra lá.

Faço pré-natal com meu médico por escolha da minha mãe, mas não cheguei a conhecer o médico do Marabá.”

6.3.2.4 Falta acolhimento

“As pessoas lá do posto criticam quem tem muitos filhos:

— Ah, você é louca!

Não é que a gente é louca. Isso é consequência da vida, do dia-a-dia, é uma coisa normal que acontece com qualquer um. Se o profissional não está preparado para falar, acho melhor ele nem abrir a boca.

Gestante tem que ser bem tratada, com educação, não ser estúpido, por que tem profissional que é estúpido. Gestante geralmente fica sensível. Esses dias atrás, fui em um posto de saúde pedir informação que fila eu teria que ficar para marcar a ultrassom. A guria chegou e disse:

— Eu desde as seis da manhã chego aqui e tenho que ficar recebendo “cotucos” nas costas? Fica na fila!

Gente, para mim que estou gestante? Eu estava perdendo sangue, perdendo líquido e vir uma pessoa dessa? Isso é o fim do mundo. Passei mal. Fiquei internada por que estava com muita dor. Então é uma gestante, ela está sensível, está diferente. Seja psicologicamente, moralmente ou socialmente. Qualquer coisa que você fizer para ela é uma agressão, por que ela está em um estado diferente. Então, trate bem, por que tratar mal? Não tem por que tratar

mal. E se ela (a gestante) te tratar mal, mostra educação para ela. Não precisa você pegar e agredir ela. Ela já está sensível. Daí você vai fazer uma coisa dessa?

Eu só não procurei o Marabá porque eu já tinha ido na maternidade. Meu médico perguntou se eu queria fazer pré-natal no posto, porque lá na maternidade tem que pagar uma taxa, mas eu preferi a maternidade mesmo porque eu não tinha conhecimento desse posto. Fazendo pré-natal não tem porque o médico brigar com a gente, porque vai estar tudo em dia.

Acho que por falta de conhecimento também, porque eu não sabia que aqui no posto faz pré-natal. Eu acredito que seja devido a isso e, também, por falta de incentivo, de vir e conversar com a gestante.

Tem mulher que não faz por desleixo, mas eu acho que se mandassem uma equipe, alguém do posto para falar da importância do pré-natal, eu acho que as gestantes começariam a fazer. Acredito que seja falta de incentivo do posto.

Recebi visita do pessoal ai do Marabá eles perguntaram onde eu estou fazendo pré-natal respondi que estou fazendo lá no centro regional de saúde, então foram embora e nem conversaram comigo. Nem fizeram pergunta também.”

A comunicação já foi discutida anteriormente como elemento essencial na relação das gestantes com o serviço pré-natal, porém nesse bloco de DSC as entrevistadas apontam claramente que há falhas na comunicação com a equipe pré-natalista e, conseqüentemente, desinformação a respeito do pré-natal oferecido na Unidade de Saúde da Família. Parece contraditório que os mesmos aspectos apontados por algumas gestantes como facilitadores para a realização do pré-natal no PSF atuam aqui como barreiras para outras, pois elas têm de enfrentar filas para marcar consultas e exames, com demora de dias para o atendimento, entre outros fatores destacados.

Algumas mulheres informaram que realizam o pré-natal no Centro Regional de Saúde (CRS), que funciona 24 horas por dia. No entanto, o acoplamento da Unidade Básica de Saúde ao CRS é que faz com que as gestantes tenham essa visão. A obstetrícia é um dos serviços oferecidos nos ambulatórios, sendo necessário apenas o agendamento prévio para a realização da consulta, enquanto no PSF o médico é generalista e atende a clientela adscrita, prioritariamente.

Evidencia-se o desconhecimento das gestantes acerca das rotinas de trabalho da Unidade de Saúde da Família e o acolhimento não tem sido efetivo para todo o grupo de gestantes. Nesse sentido, Lopes et al. (2005) afirmam ser prioritário que os profissionais de saúde se sensibilizem sobre a importância do pré-natal na vida das gestantes, principalmente

em decorrência das condições afetivas e emocionais desse momento. Esse ato é entendido como parte da humanização do cuidado.

A assistência ao pré-natal é de má qualidade, segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), quando há práticas desumanizadas, entendidas como a falta de acolhimento, falta de vínculo, ocorrência de peregrinação pela procura de atendimento nas unidades de saúde e falta de compromisso dos profissionais envolvidos no pré-natal.

A situação de desinformação das gestantes que compuseram o DSC é semelhante ao que Siman (2005) aponta como sendo representações sociais, uma vez que as gestantes desenvolveram e compartilharam da opinião negativa sobre o pré-natal oferecido no PSF, gerada pela atividade psíquica.

6.4 Por que as gestantes não fazem o pré-natal

6.4.1 Por causa do atendimento médico

S4, S5, S7, S14, S15, e S17

“Tem mulher que não faz pré-natal porque reclamam da forma do atendimento do médico. Inclusive teve uma que até saiu ai do posto do Marabá, foi lá para a maternidade por causa disso.

Tenho uma colega que está grávida e ela não está fazendo o pré-natal, e ela é aqui do Marabá, diz que não gosta de médico e não é o primeiro filho dela. Ela está com um bebê de um ano e pouco e está grávida de três meses, mas não está fazendo pré-natal de maneira nenhuma. Diz que não gosta de fazer o pré-natal, de ir ao médico. Tem médico que para te examinar tem a forma dele trabalhar, então tem uma coisa que ela não gosta que o médico faz, seria a parte de fazer o toque. É uma coisa que tem médico que faz e tem outros que não. Aqui é a médica que faz pré-natal, mas ela não vai assim mesmo.

Tem mulher que não faz pré-natal por medo de se expor para o médico. Principalmente se for homem. Muitas têm esse tabu. Dizem: se não for mulher? Vou ter que tirar a minha roupa. Não faz pré-natal porque não tem confiança. Se não tem confiança corre sérios riscos, então se a mulher não faz pré-natal é porque não tem confiança em si e nos outros.

Outras não gostam de estar indo em médico de mês em mês, de dois em dois meses. É porque não gostam. Faz onde gosta. Do médico que gosta, então depende do médico. Faz onde quiser.

Particularmente não iria em um obstetra homem. Eu fui uma vez em um ginecologista homem e não me senti a vontade. Prefiro ginecologista mulher, eu vejo assim, os exames que a gente faz nos consultórios são tão desconfortáveis, uma coisa constrangedora. Pelo menos uma mulher já sabe que ela faz aquilo, agora o homem eu morro de vergonha, então não vou porque acho muito constrangedor os exames.”

6.4.2 Preguiça

S4, S8, S14, S17, e S18

“Há algumas mulheres que não fazem o pré-natal de preguiça, porque não se preocupam. Falta de consideração pelo filho. Deixar de fazer o pré-natal sabendo que está grávida. Vai que é uma gravidez de risco, como vai tirar as conclusões sozinha? Falta de atenção um pouco mais para com a sua própria saúde.

Tem mulheres que não levantam pra nada, então pode ter vários fatores que pode estar impedindo a mulher de ir ao pré-natal, mas acho que é mais preguiça da mulher não ir ao posto.

Tenho uma amiga que não faz pré-natal porque diz que não precisa. Antigamente a mãe dela não fazia, tinha simpatia para saber o sexo, então só porque adivinha o sexo através da simpatia, não precisa fazer pré-natal. Acho que não se preocupa, não liga, é acomodada. Tenho outra amiga que também não faz pré-natal. Ela só vai quando o marido dela leva, é preguiçosa.

Conheço uma que só vem aqui no posto pegar remédio, e deixa guardado na estante. Nunca está contente com nada. Ela é porca demais, não fez pré-natal por preguiça de ir ao posto marcar consulta. Ela teve orientação minha e da agente aqui do posto para fazer o pré-natal, mesmo assim não foi.”

6.4.3 Vergonha

S4, S5, S7, S8, e S17

“A mulher que não faz pré-natal é por vergonha, porque a pessoa se sente muito inferior às outras. Tem algum problema de ir lá ao posto, por exemplo, vergonha de ir e se abrir com a médica.

Tem mulheres que sentem vergonha ou medo. Vergonha de estar grávida e tem gente que tem medo de ir ao posto. Medo de enfrentar o médico. Tem medo de alguma coisa como de agulha. Muitas é medo, outras são vergonha e insegurança.

Tem uma colega minha que tem vergonha, porque ela disse que está grávida e tem vergonha das pessoas ficarem olhando ela. Eu falo pra ela que é normal, já estão sabendo que você está grávida. Ela só vai com o tio dela, por que quando ela não estava grávida ela saia, todo mundo falava cuidado que você vai ficar grávida, e ela dizia não vou ficar não. Agora que ficou não faz o pré-natal por vergonha. Acho que quando a gravidez não é planejada a mulher sente vergonha por isso não faz o pré-natal. Falta de responsabilidade, de juízo, por que tem aqui no posto. Nunca a gente é tão ocupada para sempre que não possa fazer o pré-natal. Isso é relaxismo, tem mulher que não preocupa não, não está nem aí. Não se preocupa com ela mesma, não se preocupa com a criança, tem mulher que não preocupa não.”

6.4.4 Problemas pessoais

S12, S13, S14, S17, S19 e S21

“As vezes a mulher não quer mesmo. Eu acho que por ignorância, sei lá. Hoje em dia tem todos os meios da pessoa se cuidar e se tratar. Só não se cuida quem não quer. Eu acho e reconheço que, por ignorância minha não querer deixar meus filhos com as outras pessoas, pedir o favor para cuidarem deles, para não ficarem jogando na cara, deixei de me cuidar, de me proteger e acabei tendo outros filhos. Dependendo do comentário a mulher já prefere nem ir, mas nem só o comentário lá do posto, se você vai na casa de uma amiga sua e ela começa a te criticar, você já não vai mais ver ela como sua amiga. Se ela é minha amiga, vai estar olhando meu lado pessoal? Não está olhando a minha amizade, não está olhando a minha pessoa. Ela não quer saber se sou uma pessoa legal, ela não quer saber nada de mim. Ela está me criticando, então ela não é minha amiga.

A maioria das mulheres não faz pré-natal por causa dos problemas pessoais da casa. Porque tem que trabalhar, tem filhos para cuidar, tem marido, tem que fazer almoço porque o marido vai chegar e vai querer almoçar, tudo isso. É longe e tem que pegar ônibus e nem sempre a gente tem dinheiro. É por isso que a pessoa deixa de ir.

A maioria das mulheres não querem saber de passar por um monte de exames. Ir ao posto, nem todas estão dispostas a acordar cedo para ir lá, então a maioria não faz por causa disso também. Os remédios que tem que estar tomando cuidado, as vitaminas têm que

tomar e às vezes a vitamina não faz bem, acha que vai gastar muito com remédio, se bem que no posto não paga os remédios.

No meu caso descobrir completando três meses de gravidez, como tenho mais um bebê e cuidado da minha sobrinha também, fico muito em casa com minha mãe, então não tive tempo de ir marcar as consultas e fazer o cartão da gestante, foi por falta de tempo mesmo que não fui, o que me prejudicou mesmo foi só isso, falta de tempo, mas ao contrário nada me impede de fazer, só isso mesmo.”

6.4.5 Não quer ser atendida por alunos

S21

“Não faço porque sou teimosa, eu não gosto do posto sou um pouco medrosa, não sei explicar se é medo ou se não gosto mesmo. Medo do médico, essas coisas que eles fazem, um monte de coisas, de exames que eles fazem. Aqui no postinho é assim, a gente marca consulta para fazer com a médica, por que não confio nos outros que ficam junto lá, os aprendizes. A gente fala que é para consultar com ela, mas ela mesma não consulta a gente, eles mandam os outros, as meninas que ficam lá (acadêmicas), então a gente marca com ela daí ela manda outra? Sei lá, não confio muito, quero consultar com ela por que ela é a médica do bairro, aí ela manda os outros? Não sei se eles estão aprendendo, a gente fica meio em dúvida se eles sabem ou não. Às vezes sabem por que a pessoa estuda pra isso, só que a gente quer consultar com ela, com a médica.”

Algumas mulheres apontam ter vergonha de expor-se a profissional de saúde do sexo masculino, por considerarem essa exposição um ato íntimo.

Historicamente, a gestação era assistida em domicílio e o parto ocorria com ajuda da parteira, ou seja, entre mulheres. A gravidez já foi considerada fenômeno da natureza feminina e, com o surgimento da medicina, passou a pertencer ao universo científico, restrito aos cuidados médicos, inicialmente masculinos. O pré-natal está classificado no código internacional de doenças (CID) e o ato fisiológico de nascer ganha conotação patológica, medicalizada, sendo institucionalizado e despersonalizado à mulher que vivencia essa experiência.

No processo de socialização da mulher ocorre, desde a infância, a preparação para a maternidade como dever feminino. Ela nasce e fica sob a tutela do pai, irmãos e, posteriormente, do marido, como se fosse incapaz e dependente desse cuidado. As brincadeiras só podem ocorrer entre meninas, com bonecas e casinhas, simbolizando a mãe e

dona-de-casa. A adolescência é marcada pela preparação para o casamento e a sexualidade não é comentada, pois devem se casar virgens. A mulher se casa de vestido branco, grinalda de flores de laranjeira e com um véu simbolizando a pureza, o pai a leva até o altar e a entrega ao futuro marido, e a partir daí ela pertence ao esposo. O único homem que poderá ver seu corpo é o marido, que se apropria dele. Ao marido ela tem de ser fiel. Da mulher é esperado o nascimento de filhos sadios, fortes, inteligentes e bonitos e que assuma a dupla jornada de cuidar dos filhos e das tarefas do lar. As mulheres tendem a reproduzir o mesmo ciclo¹.

Os achados permitem discutir a humanização do cuidado como essencial no pré-natal, tendo-se em vista que a gravidez sofre influência de fatores culturais, biológicos, sociais, econômicos e religiosos. A humanização do pré-natal e do nascimento tem suas diretrizes no programa que leva essa mesma denominação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002d) e fundamenta-se na importância da atenção ao pré-natal como direito de cidadania feminina. O Programa de Humanização propõe critérios para a qualidade da assistência pré-natal, orientando os procedimentos técnicos e destinando recursos financeiros para viabilizar a adesão das instituições de saúde ao programa.

O constrangimento causado pelo atendimento por profissional do sexo masculino, assim como a preguiça e a vergonha, conforme descrito, relaciona-se com a representação social da mulher a respeito do cuidado requerido e o modo como é oferecido. É nesse sentido que Pamplona (1990) diz haver desdobramentos culturais na forma de viver a gestação e o parto, corroborando Mamede (1994), que aponta as crenças, práticas e atitudes dos membros da sociedade como manifestação dos valores intrínsecos à estrutura da sociedade em que vivem.

Moscovici (2003) afirma que as representações sociais têm o objetivo de abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordens e percepções que reproduzam o mundo de forma significativa, interpretando a realidade das relações dos indivíduos no meio em que estão inseridos e orientando comportamentos e práticas. Este é o fenômeno observado no modo de ver e de viver dessas mulheres grávidas.

¹ Aula Ministrada pela Prof.^a Dr.^a Ana Maria Gomes. Disciplina de Gênero e Saúde. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, UFMS, em Campo Grande MS, segundo semestre de 2005.

6.5 O que acontece quando não se faz pré-natal

S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S19, S20 e S21.

“Se não fizer o pré-natal é perigoso a criança nascer com algum problema. Pelo menos tendo o cartão da gestante o médico já sabe como que a criança vai nascer. O que a criança tem ou o que não tem. O que deu no exame da gente, o que não deu.

Pré-natal é uma coisa que, todas as mulheres gestantes tem que fazer, porque se não fizer como que você vai saber se seu filho está doente, se ele está mal, e complica tanto você como seu filho que está dentro de você.

Mulher que não fez o pré-natal deve sofrer depois, até pegar os dados certinhos da criança dela, se ela está sentindo dores lá, até fazer isso é complicado. Fica difícil porque ela não vai saber se o bebê está bem, a pressão dela como está, não vai saber de nada, nem o ultrassom não foi fazer, nem sabe o sexo do bebê se é menino ou menina. Sem contar que na hora de ganhar e não fez o pré-natal, o médico deixa você pelos cantos, por que não fez o pré-natal. Como ele vai saber o que ele vai ver? Como ele vai saber de quanto tempo você está? Como foi a sua gravidez? Não tem como saber, então ele deixa lá.

É pra gente não sofrer, por que pré-natal pra mulher diminui mais o sofrimento, algumas mães têm parto normal, e algumas não têm possibilidade de ter, então naquela data certinha já marca, pra mulher não sofrer tanto, vamos dizer que ela sofre por causa da dor, eu sou uma delas, sempre na minha gravidez, do meu segundo filho eu tive problema no rim, então sofri bastante na gravidez dele, ficava mais no hospital, desse aqui já não tive problema, então cada gravidez é diferente, as vezes sofre mais, as vezes sofre menos. Se for ter o parto normal, o médico já fala sim, agora se você não tiver possibilidade o médico vai ver na hora. Então isso quer dizer que a gente vai continuar sofrendo, para a mulher que não fez o pré-natal é mais complicado, ela vai sofrer mais, e ela não vai saber como que o bebê dela está indo, se tiver algum problema no parto ela não vai saber, por que ela não fez o ultrassom, não fez o encaminhamento certo, com uma ginecologista, então isso pra mim vai ser muito mais complicado, tanto na gravidez como no parto, vai sofrer muito mais.

Não fazer o pré-natal prejudica, porque tenho uma amiga que quando foi ganhar o filho tinha pouco líquido. Já preocupei comigo, porque dentro dos nove meses minha bexiga baixa, a doutora falou para mim que se der vontade de ir ao banheiro tenho que ir, senão faço xixi na roupa. Então, para mim que já estava perdendo líquido, fiquei preocupada e queria fazer ultrassom, mas a doutora não passava, porque eu já tinha feito no mês passado, mas eu queria fazer de novo. Pensei, minha colega perdeu líquido, imagina eu? Meu bebê

não está na hora. Eu achava que estava perdendo líquido, fui na maternidade, porque meu bebê não mexeu mais. Lá eles me examinaram e disseram que estava normal, mas não estava mexendo. Recomendaram um ultrassom, fiz e estava tudo normal. Tem bastante água, mas me preocupei vendo minha amiga assim. O médico falou se ela demorasse o bebê dela não sobreviveria. Daí para frente preocupei comigo e com o nenê. Procuro me cuidar bem por causa do nenê, o que faço para mim é para ele, então me cuido, depois voltei e consultei com a médica do pré-natal, está tudo bem.

Se a mulher tem algum problema de saúde, que venha a complicar a parte do útero, onde possa surgir a gravidez e o crescimento da barriga, não fazer o pré-natal pode atrapalhar e muito, porque ela acaba tendo um aborto instantâneo, por falta de ter seguimento no pré-natal e orientação do médico para saber o que ela tem de problemas, os exames e tudo mais o que poderia ter feito e evitado, principalmente doenças e infecções que possa ter no útero, talvez ela não esteja com o útero preparado para engravidar, principalmente dos 30 para cima, como é o caso de uma amiga que aconteceu, ela teve este problema demorou muito e acabou tendo um aborto.

Não fazer o pré-natal pode complicar para a mulher na hora que ela for ter. Por que dá complicação na hora do parto ou depois, por falta de atendimento no pré-natal inteiro. No útero não dá nada se não tiver problema nenhum, simplesmente a criança vai nascer e as vezes não vai ter uma boa saúde, por falta de cuidado, de uma vitamina, de um remedinho, que o médico poderia ter passado, o fígado poderia ter saído um pouquinho mais forte, mais saudável, isso seria complicação para o bebê. Do parto seria ela ter deixado de ir ao médico, de ter feito exames, ultrassom, e outras coisas mais que ela poderia ter feito, um exame de sangue, de repente na hora que ela vai ter o filho constatar algum problema no sangue. Alguma coisa que ela não poderia ter parto normal, na cesárea ela poderia ser alérgica a alguma coisa, ai prejudicaria muito na hora do parto.

Se fizesse o pré-natal, ela estaria sabendo de tudo, o médico pediria todos os tipos de exames, se seria alérgica a remédios e tudo mais, então isto daí poderia causar muita coisa na hora do parto, dificuldades mesmo. Falta de ter sido orientada, de não ter feito o pré-natal. Acho que para o médico também, ficaria difícil para ele, sem saber. Ela não fez um pré-natal, não tem ali um papel com os exames que ela poderia ter feito e ter evitado. Isso também ficaria meio complicado, mas médico é médico, ele sabe se sair dessa, de alguma forma, mas complicaria também para o lado dele, ele ficaria meio sem noção.

Tem que ter um cartão com todos os exames, todo mês ser examinada, tem que seguir mesmo, por que você conta com uma gravidez sem sentir nada, mas nenhuma é igual a outra,

todas são diferentes. Vai que na próxima seja complicado, tem tudo isto. Tem que fazer o pré-natal.

A gente tem que apresentar a carteirinha da gestante quando a gente for ganhar. Se não apresentar vem o conselho da criança e pergunta por que a gente não fez o pré-natal, tanto o pessoal do conselho da criança como do posto. Já ouvi falar que o médico pergunta e se não fez pré-natal, chamam o conselho da criança, ai eles dão a maior bronca na gente.

O pessoal do posto vai atrás da gente para incentivar a mãe a ir ao posto, e se a mãe tiver ganhado, por exemplo, a mãe está sentindo dor em casa, a primeira coisa que pede é a carteirinha da gestante: mãe cadê a carterinha da gestante? E a mãe vai falar que não tem por que não fez o pré-natal. E por que a senhora não fez o pré-natal? Ah, por causa disso, disso e disso. Ai eles dão a maior bronca na gente. Se a gente já fazendo dão bronca, imagina não fazendo?

Tive medo quando descobri que estava grávida, já estava de três meses, fiquei preocupada. Morria de medo do meu bebê nascer com alguma doença. Se a mãe não fizer o pré-natal o bebê pode nascer com algum problema, e mais pra frente vai ser culpa dela, por ela não ter feito o pré-natal, não ter se cuidado.

Tem que fazer o pré-natal senão nasce com alguma doença vai falar que o culpado é a mãe que não cuidou. Ela pode perder o bebê, dar alguma coisa nela, um monte de coisas. Minha amiga não fez pré-natal, quando ela foi ganhar o médico brigou com ela porque ela não tinha o papel do pré-natal. Não sabia se ia nascer normal ou cesárea, ai ele brigou com ela. Tenho medo do médico brigar comigo se eu não fizer o pré-natal. Tem que acompanhar certinho. Vai que eu vou ganhar e o bebê está com algum problema? A culpada será eu que não fiz o pré-natal. Mesmo se estivesse trabalhando, eu largo meu serviço, mas vou, afinal quem não faz pré-natal sofre mais para ganhar. Quem não tem os papéis para saber como é que o bebê vai nascer sofre demais lá encima da cama. O médico deixa a mulher sofrendo. Vai saber a hora que vai ganhar? O médico examina e deixa lá até ganhar.

Minha avó sempre falava que quando a gente está grávida está com um pé na cova e outro fora. Então acho que é bom cuidar da saúde por que fica frágil, qualquer susto já pode ter um ataque, desmaia, já cai dura. Qualquer problema de saúde.”

Na opinião das entrevistadas, o pré-natal é uma imposição à mulher grávida e para aquelas que não o fazem há sempre uma punição. A gestação é apontada como um sofrimento e o receio do parto é evidente. Elas se culpam quando a criança não nasce com boa saúde, preocupam-se com a qualidade da assistência e temem a negligência no momento do parto. O cuidado à saúde no pré-natal é direcionado ao bebê, sendo que a mulher anula a si mesma,

como manifestado pela insegurança e o medo de sofrer de algum problema físico que prejudique a saúde do bebê.

Tais representações remetem a Nagahama e Santiago (2005), que trazem à discussão a institucionalização médica do parto no Brasil como uma cristalização de modos de poder, centrada em especialistas de toda natureza. Os achados coincidem com o pensamento das autoras, considerando que a importância do pré-natal, tal como revelada pelas entrevistadas, valoriza as técnicas intervencionistas e o saber médico, graças ao modelo tecnicista que comercializa a saúde.

Um dos preceitos da humanização, como defendem Castro e Clapis (2005), é derrubar a idéia de que gravidez seja doença e deva ser tratada como tal. As falas das gestantes sugerem que a desumanização ocorre e a mulher não encontra espaços nem possibilidades para a expressão de sentimentos negativos; o acesso a informação de qualidade não tem sido uma prática, tanto pelos serviços que oferecem o pré-natal quanto nas fontes em que as mulheres pautam seu saber.

A participação das mulheres grávidas nas atividades educativas não tem sido suficiente para que elas entendam o pré-natal como um momento importante em suas vidas, assim como é para a do bebê. A assistência prestada à gestante deve estar permeada de informações que esclareçam suas dúvidas e permitam a reformulação dos conceitos equivocados, transformando-os em conhecimento suficiente para a mudança de seu modo inadequado de ver a gestação. Os profissionais mostram-se comprometidos com o serviço, mas há falhas que comprometem o processo e o resultado do trabalho, o que, segundo Caprara e Rodrigues (2004), pode ser corrigido pela adoção de práticas compostas de comunicação, observação, trabalho de equipe e atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos.

As representações de ameaças à saúde da mulher e do bebê, apresentadas no discurso, decorrem de uma série de idéias e situações imaginárias que mostram a realidade social em que vive esse grupo de gestantes. Esses significados, por elas compreendidos, são explicativos, prescritivos e estão intimamente articulados (Almeida e Cunha, 2003).

6.6 A qualidade do pré-natal

6.6.1 Atenção fragmentada

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19 e S20

6.6.1.1 O pré-natal coordenado pela enfermeira

“A gente vem, entra na fila e a recepcionista atende. Marco consulta para a enfermeira que faz o pré-natal, ela pede todos os exames, pesa, mede altura, faz o cartão da gestante. Os exames tem 30 dias para chegar o resultado. A enfermeira orienta para vir nas palestras.

Passei pelo médico só para pegar o pedido de ultrassom, quem pede os exames é o doutor, mas quem acompanha é a enfermeira. Você fala para ela se está sentindo alguma coisa, ela pergunta para você, vê a pressão e o tamanho da barriga. Eu gosto, já é a segunda vez que estou fazendo o pré-natal lá no Marabá. O pessoal é muito simpático para atender. Dentista não fui ainda.

Achei interessante o parto normal, porque todo mundo ficava perguntando, você quer ter cesárea ou normal? Sempre falava que queria cesárea, mas a enfermeira estava explicando que parto normal é bem melhor, porque você sente dor naquela hora e pronto. Cesárea tem que tomar muito cuidado, agora não sei, seja o que Deus quiser.”

6.6.1.2 O pré-natal coordenado pelo médico do PSF

“Venho e a enfermeira me atende. Falo que quero fazer um teste de gravidez, ela pede o exame, daí trago o resultado pra ela. Ela faz o cartão e já marca para a doutora, a médica que vai fazer o pré-natal e vai pedir os exames. Depois venho todo mês certinho. Eu gosto daqui, quem acompanha meu pré-natal é a médica. Só ela e duas enfermeiras, não sei se são enfermeiras, tem os alunos também, pra aprender. Já fui na dentista. A médica passa a gente para a dentista, não precisa marcar, tem o dia da gestante, não lembro se é toda quinta-feira, daí a gente vem e é atendida. Tudo fácil, tudo certo. Eu gosto, tenho informação sobre pré-natal, eu leio muito. Leio tudo que está aqui no cartão da gestante.

A enfermeira não, ela não tem mais porque me acompanhar agora, mas se amanhã ou depois eu passar mal, daí venho e falo com ela, já aconteceu de eu passar mal e vir aqui e ela me atendeu, mas a maioria do meu acompanhamento foi só o médico, sempre o médico. Eu

acho mais preparado. Acho que errar é humano, todo mundo erra, mas graças à Deus sempre achei o médico, até na hora do meu parto. Sempre foi o médico. Deus é tão bom comigo que sempre foi o médico. Acho que se a pessoa tem condição de escolher o melhor pra ela, tem que ser o médico, é experiente, especialista, né?

O primeiro exame a médica que pediu, pois o pré-natal é feito pela médica. Ah, não sei o nome da outra médica (acadêmica de medicina). Agente comunitário de saúde está acompanhando. Dentista não, não recebi orientação. A mulher recebe todo acompanhamento médico e de medicamentos.”

6.6.1.3 O pré-natal sem a enfermeira

“O pré-natal é feito pela médica, mas as vezes são só os acadêmicos que vem, toda vez que eu vou são pessoas diferentes. Na dentista já passei, agora vou ter que remarcar novamente para continuar o tratamento, fazer uns exames para ver como vai ser meu tratamento de dente. A enfermeira não conheço. Não fiz preventivo, a vacina eu perdi minha carteirinha agora vou ter que ir lá para a mulher ver qual eu tomei.

Meu pré-natal é feito com a médica, tem os alunos também. Enfermeira não. A agente comunitário de saúde só quando ela me encontra em casa, porque eu trabalho.”

6.6.1.4 O pré-natal sem a dentista

“Fiz primeiro o teste de gravidez e a ultrassom, a médica pediu depois, o cartão da gestante a enfermeira que fez. A dentista não acompanha meu pré-natal, só a médica.

Quem faz meu pré-natal são o médico, as técnicas de enfermagem, a enfermeira, a agente comunitário de saúde e só. Não sabia que tinha dentista e que fazia acompanhamento com gestante. Faço todos os exames e quando estão prontos passo pela médica. As vacinas eu não tomei nenhuma e o preventivo eu fiz não tem nem um ano, mas a médica disse que é bom fazer outro, então eu vou fazer para não ter problema.

O médico que faz o meu pré-natal e tem também a enfermeira, dentista por enquanto ainda não. Não estou fazendo tratamento com dentista, tenho que pegar todos os exames para começar. Recebi informações só com a médica.”

6.6.2 O pré-natal em outra unidade de saúde

S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19 e S20

“Faço pré-natal com meu médico, no consultório dele, não cheguei a conhecer o médico do posto, não conheço ninguém lá do posto, o meu marido que conhece todo mundo ali. Eu conheço só a agente comunitário de saúde, a dentista não, nem sei como que funciona. Recebo informação sobre pré-natal só com o médico.

Meu pré-natal está sendo feito pelo médico do centro regional de saúde e pelo agente comunitário de saúde que vem aqui, que é ai do posto do Marabá. Ele vem, olha minha carteirinha, pergunta se estou sentindo alguma coisa, como é que estou, tudo ele pergunta, tudo, tudo, ai eu respondo. Mostro meus exames pra ele. Todos os exames que fiz mostro para ele. Ele anota no caderno e depois não sei o que ele faz. Só sei que passo tudo para ele. Conheço o guarda, o recepcionista e a enfermeira, mas dentista ali não, tenho que marcar mesmo, apesar que sempre vou lá no dentista do centro regional de saúde quando preciso ou no outro posto que tem em outro bairro.

Eu nunca fiz pré-natal aqui no Marabá, só lá no centro regional de saúde, a primeira vez é desse aqui, mas a médica me encaminhou lá para o centro regional de saúde com cinco meses de gravidez. Quem me atendia aqui era a médica, dentista e enfermeira não, e a agente comunitário de saúde vem todo mês saber como estou.

Olha, já estive no posto do Marabá, mas não tenho conhecimento deles. Já fui a uma palestra, inclusive lá, sobre gestação também, a agente comunitário de saúde que me convidou, mas não conheço a médica e nem a enfermeira, a dentista eu conheço, fiz acompanhamento antes de ficar grávida. Então conheço só uma menina que vem fazer visita aqui em casa e a dentista.

Eu nunca fui lá no posto para usar, só para levar meu sobrinho para tomar vacina, mas eu não conheço ninguém lá do posto, não conheço o pessoal ai do Marabá.”

O processo de trabalho é apontado pelas mulheres como sendo individual e a assistência à gestante fragmentada, contrapondo-se à ideologia do PSF, que recomenda o trabalho em equipe e o desenvolvimento de protocolos, sendo que todos os membros possuem atribuições e assistem a clientela em todo o ciclo de vida.

A fragmentação da assistência é encontrada no modelo médico-privatista, em que as práticas ocorrem de modo individualizado e pouco participativo.

Está implícito no DSC que a gestante se vincula mais a determinado profissional em detrimento aos demais membros da mesma equipe e muitas vezes ela desconhece os

componentes que formam a equipe. A ênfase está no trabalho individual, que privilegia o modelo curativista de saúde. As ações praticadas valorizam preferentemente as técnicas, a hierarquia e a padronização das rotinas. Nesse sentido, Castilho-Pelloso et al (2005) afirmam ser fundamental a integração entre os profissionais que participam do pré-natal, vinculando a gestante a toda a equipe. Contudo, para que isso ocorra, torna-se necessário não só o envolvimento profissional, mas a capacidade de trabalhar em equipe. Fortuna et al (2005) comentam que o trabalho em equipe requer rever e des-ocultar os poderes e olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho.

O DCS revela que o relacionamento interno da equipe está permeado pela dificuldade em promover a responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, promovendo desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas e levando ao baixo grau de interação entre os membros das equipes de PSF.

Para que a comunidade aceite o Programa Saúde da Família, é preciso que os profissionais mudem o modelo assistencial na prática.

6.7 Gestantes desinformadas

6.7.1 Desconhecimento sobre o significado do pré-natal

S3, S4, S6, S9, S15, S17, S19 e S21

“Não sei explicar muito sobre pré-natal, porque o primeiro pré-natal que fiz, foi da minha filha e não foi completo. Comecei a fazer já estava de quatro meses, então não tive muito acompanhamento médico e nem participei de palestras.

Nunca tive informação sobre pré-natal. Eu imagino o povo falar. Não fiz exame de urina do posto para saber se estava grávida, fiz exame da farmácia e deu positivo. Do outro guri eu fiz dois exames de urina e deu tudo negativo, e desse aqui fiquei com medo de fazer e dar negativo e ficar na minha cabeça que não estou grávida, então fiz o teste da farmácia e deu positivo. A doutora perguntou por que não fiz o teste lá do posto, que era pra ter feito, então eu falei: ta bom doutora, vou fazer. Mas é pra fazer mesmo. Ta bom doutora vou fazer. E nisso não fiz.

Com três meses de gravidez o bebê não está formado ainda, qualquer movimento que você der pode vir a ter um aborto. Isso que a médica estava me passando, então tem que tomar bastante cuidado mesmo. Peso também não pode pegar, nervoso não é bom passar,

essas coisinhas tem que cuidar bastante. Serviço de casa, se você vai puxar água não pode ficar abaixando muito rápido ao mesmo tempo, então tem que ser devagar, tudo mais lento.

Tem que ter cuidado na gestação, com quatro meses ele está todo formado, mas a pele dele não está totalmente, precisa cuidado por que até quatro meses tem perigo, chega a sangrar, ai eu poderia perder o bebê. Assisti numa palestra, em outra unidade de saúde que o bebê se forma até os quatro meses, antes disso a pele dele é mais sensível, daí pra frente ele vai crescer e a pele dele vai amadurecer.

Faço pré-natal aqui no posto, só que eu não sei o nome do posto. A mulher que não faz o pré-natal é uma boba, porque se isso já vem pra gente fazer e não é cobrado. Se não faz o pré-natal o conselho tutelar fala um monte de coisas para a gente.”

6.7.2 Desconhecimento sobre as modificações corporais da gestante

S2, S3, S4, S9, S11, S14, S19, S20 e S21

“Comecei a fazer o pré-natal já estava de três meses, porque atrasou um mês deixei e esperei. No mês seguinte menstruei, pensei que não estava grávida. No próximo mês ela parou, foi quando comecei o pré-natal, ele já estava de três meses. Fiz minha primeira ultrassom ele estava de quatro meses.

Eu pensava que não segurava filho porque tinha problema na menstruação. Eu era desregulada, e uma vez fiquei grávida mas perdi. Minha preocupação era de ganhar mesmo. O medo da mulher é esse, na hora da gente ter, medo da dor. Ainda mais se for normal. Como que vai ficar depois? Porque tem que ficar lá de repouso, tem que ficar de quarentena. Meu medo é na hora de ganhar, a gente tem que ajudar, fazer força, eu achava que a gente só apagava. Chegava na sala de parto e a gente apagava, que dormisse, dessem uma injeção e a gente ficava sonolenta e dormia, depois a gente acordava e o bebê estava ali, mas não é, a gente toma injeção para ter dor, porque tem que ter, quando a gente tem muita cólica, tem que tomar injeção para ter dor, para ter com facilidade. Tenho medo de ter normal. Como que vai ser? O que eu vou sentir? Tem que ter contrações, eles dão injeção pra isso, na hora de ter a criança. Inclusive estou em dúvida do parto, ao mesmo tempo que queria cesárea, tenho medo do corte.

Todo mundo fala, que dói. É muito horrível, não sei o que tem que cortar e as vezes não precisa cortar. Daí fica aquele medinho assim, mas acho que vai correr tudo bem, se Deus quiser, meu maior medo, por ser a primeira vez, é na hora do parto.

A maioria dos problemas da gestante é mioma, e tem aqueles problemas que é na placenta, não sei informar bem o que é, a gente dá um nome esquisito, que o médico fala.

Entre os cuidados no pré-natal é não exagerar em muitas coisas, principalmente na alimentação, porque dependendo do que se come, pode engordar tanto e prejudicar na hora do parto. Tem que saber o que pode comer, se não fizer bem para a criança pode até ter um início de hemorragia. Dependendo até de uma raiva, nervoso isso daí também prejudica a criança.

Acho que o corpo da gestante fica pesado, mas o meu está normal. Eu trabalho, não sinto nada, mas a coluna é o que mais prejudica na saúde da gestante, porque é pesado. No meu caso é a coluna porque fico em pé o dia inteiro.

A médica explicou que quando a mulher engravida, tudo fica mais lento na mulher. Ela disse que quando acordar de manhã tem que fazer as coisas devagar, porque senão dá dor na barriga. Devido ao sono também, dá um cansaço, você vai ao posto e tem uma ótima explicação, ainda mais para marinheiro de primeira viagem. A médica explica muito bem como tomar todos os cuidados.”

6.7.3 Desconhecimento a respeito dos procedimentos básicos do pré-natal

S5, S8, S9, S13, S14, S19, S20 e S21

“Não sei bem o que é pré-natal falam pra mim que pré-natal a gente faz exames, tudo que ele (médico) pede é só os exames e depois disso vira rotina de examinar a criança e escutar o coraçãozinho. Não cheguei a tomar nenhuma vacina, o médico não falou sobre isso, eu perguntei e ele falou que comigo estava tudo certo, então não tomei nenhuma vacina.

Preventivo ainda não fiz. As vacinas não cheguei a tomar, porque eu acho que tinha que tomar no quarto mês, terceiro mês de gravidez, e tem uma que tomei antes de ficar grávida, não sei qual.

Acho que tomei vacina no centro regional de saúde quando eu fiz pré-natal dos meus outros meninos, preventivo eu fiz quando estava grávida da minha filha, depois eu não fiz mais, vai fazer dois anos.

Não gosto de fazer pré-natal, porque tem a mania de fazer toque. Uma vez fui fazer pré-natal do meu mais velho e o médico me machucou, então quase não vou ao médico. Meu parto é muito rápido, se na hora que eu estiver passando mal eu for sair para ir, não dá tempo, é perigoso até ter na rua, no ônibus, carro, não dá tempo, meu parto é rápido, sinto dor, aquela dor rápida e pronto.”

A realidade contextual em que vivem essas mulheres revela que a informação acerca da gestação ainda é velada para muitas, principalmente as gestantes. É como se na assistência pré-natal ocorresse uma expropriação da autonomia feminina, sendo as mulheres vistas como objetos e fora de contexto, tratadas como máquinas, sem que se estabeleça com elas um vínculo profissional.

A realização do pré-natal, conforme apresentado pelas gestantes, deveria contemplar as ações que levam ao pré-natal adequado, segundo os critérios estabelecidos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, porém os achados apontam que as diretrizes que regem o pré-natal, ao longo dos anos, vêm privilegiando as atitudes intervencionistas em contraposição ao contexto sócio-cultural em que as gestantes estão inseridas. Mesmo com todos os recursos tecnológicos disponíveis, que permitem prolongar a vida, desde o nascimento prematuro, não se incorporaram as características sociológicas necessárias ao entendimento de como as mulheres participam da gestação. Elas ainda não são vistas pelo sistema como seres sociais, possuidoras de direitos e tratadas em toda a sua singularidade.

É evidente que para a assistência pré-natal ser resolutiva é preciso estabelecer uma simetria na relação entre o profissional e a gestante e reconhecer que a mulher grávida é a protagonista de todo o processo. Para tanto, os profissionais de saúde precisam melhorar a abordagem em torno do processo de trabalho voltado à gestação.

Ressalta-se a necessidade de empreender capacitações mais abrangentes, para que os profissionais envolvidos no pré-natal possam desenvolver um olhar social à mulher grávida, considerando-se que a formação acadêmica oferece preparação para as técnicas intervencionistas sem, porém, valorizar a humanização do cuidado como elemento essencial para quem recebe a assistência.

Diante do relato dessas gestantes, observa-se que as representações sobre a gravidez são marcadas pela desinformação, como evidenciado no modo como se referiram a tudo o que está relacionado ao pré-natal.

Para que a assistência seja prestada com qualidade é preciso conhecer o que pensam as gestantes a respeito do pré-natal, praticar o acolhimento, criar vínculos com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias, de modo que possam entender essas informações.

Deve-se desmitificar a gestação, considerando a mulher com seus desejos, crenças e conceitos, de modo a tornar esse momento mais participativo para as mulheres.

7 CONCLUSÕES

As representações sociais das gestantes que compuseram o presente estudo envolveram aspectos culturais, familiares, emocionais e sociais. As entrevistadas verbalizaram que a gestação nem sempre é um momento alegre e especial em sua vida, tendo-se em vista os sentimentos negativos gerados no pré-natal, como insegurança e medo de imprevistos e punições, caracterizando a representação social negativa da gestante sobre o pré-natal.

Quanto aos valores que norteiam a realização do pré-natal, ficou claro que são voltados ao nascimento de um bebê saudável, demonstrados através do medo dessas gestantes de sofrerem um abortamento ou, até mesmo, do bebê nascer com algum problema físico em decorrência de não terem feito o pré-natal.

O estudo mostrou que é fundamental entender o significado que a gestação possui para as mulheres grávidas, a fim de desvelar os mitos, fantasias e sentimentos negativos que são partilhados pelas gestantes.

É preciso que se ofereça oportunidade para que a gestante expresse seus medos e ansiedades, os significados do fenômeno da gestação construídos ao longo de sua vida, e que se busque articular o conhecimento popular ao conhecimento científico.

Desse modo poderão os profissionais de saúde discutir sobre a singularidade da gestação e do parto e praticarem o acolhimento como elemento da integralidade voltado à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: A.B., 2000, p. 27-38.
- ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 16 n. 1. p. 147-155, 2003.
- ANDRADE, L. O. M.; INOJOSA, R. M. Saúde da família, violência e cultura da paz. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano V, n. 7, p. 55 – 61 jan. 2003 / abr. 2004.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.
- _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 95 de 26 de jan. de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. **Manual de enfermagem**. São Paulo: IDS, 2001b.
- CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Campo Grande: SESA, 2006.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1. p.139-146, 2004.
- CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2. p. 499-506, 2000.
- CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10 n. 4. p. 485-492, 2002.
- CASTILHO-PELLOSO, M. P.; FALAVIGNA, D. L. M.; ARAÚJO, S. M.; FALAVIGNA-GUILHERME, A. L. Monitoramento de gestantes com toxoplasmose em serviços públicos de saúde. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, Uberaba, v. 38 n. 6. p. 532-533, 2005.
- CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13 n. 6, p.960-967, 2005.

CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o programa saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS.** São Paulo: Ícone, 2005.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de saúde pública.** São Paulo, v. 39 n. 5, p. 768-774, 2005.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora MG. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 25 n. 10, p. 717-724, 2003.

D'IPPOLITO, G.; MEDEIROS, R. B. Exames radiológicos na gestação. **Revista radiologia brasileira.** São Paulo, v. 38 n. 6, p. 447-450, 2005.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 121-125, 2006.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Revista interface comunicação, saúde e educação,** São Paulo, v. 9 n.17, p. 287-301, 2005.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18 n. 5, p. 1303-1311, 2002.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KRAWIEC, E. H. **Planejamento X programação.** Campo Grande, 2001. Mimeografado.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2 ed., Caxias do Sul: Educs, 2005.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Gravidez e exercício. **Revista brasileira de reumatologia,** São Paulo, v. 45 n. 3, p. 188-190, 2005a.

LIMA, A. C. **A representação social da interdisciplinaridade para os profissionais que atuam com equoterapia.** 2005b. 106p. (dissertação de mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo grande.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Revista psicologia reflexão e crítica,** Porto Alegre, v. 18 n. 2, p. 247-254, 2005.

MACHADO, A. R. M.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 57, n.2, p. 183-187, 2004.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística**: saúde pública. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 1992.
MAMEDE, M. V. Saúde das mulheres residentes na floresta. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2 n. 2, 163-173, 1994.

MARTINS, R. C. O idoso e seu cotidiano no imaginário feminino de meia-idade: um estudo em representações sociais. **Revista estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 39-47, 1997.

MINAYO, M. C. S., et al. **Pesquisa social**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

_____. **Assistência pré-natal**, manual técnico. Brasília, 2000.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____. **O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**. Brasília, 2002a.

_____. **O sistema público de saúde brasileiro**. In: Seminário internacional tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo 11 a 14 de agosto de 2002b.

_____. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2002c.

_____. **Programa humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002d.

_____. **Rede interagencial de informações para a saúde (RIPSA)**. Indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília, 2003.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a.

_____. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2004b.

_____. **Humaniza SUS**. Brasília, 2004c.

MOSCOVIVI, Sérgio. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 651-657, 2005.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. a mulher e o direito de amamentar: as condições sociais para o exercício desta função. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4 n. 2, p. 22-27, 2000.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal brasileiro de ginecologia**, São Paulo, v. 105 n. 1, p 3-9, 1995.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 25-32, 1998.

PALACIN, J. A. S. **Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

PAMPLONA, V. L. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1990.

PARADA, C. M. L.; PACKER, C. Compreendendo o significado da gravidez para mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Nursing**, São Paulo, ano 8, n. 99, p. 967-972, 2006.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Revista Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 20 n. 3, p. 223-232, 2004a.

PICCININI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O envolvimento paterno na gestação. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 17 n. 3, p. 303-314, 2004b.

PINHEIRO, A. A. A. A criança e o adolescente, representações sociais e processo constituinte. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9 n. 3, p. 343-355, 2004.

PINTO, L. F.; MALAFAIA, M. F.; BORGES, J. A.; BACCARO, A.; SORANZ, D. R. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 205-213, 2005.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 7, p. 517-525, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 4 n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVA, W. V. **A qualidade da comunicação do profissional de saúde na assistência pré-natal**. Santos: Leopoldianum, 2001.

SIMAN, L. M. C. Representações e memórias sociais compartilhadas: desafios para os processos de ensino e aprendizagem da história. **Cadernos Cedes**. Campinas v 25 n 67 p. 348-364, set./dez 2005 disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>, acessado em 17/08/06.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 300-308, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2004.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 293-299, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VERGARA, S. C; FERREIRA, V. C. P. Representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 39 n. 5, p. 1137-1159, 2005.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: A.B., p. 3-25, 2000.

WAGNER, A. L. **Principles of family medicine**. Toronto: Canadian College of Primary Physician, 1994.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Curso de Mestrado em Saúde Coletiva

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa e pode decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e esclareça com o responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Sebastião Junior Henrique Duarte.

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, aceito ser entrevistada e sei que o objetivo desta pesquisa é “Apreender as representações sociais das gestantes sobre o atendimento pré-natal oferecido pelas equipes de saúde da família Marabá”.

Fui igualmente informada:

- a) da garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos, riscos (possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano), benefícios e outros assuntos relacionados a pesquisa;
- b) de que tenho a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei ao responsável pela pesquisa;
- c) de que estarei colaborando para a melhoria do serviço de saúde oferecido as mulheres grávidas, pois estou contribuindo com minha experiência e vivência;
- d) de que serão mantidas em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo, serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa.
- e) Estou ciente de que em caso de dúvida, entrarei em contato com Sebastião Junior Henrique Duarte pelo telefone 3314-7463 ou 9609-0711.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar desse estudo.

Campo Grande, ____/____/____.

Assinatura da entrevistada

Sebastião Junior Henrique Duarte

APÊNDICE B - PONTOS NORTEADORES DA ENTREVISTA

PONTOS A SEREM EXPLORADOS

- a) importância da realização do pré-natal.
- b) dinâmica do acompanhamento pré-natal e relacionamento estabelecido com a equipe do PSF.

QUESTIONAMENTO

Eu não sei nada sobre pré-natal. Gostaria que a senhora me dissesse tudo o que sabe sobre o pré-natal.

ANEXO A – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisas com Seres Humanos



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 686 do Mestrando Sebastião Júnior Henrique Duarte intitulado “Representação Social da gestante sobre o pré-natal oferecido pelo programa saúde da Família”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Ordinária no dia 21 de fevereiro de 2006, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 21 de fevereiro de 2006

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B – MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA UBSF MARABÁ

LOCALIZAÇÃO DA AREA DE ABRANGÊNCIA
DA UBSF MARABA, CAMPO GRANDE, MS

