



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**LÉA DIAS PIMENTEL GOMES VASCONCELOS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES GRÁVIDAS  
SOBRE O CUIDADO PRÉ-NATAL**

**Fortaleza – Ceará**

**2009**

**LÉA DIAS PIMENTEL GOMES VASCONCELOS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES GRÁVIDAS  
SOBRE O CUIDADO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao *Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE)*, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Dafne Paiva Rodrigues

Fortaleza – Ceará

2009

**Universidade Estadual do Ceará**

**Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde**

**Título do Trabalho: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES  
GRÁVIDAS SOBRE O CUIDADO PRÉ-NATAL**

**Autora: Léa Dias Pimentel Gomes Vasconcelos**

**Defesa em: 25/03/2009**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Dafne Paiva Rodrigues, Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup>  
(Orientadora)

---

Maria Dalva Santos Alves, Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup>  
(1º membro efetivo)

---

Maria Lúcia Duarte Pereira, Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup>  
(2º membro efetivo)

Quando nos permitimos sentir o  
outro,nos tornamos mais ricos e  
humano

## **DEDICATÓRIA**

- ✓ Aos meus pais Silvia e José Mário que estiveram comigo durante todas as fases do meu crescimento pessoal e profissional.
- ✓ Ao Régio que sempre acreditou, incentivou e esteve junto nos momentos de minhas decisões profissionais.
- ✓ À Beatriz, Maria Júlia e João Vitor que sentiram minha ausência durante este período do mestrado.
- ✓ As gestantes que contribuíram para que este trabalho se realizasse.

## AGRADECIMENTOS

- ✓ À Deus pelos momentos de sabedoria.
- ✓ Aos meus irmãos Enio, Lia e Edine que juntos me incentivaram e me ajudaram durante esta caminhada.
- ✓ A minha querida tia Porcina que com sua determinação sempre esteve disponível para me ajudar com as crianças como também as primas Cristiane, Amanda e Débora.
- ✓ A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Dafne Paiva Rodrigues que com sua tranquilidade e sabedoria contribui para a realização deste estudo.
- ✓ A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucélia que clareou minha idéias sobre os desenhos -estórias
- ✓ Ao corpo docente do Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde pelos conhecimentos adquiridos
- ✓ As colegas do Mestrado Claudinha, Deyse e Adriana de Fátima pela convivência durante estes dois anos
- ✓ As enfermeiras Tânia, Gleides e auxiliares de enfermagem Regilane, Telma, Ana Maria, Esmeralda que ajudaram no momento da coleta de dados
- ✓ A Psicóloga Erisneuda que foi fundamental para realização dos encontros com as gestantes.
- ✓ As amigas Geane, Leonilda, Simone , Isa Erika e Diana Paula que durante este período estavam sempre comigo dividindo as dúvidas , anseios e alegrias.

- ✓ A gerência do Hospital Distrital Gonzaga Mota- Messejana e Maternidade Escola Assis Chateaubriand que contribuíram com a minha liberação para que dedicasse meu tempo aos estudos e realização desta dissertação.

## RESUMO

A assistência pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da gestação durante todo o seu período, procurando dar condições para o bom desenvolvimento do feto, identificar a gravidez de alto risco e com isso diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal. O estudo teve como objetivo apreender as representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal, para isso utilizou-se Teoria das Representações Sociais como base teórica do estudo. Tratou-se de um estudo descritivo e fizeram parte do mesmo gestantes que foram atendidas no serviço de pré-natal de um hospital-maternidade pertencente a SER VI em Fortaleza. A coleta dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2008. Os dados foram coletados por meio de formulário onde continham dados sociodemográficos e do pré-natal que caracterizou o aspecto quantitativo do estudo. Utilizou-se o teste de associação livre de palavras com os estímulos; gravidez, cuidado, pré-natal e si mesma e também a entrevista semi estruturadas. Os dados obtidos através do teste de associação livre de palavras foram analisados por meio do software Tri-Deux Mots e submetidos a análise fatorial de correspondência. Os obtidos através das entrevistas e desenho-estória foram analisados com base na análise de conteúdo de acordo com os pressupostos de Bardin. Como forma de aprofundar os dados utilizou-se a técnica do desenho-estória com tema. Foram evidenciadas três categorias; 1) representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal, que contém seis subcategorias, 2) sentimentos e dificuldade das mulheres em relação à gravidez, com cinco subcategorias e 3) representações das mulheres grávidas relativas ao serviço de pré-natal oferecido, com três subcategorias. As mulheres grávidas representaram o cuidado pré-natal como uma forma de preocupação com o filho, de cuidado, detectar problemas, manter contato com o seu filho e como uma preocupação com elas mesmas. As representações das gestantes em relação à gravidez estiveram relacionados com ambivalência, felicidade, gratidão a Deus-fê, insegurança e dificuldade e as dificuldade foram com a organização do serviço-acesso e acolhimento, sentiram satisfação com o atendimento e com atendimento dos profissionais. Nos desenhos-estória as mulheres representaram elementos da natureza com as flores, o sol, água, vento para representar a felicidade com a gestação, como também figuras alegre e algumas vezes tristes para expressarem o momento que estavam vivenciando. Apreender as representações sociais destas mulheres é um caminho em busca de um pré-natal de qualidade que valorize a mulher, abordando suas necessidades de forma integral, transpondo, assim, a visão que muitos têm da mulher como apenas aquela que carrega o bebê em seu ventre. Sendo assim, o pré-natal constituído com base nesta abordagem integral atingirá as metas estabelecidas pelos programas do Ministério da Saúde, no âmbito do qual o profissional vai além dos dados quantitativos e consegue alcançar as questões subjetivas que cada mulher traz consigo.

Descritores: Representação social, cuidado e pré-natal, desenho estória com tema

## ABSTRACT

Prenatal care aims to monitor the pregnancy during the whole period, trying to give conditions for the proper development of the fetus, identify high-risk pregnancy and thereby reduce maternal and perinatal mortality. The study aimed to apprehend the social representations of pregnant women about prenatal care, it was used the theory of social representations as the theoretical basis for the study. This was a descriptive study and took part on it pregnant women who were seen at the prenatal service of a maternity hospital belonging to SER VI in Fortaleza. Data collection occurred between June and August 2008. Data were collected through a form which contained sociodemographic and pre-natal care data that characterized the quantitative aspect of the study. We used the test of free association of words with the stimuli: pregnancy, care, prenatal and itself and also the semi structured interview with the questions – How do you feel pregnant? What importance do you assign to prenatal care? What are the difficulties you have faced during pregnancy and the prenatal service? The data obtained from TALP were analyzed using the software Tri-Deux Mots and obtained through the interviews were analyzed based on the content analysis of Bardin. As a way of depth data it was used the technique of the drawing-story with theme. Were shown three categories: 1) social representations of pregnant women on prenatal care, which contains six subcategories, feelings and difficulties of women in the pregnancy, with five subcategories and representations of pregnant women about the prenatal service offered, with three subcategories. Pregnant women represented the prenatal care as a concern about the child care, identify problems, maintaining contact with their son and a concern for themselves. The feelings of women in relation to pregnancy were associated with ambivalence, happiness, gratitude to God, faith, insecurity and difficulty and the difficulties were with the organization of the service, access and reception. Felt satisfaction with the service and care of professionals. In the drawings-stories women represented elements of nature such as flowers, the sun, water, wind to represent the happiness with the pregnancy, but pictures sometimes sad and happy to express the moment they were experiencing. Apprehend the social representations of these women is a path in the search of a prenatal care of quality that values the woman, addressing their needs in full, transposing, so, the vision that many people have of women as only the one who carries the baby in her womb. Thus, the prenatal made based on this approach will achieve the objectives set by the programs of the Ministry of Health, under which the work goes beyond the quantitative data and achieve the subjective questions that each woman brings.

Keywords: Social representation and prenatal care.

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

UTI- Unidade de terapia intensiva  
ONU- Organização das Nações Unidas  
AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida  
HIV- vírus da imunodeficiência  
PHPN- Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento.  
TRS- Teoria das Representações Sociais  
SER-Secretaria Regional  
CAPS- Centro de apoio psicossocial  
NAMI- Núcleo de atenção médica integrado  
IPREDE- Instituto de prevenção a desnutrição e a excepcionalidade  
Vacina -BCG-(Bacilo de Calmette-Guérin)  
TALP- Técnica de associação livre de palavras  
US- ultrasonografia

## **LISTA DE DESENHO**

### **6.1 - Gravidez representada a uma flor**

Desenho 6.1.1.....	83
Desenho 6.1.2.....	84
Desenho 6.1.3.....	85

### **6.2 - Sentimentos em relação á gravidez**

Desenho 6.2.1.....	86
Desenho 6.2.2.....	87
Desenho 6.2.3.....	88
Desenho 6.2.4.....	89
Desenho 6.2.5.....	89
Desenho 6.2.6.....	90

### **6.3 - Representação sobre o pré-natal**

Desenho 6.3.1.....	91
Desenho 6.3.2.....	91
Desenho 6.3.3.....	92
Desenho 6.3.4.....	93
Desenho 6.3.5.....	94
Desenho 6.3.6.....	94
Desenho 6.3.7.....	95
Desenho 6.3.8.....	96
Desenho 6.3.9.....	96
Desenho 3.6.10.....	97
Desenho 6.3.11.....	98

### **6.4 - Sentimentos em relação ao filho**

Desenho6. 4.1.....	99
Desenho6. 4.2.....	99
Desenho 6.4.3.....	100
Desenho 6.4.4.....	100
Desenho6. 4.5.....	101

# SUMÁRIO

## LISTA DE ABREVIATURAS

## LISTA DE DESENHOS

## RESUMO

## ABSTRACT

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	21
2.1. Geral.....	21
2.2. Específicos.....	21
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	27
4.1. Natureza e Tipo de Estudo .....	27
4.2. Local do Estudo .....	27
4.3. Sujeito do Estudo.....	29
4.4. Coleta de Dados.....	30
4.5. Organização e Análise de Dados .....	32
4.6. Aspectos Éticos e Legais.....	34
<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	36
<b>6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> <b>APRENDIDOS PELOS DESENHOS - ESTÓRIA COM TEMA</b> .....	86
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## APÊNDICES

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do objeto de estudo

O interesse por pesquisar acerca da assistência pré-natal por meio do olhar das gestantes surgiu a partir da vivência da pesquisadora como enfermeira obstétrica, lendo e ouvindo discursos dos profissionais de saúde em sala de parto e UTI materna de um hospital-escola. Esses discursos se relacionavam a problemas que ocorrem durante o parto e decorrente de um acompanhamento pré-natal em condições precárias de atendimento.

A assistência pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da gestação durante todo o seu período, procurando dar condições para o bom desenvolvimento do feto, identificar a gravidez de alto risco e encontrar fatores de riscos e vulnerabilidades que podem influenciar negativamente durante a gestação. Como a mulher enfrenta transformações significativas, faz-se necessário um acompanhamento sistemático neste período, para que ela possa se estabilizar em relação à convivência com tais mudanças.

Um cuidado pré-natal eficiente, abordando as necessidades apresentadas pela clientela, contribuirá para redução de agravos no decurso do período gestacional. Daí a importância de apreender as representações das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal.

A mulher durante a gestação precisa ter acesso ao cuidado pré-natal para acompanhamento da gestação, ser acolhida em seus anseios e necessidades e ter seus direitos garantidos para poder gerar uma criança saudável.

A garantia ao acesso da gestante ao cuidado pré-natal é o caminho para o acompanhamento e desenvolvimento do feto, como também aquisição de conhecimentos básicos sobre a gestação, parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. Este acesso deve ser descentralizado, universal e igualitário, com vistas ao alcance de um maior número de usuárias.

A garantia de um cuidado pré-natal de qualidade reduzirá as taxas de mortalidade materna e perinatal, haja vista que 92% das causas de morte materna são evitáveis com um acompanhamento pré-natal efetivo.

Para que a gravidez ocorra de forma tranquila e sem risco, a gestante e sua família devem receber uma preparação desde a concepção até o parto. Para isso, devem ser garantidos políticas e programas implantados e organizados nos diferentes serviços, bem como

profissionais capacitados que acolham bem a gestante e seus familiares, como forma de ter uma assistência de qualidade, com o objetivo de diminuir a mortalidade materna, fetal e perinatal, pois a maioria destas complicações ocorre no período gestacional, podendo ser tratadas ou minimizadas (PINHO; MEICKE, 2003).

Os fatores de risco diagnosticados durante o pré-natal podem ser amenizados precocemente no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida para a gestante. A prevenção dos agravos que acometem as gestantes ainda é a maneira mais eficaz de reduzir a mortalidade infantil e materna.

Souza *et al.* (2006), em seu trabalho de revisão sistemática sobre mortalidade, relatam dados da Organização Mundial de Saúde, estimando que 20 milhões de mulheres apresentem complicações agudas na gestação, ocorrendo perto de 529 mil óbitos, e que em país subdesenvolvido, como a África Sub-Saariana, a morte materna é considerada um problema de saúde pública, pois este lugar é capaz de produzir uma razão de morte materna tão elevada quanto 1500 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

No mundo, 80% dos casos de morte materna decorrem de causas maternas, aquelas perfeitamente evitáveis, e os óbitos estão assim distribuídos: 25% por hemorragia; 15% por infecção; 12,5 por doença hipertensiva específica da gravidez; (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); 8% por parto obstruído; 20% em razão de aborto; e 20% por causas indiretas (cardiopatias e hipertensão, etc.) (OLIVEIRA, 2003).

No Brasil, a razão de mortalidade materna em 2000 foi de 45,8% por 100.000 nascidos vivos com estimativa elevada para os anos de 2001 de 75,87%, 2003 de 72,99% e 2004 de 76,09% (BRASIL, 2009).

No Ceará, estudo realizado pela Secretária de Saúde do Estado sobre a análise da situação da mortalidade materna no período de 1997 a 2005 revela que neste período ocorreram 1096 mortes maternas, ficando a razão de mortalidade materna do Estado com valores de 73,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2001 e 93,7 em 1998, mantendo-se acima dos valores aceitáveis pelas OMS, que é de 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (CEARA, 2007). A meta que foi pactuada para 2008 com relação à proporção de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil é de 90% destes óbitos. Em números absolutos, em 2007 foram registrados 103 óbitos de mulheres em idade fértil e em 2008 84 óbitos. Esta diminuição do número de óbitos de mulheres em idade fértil está relacionada a investimentos de reformas em hospitais de pequeno porte, onde foram implementados centros de partos humanizados, como também aquisição de equipamentos e treinamento dos profissionais envolvidos na assistência à mulher (CEARÁ, 2007).

Com relação à cidade de Fortaleza, foram registrados 202 óbitos maternos no período, com a razão de mortalidade materna variando em 78,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1997 e 37,3 em 1999. Em relação à faixa etária das mulheres estudadas, 42% tinham idades entre 20 e 29 anos, seguidas de 25% que estavam com idade acima de 35 anos e 23% eram adolescentes. A doença hipertensiva específica da gravidez foi a que mais acometeu as mulheres no total de 25,5% dos óbitos, seguida das hemorragias antes e pós parto (12,7%) (CEARA, 2007).

Com relação à assistência pré-natal a que estas mulheres foram submetidas, o estudo revelou que 78,8% realizaram pré-natal, sendo esta assistência de baixa qualidade, pois deixou de identificar oportunamente os fatores de risco para tomada de decisões e evitar óbitos. As mulheres realizaram de quatro a seis consultas de pré-natal, sendo 42% do total e 39,6% realizaram mais de sete consultas, podendo-se deduzir que as mulheres estavam mal acompanhadas, sendo assistidas em um “pré-natal de baixa qualidade” (CEARA, 2007).

Com base nos dados alarmantes da mortalidade materna no Estado, a Secretaria de Saúde e os municípios em parceria priorizaram ações com suporte no pacto cearense de mortalidade materna lançado em 2004. Segundo o qual privilegiaram algumas recomendações de renovar e implementar comitês estadual e regionais de mortalidade materna, sistema de vigilância à mortalidade materna, o sistema de informações do pré-natal, priorizando dados de anamnese e exame clínico, orientações de vacinas, prevenção do câncer ginecológico e incentivo ao parto normal (CEARA, 2007).

No ano de 2000 a Organização das Nações Unidas, (ONU) fez uma análise dos maiores problemas mundiais, traçou oito objetivos para que os países-membros atuassem de forma a mudar o cenário mundial. São eles: 1) acabar a fome e a miséria, 2) educação básica de qualidade para todos, 3) igualdade entre os sexos e valorização da mulher, 4) reduzir a mortalidade infantil, 5) melhorar a saúde das gestantes, 6) combater a AIDS a malária e outras doenças, 7) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e 8) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. No Brasil os oito objetivos do milênio foram denominados “oito jeitos de mudar o mundo” (BRASIL, 2009).

Abordando mais detalhadamente o quinto objetivo, que se refere à melhoria da saúde das gestantes, foco desta discussão, as metas que se pretende alcançar até 2015 são: reduzir em três quartos, entre 1990-2015, a taxa de mortalidade materna, alcançar até 2015 o acesso universal à saúde reprodutiva, promover no SUS cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva (meta do Governo brasileiro) e até 2015 ter detido o crescimento por câncer de mama e de colo do útero, invertendo a tendência atual (BRASIL, 2009).

Melhorar a saúde materna com quinto objetivo de desenvolvimento do milênio ONU tem como meta reduzir a taxa de mortalidade materna em 75% entre 1990-2015, pois 536 mil mulheres morreram de causas maternas em 2005, sendo que 99% das mortes ocorreram em países em desenvolvimento (FIORI, 2007).

Dados sobre mortalidade materna versus renda populacional no período de 1996-2006 constatam que a mortalidade materna aumentou 11% nos municípios mais pobres do País. Em contrapartida nos municípios onde as pessoas vivem com melhor renda a mortalidade caiu 27% (SOUSA, 2009).

Para atingir os objetivos relacionados à saúde das gestantes, as ações deverão ocorrer de forma articulada com outros níveis de atenção, como é o caso da educação, geração de emprego e renda, melhoria da atenção à saúde, setores que se complementam e essa abordagem integral às gestantes contribuirá para atingir as metas propostas.

O panorama sobre a mortalidade materna supracitada reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher e, quando ocorre uma elevação desta taxa de mortalidade, torna-se um indicativo de insatisfação na prestação de serviço de saúde a este grupo (BRASIL, 2003).

Para contribuir com melhor assistência às mulheres, e com o objetivo de reduzir os índices alarmantes de mortalidade materna, faz-se necessário investimento por parte do governo em todas as esferas, mediante um cuidado pré-natal de qualidade, com uma equipe multidisciplinar, garantia de no mínimo seis consultas médicas e/ou de enfermagem, exames laboratoriais de rotina, teste anti-HIV, imunização contra o tétano, identificação dos fatores de risco, estabelecer maternidade de referência ao parto e Educação em Saúde voltada para os anseios da clientela.

Em estudo realizado sobre a assistência pré-natal oferecida em uma microregião de saúde do Ceará foram evidenciados obstáculos importantes para garantir boa assistência pré-natal, como: percentual significativo de gravidez na adolescência e ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem (MOURA; HOLANDA JR.; RODRIGUES, 2003).

Outros aspectos em relação à assistência pré-natal foram levantados em estudo de Carvalho (2004), ao revelar que as gestantes procuram o serviço de pré-natal mais próximo de sua residência, o que caracteriza um fator positivo, e que, no terceiro trimestre de gestação, as gestantes apresentam dificuldade de acesso e ainda não têm estabelecido um vínculo com o serviço de pré-natal, o que prejudica sobremaneira o seguimento das consultas, comprometendo a qualidade da assistência pré-natal.

Fatores como nível de escolaridade materna baixa, alta paridade, baixa renda familiar, ocupação manual não qualificada, falta de companheiro e atendimentos em serviços públicos são determinantes na inadequação do uso da assistência pré-natal (COIMBRA *et al.*, 2003).

Durante o período gestacional, as gestantes evidenciam tensões surgidas em razão de carência de informações, medo do desconhecido, informações inadequadas sobre o parto e dúvidas sobre os cuidados a serem prestados ao recém nascido nos primeiros dias, influenciando negativamente durante todo processo (RIOS; VIEIRA, 2007).

A organização do serviço de pré-natal também influencia na qualidade de sua assistência. Em estudo sobre atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS, Ribeiro *et al.* (2004) evidenciaram que 60,4% das gestantes não realizaram o exame ginecológico, por fatores culturais ou não disponibilidade deles, 47,4% não realizaram o teste de HIV e 80,1% não realizaram consulta odontológica, e 32,7% das entrevistadas não relataram visitas domiciliares, o que mostra obstáculos para o sucesso da política de atenção às gestantes, que tem como pressuposto básico a cobertura completa e integral da população-alvo.

No contexto da assistência obstétrica foi criado o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000, com objetivo de desenvolver de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a).

Como princípios e diretrizes para a estruturação do programa retro citado, o Ministério da Saúde orienta no sentido de que toda gestante tem direito a acesso; a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; a acompanhamento pré-natal; saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura. Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; e as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal são responsáveis pela garantia destes direitos (BRASIL, 2000b).

Nas ações específicas da assistência pré-natal, é de responsabilidade dos estados e municípios realizar o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes. A garantia ao acesso da gestante ao cuidado pré-natal é o caminho para o acompanhamento da gestação e a garantia da realização de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O acompanhamento completo das gestantes diz respeito às seguintes atividades: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, garantindo os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO - Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; sumário de urina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta (BRASIL, 2000a).

Nos municípios com população acima de 50 mil habitantes, aplicação de vacina antitetânica, dose imunizante; segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres imunizadas; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes e garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000a).

Os estados e municípios receberam incentivos financeiros para pôr em prática todas as ações para um acompanhamento completo das gestantes e assistência no momento do parto. Os valores estão distribuídos pelas seguintes atividades: R\$ 10,00/gestante ao município, para cadastro das gestantes e alimentação do sistema de informação sispre natal; R\$ 40,00/gestante ao município, após a conclusão da assistência pré-natal, com a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, uma no puerpério e os exames e vacina e R\$ 40,00/parto a unidade hospitalar onde a gestante fizer o parto (BRASIL, 2000a).

O Programa prevê indicadores de avaliação, com o objetivo de acompanhar as ações desenvolvidas pelos estados e municípios para que as gestantes recebam uma assistência de qualidade e monitoramento da aplicação dos recursos que foram disponibilizados.

O PHPN foi um programa desenvolvido com bases nas necessidades do País, sendo considerado um programa inédito por ter as ações planejadas em um país em desenvolvimento, ter medidas para diferentes instâncias de assistência, com o objetivo de mudança no modelo de atenção, com estabelecimento de critérios mínimos, com incentivos financeiros assegurados ao cumprimento dos critérios e um sistema de informação que permite o monitoramento e avaliação da assistência às gestantes (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Com a expansão do Programa Saúde da Família, tendo até junho de 2006 uma cobertura de 26 mil equipes distribuídas em todo o País. O, ocorreu ampliação do direito à assistência pré-natal, melhorando o acesso das gestantes. Em todas as regiões do País ocorreu uma queda do número de gestantes sem consulta, ficando a região Nordeste com a maior, representando 33,67%. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram responsáveis pelo maior percentual de gestantes com sete ou mais consultas, representando respectivamente, 64%, 63%, 58%. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais, respectivamente, 28% e 36% (BRASIL, 2006).

O cuidado pré-natal de qualidade, abrangendo maior número de mulheres grávidas, no intuito de oferecer condições básicas e ideais para que a mulher possa ser acompanhada, buscando determinar os fatores de risco, intervir sobre eles e preveni-los, contribuirá para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal.

É sabido que o cuidado pré-natal apresenta baixo custo e mostra resultados satisfatórios. Para que este cuidado seja concretizado, porém, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade, como também valorizar tal cuidado para que possa a cada dia contribuir para o estabelecimento de uma gestação saudável e sem riscos.

Este estudo se propõe apreender as representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal, pois acreditamos que a partir daí, o profissional poderá assistir estas mulheres em sua integralidade, desenvolvendo ações voltadas para suas diferentes necessidades. De nada adianta garantir acesso, ter serviços organizados, se não houver valorização destas ações por parte das mulheres grávidas.

É importante conhecer por meio das gestantes o que elas pensam do pré-natal, principalmente aquelas que não estão aderindo ao programa. Programar encontros para troca de experiências, para esclarecer dúvidas, sensibilizar para adesão ao pré-natal, utilizando metodologias participativas e tendo enfermeiro como facilitador são estratégias para inserir a gestante no Programa, fazendo com que ela se torne responsável por todo o processo (DUARTE; ANDRADE, 2006).

O cuidado pré-natal é o início de um longo tempo que a gestante passa no decurso gestacional, e para garantir o cuidado na sua integralidade é necessário o início do pré-natal o mais precocemente possível. É direito de toda grávida ter um cuidado pré-natal adequado e de qualidade, cabendo ao Estado proporcioná-lo e a ela a responsabilidade de buscar este cuidado.

Mesmo com investimentos feitos ao longo do tempo na assistência pré-natal, ainda se percebem falhas na assistência. As mulheres chegam para assistência ao parto ainda sem exames laboratoriais, ultrasonografia, iniciando tardiamente o pré-natal, com vacinas atrasadas, com número insuficiente de consultas de pré-natal, apresentando fatores de riscos graves, ausência de orientações para o parto. Daí a busca em apreender as representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal, contribuindo com informações baseadas nos anseios e necessidades das gestantes, propondo mudanças na assistência, para que sejam atendidas com qualidade, diminuindo os riscos.

Assistência pré-natal adequada é prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis na gestação, com o objetivo de promover o bem-estar da gestante e de seu conceito, orientados aspectos sobre o parto e cuidados imediatos com o recém-nascido. Estas não demandam estrutura sofisticada e dependem quase que exclusivamente da atuação dos profissionais de saúde (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Tendo melhor acesso, acolhimento, garantia de exames de rotina, medicamentos, orientações sobre gestação, parto e puerpério, serviços organizados, profissionais treinados e envolvidos com o cuidado pré-natal e sabendo que as taxas de mortalidade materna e neonatal irão declinar, as gestantes irão aderir mais cedo a este cuidado, tendo uma gestação mais saudável.

Questionamos a problemática levantando a seguinte questão:

Qual a representação social das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal?

## **OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Aprender as representações sociais de mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal e o momento vivido.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as representações sociais das mulheres grávidas com relação à gravidez;
- Analisar os significados atribuídos ao cuidado pré-natal; e
- Descrever satisfações/insatisfações das mulheres grávidas com o cuidado pré-natal.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Aproximar o objeto de estudo com a Teoria das Representações Sociais, com o objetivo de apreender estas representações das mulheres sobre o cuidado pré-natal, inicialmente foi um desafio, pelo simples fato de termos pouco conhecimento acerca da teoria, mas, após inúmeras leituras, observamos ser esta teoria bastante apropriada para desvendar o objeto de estudo em foco.

A TRS tem sua origem de forma coletiva. Refere-se a um objeto coletivo em busca de uma realidade social. Surgiu no final da década de 50 com uma forma romper conceitos vigentes na época e marcar uma nova etapa na história da Psicologia (NÓBREGA, 2003). Caracteriza-se como uma forma sociológica da Psicologia Social, iniciada na Europa com raízes tradicionais, em contraste com as formas psicológicas da Psicologia Social predominante nos Estados Unidos e América com tendências modernas (FARR, 2003).

Foi no estudo de Serge Moscovici em 1961 intitulado, “A Psicanálise, sua imagem e seu público” que surgiu o conceito de representações sociais. Moscovici toma como base o estudo da apropriação desta ciência pelo público francês, onde estava interessado em saber como a Psicanálise, considerada um novo corpo de conhecimento, difunde-se em uma população humana. Fez isso por meio da opinião e atitude das pessoas a respeito da própria psicanálise e dos psicanalistas. Usou métodos convencionais com: questionários semi-estruturados, pesquisa de opinião e informações que circulavam na sociedade sobre seu objeto de estudo. Elabora os conceitos da teoria e difunde um saber científico inédito através de uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado enquanto “saber prático do senso comum” (NÓBREGA, 2003; FARR, 2003).

Os conceitos de representações coletivas de Durkheim foram utilizados por Moscovici como base de sua teoria, rompendo assim a perspectiva individualista da Psicologia Social (SÁ, 2004). As representações coletivas englobavam conceitos de ciência, religião, mito, modalidade de tempo e espaço. Estavam incluídas também idéias, emoções e crenças que se manifestassem dentro das comunidades. De certa forma, incluir todos estes conceitos e tentar compreender tudo é perder tudo (MOSCOVICI, 2003). Durkheim *“reúne diferentes formas de pensamentos intelectuais que incluíam ciência, religião, crenças, mitos,*

*consistindo em revelar o que há de irredutível à experiência e que se estenda no tempo e no espaço social”* (NÓBREGA, 2003, p. 52).

Moscovi busca com base em Durkheim, estabelecer uma psicossociologia do conhecimento, no qual as representações sociais são reduzidas a uma forma específica de conhecimento, tendo como função a formação de comportamentos e a comunicação entre pessoas, rompendo assim as concepções estáticas de explicações absolutas e irredutíveis (SÁ, 2004).

Enfim, as representações sociais descritas por Moscovici (2003, p. 48), *“são consideradas maneiras específicas de compreender e comunicar o que sabemos com o objetivo de abstrair sentidos do mundo e introduzir nele ordens e percepções que reproduzam o mundo de forma significativa”* e são assim constituídas por meio da mídia, em lugares públicos em processos de comunicação, tendo o senso comum e conhecimento popular a base para seu acesso.

*As representações são sociais devido possuir um aspecto impessoal, no sentido de pertencer a todos, são representações dos outros pertencentes as pessoas e a outros grupos e são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego* (MOSCOVICI, 2003, p. 221).

As Representações Sociais surgem por uma necessidade de conhecer o mundo, está em interação com ele e com os outros, elas permeiam os discursos, emergem através das palavras e são veiculadas através de mensagens e imagens da mídia, cristalizadas em condutas e organizações materiais e espaciais (JODELET, 2001).

Para Coutinho (2005, p. 44) *“as representações sociais constituem uma forma de conhecimentos socialmente elaborados que são produzidos pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar.* Surgem a partir das relações entre grupos sociais por meio da comunicação entre si, evidenciando as características dos indivíduos através dos assuntos que são objeto do seu dia a dia.

Minayo (1999), enfocando uma visão mais sociológica sobre as representações sociais e partindo da visão de vários autores nesta linha de pensamento, relata que as RS devem ser analisadas com base na compreensão das estruturas e comportamentos sociais de forma crítica. Pelo fato de corresponderem às situações reais da vida, manifestam-se por palavras, sentimentos e condutas e usam a linguagem como forma de conhecimento e interação social.

Para Campos e Rouquette (2003), as representações sociais constituem um conhecimento estruturado com papel determinante no modo como os indivíduos veem e reagem em face da realidade. Nas representações, a pessoa apropria-se da realidade que a cerca e, a partir daí, maneja seu comportamento e ações de forma a adaptar-se, ajustar-se e sobreviver na realidade (LEMOS, 1994). Surgem da reconstrução mental elaborada com suporte na consciência, expressadas pelas figuras, atos ou de experiências, aos quais os indivíduos atribuem um significado, de acordo com sua percepção sobre eles, podendo originar comportamentos e atitudes (RODRIGUES, 1999).

A estrutura das representações sociais tem duas faces, comparando-se à frente e o verso de uma folha de papel, que são interdependentes, uma face icônica e a face simbólica sendo representada da seguinte forma: representação = imagem/significação, em outras palavras, a representação nada mais é do que aproximação de toda imagem a uma idéia e vice versa (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais ocorrem por via das relações do sujeito com o objeto representado para dar um sentido àquilo que é estranho e novo, tornar o não-familiar em familiar, como também por meio do discurso público nos grupos, onde as pessoas expressam os conhecimentos que tem acerca do universo, resultando em um processo discursivo e, portanto socialmente construído (NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 2003; CARDOSO; ARRUDA; 2004; WAGNER, 2000).

As funções da RS são quatro: 1) função de saber – compreende-se a realidade; 2) função identitária, define a identidade e permite a proteção das características próprias do grupo e mantendo a sua imagem positiva; 3) função de orientação; guiam os comportamentos e práticas do grupo; e 4) função justificadora justificam-se as posições e comportamentos do grupo (ABRIC, 2000).

Cardoso e Arruda (2004) abordam as propriedades das RS sendo estas elaboradas e compartilhadas no meio social, organizam e estruturam o meio circulante e diferenciam os grupos, enfocando na sua identidade por meio da construção de sua realidade.

A formação das representações sociais ocorre por ancoragem e objetivação. Por ancoragem, entende-se dar nome ou classificar alguma coisa. É um processo que transforma o estranho e perturbador em algo familiar, permite a incorporação do que é desconhecido em uma rede de categorias usuais (MOSCOVICI, 2005; NÓBREGA, 2003). Classificar e dar nomes são duas questões importantes dentro da ancoragem, pois o que é anônimo não pode ser uma imagem comunicável, sendo assim relegado ao mundo da confusão, incerteza e inarticulação. As duas questões são meios de rotular e graduar pessoas e objetos. Têm como

objetivo facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações de pessoas na realidade e formar opiniões (MOSCOVICI, 2005).

A objetivação é o processo de reproduzir um conceito ou imagem, transformar em objeto o que é representado, materializar as abstrações, dar corpo aos pensamentos, tornar visível o que é invisível e impalpável. Tem a função de dar sentido a uma figura, tornar matéria um abstrato (MOSCOVICI, 2005; NÓBREGA, 2003; SÁ, 2004).

Wachelke (2005) define ancoragem como um processo no qual objetos novos são classificados e alinhados com o conhecimento prévio. Objetivação, por sua vez, é a materialização de um conceito, é reproduzir uma idéia abstrata em imagem. Sendo assim, o novo objeto social é inicialmente ancorado mediante idéias em curso, seguidamente, o irreal se torna real, na forma de alguma metáfora ou imagem.

A ancoragem também é descrita como a fase simbólica das representações, pois interpreta e assimila os elementos familiares, classifica-os e dá nomes a eles. A objetivação constitui a fase figurativa das representações e resulta na capacidade que o pensamento e a linguagem têm de materializar o abstrato, surgindo um novo conceito com base nos dados existentes (PARAVINO, 2003).

Paravino (2003), destaca que os estudiosos Denise Jodelet, Willen Doise e Jean Abrinc desmembraram a teoria em correntes complementares, cada um com sua especificidades, Jodelet foi a que mais se aproximou dos conceitos originais da teoria, Doise teve uma visão mais sociológica e Abric aborda a dimensão cognitivo-estrutural das representações. Assim, difundiram a teoria para outras áreas além da Psicologia Social. No Brasil o interesse pela teoria surgiu do núcleo de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal da Paraíba em um curso ministrado em 1982 pela Prof. Denise Jodelet (MARQUES et al., 2006).

Em estudo realizado por Marques, Tyrrell e Oliveira (2006), com o objetivo de levantar o quantitativo de teses e dissertações com abordagem sobre representações sociais no período de 1975 a 2001, os autores identificaram 131 estudos, tendo o ano de 2000 e a região Sudeste concentrado o maior número. No programa de pós-graduação em Enfermagem, os estudos começam a se destacar a partir do ano de 1996, totalizando, até 2001, seis trabalhos com o percentual de 4,6%. A Escola de Enfermagem Anna Nery representa neste estudo a que mais produziu utilizando a teoria das representações sociais. O estudo conclui que a Enfermagem cada vez mais vem apropriando-se destes conceitos para aprofundar a produção dos seus conhecimentos.

O conhecimento do cotidiano das mulheres grávidas por ocasião do cuidado pré-natal, mediante a apreensão de suas representações, vai contribuir para as mulheres expressarem o que pensam, como percebem, sua opinião e expectativas acerca deste cuidado, emergindo conceitos construídos socialmente e ancorados na sua realidade e dará subsídio para planejar ações concretas voltadas para suas necessidades.

Buscar o objeto nas representações sociais, que é considerada a teoria do senso comum, emersa das relações cotidianas e tendo a comunicação como peça fundamental, se faz importante, pois buscaremos a essência do próprio indivíduo no seu cotidiano, conhecendo-o de perto e fazendo nascer seus anseios em determinado momento de sua vida, como é o caso das mulheres que vivenciam o cuidado pré-natal, e florescer uma contribuição com produção de um conhecimento emergido das relações sujeito-objeto.

## **4 TRAGETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Natureza e tipo do estudo**

Este é um estudo descritivo norteado pela Teoria das Representações Sociais com abordagem multimétodos. O estudo é descritivo quando o pesquisador tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos relativos ao seu objeto de estudo (POLIT; BECK; HUGLER, 2004). A pesquisa apresenta-se em duas etapas; uma qualitativa, sendo a maior parte do estudo e outra quantitativa, onde apresentamos os dados sociodemográficos das gestantes e características do pré-natal como também por meio do teste de associação livre de palavras, em que os dados são organizados em um gráfico.

A etapa qualitativa apresenta-se com entrevistas semiestruturadas e do desenho estória com tema, de onde emergiram as representações sociais das gestantes sobre o cuidado pré-natal.

Na representação social, as pessoas utilizam-se da apropriação da realidade que as cercam e, a partir daí, manejam seu comportamento e ações de forma a adaptar-se, ajustar-se e sobreviver na realidade. As representações sociais são expressas, elaboradas e veiculadas no processo ocorrente nas relações sociais, e são princípios geradores de tomada de posição, as quais são ligados a inserções especificadas num conjunto de relações sociais (LEMOS, 1994).

A abordagem de multimétodos para coleta de dados é utilizada nos estudos com representação social como forma de apreender o fenômeno estudado, dando mais visibilidade aos aspectos subjetivos emergidos dos sujeitos (COUTINHO *et al.*, 2003).

## 4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de pré-natal de um hospital maternidade pertencente à Secretaria Regional VI, no Município de Fortaleza-Ceará, Brasil.

A Secretária Regional VI tem uma população estimada em 600 mil habitantes. Abrange e atende diretamente aos moradores de vinte e sete bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza: Sabiaguaba, Edson Queiroz, Sapiranga, Alagadiço Novo, Curió, Guajerú, Coaçu, Paupina, Parque Manibura, Cambeba, Messejana, Ancuri, Pedras, Jardim das Oliveiras, Cidade dos Funcionários, Parque Iracema, Auto da Balança, Aerolândia, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cajazeiras, Barroso, Jangurussu, Passaré, Parque Dois Irmãos e Lagoa Redonda. Tem como objetivos garantir a melhoria de vida aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região (PMF, 2009).

A rede de saúde da SER VI é composta de 27 unidades de saúde, assim distribuídas: 20 postos de saúde, 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, Hospital Frotinha de Messejana, NAMI (unidade de saúde pertencente a Universidade de Fortaleza), 1 Centro de Zoonozes, IPREDE e 1 centro de especialidades.



O hospital-maternidade lócus da para realização do estudo tem nível de atendimento secundário. O atendimento obstétrico faz parte da maioria da demanda atendida pela Instituição, dispendo de um serviço de pré-natal, que atende em média 1060 consultas de

pré-natal mensalente. As gestantes são atendidas na primeira consulta pela enfermeira e tem seguimento no pré-natal com as consultas médicas. Elas têm oportunidade de participar de grupos de gestantes onde são discutidos assuntos relativos à gravidez, parto, aleitamento materno, cuidados com recém-nascidos e puerpério. São disponibilizados na própria unidade os exames laboratoriais de rotina do pré-natal, como também serviço de ultrassonografia. A referência ao parto é feita para a própria instituição, que tem uma sala de parto composta por dez leitos e oferece um atendimento humanizado para estas gestantes com a presença de acompanhante, como previsto pela Lei 11.108 de 07 de abril de 2005.

Embora tenha características de hospital secundário, dispõem de uma UTI neonatal com 10 leitos, que atende recém-nascidos prematuros, e um berçário de médio risco com 15 leitos. O alojamento conjunto é composto de 50 leitos, que acolhem o binômio mãe-filho. Por ocasião do puerpério, são realizadas orientações sobre aleitamento materno e os recém-nascidos recebem as vacinas anti-hepatite e BCG. Outras ações referentes à saúde da mulher são contempladas nesta unidade hospitalar, como Serviço de Planejamento Familiar com realização de cirurgias de ligação de trompas e vasectomias, como também um Serviço de Cirurgia Ginecológica e atendimento de mulheres em processo de abortamento. Essa unidade hospitalar é referência para atendimento às mulheres soropositivas, sendo realizadas todas as medidas para reduzir a transmissão vertical; referência no atendimento às mulheres vítimas de violência e para os parto daquelas com privação de liberdade; como também é referência para ao parto das gestantes atendidas na atenção básica da SER VI.

#### **4.3 Sujeitos do estudo**

A população-alvo do estudo se constituiu de mulheres grávidas atendidas no ambulatório de pré-natal em um hospital-maternidade pertencente à Secretaria Regional VI, no Município de Fortaleza. O estudo teve como critérios de inclusão mulheres grávidas a partir de 18 anos e que estivessem no terceiro trimestre de gestação, pelo fato de ter nesta idade gestacional, vivenciado a maior parte das consultas de pré-natal, que aceitaram participar do estudo e que estejam sendo atendidas no serviço de pré-natal desta unidade nos meses de junho, julho e agosto de 2008. Participaram da primeira etapa da pesquisa 100 mulheres grávidas que responderam ao teste de associação livre de palavras (TALP).

Das 100 mulheres que fizeram o teste de associação livre de palavras, 24 responderam à entrevista semiestruturada, sendo esta quantidade estabelecida por saturação teórica. A outra etapa foi constituída do desenho estória com tema, tendo sido formados outros três grupos com participação de 27 gestantes que realizaram o desenho sobre o cuidado pré-natal. Este total de gestantes foi estabelecido pela repetição dos desenhos, caracterizando uma saturação.

A saturação teórica é muito utilizada nas pesquisas na área de saúde, para definir o tamanho da amostra, interrompendo a captação de novos sujeitos, norteando assim sua finalização (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### **4.4 Mecanismo e estratégia de coleta de dados**

As técnicas escolhidas para a coleta de dados foram: teste de associação livre de palavras, entrevista semiestruturada e desenho-estória com tema. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho, julho e agosto de 2008, nos horários das consultas do pré-natal que ocorrem pela manhã (7 às 11) e a tarde (13 às 17).

- Técnica de associação livre de palavras (TALP)

A associação livre de palavras é uma técnica projetiva desenvolvida por Jung e adaptada para a Psicologia Social por Di Giacomo. É uma investigação aberta que tem como objetivo inicial fazer o levantamento do diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade do sujeito e é utilizada atualmente com o intuito de evidenciar universos semânticos, por meio da evocação de respostas procedente de estímulos indutores (NÓBREGA; 2003). Os estímulos indutores gravidez, cuidado, pré-natal e si mesmo foram utilizados neste estudo para evidenciar o universo das gestantes.

Esta técnica é largamente empregada nos estudos de representação social, (COUTINHO et al., 2003), pois dá condições ao pesquisador de apreender a percepção da realidade de um grupo social, com base em uma estrutura semântica já existente (OLIVEIRA et al., 2005).

Para aplicação do teste de associação livre de palavras, o pesquisador deve disponibilizar um local apropriado, sem interferências, pois os sujeitos necessitam de

concentração para evocar as palavras a partir de estímulos (OLIVEIRA *et al.*, 2005). O teste foi aplicado no consultório de atendimento do pré-natal com as gestantes que aceitaram participar de estudo e estavam incluídas nos critérios estabelecidos. No momento da aplicação do teste, explicamos como seria sua aplicação e houve necessidade de exemplificar para melhor entendimento por parte das mulheres. Foi indagado às mulheres grávidas, o que lhes vinha à mente quando se falavam as palavras gravidez, cuidado, pré-natal e si mesma. As respostas deveriam vir livremente e o mais rápido possível, para evitar elaboração da resposta mental e as mesmas fora anotadas em formulário específico (apêndice A). Responderam ao teste 100 mulheres grávidas.

- Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada parte da utilização de tópicos pré-estabelecidos, funcionando como um guia para o pesquisador, como forma de garantir que todas as áreas das questões estão sendo cobertas (POLIT; BECK; HUGLER, 2004). Foi utilizada para complementar os dados obtidos no TALP, evidenciando dados quantitativos e qualitativos.

Trata-se de uma técnica que permite o surgimento das representações sociais pelo fato de poder criar um ambiente de conversação entre pesquisador e sujeito (OLIVEIRA *et al.*, 2005). As variáveis quantitativas que fizeram parte da entrevista semiestruturada abordaram os dados sociodemográficos de idade, escolaridade, estado civil, renda salarial e profissão. Também foram dados quantitativos aspectos relacionados ao acompanhamento do pré-natal, extraídos do cartão da gestante no momento da entrevista (anexo B). Os dados qualitativos emergiram das perguntas abertas, tendo como base os objetivos da pesquisa, a saber: Como você sente-se como gestante? Qual importância que você atribui ao cuidado pré-natal? Quais as dificuldades que você enfrentou durante a gravidez e com o serviço de pré-natal?

Após serem autorizadas pelas gestantes, as entrevistas foram gravadas para melhor apreender o conteúdo expresso e manter maior fidedignidade nos discursos.

- Desenho-estória

O desenho-estória com tema é uma técnica que dá a possibilidade de acesso às ideias, e emoções, retratando em linguagem de gráficos o sentimento de quem o fez (FARIAS FUREGATO, 2005). Pode ser aplicado em ambos os sexos, qualquer faixa etária, qualquer nível mental, social e cultural (FONSECA; COUTINHO, 2005).

A utilização do desenho-estória como um recurso na pesquisa qualitativa em saúde, por ter semelhança com as técnicas projetivas utilizada na Psicologia, se baseia nas informações que os pesquisados, ao entrarem em contato com o objeto proposto, irão projetar suas representações sociais sobre o fenômeno enfocado (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Solicitamos às gestantes que desenhassem em uma folha de papel como elas estavam percebendo o cuidado pré-natal e para isso, entregamos lápis preto nº 2 e borracha. Após o término do desenho, pedimos que escrevessem sobre o desenho. Foram realizados três encontros com três grupos diferentes de mulheres. Neste momento, contamos com a colaboração de uma psicóloga para realizar o acolhimento das mulheres no grupo. A importância de coletar os dados do desenho-estória com tema em grupo decorreu da praticidade, do maior número de resultados em pouco tempo. A presença da psicóloga foi importante pelo fato de realizar o acolhimento com técnicas simples que permitiram uma maior aproximação da nossa com o grupo e faziam com que as mulheres tivessem condições de expressar o cuidado pré-natal com maior facilidade.

Os encontros foram realizados no auditório da Instituição e foram divididos em três momentos. O primeiro, denominado de acolhimento, foi conduzido pela psicóloga, que aplicou técnicas nos quais as mulheres se expressavam sobre si mesmas, família e gravidez. O segundo momento foi o desenvolvimento da técnica em si, quando explicamos o objetivo do trabalho, convidávamos as gestantes a participarem do estudo, entregávamos a folha de papel em branco, o lápis e uma borracha para que as mulheres desenhassem sobre o cuidado pré-natal. Durante a execução da técnica, foi posta uma música-ambiente bem, suave como forma de deixar o ambiente agradável. Após o término do desenho, pedimo-lhes que contassem a estória do desenho. O terceiro momento foi a finalização do grupo e, como forma de agradecimento às mulheres, houve sorteio de brinde e foi servido um lanche para as participantes.

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Os dados obtidos por meio do TALP foram codificados e organizados em um banco de dados e processados no Soft Tri-Deux Mots, utilizado nos estudos com representação social, para tratamento de dados obtidos por esta técnica, pois evidência as

variáveis fixas (em colunas) e as modalidades e ou variáveis de opinião (em linhas) e, partir daí, se confronta e revela graficamente a representação do plano fatorial (FONSECA; COUTINHO, 2005). As palavras evocadas também foram transcritas na íntegra, correspondendo a cada estímulo indutor com o objetivo de elaborar um dicionário de palavras. No total foram evocadas 808 palavras que após processadas no Soft Tri-Deux Mots, surgiu um gráfico, que foi analisado e respaldado com a literatura pertinente.

As verbalizações surgidas das entrevistas foram transcritas na íntegra e, a partir daí, foram organizadas pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), com as seguintes etapas:

1) Pré-análise, que constitui a fase de organização dos dados. Ocorreu com a transcrição na íntegra das 24 entrevistas realizadas com as mulheres grávidas, seguida da leitura flutuante destas entrevistas para que pudessemos passar para a segunda etapa. 2) Exploração do material que consiste na codificação destas entrevistas que Bardin (2008), descreve como a fase de transformação dos dados brutos do texto mediante recorte, agregação e enumeração, com o objetivo de descrever as características contidas nas entrevistas. O recorte ocorre para escolha das unidades de registro (a unidade escolhida foi a frase) e unidade de contexto. 3) A terceira fase compõe a categorização quando agrupamos as unidades e posteriormente realizamos a descrição das categorias. Neste estudo, foram evidenciadas três categorias a saber:

1) Representações Sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal, que contém seis subcategorias.

- Periodicidade
- Preocupação com o filho
- Cuidado
- Detectar problemas
- Manter contato com o bebê
- Preocupação com ela mesma.

2) Sentimentos e dificuldade das mulheres em relação à gravidez, com cinco subcategorias

- Ambivalência
- Felicidade
- Gratidão a Deus-Fé

- Insegurança
  - Dificuldade.
- 3) Representações das mulheres grávidas relativas ao serviço de pré-natal oferecido, com três subcategorias
- Organização do serviço-acesso e acolhimento
  - Satisfação com o atendimento
  - Atendimento dos profissionais.

A técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (1977) “tem como objetivo compreender criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (FONSECA et al., 2005, p. 90). Esta técnica pode ser aplicada em diferentes tipos de documentos, como: textos escritos ou comunicação oral, visual ou gestual (FONSECA; COUTINHO, 2005).

A análise de conteúdo é um rol de possibilidades de análise das comunicações e aplicável em um campo muito vasto (BARDIN, 1977). Na utilização da análise de conteúdo, o pesquisador é considerado um detetive, pelo fato de pesquisar e acumular pistas, para produzir provas e descobrir o inesperado. Para isso, utilizará a criatividade e o rigor para atingir seus objetivos (ARRUDA, 2005).

Para análise dos desenhos, os mesmos foram observados sistematicamente, feito uma leitura flutuante das histórias, agrupamento dos desenhos por semelhança e interpretação das figuras e a histórias descritas nos desenhos foram analisadas pela análise de conteúdo de Bardin (1977).

#### **4.6 Aspectos legais e éticos**

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, onde foi aprovado pelo Parecer n. 08133804-0, de 15 de maio de 2008. Após autorizada a pesquisa, mantivemos contato com as mulheres grávidas durante a consulta pré-natal e as convidamos a participar do estudo. As mulheres grávidas que aceitaram compor o estudo foram informadas dos objetivos, tendo garantidos o sigilo e o anonimato. Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foi assegurado o direito de interromper sua participação no momento que quisessem. Para estes requisitos, foram

obedecidas as determinações éticas da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Toda pesquisa que envolve seres humanos deve respeitar os três princípios éticos mais importantes, que são: beneficência, respeito à dignidade humana e à justiça. Por beneficência entende-se não causar danos. Tem como princípios manter a integridade física e psicológica dos sujeitos, não expor a exploração e avaliar o risco /benefício em relação ao estudo (POLIT; CHERYL; HUGLER, 2004).

O princípio do respeito à dignidade humana engloba o direito à autodeterminação significando que o sujeito tem o direito de decidir se participa voluntariamente do estudo, com a garantia de não sofrer qualquer tipo de coação ou, caso desista de participar, o direito à revelação total onde o pesquisador descreve de forma inteligível a natureza do estudo, o direito da pessoa de recusar a participação, as responsabilidades do pesquisador e os possíveis riscos e benefícios do estudo. O consentimento é o momento da decisão de participar ou não do estudo. Os sujeitos após, receberam todas as informações, tomam a decisão. Caso aceite participar, o sujeito deve assinar um formulário que contém as informações sobre a finalidade, os objetivos, a natureza voluntária da participação, os riscos e benefícios do estudo (POLIT; CHERYL ; HUGLER, 2004).

O princípio da justiça aborda o tratamento justo e o direito à privacidade. O direito à privacidade é garantido pelo anonimato e o sigilo é assegurado quando as informações fornecidas não são relatadas publicamente ou acessíveis a terceiros não envolvidos no estudo (POLIT; CHERYL; HUGLER, 2004).

Todo pesquisador ético é obrigado embasar seu estudo nestes princípios, como uma forma de proteger os sujeitos.

Os resultados obtidos no estudo serão apresentados na instituição como uma forma de mostrar os dados e para que estes possam contribuir de forma positiva para melhorar o atendimento às mulheres.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 5.1 Conhecendo as mulheres

As mulheres foram caracterizadas nos dados sociodemográficos por meio das variáveis relacionadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda salarial e profissão, bem como quanto aos aspectos relacionados ao pré-natal como idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas, quantidades de gestações, resultados dos exames laboratoriais, preenchimento da curva de peso/idade gestacional e curva altura uterina/idade gestacional, realização de exame odontológico e participação em grupos educativos.

O quadro 1 demonstra o perfil das mulheres grávidas com nas variáveis sócio demográficas descritas acima.

Quadro 1 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas das mulheres grávidas. Fortaleza-CE, 2008.

VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº
<b>Idade</b>		<b>Escolaridade</b>	
18 – 25 anos	54	1º grau incompleto	36
26 – 36 anos	34	1º grau completo	12
34 – 41 anos	12	2º grau incompleto	15
		2º grau completo	34
		Nível Superior	1
		Analfabeta	1
		Pro-jovem	1
<b>Estado Civil</b>		<b>Renda salarial</b>	
União Consensual	52	>1 salário mínimos	1
Casada	36	1 a 2 salários mínimos	78
Solteira	12	3 a 4 salários mínimos	11
		< 5 salários mínimos	1
		Sem renda	4
		Bolsa família	2
		Não sabe	3
<b>Profissão/Ocupação</b>			
Do lar	58		
Empregada doméstica	11		
Costureira	5		
Faxineira	4		
Comerciante	3		
Vendedora	3		
Balconista	3		
Aux. Administrativo	2		
Operador de caixa	2		
Babá	2		
Fiscal	2		
Bordadeira	2		
Autônoma	1		
Advogada	1		

Das mulheres grávidas que participaram do estudo 54 encontravam-se na faixa etária de 18-25 anos, 34 no intervalo de 26 a 36 anos e 12 mulheres grávidas estavam entre 34 a 41 anos. Observamos que a gravidez está presente em todas as faixas etárias, excluídas do estudo as adolescentes com idade abaixo de 18 anos. Mais da metade das gestações ocorreu entre os 18 e 25 anos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), mostra que o percentual de jovens grávidas cresce com a idade aumentando de 3,7% aos 15 anos para 9,6% aos 18 anos.

Dados relacionados ao estado civil neste estudo mostram que 52 mulheres se encontravam em união conjugal estável, ou seja, viviam maritalmente, porém não eram formalmente casadas; 36 eram casadas e 12 eram solteiras. Dados do censo de 2000, segundo o IBGE mostram que existe tendência ao longo dos anos de um declínio das uniões legais e aumento das uniões consensuais, principalmente nas pessoas jovens. Se formos comparar as variáveis idade e estado civil, os dados do estudo assemelham-se aos dados do censo de 2000 pois, no estudo 54% da amostra encontram-se entre 18-25 anos e 52% em união consensual. As mulheres se declararam segundo estado conjugal em 64% casadas ou em união consensual, o que também corresponde aos dados do estudo. (BRASIL, 2009)

Analisando a variável escolaridade, 36 mulheres têm o 1º grau incompleto, 12 o 1º grau completo, 15 o 2º grau incompleto, 34 o 2º grau completo, uma o nível superior, uma era analfabeta e uma frequentava o Pró- Jovem. Ainda observamos que as mulheres do estudo apresentam boa escolaridade, embora ainda existam mulheres com primeiro grau incompleto. Ao longo dos anos, os governos investem em políticas públicas para incentivar as pessoas a ingressar nas escolas e concluir seus estudos. São exemplos Bolsa Família, Pró Jovem, Pró Uni e as cotas para negros nas universidades. O nível de escolaridade entre as mulheres vem aumentando nos últimos anos (IBGE, 2000; BRASIL, 2009).

Estudo sobre a escolaridade materna e a correlação com indicadores obstétricos revela que mães com menos de oito anos de estudo apresentam chance 1,5 vezes maior de terem recém nascidos de baixo peso, associando as baixas condições socioeconômicas e início mais tardio do pré-natal; e as mães com maior instrução tiveram o dobro de oportunidade de realizar mais de seis consultas de pré-natal. Conclui que a baixa escolaridade materna predispõe a fatores de risco materno e para o recém nascido (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Estes dados são preocupantes pelo fato de a mulher exercer diferentes papéis na sociedade e o papel de mãe será um dos mais afetados, quando relacionado ao grau de escolaridade, pois a realidade do atendimento no serviço de saúde é a presença maciça da mulher, que muitas vezes leva seus filhos ao atendimento ou estar ali em decorrência da gestação, parto ou puerpério.

A renda salarial relatada pelas mulheres estava compreendida em sua maioria (78), na faixa de 1 a 2 salários mínimos seguindo-se de (11) com 3 a 4 salários mínimos, quatro não tinham renda, três não sabiam informar, duas recebiam Bolsa Família e uma não tinham renda.

A inadequação do uso da assistência pré-natal está associada a fatores como renda familiar baixa, ocupação manual não qualificada, falta do companheiro e atendimento em serviço público (COIMBRA *et al.*, 2003).

Quando indagadas sobre qual profissão exerciam 58 eram donas de casa, 11 trabalhavam em casa de família (domésticas), cinco costureiras, quatro faxineiras, três comerciantes três vendedoras, três balconistas, três auxiliar administrativos, duas operadoras de caixa, duas babás, duas fiscais, duas bordadeiras, uma autônoma e uma advogada. Observando os dados apresentados, as mulheres exercem na sua maioria atividade restrita ao ambiente doméstico, o que não enseja recursos financeiros, podendo inferir que sua renda familiar provém do companheiro. As profissões declaradas pelas mulheres são aquelas consideradas eminentemente femininas e que ensejam baixos níveis salariais, como mostrado nos dados de renda familiar.

Dados relacionados à força de trabalho mostram que 75% das mulheres já haviam trabalhado alguma vez, mas que a participação feminina no mercado ainda deixa a desejar e estas mulheres ainda trabalham na informalidade, isto é, sem carteira assinada. (BRASIL,2009)

## 5.2 Conhecendo a assistência pré-natal

O quadro 2 demonstra os dados registrados no cartão pré-natal baseado nas variáveis já descritas.

Quadro 2 - Distribuição dos dados registrados no cartão pré-natal. Fortaleza-CE, 2008.

VARIÁVEIS	N <sup>0</sup>	VARIÁVEIS	N <sup>0</sup>
<b>Início do pré-natal</b>		<b>Número de consultas</b>	
> 10 semanas	5	2 a 4 consultas	34
10 a 13 semanas	21	5 a 7 consultas	51
14 a 18 semanas	28	< 7 consultas	3
19 a 22 semanas	14	Sem registro	12
23 a 26 semanas	7		
< 26 semanas	6		
Sem registro	19		
<b>Número de gestações</b>		<b>Resultado dos exames</b>	
Primigesta	35	Todos, sem citologia	80
Multigesta	65	Sem exames	7
		Todos com citologia	5
		Parcialmente	8
<b>Curva peso/ idade gestacional</b>		<b>Curva altura uterina/idade gestacional.</b>	
Em nenhum cartão estava preenchido este gráfico		Em nenhum cartão estava preenchido este gráfico	
<b>Exame odontológico</b>		<b>Motivos expressados pelas mulheres grávidas para procurar o assistência odontológica</b>	
Sim	20	Realizava exame particular	
Não	80	Já tinha acompanhamento	
		Não conseguiu consulta	
		Foi procurar outro serviço	
		Não falou para o médico	
		Precisou mais não foi	
<b>Participação de grupos educativos</b>		<b>Assuntos mais lembrados pelas mulheres grávidas</b>	
		Desenvolvimento do bebê	27
	96	Doenças	11
Sim		Exames	5
	4	Higiene	1
Não		Pré-natal	10
		DST	21
		Aleitamento	4
		Parto	19
		Medicamentos	5
		Gravidez	23
		Cuidados	12
		Cuidados com as crianças	8
		Enjôos	2
		Corpo	2
		Postura	1
		visitas	1
		Psicologia	2
		Planejamento Familiar	2
		Não se lembra do assunto	14

Analisando o quadro 2, que se refere à assistência pré-natal recebida pelas mulheres que participaram do estudo, podemos observar com relação ao início do pré-natal que cinco iniciaram o pré natal com menos de dez semanas, 21 entre 12 e 13 semanas, 28 entre 14 a 18 semanas, 14 entre 19 a 22 semanas, sete entre 23 a 26 semanas, seis maior de 26 semanas e 19 cartões não tinham o registro do início do pré-natal. Pelos dados apresentados, concluímos que elas iniciaram o pré-natal precoce, ainda no primeiro trimestre. O PHPN preconiza que as mulheres devem iniciar o pré-natal o mais precocemente possível, que elas sejam captadas até 120 dias de gestação (BRASIL, 2000b).

Estudo realizado para avaliação da rede básica, no Rio de Janeiro, mostrou que 46% das gestantes pesquisadas ingressaram no pré-natal no primeiro trimestre; 41% no segundo; e 13% no terceiro. Em Curitiba, este percentual foi de 65% e em São José do Rio Preto (SP) 53,4% iniciaram a assistência por volta do terceiro mês. (SILVEIRA; SANTOS, COSTA, 2001; CARVALHO; NOVAES, 2004; MORAES *et al.*, 2004) percebe-se a preocupação dos autores em determinar o início do pré-natal, quando se avalia o serviço.

Um pré-natal adequado e de sucesso depende muitas vezes do início precoce das consultas, pois a mulher grávida terá oportunidade de vivenciar maior número de consultas e realizar todas as ações para o período gestacional, como também fortalece a adesão ao acompanhamento periódico e identifica fatores de risco precocemente. (COIMBRA *et al.*, 2003; NAGAHOMA; SANTIAGO, 2006; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

De acordo com os dados, 19 cartões não constavam o início do pré-natal e também não continham a data da última regra, o que dificulta estimar a data provável pela Regra de Nagele e avaliar o início do crescimento do feto.

A adesão da mulher grávida ao início precoce do pré-natal depende em grande parte de sua própria iniciativa e está condicionada a diferentes fatores que podem incluir a disponibilidade do serviço e o acesso (CARVALHO; NOVAES, 2004).

O número de consultas também é outro item que faz parte da avaliação da qualidade do pré-natal. No estudo, as mulheres encontravam-se no terceiro trimestre de gestação e o número de consultas ficou assim distribuído: 34 tinham no momento da entrevista participado de duas a quatro consultas, 51 de cinco a sete consultas e três mais de sete consultas e em 12 cartões não foi possível anotar o número de consultas. O calendário de consultas é distribuído ao longo do trimestre, sendo preconizada pelo

Ministério da Saúde uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, totalizando seis consultas (BRASIL, 2005).

As mulheres do estudo, na sua maioria, (51) encontravam-se com um número adequado de consulta, mas vale ressaltar que 34 tinham participado de duas a quatro e pelo calendário deveriam estar no terceiro trimestre iniciando a quinta consulta. Este fato pode estar associado ao início tardio do pré-natal.

O número mínimo de seis consultas, além de garantir um acompanhamento adequado para avaliar a evolução da gestação e levantar os fatores de risco proporcionará vínculo da gestante e sua família com a unidade, a fim de prepará-la para parto e puerpério (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Dados do painel de indicadores do SUS (2006) revelaram queda de gestantes sem consulta pré-natal, e a região Nordeste foi a que apresentou a maior queda, com um percentual de 33,67%; nos estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste mais da metade das gestantes atingiu 7 ou mais consultas (BRASIL, 2006).

Com relação ao número de gestações, 65 eram multigestas, sendo assim consideradas as mulheres que tinham duas gravidezes em diante, e 35 eram primigestas.

Os exames laboratoriais básicos que fazem parte da rotina do pré-natal definidos pelo Ministério da Saúde são: ABO - Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; sorologia para hepatite B (HBsAg) na 30ª semana de gestação e sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta.

Os exames realizados e anotados no cartão de pré-natal ficaram assim distribuídos: 80 mulheres realizaram todos os exames, mas não fizeram a citologia; sete não tinham nenhum exame registrado; cinco tinham todos os exames, inclusive a citologia, e oito tinham registrado os exames de forma parcial, isto é, faltava a anotação de algum tipo de exame.

Os dados clínicos e obstétricos levantados por ocasião da consulta são complementados por meio dos exames laboratoriais e levam ao diagnóstico e intervenção precoce caso haja necessidade, daí sua fundamental importância no período gestacional (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

A realização dos exames ainda se constitui um nó crítico na assistência pré-natal e estudos revelam que a oferta do teste anti-HIV e a realização da citologia são os procedimentos com baixa realização (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SOUZA JÚNIOR, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2004).

Determinar o peso versus idade gestacional tem por objetivo avaliar o ganho de peso durante a gestação e o estado nutricional da gestante. No estudo, o gráfico referente a estas variáveis não havia sido preenchido, o que impede o profissional de identificar alterações para este parâmetro, dificultando o diagnóstico e a intervenção em caso de alteração. O mesmo ocorreu com o gráfico referente à curva altura uterina versus idade gestacional, que avalia o crescimento fetal, diagnostica causas de desvio no crescimento fetal, como gravidez gemelar, retardo do crescimento, poli-idrâmnio ou oligoâmnio e macrosomia fetal.

Diagnosticar risco nutricional durante o pré-natal possibilita os profissionais incentivar a gestante a adquirir hábitos alimentares saudáveis, encaminhar para programas sociais, pois o estado nutricional da mãe vai influenciar no crescimento e peso do recém nascido (SANTOS *et al.*, 2006).

Com o aumento da cobertura do PSF e inserção do dentista nas equipes de assistência às famílias, criou-se a oportunidade da assistência odontológica durante o pré-natal. No serviço estudado, as mulheres não tiveram esta assistência, como mostra o quadro. As mulheres que relataram ter havido necessidade deste atendimento o foram procurar por conta própria, ou já tinha acompanhamento anterior à gestação como também não conseguiram atendimento.

Outro aspecto abordado com as mulheres foi a participação em grupo educativo durante a assistência pré-natal, e, como mostra o quadro, 80 mulheres participaram e 20 não participaram. A assistência pré-natal da unidade em estudo enseja às mulheres grávidas participarem do curso da gestante. A primeira consulta é realizada pela enfermeira, que faz a consulta individual e no mesmo dia faz comum grupo com o objetivo de informar as mulheres sobre aspectos relativos ao pré-natal, gestação, exames, alterações decorrentes da gravidez. Após a primeira consulta, a gestante terá oportunidade de participar de outros módulos do curso de acordo com a idade gestacional.

O grupo das gestantes é um espaço ideal para troca de experiências, efetivação da aprendizagem, esclarecer dúvidas, diminuir ansiedade com relação à gestação, parto e puerpério. Para isso, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro,

é o responsável por conduzir o grupo, compartilhar o seu saber e facilitar a interação entre os participantes (SPINDOLA, 2001).

O estímulo às ações educativas pela participação por meio da discussão de situações da vida comum é um método eficaz para investigação e intervenção, e transpõe o modelo biomédico e fragmentado a que é submetida a mulher por ocasião das consultas (DELFINO *et al.*, 2006).

Os assuntos mais lembrados pelas mulheres foram: desenvolvimento do bebê, doenças, exames, higiene, pré-natal, DST, aleitamento, parto, medicamentos, gravidez, cuidado, postura, visitas, relação sexual, HIV, cuidados com criança, enjoo, corpo, psicologia e planejamento familiar.

A interação do profissional com as mulheres durante as ações educativas possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos e maior entendimento sobre o processo de gestar. Esta interação ocorre quando o profissional estabelece uma escuta acolhedora, estimulando espaços de falas por meio das discussões coletivas, dramatização e dinâmicas, tendo como foco principal a gestante, mas podendo ser ampliada para a família e o companheiro (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda alguns aspectos que podem ser abordados nas ações educativas coincidentes com as que foram citadas pelas mulheres, mas merecem destaque assuntos importantes que devem sempre fazer parte deste momento, como: medo e fantasias referentes a gravidez e parto, sinais de alertas para intercorrência durante a gravidez (dor, febre, perda de líquido, cansaço), sinais e sintomas do parto, saúde mental e violência sexual e doméstica (BRASIL, 2005).

### **5.3 Representação social das mulheres sobre o cuidado pré-natal**

A assistência pré-natal consiste no acompanhamento sistemático e periódico, com o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas, pelo contato frequente e planejado, de acordo com a idade gestacional, identificando, assim, fatores de risco e intervindo de maneira precoce, visando a reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil. Neste espaço, a mulher grávida encontrará um locus privilegiado para expressar suas dúvidas e necessidades sobre o processo gestacional e sente-se segura

para enfrentá-lo de forma positiva (CARVALHO; NOVAES, 2004; SPÍNDOLA, 2001; MOURA; LOPES, 2003).

### 5.3.1 Periodicidade

As mulheres que vivenciaram a assistência pré-natal representam esta assistência por meio da participação nas consultas mensais como forma de acompanhar a gestação e o crescimento do bebê, prevenir agravos para poder ficar tranquila ao longo da gestação, por saber que tudo está ocorrendo bem. Os depoimentos ilustram bem este sentimento:

*Ai eu acho bom, venho todos os meses para saber como está a criança tudo, a pessoa se preveni também. E3*

*Para mim, o pré-natal é muito importante eu venho todo mês, eu vou saber como está o meu bebê se ele está bem, para mim é importante eu to gostando do pré-natal. E8*

*Vir todos os meses para saber como o bebê tá, fico mais tranqüila com mãe, saber como o bebê ta eu fico muito mais tranqüila. E9*

As gestantes valorizam a assistência pré-natal quando percebem a necessidade de comparecer ao encontro toda vez que está marcado, de iniciar o atendimento o mais precoce possível, aderir ao uso de medicações quando assim for necessário e enfrentar barreiras que a impeçam de comparecer. É o que podemos destacar com os depoimentos seguintes.

*O certo é vir toda vez que está marcado para saber se a criança ta com desenvolvimento dela para não ter nenhum problema, a criança nascer sadia, saudável.E6*

*Eu queria ter vindo mais, preenchido mais meu cartão sabe, eu sei que é importante. E1*

*Eu nunca faltei uma consulta, e nunca tive preguiça de vir, porque eu queria saber como ela estava e é a única forma de saber como ele vai ta. E4*

A assistência pré-natal visa a avaliar e acompanhar a saúde da mãe e do feto e o seu desenvolvimento de forma integral (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual), identificando fatores de risco que venham a modificar o curso normal da gestação e dar oportunidade de referenciar para acompanhamento de alto risco a fim de assegurar uma intervenção precoce. Para ter condições de ser assistida de forma integral, o pré-natal deve iniciar de forma precoce, com o contato de preferência no primeiro mês de gestação, ser periódico, atendendo a um número pré-estabelecido de consultas, ser completo, contemplando ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, e ter ampla cobertura, com o intuito de atender um maior número de gestantes (ZAMPIERE, 2005).

A representação expressa nesta categoria acerca do cuidado pré-natal está evidenciada pela importância que as gestantes atribuem ao acompanhamento por consultas, que é um momento para diálogo entre o profissional, que se posta à disposição das mulheres, estabelece parcerias, estimula um espaço de troca de experiência, minimiza ansiedades, atende necessidades, acolhe familiares e acompanhante. Na subcategoria seguinte, as mulheres representam o cuidado pré-natal por meio da preocupação com o filho.

### 5.3.2 Preocupação com o filho

Quando do diagnóstico de uma gestação, a mulher e a família vivenciarão períodos de transformações e de adaptações ao longo de nove meses. Gerar um ser traz às mulheres ansiedade, medo e dúvidas, principalmente com os aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê. As mulheres representam esta preocupação nos seus relatos.

*O pré-natal é para saber como ele está, se ele não está bem o médico diz para a gente. E18*

*... eu tô vindo para cá para saber como meu filho tá, se ele tá bem. E5*

*Se ele ia nascer com saúde, porque eu tinha tomado remédio, aí isso que está me preocupando, não queria saber se era homem ou mulher. E5*

*Acho que o pré-natal é bem assim ficar, como é que se diz para saber como está o bebê, bem importante. E9*

*Eu acho muito importante, muito importante à gente acompanhar o pré-natal, é muito importante, porque aí você está se preocupando não só com você, mas com o bebê. E2*

Nesta categoria, as mães ancoram o cuidado pré-natal a consulta, com o objetivo inicial de saber como está seu filho, se ele está bem, se está sentindo alguma coisa. Uma gestante vincula esta preocupação ao fato de ter tomado remédio e este acompanhamento é a forma de saber se seu filho nascerá com saúde e, para ela saber o sexo do bebê, é relegado a segundo plano. A presença do médico como facilitador para amenizar esta preocupação é destacado por outra ao relatar que, se estiver acontecendo alguma coisa com o seu bebê, o médico está ali para dar todas as informações. Na da fala da gestante E2, observa-se a importância que confere ao cuidado pré-natal, quando relata que este cuidado vai além da preocupação com o bebê.

Outra forma de saber como o bebê está é demonstrada pelas mulheres com a realização de ultrassonografia. É um recurso utilizado durante a assistência pré-natal para acompanhar o desenvolvimento do feto, diagnosticar anomalias e estimar a data provável do parto. As falas mostram a importância de realizar US para acompanhar o desenvolvimento do bebê.

*A importância do pré-natal é saber como está o bebê bater US saber como ele tá. E10*

*Também fazer US, eu acho importante, para ver mais apuradamente como ele está. E1*

*Como eu to no final da gravidez, saber se ele está no canto certo de nascer, é muito bom saber, fazer US, às vezes ele está sentado, às vezes não está do jeito. E10*

A gestante E10 mostra sua preocupação com o final da gravidez e qual a posição do bebê e se ele está no lugar certo pra nascer. Saber se ele está pronto para nascer e na posição certa e fazer US é, na visão dela, importante, e isso ocorre com o acompanhamento no pré-natal. A gestante E1 associa a realização do US à visualização mais apurada do bebê; existe um ser se desenvolvendo que a gestante sente que se mexe, mas não vê suas características, e nem sabe como ele está realmente, e o exame é a comprovação mais real do desenvolvimento do bebê, tendo sido esta questão valorizada pelas mulheres do estudo.

As evidências científicas relativas à realização do US durante o pré-natal indicam que este deve ser indicado no início da gestação para melhor estimar a data

provável do parto, diagnosticar precocemente a gestação gemelar e malformação, sendo ainda, controverso sua utilização como exame de rotina (BRASIL, 2005). Como os possíveis benefícios do exame de US ainda merecem discussão por parte dos profissionais que atendem no pré-natal, o que deve ser levado em conta neste processo é o desejo da mulher associado às evidências científicas, pois as falas demonstram que as mulheres acham importante o acompanhamento pré-natal para saber como está o desenvolvimento do seu bebê e que a forma mais viável para isso acontecer é a realização de US.

Maldonado (1998) ensina que a realização do US possibilita um elo de ligação em mãe e filho ou pais e filho, coloca as pessoas grávidas em contato com o filho real, vão saber se ele está vivo, senti-lo, vê-lo, desmistificando as fantasias e medos.

Inserida no rol de exames completares, a US tem sua importância no início da gestação, pois consegue diagnosticar gravidez por volta de seis a oito semanas e é um procedimento simples, indolor e não invasivo, e usada também para detecção de mola hidatiforme, detecção de posicionamento fetal, determinação da localização e condições da placenta, estimar a quantidade de líquido amniótico (CLAPIS; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2006, GARRET, 2002).

As indicações ora descritas são encontradas nos diferentes trimestres da gestação, e nos diversos serviços de pré-natal. A realização do US tem levado a diagnósticos precoces, permitindo o início também precoce das intervenções, diminuindo a intensidade e a duração da morbidade, física e emocional, para a família (GARRET, 2002).

Na subcategoria a seguir, a representação do pré-natal está associada ao cuidado que a mãe tem pelo filho quando realiza o pré-natal.

### 5.3.3 Cuidado

O cuidado expresso pelas mulheres do estudo está relacionado mais uma vez com a presença de um ser gerado no seu ventre, que depende dela para ser cuidado,

nascer saudável e, para isso, a realização do pré-natal faz parte destes cuidados. As mães expressam esse cuidado.

*Pré-natal acho que é cuidar de uma filha que está por vir, preocupação com o seu filho. E1*

*Você tem que cuidar dele desde o primeiro momento, a partir do momento que ele está ali você tem que cuidar dele e a forma de cuidar dele é fazendo um bom pré-natal. E1*

*o pré-natal é para a gente ter cuidado com a mente e com o bebê, para não nascer com problemas. E21*

*Eu estou realizada com ele, se não fosse o pré-natal eu não ia saber o que era que eu tinha como eu ia fazer como eu ia cuidar do meu bebê. E10*

*Eu acho que a importância que eu do é que eles tem que cuidar do bebê da gente , porque se a gente não vir a gente não vai saber porque a gente não ver dentro, por isso eu acho importante o pré-natal. E19*

O cuidado materno é expresso ao longo da vida da mulher de variadas formas, dependendo da faixa etária em que seu filho se encontra e este cuidado é iniciado a partir do momento do diagnóstico da gravidez, quando a gestante E1 expressa a importância do cuidado desde o primeiro momento, a partir do instante em que o bebê está ali e esse cuidado precoce é iniciado com o pré-natal. A gestante E10 relata que, se não fosse o pré-natal, não ia saber o que tinha ela e como ia cuidar do seu bebê. Já a gestante E19 relata o pré-natal como uma forma de cuidado, pelo fato de não poder ver o que está dentro de sua barriga e o pré-natal é uma maneira de fazer o elo mãe/feto. O pré-natal está sendo evidenciado como um momento de preparação para a maternidade que se reflete como uma forma de cuidado.

O momento do cuidar do filho é exercido pela mãe a cada minuto, a cada instante do seu desenvolvimento, pois são duas pessoas em um só corpo, com suas diferenças e características. O cuidado da mãe é um ato natural, uma expressão de interesse, amor e carinho, e assegura a manutenção e a continuidade da vida. Ela preocupa-se com seu filho, quer o melhor para ele, e no período gestacional este cuidado está representado por uma assistência pré-natal de qualidade.

Collière (1999) enfatiza que as atividades de cuidados exercidos pelas mulheres percorrem o ciclo vital, isto é, do nascimento à morte. Referindo-se ao corpo como o lugar de concepção da vida e do nascimento, surge o cuidado que tem uma presença constante através do recém-nascido que sai deste corpo. Este corpo feminino,

lugar e expressão de fecundidade, é cuidado durante todas as fases da vida da mulher: puberdade, gestação, parto e nascimento. É pelo corpo que a mulher presta cuidado ao recém-nascido e à criança.

O cuidar através do corpo é assim descrito por Coliérre (1999, p. 42):

*Cuidar é assim aquilo que se liga o corpo que deu a vida ao corpo da mulher que a está a dar e ao corpo da criança que ajuda a nascer. Este cria-se e prolonga-se pelas mãos, o tocar mas também pela utilização de elementos símbolos da vida: a água, as plantas, e seus derivados: óleos, loção que por seu lado, ligam ao universo e garantem uma proteção.*

Waldow (2006) afirma que o cuidado humano é uma forma de viver e relacionar-se. Fazendo uma comparação com o processo de gestar, a mulher pela gestação, cuida de seu filho (ser vivo), relaciona-se com ele durante a gestação e tem o pré-natal como uma forma concreta de viabilizar este cuidado.

Inúmeras palavras são associadas ao cuidar, como aceitar, assistir os outros, envolver-se, estar presente, confortar, proteger, respeitar, ter habilidade técnica, relacionar-se, ouvir, compartilhar, tocar e escutar. Estas mesmas palavras que muitas vezes são expressão de atitudes fazem parte do cotidiano das consultas de pré-natal.

O cuidado exercido no pré-natal torna-se realidade a partir destas consultas consideradas um processo de aprendizagem, valorização do ser humano e de suas necessidades, e são apreendidas pelo profissional com o estabelecimento da escuta ativa. Esta escuta ativa deve valorizar não apenas as queixas, mas também as questões angustiantes que causam desconfortos às mulheres grávidas (NEY; TOCANTINS, 2006; MOURA; LOPES, 2003).

Moura e Lopes (2003) relatam que a base do atendimento humanizado no pré-natal inicia com o reconhecimento da individualidade da mulher grávida, estabelecimento de uma relação de respeito para que esta se sinta a vontade para exprimir suas intimidades.

Escutar a mulher grávida por ocasião da consulta, individualizando este atendimento, dá subsídio para o profissional saber a real importância que esta mulher atribui ao pré-natal e prestar um assistência baseada no que será relatado por elas.

As mulheres grávidas do estudo comparam a assistência pré-natal de antes, baseada em experiências, ressaltando as melhorias ocorridas ao longo do tempo. Os depoimentos relatam este aspecto:

*Eu acho importante porque é assim um cuidado para saber, antigamente tinha muito curso por causa disso, as mulheres não tinham muito cuidado, não sabiam como a criança tava. E?*

*O pré-natal é muito legal, porque meus filhos que eu tive para trás não foi tão, como é que se diz é muitos exames, muitos cuidados, não tinha muitos cuidados assim como hoje eu estou me sentindo, não tinha melhorou muito. E20*

Os depoimentos expressam a satisfação das mulheres grávidas com a qualidade do cuidado pré-natal, pois antes não tinham muitos cuidados, exames, não sabiam como a criança estava. Esta satisfação influencia de forma positiva no vínculo da mulher grávida com o serviço, onde esta terá a oportunidade de vivenciar todas as etapas do cuidado pré-natal.

Ao longo dos anos, houve investimento, por parte governo, na assistência à saúde da mulher, propondo políticas públicas como o objetivo de ampliar cobertura mediante o Programa Saúde da Família, facilitar acesso ao serviço mais próximo às mulheres, investir em capacitação profissional, melhorar a infra-estrutura dos serviços, realizar pactuações entre municípios, assegurar a realização de exames laboratoriais e complementares, dentre outros. Podemos citar como exemplo destas políticas o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Pactos Nacional, Estadual e Municipal de Redução da Mortalidade Materna, Projeto Nascer (tem por objetivo reduzir a transmissão vertical do HIV/ sífilis), o Pacto pela vida etc.

#### 5.3.4 Detectar problemas

Na subcategoria a seguir, as mulheres grávidas representam o cuidado pré-natal como forma de detectar problemas e, o que é representado nas seguintes falas:

*Para mim pré-natal é uma coisa importante para a gente estar tendo acompanhamento médico, é que você vai ver saber como está ocorrendo na vida de uma criança, se está ocorrendo tudo bem, para quando a criança nascer, às vezes tem criança que nasce com problema exatamente pais que não se preocupam com o pré-natal. E2*

*É importante para a criança não nascer com mal -formação, com defeito. E3*

*Se a criança nascer com alguma coisa e a gente já fazendo o pré-natal a gente já sabe, faz US tudo direitinho a gente já sabe. E3*

*Se for ter algum problema ou não o médico passa algum remédio. E1*

As mães relatam nas falas a preocupação em gerar um filho saudável, sem problemas, e mais uma vez representam no pré-natal a possibilidade de, por meio deste acompanhamento, ter um filho saudável, como expressa a gestante E1 sobre a importância do pré-natal, que é para saber o que está ocorrendo na vida de uma criança e que, para quando nascer, não nascer com problema. A gestante E3 especifica com clareza que o pré-natal é importante para a criança não nascer com malformação, com defeito. A gestante E3 coloca no pré-natal o caminho para saber se a criança vai nascer com alguma “coisa” e a realização do US o meio para concretizar isso. A gestante E1 já vê a figura do médico como a pessoa durante a assistência pré-natal que passará medicamento, caso aconteça algo com seu filho.

O medo de gerar uma criança malformada ocorre em algumas mulheres grávidas, mesmo quando seu bebê já está todo formado. Este sentimento acontece em diferentes períodos da gravidez. Não é comum estas mulheres expressarem estes sentimentos no momento da consulta, por não encontrarem espaço de fala, como também ser difundido que a gestante não deve pensar, falar nem ver coisas desagradáveis ou ter pensamentos negativos para não influenciar na formação do bebê (MALDONADO, 1998).

As mulheres do estudo, no momento da entrevista, expressaram a necessidade de comparecer ao pré-natal para saber se seu bebê tinha algum problema ou era malformado. O profissional de saúde que pratica o cuidado pré-natal deve abrir espaço de fala para que as mulheres grávidas expressem seus temores, anseios e medos em relação a este assunto (MALDONADO, 1998).

As falas seguintes reforçam a representação do cuidado pré-natal como uma forma de detectar problema:

*É muito ruim, tem gente que não faz o pré-natal não sabe como está seu filho se tem alguma doença, alguma coisa assim dá logo, eu acho muito importante o pré-natal. E4*

*A gente fazendo o pré-natal sabe se ele está bem se está no ponto de nascer, se tem algum problema. E10*

*Para mim é para saber como está a criança no ventre, saber se tem um bom formato, se tem algum desenvolvimento realmente, o que eu acho é só isso mesmo, se está se desenvolvendo, o peso o tamanho e tudo.E24*

*O pré-natal para mim está sendo ótimo porque eu to acompanhando o desenvolvimento do meu filho estou vendo se ele está se desenvolvendo com saúde.E11*

Estes relatos reforçam mais uma vez a importância do cuidado pré-natal, representado pelas gestantes como uma forma de acompanhar seu bebê, se ele está no ponto de nascer, se tem um bom formato, como está o peso e o tamanho, a satisfação de acompanhar o desenvolvimento do filho e se ele está com saúde.

A próxima subcategoria expressa a representação do cuidado pré-natal mediante o contato que a mulher grávida tem com o seu bebê.

#### 5.3.5 Manter contato com o bebê

Nesta subcategoria, as mulheres representam o cuidado pré-natal também como uma forma de manter contato com o seu bebê. Analisando o roteiro da consulta pré-natal, observa-se que há uma predominância de ações técnicas muitas vezes valorizadas pelos profissionais em detrimento da escuta, do levantamento das necessidades, do momento de a mulher de falar de sua gravidez, seus sentimentos, desejos. Para que o profissional identifique como a mãe representa o cuidado pré-natal através do contato com o bebê, é necessário que haja diálogo. Para as mulheres grávidas do estudo, comparecer ao pré-natal é uma forma de ouvir o coração do bebê, estar mais perto, sentir pelo som dos batimentos cardíacos que seu bebê está ali. As falas representam este sentimento:

*Toda consulta que eu venho eu saio bem mais tranqüila, porque quando não venho eu fico insegura, a consulta me deixa bem mais segura, quando escuta o coração do bebê , fala que está tudo bem, gente fica mais segura.E9*

*É uma forma de conhecer meu filho,antes de ele nascer né, uma forma de estar junto com ele, escutando o coraçãozinho, sabendo como ele está. E4*

*“É para eu acompanhar o desenvolvimento do meu bebê, como é que ele tá, para eu ouvir o coraçãozinho dele bater, toda vez que eu venho*

*que eu escuto saio daqui mais feliz, eu imagino ter uma vida dentro de mim é a realização de uma mulher.”E23*

*Em relação ao pré-natal é cansativo vir só uma vez no mês, mas uma coisa que me sinto feliz por vir o pré-natal é ouvir o coração da criança bater , só em ouvir o coração eu me sinto feliz.”E24*

Em todas as falas, as mulheres relatam a felicidade de ouvir o coração do bebê bater, caracterizando um momento do encontro entre mãe e filho. Este encontro ocorre em decorrência da consulta pré-natal, que tem como rotina auscultar os batimentos cardíofetais. Uma rotina que pode ser transformada em um momento de felicidade e segurança para a mulher, pois pelo som das batidas do coração, ela percebe que seu bebê está bem.

Para a gestante E4, ouvir o coração durante a consulta de pré-natal é conhecer o bebê antes dele nascer; é ficar junto. Ouvir o coraçãozinho foi expresso pela gestante E23 como um momento de felicidade, de imaginar uma vida dentro dela, que essa vida dentro de si é uma realização de uma mulher. Já para a gestante E24, vir ao pré-natal é cansativo, mas sente-se feliz quando escuta o coração.

Parece haver uma comunicação de dentro para fora, através das batidas do coração, que sempre foi considerado o órgão da vida e do amor. A mãe sente-se feliz quando ouve a batida de um coração saudável, pois associa a idéia de que seu bebê tem um bom desenvolvimento, está bem; assim ela fica segura.

Também ocorre a comunicação de fora para dentro, quando Bonomi (2002) relata que o feto durante a vida intraútero desenvolve talentos e capacidades, como a de ouvir o coração materno bater, o que lhe dá segurança e tranquilidade; e isso reflete em algumas atitudes quando nascem, como gostar de aninhar-se ao peito da mãe e preferir mamar no peito esquerdo.

A próxima subcategoria reporta-se à preocupação que as mulheres grávidas têm consigo mesmas.

### 5.3.6 Preocupação com ela mesma

Nesta subcategoria, as mulheres expressam que o cuidado pré-natal é uma forma de saber como está, o espaço para acompanhamento de seu peso, de realizar

tratamento. A mãe tem que estar bem para gerar crianças saudáveis. As falas expressam este sentimento.

*Para mim eu acho ótima porque todo mês eu sei assim como eu estou, sei meu peso, sei como é que se diz como o bebê ta bem ou se não ta.  
E17*

*O pré-natal está sendo legal porque com esse pré-natal agora eu to fazendo meu tratamento que eu não fiz no passado agora eu to fazendo ai está sendo importante para mim que estou me tratando.  
E21*

*Para conversar um pouco com a doutora sobre o que estou passando, se to me sentindo bem ou não, eu acho importante. E5*

A gestante E1 acha ótimo vir todo mês para acompanhar seu peso e ver como o bebê está; a gestante E21 está tendo a oportunidade de, nesta gravidez, no cuidado pré-natal, realizar um tratamento que não havia feito na gravidez passada; e a gestante E5 vê no pré-natal a oportunidade de conversar com o profissional sobre o que está sentido e se ela está bem ou não. Comparando com as outras categorias, observa-se uma preocupação maior da mãe para com o seu filho, sendo deixado um pouco de lado o seu bem-estar, mas, nesta subcategoria, as mulheres se preocupam com elas mesmas como uma forma de estar bem para o seu bebê também estar bem.

Na consulta pré-natal, as gestantes devem ser vistas de forma integral, o profissional deve ter a sensibilidade de abordar questões relacionadas à mulher, pois, afinal de contas, ela não é apenas uma barriga que carrega algo dentro. Como relata Zubaran (1998, p. 30) *...que atrás de um útero grávido existem pessoas, uma mulher inteira, um homem inteiro e toda uma família inteira grávida envolvida na gestação do novo membro que vai chegar*. Acrescenta que a mulher que transporta este útero gravídico busca neste encontro expressar seus sentimentos mediante sintomas próprios da gravidez ou suas emoções, o que aparece neste momento tão especial de sua vida.

As ações de assistência à mulher devem transpor as questões baseadas apenas nos aspectos biológicos com abordagens técnicas; devem olhar além da maternidade e incluir aspectos relacionados a sua saúde no plano dos direitos sexuais e reprodutivos; e abordar sua dimensão social, econômica e cultural, pois a interação destes aspectos é que vai definir sua qualidade de vida (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

A promoção da saúde da mulher relacionada ao seu período reprodutivo deveria começar com as consultas de aconselhamento pré-concepcional, com o objetivo de fornecer informações necessárias para decidir sobre seu futuro reprodutivo. Neste aconselhamento, seriam abordados aspectos como evitar gravidez indesejada, diagnosticar fatores de risco, estimular estilo de vida saudável para promover o bem-estar da mulher e de seu futuro bebê (SINCLAIR, 2002).

As falas seguintes continuam expressando a preocupação das mulheres grávidas consigo mesmas.

*Estou muito sensível estou me sentindo mais agora, o tempo todo este clima de chuva, denso, eu fico pra baixo, depressão já tive. E13*

*Uma coisa que não gostei da gravidez, foi no colégio que a mulher não aceitava eu vestir vestido. E7*

*Eu acho importante não só para mim como para meu filho, eu vou ficar sabendo como ele está como eu estou, é a minha primeira gravidez, como é o meu preparo para o parto, como devo me comportar, os cuidados que devo ter. E22*

Estar sensível na gravidez foi o sentimento expresso pela gestante E13 que associa esta sensibilidade à gravidez e esta se acentua em períodos de chuva, quando ela fica para baixo e preocupa-se com estes sentimentos pelo fato de ter história anterior de depressão. A gestante E7 sente-se incomodada pelo fato de a gravidez a ter afastado do colégio porque da diretora não permitir que ela usasse vestido – teria que usar a farda escolar que em determinado período não ia mais poder vestir. Isto demonstra a insensibilidade por parte da gerência da escola e uma forma de discriminação.

A importância da consulta pré-natal para a gestante E22 é uma forma de atender a ela e ao bebê, pelo fato de ser primípara e não ter experiência. Na consulta, ela também vai receber orientações para o parto, como deve enfrentar este processo do trabalho de parto e os cuidados que terá neste período.

O período do cuidado pré-natal é o primeiro passo e o momento para preparar a gestante física e psicologicamente para o parto e para a maternidade. Isto por meio da Educação em Saúde, pois os profissionais a utilizam como uma ferramenta para o processo de cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007; MOURA; LOPES, 2003).

Ávila (1998) vai mais além, enfocando que a assistência integral a saúde da mulher durante a gravidez tem por objetivo o preparo de toda a família, não só para o parto, pois vão se preparar para serem pais e para a vida. É neste momento que a pessoas envolvidas com a gestação vão ter oportunidade de se conhecer, conhecer as

suas relações mútuas, expressar seus sentimentos de medos, angústias e dificuldades, visando à prevenção dos distúrbios maiores.

### 5.3.7 Sentimentos e dificuldades das mulheres em relação à gravidez

A categoria 2 emergiu quando foi indagado às mulheres como se sentiam grávidas. Esta indagação foi pertinente para o estudo pelo fato de as gestantes expressarem seus sentimentos em relação a gravidez e modo como a vivenciaram. Sendo assim, podemos associar como estas questões influenciariam na importância que elas dariam ao cuidado pré-natal. Daí surgiram cinco subcategorias.

#### **- Ambivalência**

A ambivalência é definida como a tendência de dar expressão igual a impulsos e sentimentos contraditórios e opostos. O fato de sentir-se grávida foi representado pelas mulheres do estudo como uma não-aceitação inicial da gravidez, pelas dificuldades, presença de outros filhos, falta de apoio familiar, ausência do companheiro e, após algum tempo, com o desenvolvimento da gestação, elas estavam felizes, aceitando a gravidez, e às vezes conformadas, o que caracteriza bem o sentimento de ambivalência. As falas ilustram estes sentimentos.

*Para mim assim até a metade da gravidez, assim eu não queria de jeito nenhum, já tenho um, passei por muita dificuldade, mas depois me conformei. E5*

*Eu estou assim me sentindo bem, no começo não foi muito bem porque eu não queria eu morava com meus pais, eu fiquei com medo de meu pai não falasse mais comigo, eu não queria. E7*

*No começo para mim foi muito difícil aceitar entende, eu não queria aceitar, mas hoje para mim é a coisa mais importante que está acontecendo comigo, é uma coisa inexplicável você só sabe quando está passando. E14*

*Para mim está sendo difícil em termo de cuidar da criança que é uma responsabilidade muito grande e ao mesmo tempo me sinto feliz que é um a criança que estou gerando, uma vida que estou tendo oportunidade de botar na terra. E15*

*Quando eu engravidei foi assim difícil eu não queria aceitar porque eu tenho um filho de três anos, eu não quis aceitar, mas meu marido conversou me deu força e minha irmã. E6*

Os sentimentos iniciais expressados pelas mulheres foram de não-aceitação da gravidez, como relata a gestante E5 que, até a metade da gravidez, não queria de jeito nenhum, por já ter um filho, mas depois houve uma aceitação. A gestante E7, no momento da entrevista, estava se sentindo bem, mas no início da gravidez foi difícil, pelo fato de morar com os pais e não sabia como eles iam reagir. A gestante E14 também relata a não-aceitação no início, mas agora sente que é a coisa mais importante que aconteceu na sua vida. A gestante E15 relaciona a sua dificuldade à enorme responsabilidade que é cuidar de uma criança, mas está feliz por ter a oportunidade de gerar uma vida. A gestante E6 encontrou na família o apoio para aceitar uma nova gravidez em um contexto de uma família de três filhos.

A mulher, quando engravida, assume um novo papel e, com isso, sentimentos de ambivalência, o que é considerado uma resposta normal para aquelas pessoas que se preparam para um novo papel. A mulher grávida pode vivenciar este período de forma positiva ou negativa, variando em momentos de querer ou não querer a gravidez; nenhuma pessoa aceita ou rejeita totalmente a chegada de um filho (SAUDERS, 2002; MALDONADO, 1990).

A gravidez, junto com a adolescência e o climatério, são períodos de grandes transformações para a mulher, e, se reportando especificamente para a gravidez, ocorrem transformações interpessoais e intrapsíquicas, o que envolve perdas e ganhos (MALDONADO, 1998).

A gravidez pode no primeiro instante não ser desejada, mas, com o passar do tempo, ocorre uma aceitação e as preocupações de querer ou não esta gravidez está associada a questões como: ser o momento ideal para ter um filho, levando em consideração as questões financeiras, emocionais e profissionais, ter capacidade de amar e cuidar do filho, preocupação com o parto, com relacionamento do casal etc. De tudo isso, o que se torna mais importante é esclarecer para a mãe ser normal que ela viva e sinta estes sentimentos ambíguos e preocupações (MALDONADO, 1998).

Para Lima (2006), a gravidez não planejada influencia na gestação e esta passa a ser representada como momento difícil e solitário, principalmente no início, mas, com o passar do tempo, surgem os sentimentos de prazer e as gestantes

representam a importância da família no processo de gestação, pois a mulher, quando engravidada, busca apoio e segurança no parceiro e na família.

As mulheres do estudo vivenciaram todos esses sentimentos de querer ou não querer a gravidez. Para algumas, foi dada a opção de abortar como uma forma de resolver a gravidez não desejada. As falas revelam:

*Hoje eu to feliz, no começo não, não tinha ninguém perto de mim, ninguém para mim apoiar, só as pessoas para me dizer para eu tirar, que não pode como você vai ter outro.E5*

*No começo não era uma gravidez desejada, mas como aconteceu, não sou a favor do aborto, resolvi ter, estou achando maravilhoso. E22*

*Antes eu namorava com este menino agora eu estou junta com ele, eu não aceitava a gravidez, eu não queria, não tinha certeza, eu tinha certeza que estava grávida, não queria aceitar, as pessoas se reuniram para eu abortar, mas eu não queria abortar e não queria ficar grávida. E7*

A gestante E5 informa que está feliz, mas que o começo foi difícil, pois se encontrava sem apoio e as pessoas, quando chegavam perto dela, era para estimular o aborto. A gestante E22 reconhece que a gravidez não foi planejada, aconteceu, mas não quis abortar pelo fato de ser contrária à ideia, mas agora está sendo maravilhoso. A gestante E7 encontra-se realmente permeada de sentimentos de ambivalência, pois há momentos em que não aceita a gravidez, não quer estar grávida e as pessoas chegavam para ela para estimular o aborto, mas ela não queria abortar e também não queria estar grávida.

São sentimentos que surgem muitas vezes de uma gravidez não planejada, mas no futuro ela se torna desejada. O profissional deve estar sensível às questões dos sentimentos ambíguos durante este período e trabalhar com a gestante maneiras de enfrentar e superar estes momentos de conflitos, para levar a gestação de maneira saudável.

Para as gestantes que não conseguem ou têm dificuldades de trabalhar estas questões, deve ser dada a oportunidade de acompanhamento, com profissionais especializados, como é o caso dos psicólogos. Algumas gestantes do estudo tiveram tal oportunidade. As falas demonstram isso:

*Eu queria passar pela psicóloga, mas na hora H eu não, vou para casa vou conversar não, eu tenho problema assim no começo da*

*gravidez eu me separei do pai do meu filho, essa gravidez não foi muito boa, mas estou conformada... .E10.*

*Eu vejo um momento de felicidade é um momento de responsabilidade também, mas não era uma gravidez que eu estava esperando, está sendo um pouco difícil eu tive que passar por um acompanhamento psicológico e estou superando tudo e espero que dê tudo normal, eu tinha outros planos, agora eu me sinto melhor e mais confiante. E16*

A necessidade de ter um acompanhamento e a realidade deste acompanhamento foram expressas pelas gestantes E10 e E16. A gestante E10 sente a necessidade de conversar com a psicóloga, mas depois desiste, sente-se conformada com a gravidez, mas carrega o problema da separação do pai da criança. A aceitação da gravidez para a gestante E16 foi intermediada pelo acompanhamento do psicólogo e ela espera ter superado e que tudo acabe bem. O hospital no qual foi realizado o estudo tem um Serviço de Psicologia que atua no pré-natal, fazendo acompanhamento das gestantes em conflito.

A subcategoria a seguir mostra a felicidade das mulheres com a gravidez.

#### **- Felicidade**

Nesta subcategoria, as mulheres expressam a felicidade por estarem grávidas, pois gravidez é o dom da vida, por ser a segunda gravidez. Estes sentimentos são expressos pelas falas:

*Eu já passei por esta experiência é a segunda vez, é assim um momento inexplicável que a gente pode dizer eu estou achando legal. E5*

*Eu estou em um momento muito bom da minha vida, feliz por ser minha segunda gravidez e é uma menina. E6*

*No momento estou me sentindo bem é minha segunda gestação e como lhe expliquei faz um casal, já tem uma menina de sete anos, estou me sentindo bem realizada. E8*

*Feliz porque há muito tempo eu esperava um bebê menina, eu não tive e nem esperava está grávida agora. E20*

*Agora é uma menina, agora eu to feliz. Feliz com meu marido, com meus filhos, com a vida que eu levo, apesar de não ser muito boa, tá tudo bem. E20*

*É um menino, eu já tenho uma menina, mas mesmo assim a gente quer, então é isso me sinto uma mulher feliz porque espero meu segundo filho. E24*

*Eu estou aprendendo mais com a segunda eu estou feliz.. E5*

*Estou bem realizada com meus quatro filhos. E10*

Estar grávida pela segunda vez, esperando a chegada do filho desejado (menino ou menina) é a expressão de felicidade das mulheres do estudo. Elas sentem-se bem realizadas e felizes. A gestante E5 associa a gravidez a um momento inexplicável. A gestante E20 há muito tempo espera ter uma menina, estava feliz mesmo que a gravidez não tenha sido programada; também ela relata estar feliz com sua família e com sua vida, apesar de não ser muito boa, revelando sentimentos ambíguos.

Quando a concepção de um novo ser é realizada de forma planejada, os sentimentos que são gerados em decorrência desta gravidez são de felicidade e alegria (Lima, 2006).

Outros sentimentos de felicidade são expressos pelas gestantes.

*Eu me sinto feliz, porque eu me acho feliz quando engravidado é o dom da vida, toda mulher quer engravidar. E21*

*A gravidez foi um momento que me surpreendi completamente, eu vivo todo dia eu to muito feliz. E13*

*Feliz, desejada, querida pelas filhas, pelo esposo, pela família toda, principalmente com saúde. E12*

*Estou me sentido bem, to me sentindo segura. E11*

*É uma das melhores gravidezes, apesar de eu não ter marido não, uma gravidez só, uma gravidez normal sem risco de nada. E10*

*Me sinto feliz, só muito sensível(choro)porque meu marido me chateou muito. E13*

A gravidez vivenciada de forma positiva traz felicidade às mulheres do estudo, como evidenciado nas falas. A gestante E21 relata que engravidar é desejo de toda mulher e sente-se feliz quando está grávida. A gestante E21 vive a gravidez todo dia e isso é motivo de felicidade. E12 sente-se feliz, desejada por toda a família; já E10, mesmo não tendo o apoio do marido, está bem com uma gravidez sem risco; e a gestante E13 está feliz e sensível neste período, tendo chorado durante a entrevista, em razão de desentendimento com o companheiro.

Estar bem com o corpo e com a mente também traz felicidade para as mulheres do estudo, o que é representado pelos discursos:

*Eu estou me sentindo bem porque essa é a terceira gravidez, me sentindo bem porque não estou inchada com problema de pressão alta agora, por enquanto me sentindo muito bem agora. E19*

*Estou me sentindo ótima, estou me sentindo bem fisicamente e mentalmente também. E23*

Para a gestante E19, além de estar feliz com a terceira gravidez, está sentindo-se bem porque sua pressão arterial está estabilizada e não apresenta inchaço. A gestante E23 está sentindo-se ótima e bem física e mentalmente.

A gravidez vivenciada de forma positiva contribuirá para um bom desenvolvimento do feto, pois o vínculo materno-fetal se forma de uma maneira sólida; a mulher cuida melhor de si e de sua gravidez; enfrenta as diversidades com mais força e torna-se um ser atuante durante o processo de parir.

A próxima subcategoria relata a gratidão que as mulheres do estudo têm a Deus por estarem grávidas.

#### **- Gratidão a Deus-Fé**

Nesta subcategoria, as mulheres do estudo representam o sentimento de estarem grávidas com muita felicidade e com agradecimento a Deus por este momento.

*Realizada maravilhosa, ai é muito bom, você sentindo uma pessoa crescendo, dependendo de você, é ótima, uma maravilha, uma dádiva de Deus. E22*

*Eu me sinto feliz por gerar mais um filho que toda mãe deseja pegar seu filho é Deus que dá e não a gente que quer. E24*

*Foi tudo bem graças á Deus, eu só estou esperando agora. E9*

*Me sinto muito bem eu não queria não precisava fazer tratamento nem nada, é um momento muito bom para mim graças a Deus. E17*

Sentir-se grávida no momento da entrevista foi representado pela gestante E22 como uma realização pelo fato de sentir uma pessoa crescendo e dependendo de você, pois a gravidez é uma dádiva de Deus. Para a gestante E24, a felicidade está representada pela possibilidade de gerar um filho e que a vinda deste filho é um desejo de Deus e não da mulher. A gestante E9 representa a presença de Deus ao fato de estar tudo bem na sua gravidez.

A subcategoria abaixo representa a insegurança das mulheres durante o período gestacional.

### **- Insegurança**

A insegurança é representada pelas mulheres mediante a preocupação com sintomas sentidos durante a gravidez, atitudes que o bebê toma e às vezes comparados com gravidez anteriores. As falas a seguir representam tal insegurança:

*Diferente da outra gravidez, porque esta mexe mais, o menino era mais calmo, essa é mais ativa me deixa um pouco preocupada, eu pergunto as pessoas e elas dizem que toda gravidez é diferente da outra, ai eu aceito esta resposta. E6*

*Nesta gravidez estou me sentindo assim uma diferença muito grande da gravidez anterior sabe, assim em relação a tudo, a outra gravidez foi bem diferente dessa, porque a outra eu senti mais enjoos, esta senti mais enjoos, agora eu senti dores os seis meses, sinto dores ai fico mais preocupada do que a gravidez anterior, mas compensada. E9*

*O que me preocupa mesmo é a enxaqueca que me incomoda, saber que eu não posso tomar chá como tomava antes, eu faço mais é fraco, eu fico preocupada com isso, tontura, só essa coisas que saem da minha rotina. E13*

*Tive dúvida porque estava sangrando, eu achava que não ia seguir esta gravidez, eu podia perder a qualquer momento. E11*

*Depois ele pediu para depois eu fazer um exame que eu estava cansada, ai eu fiquei mais preocupada ai vi que ele estava dependendo de mim. E14*

Os sintomas físicos surgidos em decorrência da evolução da gravidez deixam a gestante preocupada, como relata E9 pois o que a incomoda são os enjoos e as dores; na gravidez passada não tinha sentido tanto, mas com tudo isso ela está se sentindo compensada. A gestante E13 preocupa-se com a enxaqueca e tontura e fica insegura em tomar chá, e pelo fato de os sintomas não fazerem parte do seu cotidiano. Já a gestante E11 teve dúvida em razão do sangramento que ocorreu durante a gravidez, e sua insegurança estava representada na possibilidade de perder o bebê. Para E14, a representação da sua insegurança emergiu desde o momento em que foi solicitado pelo médico um exame por conta de seu cansaço.

Observa-se mais uma vez nas falas a necessidade de uma abordagem integral a gestante no momento da consulta de pré-natal, para que o profissional possa

atuar com base nas necessidades da gestante, permitir que o diálogo seja aberto, dando a oportunidade a se expressar.

Lima (2006, p. 71) afirma que

*...o período da gestação há uma relação da mulher com seu próprio corpo em processo de mudanças que se iniciam na primeira semana da gestação e continuam durante todo o período gestacional... as modificações causam desconforto à mulher e é mais acentuada em “gestantes de primeira viagem”, pois enfrentam muitas novidades em relação ao seu corpo.”*

A insegurança da gestante E14 vai além do período gestacional, pelo fato de não entender a necessidade de realizar exames mesmo após da gravidez.

*Até falei para o médico que não entendia que eu não tinha nada, no eletro não deu nada e depois que eu tirasse o bebê eu tinha que fazer um exame na esteira e até falei para ele que por mais que não queira mexe com você, por você está com alguma coisa, aí ele disse que não, mas você fica preocupada qual o dano que vai lhe causar. E1*

As informações sobre as alterações que ocorrem com a gravidez podem ser abordadas tanto no plano individual durante as consultas ou no contexto coletivo por ocasião dos grupos. As informações que devem ser transmitidas às gestantes devem incluir os aspectos das alterações orgânicas, físicas, emocionais, sexualidade, sociais que ocorrem durante o período gravídico-puerperal. Estes esclarecimentos têm por objetivo prevenir ansiedades futuras provocadas pelo desconhecimento das situações próprias do período (ÁVILA, 1998).

Na próxima subcategoria, as mulheres representaram as dificuldade com a adaptação física da gravidez.

#### **- Dificuldade com a adaptação física da gravidez.**

Nesta subcategoria, as gestantes representam as dificuldades enfrentadas decorrentes das modificações físicas da gravidez, o que para algumas mulheres causa bastante desconforto. Vejamos as falas;

*Dificuldade com o corpo que tem transformação, as dores...E1*

*Eu sentia umas dores na barriga ai médico passou remédio, graças a Deus passou. E3*

*Dificuldade com o meu corpo, dor nas costas, peso nas pernas ta entendendo o meu próprio corpo reagindo por causa da gravidez. E8*

*Nesta gravidez senti mais enjoos, mais suadeira, moleza no corpo, mais dores, da outra gravidez nem parecia que estava grávida. E8*

*Eu senti algumas dores fora isso não...E9*

*Eu acho que a dormida você fica mal mesmo, principalmente agora neste período final. E14*

As modificações fisiológicas ocorrentes no corpo por ocasião da gravidez decorrem principalmente de fatores hormonais e mecânicos. Estas modificações têm o objetivo de proteger o funcionamento normal do corpo da mulher, atender as demandas metabólicas que a gravidez necessita e proporcionar um ambiente adequado para o crescimento e desenvolvimento de um novo ser (MOREIRA; REZENDE FILHO, 2008; LOWDERMILK, 2002).

As mulheres do estudo expressam, de forma clara, a dificuldade que enfrentam em virtude das modificações do corpo, como refere a gestante E1, sobre as dores que sente no corpo pelas transformações por que o corpo passa. A gestante E8 também relata dificuldades com o corpo, dores nas costas, peso nas pernas, e representa que é o corpo reagindo por causa da gravidez e também sente enjoos, suadeira, moleza no corpo e compara dizendo que na sua outra gravidez não sentia isso. O que incomoda a gestante E14 é a dificuldade que tem para dormir, principalmente na fase final da gravidez.

Essas dificuldades representadas pelas mulheres podem influenciar de forma negativa na vivência da gestação e nas formas de enfrentamento destas dificuldades. Devem ser estimuladas a comparecer de forma regular às consultas de pré-natal para buscar atendimento com a meta de tratar os sintomas.

Os profissionais de saúde que acompanham as gestantes devem ter conhecimento acerca da fisiologia materna normal para serem capazes de identificar fatores que influenciem na adaptação da gravidez e agir o mais precocemente possível, ensinar a gestante a reconhecer as mudanças anatômicas e fisiológicas da gravidez, afastar a ansiedade decorrente da falta de conhecimento e ensinar à gestante e à família os sinais e sintomas importantes que devem ser comunicados ao profissional (LOWDERMILK, 2002).

Outras falas continuam representando esta dificuldade.

*Eu tive problema que eu fiquei muito cansada, só em fala eu fico cansada, eu até falei para ele que não era assim. E14*

*Com a gravidez dificuldade foi mesmo só os enjoos. E15*

*Mudança com o corpo e psicológica principalmente. E16*

*Foi só falte ar e tontura, dor de cabeça essa coisas, mas o médico passou remédio para mim, até agora não senti, mas nada não. E18*

*Por causa da quentura eu fico com falta de ar, muita dor no pé da barriga e câimbra, ai à noite eu não consigo dormir direito, tentei dormir a noite e passei a noite todinha acordada. E18*

*O que me atrapalhou no início foi os enjoos, agora eu já resolvi os problemas. E23*

*Muita dor, enjoos, não consigo comer mais nada, não durmo bem à noite. E21*

*Eu to com uma gravidez tranqüila apesar da preocupação com o meu corpo, mas para mim está bem. E11*

As dificuldades representadas pelas falas assemelham-se às descritas anteriormente, com maior destaque para as que são representadas pela sensação de enjoos, relatada pelas gestantes E15, E23 e E21. As sensações de náuseas e vômitos são sentidas pela maioria das mulheres grávidas ocorrendo mais no primeiro trimestre de gestação, durante as 12 primeiras semanas, principalmente ao levantar, no final da tarde e na hora do jantar (MOREIRA; REZENDE FILHO, 2008; ZAMPIERE, 2005) . Medidas preventivas por meio de educação alimentar devem ser encorajadas no pré-natal para minimizar estes sintomas.

A categoria 3 descreverá as representações das gestantes com o serviço de pré-natal oferecido, suas satisfações e insatisfações.

## 5.4 Representações das gestantes com o serviço de pré-natal oferecido: satisfação e insatisfação

Esta categoria emergiu da representação das mulheres acerca do serviço recebido na unidade em estudo. Ao responderem ao questionamento quais as dificuldades encontradas ao longo do cuidado pré-natal com o serviço que estava sendo oferecido, de uma maneira informal, em seus depoimentos, acabaram realizando uma avaliação do serviço, que subsidiará a melhoria da assistência às gestantes. Surgiram três subcategorias.

### 5.4.1 Organização do serviço-acesso e acolhimento

Nesta subcategoria, as mulheres representam a dificuldade em ter acesso ao serviço de pré-natal, de marcar a primeira consulta, e o tempo que perdem para marcar. As falas mostram esta dificuldade:

*Maior dificuldade inicialmente foi marcar o pré-natal, eu acho que este posto está muito precário, só marca no final do mês, aquela fila imensa, a gente já está gestante e tem que enfrentar aquela fila. E1*

*A dificuldade que senti foi de marcar o pré-natal, é muito dificultoso. E2*

*A dificuldade que a gente tem aqui é de marcar a primeira consulta. E4*

*O primeiro dia que eu vim marcar eu cheguei aqui era quase 6h30min e eu sai daqui era quase 11h para marcar a primeira consulta. E4*

*Eu vim duas vezes e não consegui fazer o pré-natal, porque tem muita gente, tenho que pegar uma ficha e depois marcar, eu já vim começar com cinco meses, de cinco já passou para a segunda consulta com oito meses. E5*

*Na primeira vez que eu vim eu não consegui foi uma pessoa que trabalha aqui que conseguiu para mim. E5*

*Foi difícil consegui consulta aqui no hospital porque agora é de dois em dois meses. E6*

*No serviço só a demora na primeira consulta. E13*

*“Para vim para cá eu vim três vezes, é um dificuldade medonha, é uma enrolada, eu cheguei aqui era cinco horas da manhã, das três vezes que eu vim não consegui uma ficha para mim, tive que pagar uma pessoa para conseguir uma ficha porque é muita gente, a dificuldade é que é muita gente para marcar. “E18*

*“Eles não dizem a quantidade de ficha que é, as três vezes que eu vim aqui elas não disseram quantas fichas, aí a gente 11h30min morrendo de fome e disseram que a ficha acabou, aí se irritou aqui, queria quebrar tudo aqui aí ela deu ficha para o próximo mês.” E18*

Elas representam insatisfação com o serviço, pela dificuldade em marcar a primeira consulta. Esta é agendada apenas uma vez a cada mês sempre no seu final, para serem atendidas no mês seguinte. As consultas subsequentes são marcadas após cada atendimento no próprio consultório onde a gestante foi atendida e é registrado o dia da consulta no próprio cartão da gestante, informando dia, hora e o profissional que realizará o atendimento. Embora as unidades de saúde da Regional VI realizem consultas de pré-natal, a demanda por atendimento no hospital em estudo ainda é significativa. A alta demanda, associada há apenas um dia para a marcação de consultas, resulta em demora no atendimento, grandes filas e insatisfação com o serviço.

A gestante E1 relata a dificuldade em marcar, o tamanho da fila e a condição de estar gestante e ter que enfrentar a fila. A gestante E5 demonstra que, além de demorar, ela começou o pré-natal tarde e a segunda consulta só foi marcada para oito meses, e que só conseguiu consulta por intermédio de uma pessoa que trabalha no hospital. A gestante E6 representa esta dificuldade pelo fato de as consultas serem marcadas a cada dois meses.

Observa-se uma necessidade urgente de mudanças no processo de marcação das consultas, para que se possa atender a demanda e minimizar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres grávidas. As agendas de marcação poderiam contemplar a abertura em duas ou três datas diferentes para evitar o acúmulo das gestantes e diminuir as filas. O serviço deve garantir o acesso às mulheres que procuram atendimento quando da gestação.

Sendo assim, acesso é definido por Silva Junior e Mascarenhas (2006, p. 246) *como as dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de cuidados de saúde*. Adaptando o conceito a assistência a gestante por ocasião do pré-natal, poderíamos dizer que acesso para as gestantes seria descrição de como foi a entrada no serviço de saúde para o cuidado pré-natal.

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher preconizam que o pré-natal deve ser iniciado o mais precoce possível, ainda no primeiro trimestre de gestação, mas, pela representação das mulheres do estudo, o acesso ao serviço é dificultado pelo processo de marcação, demanda alta e filas, o que impede o ingresso no serviço na época adequada, influenciando na qualidade do cuidado pré-natal.

Travassos e Martins (2004), descrevem um fluxo de eventos que serve como guia para estabelecer a necessidade versus a obtenção de cuidados necessários. O fluxo é assim representado: Necessidade de saúde  $\implies$  desejo de obter cuidados de saúde  $\implies$  procura-entrada no serviço  $\implies$  continuidade dos cuidados. Para assistência pré-natal, este fluxo é representado da seguinte forma:

Diagnosticado gravidez (necessidade de saúde)  $\implies$  ida ao pré-natal (desejo de obter cuidados de saúde)  $\implies$  procura pelo serviço de pré-natal (procura)  $\implies$  início do cuidado pré-natal  $\implies$  permanência no serviço até o parto (continuidade dos cuidados).

As gestantes demonstram ainda dificuldade na marcação, quando quantificam o tempo que gastam para marcar. A gestante E4 relata que chegou ao serviço às 6h30m e só conseguiu sair às 11h, perfazendo um total de 4h30min para ser atendida, isto é, apenas marcar a consulta para apenas ser atendida no mês seguinte. Esta gestante enfrentou mais de 4h de fila em pé, em um ambiente sem conforto.

A comunicação de como vai acontecer a marcação das consultas é importante para que as mulheres saibam como ocorrem todos os procedimentos para não haver desentendimentos durante o processo. A gestante E18 relata que a sua experiência em marcar a consulta foi de espera e desorganização por parte do serviço, que culminou em confusão para que fosse garantido o atendimento.

Observa-se nas das falas, que duas gestantes se utilizaram de recursos, como amizade com alguém do hospital e necessidade de pagar a alguém para conseguir marcar consulta. Estes artifícios para driblar o processo normal do atendimento é corriqueiro dentro dos serviços de saúde.

A demora no atendimento também foi representada pelas gestantes como um fator de insatisfação. As falas abaixo representam este fato:

*A demora no atendimento, demora muito, as vezes você vem assim, tem meninas ai que já esta nos dez dias antes tem que ficar sentada esperando, esperando até uma hora. E1*

*Eu estava trabalhando eu cheguei aqui 1 hora e sai daqui as 5h30min você perde um dia de trabalho para vir, você sabe fica um tanto de atestado, acaba fica sua patroa fica chateada, acho que deveria mudar neste sentido. E14*

*Os horários começam muito tarde, a gente marca o horário e nunca começa no horário previsto. E15*

A demora no atendimento sempre foi caracterizada como um fator de insatisfação nos serviços de saúde. A hora marcada do atendimento quase nunca é cumprida e este não-cumprimento está associado à forma como o serviço organiza o

atendimento. A gestante E1 reclama da demora e da falta de prioridade para as gestantes que estão com idade gestacional avançada. Outra insatisfação é a perda do dia de trabalho para vir às consultas e a preocupação em ter que sempre levar atestado para justificar a ausência no serviço.

O tempo de espera prolongado e a espera de atendimento são considerados os principais fatores que dificultam da assistência na visão dos usuários, levando à dificuldade de acesso aos serviços (LIMA *et al.*, 2007).

A ausência do ultra-som hospital em estudo foi outro fator de insatisfação por parte das mulheres. As falas demonstram este sentimento:

*Eu acho assim para a gente consegui um exame demora muito e para ser atendida pela o doutor demora também, eu acho uma dificuldade muito grande , ai depois que a gente já conseguir falar com o doutor, fazer as consultas direitinho vem o problema do US ai a gente que pagar e não tem condição e por ser uma cesárea tinha que bater um US, nem na sala de parto não tem, foi nessa semana que fui lá e não tinha é essa dificuldade que eu acho. E19*

*A dificuldade que eu acho é que não tem onde bater US, ai a gente tem que se deslocar para outro canto ou tem que pagar R\$30,00 ou R\$40,00 reais no US. A dificuldade é só essa no meu pensar, para eu saber como está o meu bebê é preciso pagar, eu não, a minha família pagou para mim porque eu não posso. E20*

*Mas com o serviço o único problema aqui é o negócio do US,o médico passa e a gente tem que bater particular, a gente não ode fazer isso, eu venho aqui sendo acompanhada desde os três meses de gravidez e até agora o aparelho está quebrado , eu não sei o que é isso que aparelho é esse , eu acho que é uma mentira. Isso é o problema que a gente não tem dinheiro para bater o US, esse é o problema em relação ao pré- natal. E24*

*O ultrason que não tem, estou com seis meses e só bati um, eu deveria ter batido mais. E13*

Na subcategoria----- as mulheres do estudo representaram a importância do exame de Us para acompanhar o desenvolvimento do bebê. A não-realização traz insatisfação para elas, pois cria uma lacuna no atendimento pela falta do exame. No período do estudo, o aparelho de US do hospital estava quebrado, naquele momento, sem previsão de conserto, fato que causou insatisfação nas mulheres, por dois motivos; o primeiro pela ausência do exame no serviço e o outro pelo fato de ter que pagar realizá-lo e algumas não tinham condições financeiras para custear o exame.

A desorganização do serviço também foi representada pelas mulheres como um fator de insatisfação. Seguem as falas correspondentes:

*Quando chama a gente para um canto não onde a gente tava, manda a gente voltar, trata a gente mal. Eu não gosto disso. E21*

*Se ficar só você e o doutor você se sente mais a vontade. E14*

*A enfermeira me informou sobre o curso do parto, mas procurei informação e não consegui fora isso foi tudo tranquilo. E13*

*Na primeira consulta aqui não é informada onde é a sala que a gente vai falar com a doutora, a gente tem que perguntar e às vezes as pessoas não gostam de responder. E4*

*“Só mesmo aqui não tem informação onde vai ser a sala, um pouco de desorganização.” E4*

Pelos discursos, as gestantes representam a desorganização do serviço durante o cuidado pré-natal. A gestante E21 relata o mau tratamento por parte dos funcionários do serviço e o desencontro de informações acerca do local de atendimento. A gestante E14 expressa a falta de privacidade no momento da consulta; no hospital do estudo, ocorre que, na sala ficam o médico/enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. A gestante E13 sente-se insatisfeita por não receber informações sobre curso do parto e E4 também relata a desinformação sobre a sala de atendimento e não encontra ninguém disponível para ajudar.

Observou que, no serviço, não existe uma recepção para onde as gestantes possam se dirigir para pedir informações, nem mesmo um sistema de sinalização para melhor guiar os usuários do serviço. Resta para eles abordar o porteiro ou se dirigir à sala da assistente social para pedir informações.

A acolhida das gestantes no serviço é realizada pela auxiliar de enfermagem que organiza o atendimento por ordem de chegada, recolhe todos os cartões das gestantes, colocando um número para identificar a ordem. Após este momento, entra no consultório para organizar os cartões junto com os prontuários e iniciar a chamada para verificar a pressão e pesar. As gestantes são identificadas pelo número durante todo o atendimento. As gestantes que chegarem ao serviço após o primeiro contato serão atendidas por último. Observa-se o pouco envolvimento do funcionário com as gestantes caracterizando, apenas um cumprimento de tarefas.

O investimento em tecnologias leves ou tecnologias das relações como acolhimento, vínculo, automização, a responsabilização e gestão os profissionais de saúde construirá um novo processo de cuidado. Destacamos aqui, para a produção de

um novo processo de cuidar para as gestantes que buscam o cuidado pré-natal, as tecnologias leves do acolhimento e vínculo.

Por acolhimento, Souza *et al.* (2008, p. 102) entendem como *dispositivo potente para atender as exigências do acesso, proporcionar vínculo, entre usuário e serviço, questionar processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica*. Os autores acrescentam que, junto com o acesso, eles se completam na perspectiva da integralidade do cuidado e são considerados como meios para planejar, organizar e produzir ações e serviços de saúde.

Percebe-se pelas falas das mulheres a ausência de acolhimento no hospital em estudo pelo fato de não atender suas necessidades, dificultando a formação de vínculo.

O vínculo do usuário com a unidade de saúde otimiza o processo de assistência, produz satisfação e segurança aos usuários, pois eles sentem-se parte do processo de cuidado; também implica responsabilização do profissional para com o usuário, pois o profissional assume a responsabilidade sobre o paciente, mostrando os caminhos que devem ser percorridos dentro do sistema para atender as necessidades do usuário (LIMA *et al.*, 2007; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

GAMA *et al.* (2004) enfatizam que o vínculo da gestante no serviço de saúde dará oportunidade de um acompanhamento periódico durante todo o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando cuidados com o recém-nascido, desde a gestação até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e vacinas, melhorando assim os agravos que acometem as crianças do primeiro ano de vida.

As mudanças nos processos de trabalho com a implementação do acolhimento na perspectiva descrita por Souza *et al.* (2006) levarão os serviços de saúde ao encontro da qualidade que envolve, além disto, aspectos relacionados à qualificação dos profissionais da assistência, segurança e aparência da unidade de saúde e a adequação das tecnologias duras (equipamentos) (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Atenção de qualidade na assistência pré-natal deve incorporar condutas acolhedoras e de fácil acesso, incorporando ações nos níveis de promoção, prevenção e assistência à saúde do binômio mãe/filho (NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007).

O desafio dos profissionais da rede hospitalar é implementar as ações de acolhimento, como acontece nas unidades de PSF, pelo fato de a unidade não contar com a presença dos agentes de saúde, que são o elo de ligação do usuário à unidade e porque, os profissionais não conhecem a real necessidade da população atendida, desconhecem a área onde está inserida o hospital e muitas vezes não têm a visão de como funciona o sistema de saúde.

Podemos, então, questionar: por que algumas unidades hospitalares ainda fazem atendimentos que seriam exclusivos das unidades da rede básica? Podemos encontrar várias respostas, como: continuidade de um modelo anterior de assistência, atendimento de uma demanda reprimida, falta de planejamento para definir ações para cada nível de atendimento etc.

A próxima subcategoria representa a satisfação das mulheres com o cuidado pré-natal.

#### 5.4.2 Satisfação com o atendimento

As mulheres representam nesta categoria a satisfação com o cuidado pré-natal, que envolve a facilidade de acesso, atenção dos profissionais, recebimento de informações e atendimento médico.

*Eu pensei que ia ter dificuldade em marcar a consulta não tive dificuldade nenhuma. E9*

*Eu venho acompanhando bem direitinho, ele me acompanha, não vi dificuldade nenhuma aqui no hospital, todos os meses eles são bem atenciosos, não tenho o que falar. E9*

*Eu não tive dificuldade nenhuma não graças a Deus no dia dos meus exames foi tudo bem comigo nenhuma dificuldade de nada negócio de fila essas coisas, o normal de sempre, com o serviço não tenho o que falar normal. E10*

*Com o serviço desde o início fui bem atendida, informada desde a palestra até agora na última consulta. E11*

*Não tive nenhuma dificuldade não, foi tudo bem. E12*

*No atendimento desde a recepção, dos médicos eu não tenho nada a falar as pessoas tem cuidados com os outros. E16*

*Não tive chateação, achei ótimo, aliás, estou achando ótimo, aqui é mais fácil as consultas é mais fácil o atendimento, porque lá no posto não tem palestras , falta muito médico no lugar que eu moro, aqui toda vez que eu venho dá certo, graças a Deus achei muito bom, aliás estou achando, eu sempre escolhi fazer aqui. E17*

*Aqui eu não tive dificuldade não, consegui marcar a primeira vez que vim não demorei muito até hoje não custei a ser atendida, o atendimento é ótimo, o doutor não gostam dele, mas cada um tem sua opinião e eu não tenho nada a me queixar dele. E22*

*No atendimento não tenho o que reclamar não, com a minha pessoa não, só uma palavra que expressa é que eu estou muito bem, estou ótima, não tenho o que reclamar não. E23*

*Para mim o pré-natal está sendo muito bom porque o doutor ainda não faltou as consultas. E19*

O sentimento de satisfação das mulheres foi representado pela facilidade de marcar as consultas e pela atenção dos profissionais como destaca a gestante E9. A gestante E10 sente-se satisfeita por seus exames não contem nenhuma anormalidade e não ter enfrentado fila durante o atendimento. Para a gestante E17, estar no hospital fazendo o pré-natal é melhor comparado ao posto devido ter palestra, o médico não falta as consultas, ser mais fácil para marcar. Estas justificativas podem também explicar a permanência do atendimento da atenção básica no hospital. Mais uma vez, a presença do médico é associada à satisfação com o atendimento, como mostra a gestante E19.

A qualidade técnica dispensada, junto com a disponibilidade de exames, presteza no atendimento e desenvolvimento de ações básicas, foram elencados como representações positivas para usuárias de um serviço de saúde durante o ciclo gravídico puerperal (PARADA; TONETE, 2008).

As mulheres representam sentimentos contraditórios em relação ao atendimento. Elas foram satisfeitas nas suas necessidades daquele momento, encontraram pessoas que viabilizaram o atendimento para que diminuíssem as dificuldades e encontraram no hospital um ambiente acolhedor.

A subcategoria a seguir aborda o atendimento dos profissionais na visão das mulheres do estudo.

#### 5.4.3 Atendimento profissional

A consulta de pré-natal é um encontro entre profissional gestante na busca do cuidado, que visa ao acompanhamento da gestação, com o objetivo de alcançar um nascimento saudável. Em alguns momentos, esta relação é permeada de conflitos e insatisfação e em outras vezes é um encontro de boas relações. Vejamos a reprodução das falas:

*Estou tendo dificuldade com o doutor é que tem duas pessoas na sala , as vezes você tem vontade de perguntar alguma coisa e você fica com receio porque tem outra pessoa na sala que vai ouvir tudo e por mais que não queira toda consulta está escutando e vai sair comentando, é muito chato. Para mim a única dificuldade que senti foi esta. E14*

*Tem dificuldade muito grande, tem dificuldade durante outra coisa que você vem se consultar com o médico pergunta e as vezes ele não responde, ai a gente vai para casa com dúvidas. E2*

*Sobre o atendimento eu não tenho nada a dizer, só assim as perguntas que o médico são muito por fora , não entra muito em contato com a gente, fora isso foi bom." E15*

A primeira dificuldade representada com relação ao atendimento do profissional foi a falta de privacidade na sala, como comentado na subcategoria anterior. A gestante E14 relata a presença de duas pessoas na sala e fica com receio de dialogar com o profissional assuntos onde outras pessoas vão compartilhar. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres constitui em dos dez princípios fundamentais da atenção pré-natal (BRASIL, 2005).

A falta de diálogo do médico com a gestante também foi representada como uma insatisfação no atendimento. A gestante E2 relata que vem para a consulta, pergunta e o médico às vezes não responde e vai para casa com dúvidas; e a gestante E15 também relata a falta de interação do médico.

A compreensão da mulher como pessoa, e não só como um útero grávido deve sempre ser valorizada pelo profissional no momento da consulta; deve ir além do corpo reprodutor e sexual para abordar a mulher como um ser completo: corpo, emoção, mente e ambientes que estão interligados entre si, mas são independentes (ZUBARAN, 1998).

O encontro do profissional com a gestante ocorre face a face. De um lado, o profissional com todo o seu conhecimento acerca do processo gestacional adquirido ao longo da vida profissional e de outro as gestantes portadoras de necessidade inerente ao período (NEY; TOCANTINS, 2006). Neste encontro, de um lado atores com condições

de oferecer cuidados e do outro aqueles que querem receber, basta iniciar um diálogo através da escuta ativa priorizando as necessidades de quem vai receber o cuidado.

O profissional deve trabalhar o cuidado pré-natal de forma que possibilite a mulher se expressar, dando voz para que evidencie suas necessidades além das questões obstétricas. Reconhecer a individualidade de cada mulher e, manter uma relação de respeito são pré-requisitos para um atendimento humanizado o que permite a gestante falar de sua intimidade com segurança (MOURA; LOPES, 2003).

Diante do exposto, observa-se que as políticas públicas de saúde da mulher envolvem aspectos sociais e culturais, com o objetivo de promover sua autonomia e cidadania com a construção de espaços que viabilizem o “empoderamento” das mulheres e estas se tornem agentes de transformação da sua realidade (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

Pelas falas abaixo, as gestantes expressam a importância das orientações fornecidas pelos médicos durante o cuidado pré-natal, estabelecendo uma relação mútua para satisfazer as necessidades das mulheres.

*Ele trata a gente bem é bem franco, se precisar a gente emagrecer essas coisas ele é bem sincero com você diz mesmo o que precisa. E14*

*Muito bom a gente saber como está o bebê, o doutor dá orientação também, eu gosto do atendimento, até agora to gostando. E20*

*A partir da segunda consulta foi com o doutor ele não é um doutor de dizer tudo que você precisa, mas se a gente pergunta ele passar o dia todo respondendo. E4*

*Hoje eu tenho mais dúvidas e vou tirar com ele, o médico estando pronto para tirar dúvidas para mim é o que importa. E1*

As gestantes representam a satisfação no atendimento ao fato de o médico responder as suas dúvidas que, em algumas falas, relacionam com aos aspectos biológicos, como relata a gestante E14, quando fala que o médico orienta a questão da perda de peso. A gestante E20 acha importante saber como está o seu bebê e esta informação é fornecida pelo médico e a gestante E4 reconhece que o médico fala apenas o necessário e se estimular ele conversa sobre tudo que precisa.

Outros profissionais foram citados como agentes importantes durante o cuidado pré-natal, dando oportunidade de uma atenção integral. Os profissionais citados pelas mulheres foram o psicólogo e a assistente social. Vejamos as falas

*“Eu queria conversar com a psicóloga que no começo eu tinha muita mágoa de ver ele fazer qualquer coisa de mal, ta entendendo, mas hoje não do meu ponto de vista ta melhor , eu to normal , mas no começo eu queria muito conversar tinha muita mágoa muita raiva que eu tinha, hoje em dia graças a Deus passou eu to bem “. E10*

*“Estou pretendendo agora e torcendo que dê certa a minha ligação, por conta da minha idade, das dificuldades, já esta no terceiro filho e queria muito conversar com a assistente social para ela me ajudar para conseguir a minha cirurgia.” E11*

A gestante E10 sentiu necessidade de acompanhamento psicológico pelo fato de haver problemas de relacionamento com seu companheiro, relata muita mágoa e raiva do companheiro, tendo desejo de fazer qualquer coisa má, mas, com o tempo, estes sentimentos desaparecem e isso ocorre atrelado à fé em Deus. A gestante E11 procurou apoio junto ao profissional de serviço social para viabilizar a ligação de trompas. No hospital onde ocorreu o estudo, as gestantes têm oportunidade, caso haja necessidade de ter acompanhamento com o profissional de Psicologia e as assistentes sociais são responsáveis por viabilizar a documentação para realizar da ligação de trompas.

Para que todas as demandas surgidas por ocasião do cuidado pré-natal sejam plenamente satisfeita, o serviço de saúde deve ser constituído de uma equipe multidisciplinar. Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio dos dez princípios fundamentais da atenção perinatal, preconizam que os cuidados na gestação devem ser multidisciplinares, com a participação de profissionais da saúde, como parteiras tradicionais, obstetras, neonatologistas, enfermeiros, educadores para parto e maternidade e cientistas sociais (BRASIL, 2005).

### **5.5 Análise fatorial de correspondência: evocações emitidas pelas mulheres grávidas**

Foi utilizada a técnica de associação livre de palavras com os seguintes estímulos indutores; gravidez, cuidado, pré-natal e si mesma, que após organizados em banco de dados, foi processado no software *Tri-Deux-Mots* (TDM), para dimensionar o campo das representações sociais. O software permitiu representar as variáveis fixas

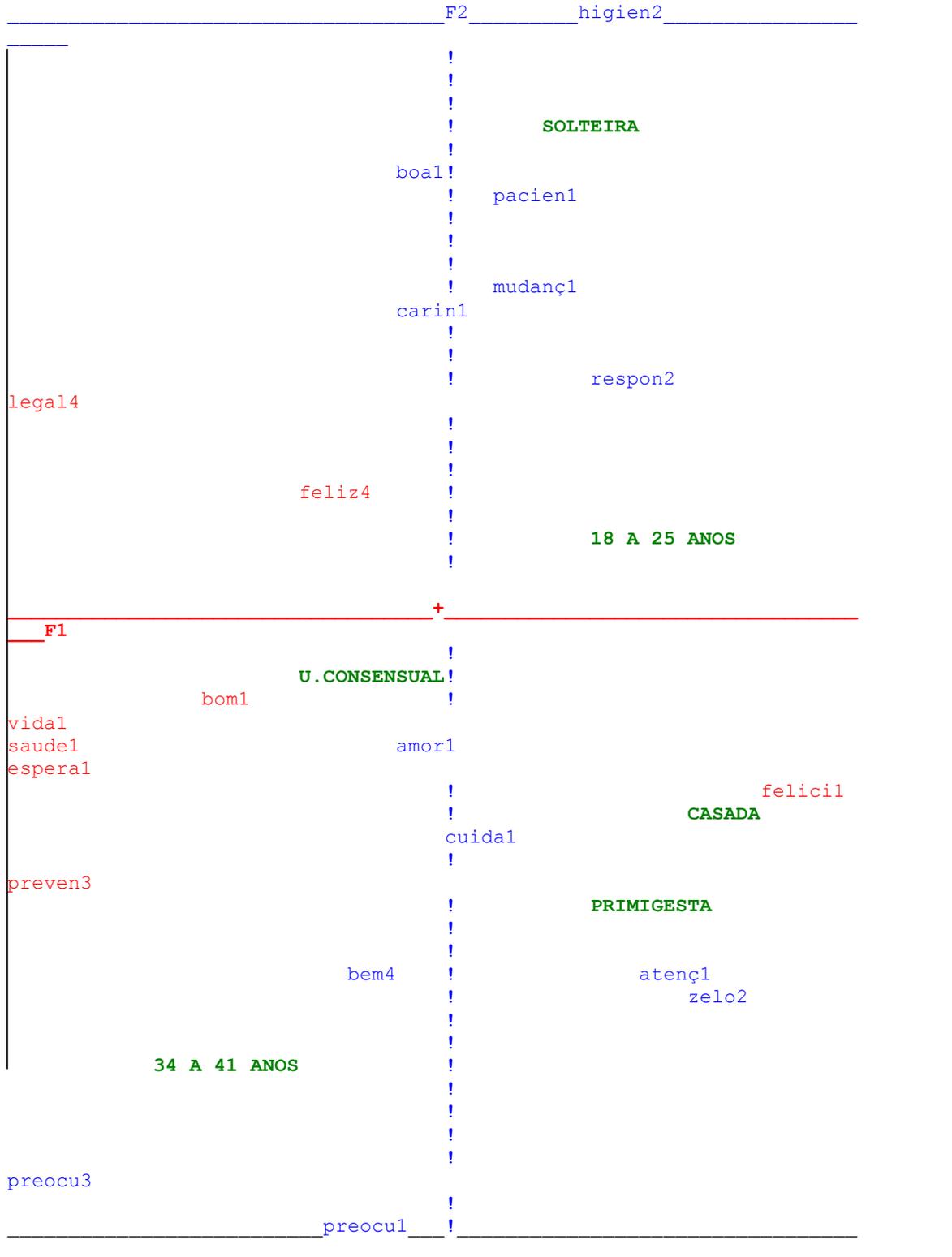
(idade, estado civil e paridade) e as variáveis de opinião, essas últimas sendo representadas pelas evocações dos sujeitos.

O gráfico 1 representa dois eixos, eixo F1 e eixo F2. O fator 1 (F1) encontra-se representado pela cor vermelha e explica 28,4% (0.051565) das respostas, enquanto o fator 2 (F2) está representado pela cor azul com variância de 22,6 (0.041117), perfazendo um total de 68,7% de variância.

Com o material coletado com uso da técnica de associação livre de palavras, foi evocado um total de 808 (oitocentos e oito) palavras referentes aos quatro estímulos, sendo 320 (trezentos e vinte) palavras diferentes e 488 (quatrocentos e oitenta e oito) palavras, o que representa o modo de pensar das mulheres grávidas em relação aos estímulos indutores: gravidez (estímulo 1), pré-natal (estímulo 3), si mesma (estímulo 4). No gráfico o estímulo 2 (cuidado) não apareceu. A análise ocorreu pela leitura gráfica das representações, distribuídas de maneira oposta sobre os dois fatores (F1 e F2).

O eixo F1 horizontal e de cor vermelha indica as representações que mais contribuíram para a construção do fator 1. Encontram-se em oposição às representações das gestantes casadas na faixa etária de 18 a 25 anos na parte direita contra as representações das gestantes com união consensual entre 34 a 41 anos de idade.

Gráfico 1- Plano fatorial de correspondência das representações das gestantes sobre o cuidado



No Eixo F1, em relação ao primeiro estímulo, gravidez, as palavras evocadas nas respostas das gestantes foram saúde (CPF=147), vida (CPF=112), felicidade (CPF= 83), espera (CPF=35) e bom (CPF=28). Não apareceram evocações em relação ao segundo estímulo no Fator 1. O estímulo 3 pré-natal, foi representado pela palavra prevenção (CPF=78). O estímulo 4, si mesma,foi representado pela palavra legal (CPF= 105) e feliz (CPF=30).

As palavras evocadas para o estímulo gravidez remetem a sentimentos positivos em relação à gravidez. As gestantes expressam que a gravidez é saúde, é uma vida que carregam dentro de si, estão nos momentos felizes pelo fato de estar grávidas; é um período de espera e acham o bom.

Reportando-nos as entrevista, o sentido da palavra saúde é evidenciado pelas mulheres com maior significância com relação à saúde do seu bebê, mas também ela se preocupa com ela mesma para estar bem e gerar uma criança saudável.

A palavra vida foi associada pelas gestantes nas entrevistas à vida do bebê, que estava sendo gerado por ela, crescendo a cada mês, e representa o cuidado pré-natal como uma forma de acompanhar este crescimento para a criança nascer saudável.

O sentimento de felicidade é expresso pelas gestantes no fato de estarem grávidas. Elas se sentem felizes por este momento, mesmo que, para algumas, a gravidez não tenha sido planejada e que tenham passado por momentos difíceis. Esta felicidade foi representada também pelo fato de estar em segunda gravidez e agora ter o filho desejado (menino ou menina). As palavras, espera e bom não apareceram nas entrevistas, mas refletem o sentimento em relação à gravidez.

Ainda no eixo 1, o terceiro estímulo relacionado ao pré-natal é representado pelas mulheres com a palavra prevenção, um dos objetivos do cuidado pré-natal, como relatam Carvalho e Novais (2004), ao dizerem que a assistência pré-natal é baseada no desenvolvimento de ações preventivas educativas, mediante o contato periódico da gestantes com a serviço, de um planejamento de acordo com os trimestres da gestação, identificação de fatores de risco e intervenção precoce.

Nagahama e Santiago (2006) reconhecem o valor da assistência pré-natal pelo seu impacto e transcendência, no que diz respeito à contribuição para a redução das taxas de morbimortalidade perinatal.

Koffman e Bonadio (2005, p. 24) enfatizam que

*...deve ser garantido um pré-natal adequando e isso significa prevenir, diagnosticar , tratar eventos indesejáveis, visando o bem-estar da gestante e seu conceito, além de orientar para evitar*

*problemas específicos para o parto, ou mesmo, determinados cuidados imediatos ao recém nascido.”*

No estímulo 4, relacionado a si mesma, as gestantes quando vão fazer referência a elas mesmas, se acham legais e felizes. Comparando-se como sentimentos representados sobre o estímulo gravidez, as mulheres também se sentem pessoas felizes. Observamos, que no momento de evocarem palavras sobre si mesmas as gestantes tinham dificuldades de falar de si.

Analisando o eixo 2, na margem superior, as palavras evocadas para o estímulo 1 (gravidez ) foram boa (CPF=96), paciência(CPF=56), mudança(CPF=40), carinho(CPF=53). Estas palavras encontram-se no eixo 2 à direita e representam as palavras evocadas pelas mulheres solteiras na faixa etária de 18 a 25 anos. Inversamente, no eixo 2, na margem inferior, as palavras evocadas pelas mulheres com união estável (casadas e união consensual) na faixa etária de 34 a 41anos foram amor (CPF=24), cuidado (CPF=61), atenção (CPF=34), preocupação (CPF=112).

Ainda no eixo 2, no estímulo 2 (cuidado ) foram lembradas as palavras responsabilidade (CPF=65) e higiene(CPF=120)na margem superior e zelo(CPF=34) na margem inferior.Com relação ao estímulo 3 (pré-natal), a palavra evocada foi preocupação(CPF=85) e a representação sobre si mesma (estímulo 4) a palavra evocada foi bem(CPF=29).

As palavras evocadas no eixo 2 sobre o estímulo gravidez são distintas em dois aspectos: as solteiras evocam palavras associadas a sentimentos como carinho e boa, e também palavras que denotam atitudes, como paciência e mudança. Quando nos reportamos às pacientes com união estável (união consensual e casada), as palavras evocadas também se referem a sentimentos como a palavra :amor e também atitudes como: cuidado, atenção e preocupação. Contrapondo as palavras que denotam atitude entre as solteiras e as de união estável, observamos que, para as solteiras, a gravidez é uma mudança e ter paciência; no outro grupo, a gravidez é demonstrada com palavras relacionadas a outra pessoa que, no caso, é o bebê.

Cuidado, atenção, preocupação e amor foram palavras contidas na maioria das entrevistas como uma forma de as gestantes expressarem seus sentimentos em relação ao bebê.

O estímulo 3 (cuidado) aparece no eixo 2 relacionado a responsabilidade e higiene; nas entrevistas, o cuidado vem relacionado ao bebê, que não deixa de ser também uma responsabilidade por uma pessoa que vai depender de você.

O pré-natal foi associado a preocupação que, para as mulheres durante a entrevista, esteve relacionada às questões de saúde do bebê(a preocupação se o bebê estava bem ou se ia nascer com defeito). As palavras prevenção e preocupação representam primeiro um os objetivos do pré-natal e segundo a atitude da mãe com relação à assistência a ser recebida para que o seu bebê tenha um nascimento normal e saudável.

A representação sobre si mesma resumiu-se à palavra bem, o que denota um sentimento positivo em relação a si mesma. A gestante enfrentando a gravidez de forma positiva contribuirá para que se sinta bem durante todo o período gravídico puerperal, caracterizando a tendência que se pode observar com relação as mulheres do estudo.

O quadro a seguir mostra o agrupamento das palavras por estímulo que mais foram evocadas pelas mulheres grávidas, optamos pelo registro das palavras que tiveram acima de quatro estímulo e por descartar aquelas de três evocações para baixo.

<b>GRAVIDEZ</b>	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>CUIDADO</b>	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>PRÉ-NATAL</b>	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>SI MESMA</b>	<b>N<sup>0</sup></b>
Cuidado	27	Responsabilidade	19	Cuidado	44	Responsável	21
Amor	25	Amor	18	Importante	21	Feliz	12
Responsabilidade	25	Atenção	18	Acompanhamento	18	Cuidadosa	7
Importante	13	Alimentação	12	Saúde	10	Ótima	5
Vida	9	Carinho	10	Saber	7	Paciente	5
Carinho	7	Saúde	8	Preocupação	6	Realizada	5
Felicidade	7	Proteção	4	Responsabilidade	5	Legal	4
Mudança	7	Prevenir-se	4	Prevenção	4	Alegre	4
Saúde	6	Zelo	4	Bem-estar	4	Sincera	4
Boa	6						
Atenção	5						
Experiência	5						
Ser mãe	5						
Afeto	4						
Alegria	4						
Filho	4						
Ótima	4						
Paciência	4						
Preocupação	4						

Fazendo uma análise do quadro podemos observar que a palavra cuidado foi a mais evocada para os estímulos gravidez e pré-natal, predominando no estímulo pré-natal, sendo assim a forma como as mulheres representam a gravidez e o pré-natal.

Boff (1999) define cuidar como algo além de um ato. É uma atitude, um momento de encontro quando se desenvolvem ações, como atenção, zelo e desvelo, e está representada pela atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de se envolver afetivamente com o outro. Sendo assim, cuidar faz parte da natureza humana. O ser humano sem cuidado, durante seu ciclo vital, definha, perde sentido e morre, e isto é nitidamente intrínseco ao ser humano.

A constituição do ser feminino já vem dotada do ato de cuidar, pois sempre a mulher exerceu ações relacionadas ao cuidar ao longo da vida e o momento da gestação não poderia ser diferente, pois é considerado o ápice do cuidar e as mulheres do estudo representaram muito bem o cuidado, quando relataram nas palavras evocadas esta atitude em relação a gravidez e pré-natal.

A gravidez enaltece a mulher como um ser feminino e fértil, pela capacidade de gerar um novo ser, e é representada como o desejo de todas elas como uma forma visível de mostrar esta feminilidade e fertilidade (LIMA, 2006).

Outra palavra que merece destaque evocada também nos estímulos gravidez, cuidado e pré-natal foi responsabilidade, que, segundo Aurélio significa “*qualidade ou condição de responsável*”. Para as gestantes, estar grávida é uma responsabilidade, como também o cuidado para com o bebê e consigo mesma durante o ciclo gravídico-puerperal. Este conceito é reforçado quando as mulheres se referem a si mesmas.

A palavra amor foi evocada de forma significativa nos estímulos gravidez e cuidado, mais uma vez reforçando o sentimento da mulher para com o seu filho. Amar alguém é dedicar-se, cuidar, ser responsável pelo outro.

Importante foi outra palavra de destaque para os estímulos gravidez e pré-natal. Comparando com as entrevistas notamos que o sentido da palavra importante está presente em todas as falas das mulheres grávidas.

Para Lima (2006, p. 68), a” *gravidez está além da função reprodutiva, ela está associada ao dom divino, a capacidade de gerar um novo ser, ser responsável sobre ele e com a gravidez há o surgimento de novas necessidades pessoais e sociais.*”

Esta afirmação expressa exatamente o que as mulheres do estudo representam sobre a gravidez e o cuidado pré-natal, evidenciado tanto nas entrevistas como na associação livre de palavras.

## **6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APRENDIDOS PELOS DESENHOS - ESTÓRIA COM TEMA**

O desenho-estória com tema foi um recurso metodológico utilizado no estudo para apreender as representações das mulheres sobre o cuidado pré-natal e uma forma de aprofundar a discussão sobre o tema. Quando associadas as entrevistas e associação livre de palavras. Após observação sistemática dos desenhos e leitura das estórias, estes foram agrupados, formando quatro categorias que serão analisadas seguir.

### **6.1 Gravidez representada por uma flor**



Desenho 6.1.1

*“Sempre que venho às consultas mim sinto uma flor regada e cuidada com amor e carinho. Junto com outras gestantes compartilhando esse momento tão maravilhoso de minha vida.” Desenho 1*

O desenho 1 expressa o sentimento quando comparecem às consultas de pré-natal. O desenho mostra um jardim com flores, regadas pela chuva e aquecidas pelo sol, elementos essenciais, junto com a terra, para seu crescimento. A gestante, durante as consultas de pré-natal, sente-se regada e cuidada com amor e carinho, o que para ela são elementos importantes para o desenvolvimento do bebê.



**Desenho 6.1.2**

*“O pré-natal está sendo o descobrimento de uma nova vida que Deus deu para mim. É que de uma semente nascerá uma nova vida que está brotando e que posso sentir a cada momento. Irei regar esta semente que Deus me deu sempre que eu puder. Porque é o sol que também brilhou para mim ser feliz.”*

O trecho escrito associa o pré-natal a um momento de descoberta de uma gravidez que foi dada por Deus e esta gravidez é objetivada por meio do desenho do desenvolvimento de uma planta que, como a gravidez, se desenvolve a cada dia, e passa por fases diferentes ao longo do crescimento e desenvolvimento. O desenho mostra desenvolvimento da planta que se inicia pela semente e que vai crescendo e desenvolvendo com suas características ao longo do tempo. - crescer, dar flores e depois frutos. O sol mais uma vez representa a luz, que faz com que a planta cresça. A gestante associa a luz do sol como fator importante para sua felicidade ocorreu pelo fato

de estar grávida. A gravidez mais uma vez é associada a um dom de Deus e precisa ser cuidada.



**Desenho 6.1.3**

*“Esse desenho representa as etapas do nosso crescimento na gestação, no aprendizado para uma nova vida.”*

Como no desenho anterior, o desenho 3 também representa a gravidez por intermédio do desenvolvimento de uma planta. É interessante ressaltar que o trecho se encontra no plural, pelo fato de ser sido realizado pelo casal grávido que estava vivenciando a sua primeira gravidez , por isso a referência do aprendizado para uma nova vida. Esta nova vida representa a chegada do bebê, que já tem reservado um lugar na árvore maior, que é representado por um balanço vazio.

A categoria 2 representa os sentimentos que as mulheres expressam sobre a gravidez. Os desenhos expressam estes sentimentos.

## 6.2 Representação social em relação á gravidez

Esta categoria expressa os sentimentos das mulheres com relação a gravidez, como enfrentam este período, em alguns momentos, é de forma positiva, em outros, com sentimentos negativos, fazendo emergir o sentimento de ambivalência que é comum neste período.



Desenho 6.2.1

*“A gravidez para mim é muito importante e merece uma família muito feliz e unida , é o casa da minha, sou muito feliz com meu esposo e estou amando a experiência de ser mãe.”*

O desenho 2.1 expressa a importância da família para receber um filho. O ambiente familiar deve ser harmônicos e haver união entre o casal. O sentimento de felicidade objetivado no desenho pelo sorriso do casal e pela união é objetivado pelas mãos dadas; e os corações representam o amor entre o casal, como também amor pelo filho. Embora durante a aplicação da técnica a gestante ainda estivesse grávida, no desenho ela já se vê com o bebê ao colo.

Lima (2006) relata a importância da família durante o processo de gestar, pelo fato de a mulher buscar apoio e segurança dentro do núcleo familiar, procurando acolhimento das pessoas da família, principalmente do parceiro.



**Desenho 6.2.2**

*“Esse pré-natal para mim está sendo bom pois nele estou expressando todo o meu amor, e o desenho significa para mim mas uma nova vida na qual estou muito satisfeita por estar grávida, como eu amo meu primeiro vou amar o segundo”*

Neste desenho, o pré-natal é relacionado como uma expressão de amor, que é objetivado por meio dos corações. O casal representado parece feliz pela expressão do rosto de ambos. O amor é expresso pelo coração localizado entre os dois, união e carinho objetivado pelas mãos sobre a barriga da mulher. O ambiente sugere um local onde haja água (rio ou mar) e mostra alguns elementos da natureza (sol, nuvens, estrelas, pássaros) em verdadeiro contraste. A gestante, no trecho, reporta-se ao amor que vai dar para seu segundo filho como deu para o primeiro, mas no desenho a única representação é do filho que está para chegar.

Os próximos desenhos mostram, através das falas a gravidez como um momento difícil, mas os desenhos não expressam este sentimento. Emerge nestes a ambivalência em relação ao momento.



**Desenho 6.2.3**

*“Está sendo difícil por razões que cada um de nós enfrentamos, é a vida isso nos faz perceber o quanto somos fracos e buscamos ajuda com Deus, só ele é capaz de nos ajudar. Aqui confio em pessoas profissionais que também são mães e entendem as dificuldades de cada um . Um obrigada de uma mãe vivenciando não só uma maternidade mais uma nova vida que depende de mim.”*

Observando o desenho, pode-se ver que a descrição da história é divergente do que está grafado. A história mostra alguma dificuldade em relação à gravidez e que o apoio em Deus é uma saída, como também o apoio dos profissionais que estão ali para atender em suas dificuldades. O desenho representa uma família unida entre si, objetivada por intermédio das mãos dadas, e mostra dois caminhos- um de casa, que é refúgio da família, e o outro do posto de saúde, onde vai encontrar os profissionais para atender suas necessidades.

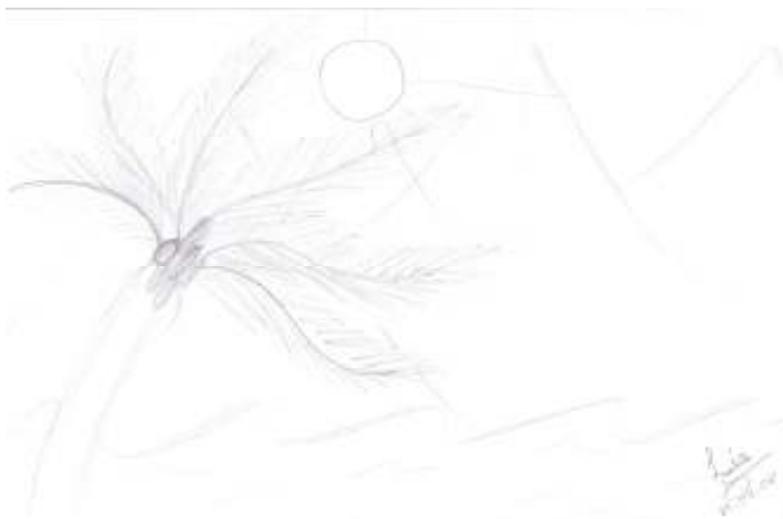
O desenho a seguir mostra um lugar onde existem árvores, cada uma identificada com o nome de cada filho. Um ambiente agradável, com criança no balanço

brincando. Como nos outros desenhos, o sol está presente, irradiando o ambiente, como também as flores. Como relata o trecho da história do desenho, embora o início da gravidez tenha sido difícil, ela representa o desenho, momento que ela vive atualmente, o qual para ela é um momento de transformação. Mais uma vez o sentimento de ambivalência está descrito pelas mulheres.



**Desenho 6.2.4**

*“No começo da minha gravidez passei pelo momento muito difícil, eu escolhi este desenho e a cor azul porque tive uma mudança muito grande, a minha filha que está para chegar fez uma grande transformação. Espero que ela cresça com vida e saúde.”*



**Desenho 6.2.5**

O coqueiro como árvore frutífera é um símbolo da fertilidade.

O vento a soprar nas dunas é como se fosse a tranquilidade na espera do bebê.

O sol a brilhar é como um novo dia, uma nova vida a cada manhã.

O mar é como o imenso amor que desde já sinto pelo meu bebê.

A gestante representou no desenho, uma comparação com cada elemento da natureza. O coqueiro como árvore frutífera comparado à mulher, que é símbolo da fertilidade. Uma espera tranquila o que nos remete a pensar que esta gravidez está sendo tranquila, que é objetivado pelo sopro de um vento tranquilo sobre as dunas. O sol como fonte de vida que ilumina esta vida a cada manhã. E o amor que a mãe sente pelo filho, representado pela imensidão do mar.



**Desenho 6.2.6**

*“Neste desenho eu estou muito feliz, porque estou carregando uma “vida” comigo”.*

*E isso me deixa muito feliz. Porque é meu primeiro “filho” e é uma experiência muito rica e prazerosa de ser “mãe”, um dom maravilhoso mandado por Deus.”*

A gestante no desenho se retrata e mostra em suas palavras a felicidade de ser mãe. Chama atenção no texto o fato de que ela grifa as palavras vida, filho e mãe,

que devem ser para ela as coisas mais importantes, e mais uma vez, a gravidez é relacionada a um dom de Deus.

A próxima categoria representa os sentimentos das mulheres grávidas sobre o cuidado pré natal, onde elas expressam pelo desenho o modo como está sendo este pré-natal para elas.

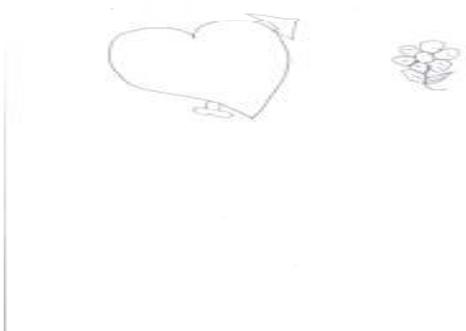
### 6.3 Representação sobre o pré-natal.



**Desenho 6.3.1**

*“O significado do desenho é que fico ansiosa para que chegue a hora da consulta do pré-natal para saber se estar tudo bem com minha filha e rever e conversar com as outra mulheres que estão grávidas também.”*

O desenho mostra três mulheres grávidas com cartão do pré-natal na mão. Foram desenhadas sorrindo, para expressar que elas estão felizes. A autora do desenho mostra sua ansiedade e chegará a hora de ir a consulta para saber se sua filha está bem, corroborando as entrevistas, onde as mulheres também expressavam este sentimento em relação ao pré-natal. E o desenho representa o encontro com as outras gestantes. A espera pela consulta de pré-natal é um verdadeiro encontro entre as mulheres grávidas quando dialogam sobre diferentes assuntos; é uma verdadeira troca de experiências.



**Desenho 6.3.2**

*“Fico muito ansiosa, nervosa. Eu acho muito importante o pré-natal para saber como o bebê está.”*

O coração representado neste desenho é o amor que a mãe tem pelo seu filho, aqui representado pela rosa. Ela expressa ansiedade e o nervosismo para saber como o bebê está. Por isso acha importante vir ao pré-natal.



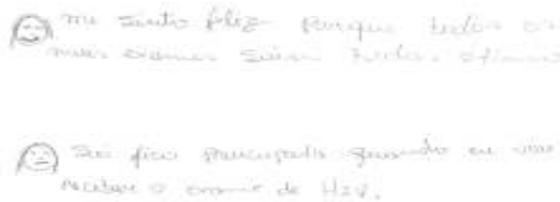
**Desenho 6.3.3**

*“Para mim o pré-natal é muito importante. Esse é meu segundo filho e está sendo uma experiência totalmente diferente, pois agora eu já sei coisas que eu não sabia. As palestras que agora eu assisto, antes não tinham e foi mais difícil para mim...”*

*“Agora esse desenho representa a minha pressa de ir logo para casa, pois eu tenho que ir trabalhar.”*

A importância da experiência do primeiro filho para ter mais capacidade para cuidar do segundo e a importância das palestras para acrescentar conhecimentos são fatores importantes a fim de que a gestante tenha segurança durante o ciclo gravídico-puerperal. O que ela exibiu no desenho são três gestantes sorrindo e um relógio, está significando a pressa para chegar à casa e ir ao trabalho.

Essa questão do tempo foi representada outras vezes durante as entrevistas, relacionando a demora no atendimento para marcar a primeira consulta, o tempo longo de espera para ser atendida na consulta propriamente dita, que denota a necessidade de reorganização do serviço para melhor atender às gestantes.



**Desenho 6.3.4**

O sentimento de alegria e tristeza estão contidos neste desenho como uma forma de significar o que a gestante sente quando se fala sobre os exames realizados no pré-natal. O rosto alegre que dizer a felicidade, quando os exames não apresentam nenhuma anormalidade, enquanto o rosto triste representa a preocupação com o teste anti-HIV. O teste anti-HIV faz parte da rotina do pré-natal e é oferecido para as gestantes como modo de prevenir a transmissão vertical do HIV.

O avanço da epidemia em mulheres preocupa as autoridades pelo fato de crescer o número de criança infectadas por da transmissão vertical. O oferecimento do

teste no pré-natal é uma forma de detecção e intervenção precoce dos casos positivos. A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto por meio da amamentação. As ações preconizadas no pré-natal com início da medicação específica, orientações sobre o parto e puerpério, busca de parceiro impactam significativamente na diminuição dos índices de transmissão vertical (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2004).



**Desenho 6.3.5**

*“Eu vinha para o médico muito ansiosa para saber sobre o bebê, e estava muito feliz. Quando eu falei com o médico ele disse que eu tinha que parar de comer quase tudo que mais gosto. Ah fiquei muito triste, mas tudo bem é para minha saúde.”*

O desenho representa o espaço da consulta do pré-natal em duas cenas: a primeira, o encontro com o médico para a efetivação da consulta, quando a gestante está cheia de expectativas para saber como está seu bebê. Isto reflete para ela a importância do pré-natal. O sorriso está no rosto da primeira figura, mostrando o momento de felicidade. A segunda cena já demonstra uma pessoa triste e a representação de vários desenhos associados a alimentos. A tristeza ocorre pelo fato de, após o encontro com o médico, ter havido restrições concernentes a alimentação. No final, porém mesmo triste, se conforma, pois é para o seu bem e de sua saúde.



### **Desenho 6.3.6**

*“Venho ao pré-natal cuidar da minha saúde e do meu bebê.É um momento único e muito importante”*

A representação da mulher grávida pensando em seu filho é o que está neste desenho, mas, olhando para ele percebe-se uma grávida com a face triste. No trecho, ela demonstra o fato de que o pré-natal é a forma de cuidar de sua saúde e do bebê. Estes sentimentos também foram relatados nas entrevistas.



### **Desenho 6.3.7**

*“O que eu quis expressar neste desenho é que eu esperava mais atenção em relação ao médico que fez meu acompanhamento pois senti muitas complicações durante a gravidez e esperava ansiosa para as consultas para tirar minhas dúvidas.”*

O desenho mostra uma pessoa triste, de olhos fechados, representando a insatisfação com o acompanhamento pré-natal. Esperava maior interação com o médico, e sente-se uma pessoa incompleta, pelo fato de desenhar apenas a cabeça. As complicações da gravidez a deixavam insegura e esperava a consulta para tirar estas

dúvidas, mas não encontrava resposta pela falta do diálogo e da interação do profissional.

As mulheres grávidas no momento em que vão às consultas de pré-natal, carregam expectativas, dúvidas, temores, sentimentos em relação ao parto, maternidade, e, diante destes sentimentos, buscam no profissional o apoio necessário para enfrentá-los e seguir com uma gravidez saudável (PERESTRELLO, 1998).



**Desenho 6.3.8**

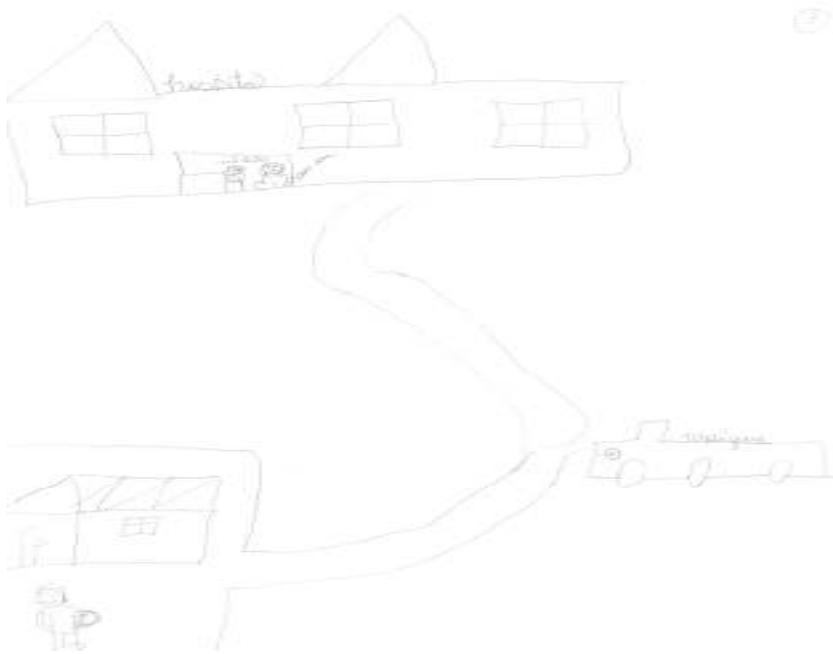
*“Meu pré-natal está sendo difícil porque já sofri tanto.”*

A reprodução de duas mulheres tristes, uma delas chorando, para representar o sentimento desta gestante no momento da coleta de dados. Durante a oficina, ela chorou e após veio ao nosso encontro dizer que a gravidez estava sendo difícil por ter sido internada com ameaça de trabalho de parto prematuro, justificando assim seus sentimentos naquele momento.



**Desenho 6.3.9**

Os dois rostos expressando alegria e tristeza, mais uma vez são representados pelas mulheres como uma forma de indicar felicidade por estar tudo bem; e tristeza quando algo está errado. Neste desenho, a gestante mostra alegria porque está cuidando do seu filho; e tristeza quando algo está errado com ela ou com o bebê. E mostra ansiedade em ver o rosto do seu bebê.



**Desenho 6.3.10**

*“Eu em minha casa me arrumando para pegar a topique para ir para o hospital fazer o pré-natal saber como vai o bebê tirar a minha pressão e o peso, faço isso todos os meses com muito carinho e amor a minha filha de 13 anos, meu marido e o bebê que vai chegar.”*

A gestante mostra o caminho para o hospital; desenha ela e o médico no hospital, o caminho que liga o hospital à casa e o meio de transporte que usa para fazer este percurso. E reforça, como ocorreu em algumas entrevistas, a importância do pré-

natal , onde ela cita os procedimentos, como o peso e a verificação da pressão e a presença da família como uma forma de apoio.



**Desenho 6.3.11**

*“Tudo estar a favor do tempo ,o tempo bom, e o tempo ruim, mais o importante é que ele esteja para fazer valer o objetivo da vida de superar e de você superar, o melhor pré-natal é aquela que as pessoas lhe tratam com amor e aqui eu me sinto muito especial e sei que meu filho está em boas mãos e isso me tranquiliza”*

Mais uma vez os elementos da natureza foram representados no desenho como uma forma de expressar os sentimentos da gestante autora. O sol neste desenho parece mais clamo pelo fato de encontrar-se de olhos fechados e ser representado com um bico na boca como se fosse uma criança. O barco no mar, folhas voando e notas musicais espalhadas conferem ao ambiente ar de tranquilidade. No do trecho escrito, ela descreve o que é um bom pré-natal. Como aquele que as pessoas tratam bem os outros e a gestante se acha especial. Sendo assim, ela sente que encontrou apoio e fica tranquila com o atendimento. Essa tranquilidade está contida no desenho.

Na categoria a seguir, as gestantes expressam os sentimentos para o filho que vai chegar. Como os demais desenhos, mostram figuras de flores, arvores sol, e o coração representando o amor para com o filho.

#### 6.4 Sentimentos em relação ao filho



**Desenho 6.4.1**

*“Eu desenhei uma flor porque é o que sinto minha filha para mim é uma linda flor que cada dia eu rego com meu amor carinho e ela vai crescendo se desenvolvendo como realmente uma flor”*

A flor mais uma vez é associada a um elemento que cresce quando cuidada e tem uma beleza que pode ser admirada. Esta criança é comparada à beleza de uma flor que está sendo cuidada com amor e carinho oferecidos pela sua mãe.



**Desenho 6.4.2**

*“Esta rosa representa a paz, a vida, o amor, esperança e a renovação de uma nova vida dentro do meu ser.”*

A gravidez está associada a uma nova vida e a flor representa todos os sentimentos da gestante. Ela desenha uma flor com várias pétalas, para que cada uma possa abrigar os sentimentos que carrega. Todos os sentimentos denotam coisas boas, como paz, alegria, esperança, vida, compreensão, amor, harmonia. Estes sentimentos devem fazer parte do período- grávidico puerperal para que a mulher enfrente este período de forma positiva.



**Desenho 6.4.3**

A gestante não relatou a história do desenho. Apenas escreveu na copa da árvore: “amo seu filho”. O amor é representado pelo coração e o desenho nos mostra mais uma vez natureza em harmonia.



**Desenho 6.4.4**

*“Esse desenho para mim vejo, mim vejo assim no futuro com meu filho sabe, passeando com ele em lugares maravilhosos, em lugares tranquilos onde eu possa oferecer tudo de bom para ele , tudo que meus pais me ensinaram , fazendo impossível o possível para dar a ele tudo de mim e tudo de bom que uma mãe pode oferecer a um filho , filho este que esperamos com muito amor e ansiedade, eu e o pai estamos numa felicidade só , converso bastante com ele , falo bastante carinho , somos muito comunicativo com ele e ele corresponde a cada palavra e a cada carinho que temos com ele e isso pra mim é a maior felicidade ter sido escolhida por Deus para ser mãe para dar a luz ao meu filho . Então esta é uma pequena história porque a felicidade é tão grande que é inexplicável.”.*

O desenho reflete um desejo para o futuro, em que a mãe passeia com seu filho em lugar tranquilo e maravilhoso. O ambiente desenhado contém flores, borboletas, nuvens ,o sol em contraste com as estrelas. Mãe e filho parecem felizes pelo sorriso e a mãe protege o filho quando pega em sua mão. A gestante expressa seu desejo em relação ao filho que está por vir; espelha-se na sua educação e a importância dos seus pais como pessoas que contribuíram muito para sua educação. A forma como foi educada ela vai transferir para seu filho. Outra questão importante é a comunicação que ela e o marido fazem com o bebê durante a gestação, mostrando o carinho que os dois têm para com ele. A gestante se refere ao marido no texto, mas ele não foi inserido no desenho. Mais uma vez a gravidez é considerada um dom divino, como foi relatado em algumas entrevistas.



**Desenho6. 4.5**

*“Me sinto feliz , acho importante, tenho prazer de saber se estou indo bem, se estou bem, me preocupo se não vai faltar nada para o bebê, sinto feliz de dar uma irmãzinha para fazer companhia para minha outra filha.”*

O desenho mostra três ocasiões: o primeiro é a representação da própria gestante, onde ela expressa a felicidade com a gravidez e a importância do pré-natal, para saber se está bem. O segundo instante é a preocupação de que não vai faltar nada para o seu bebê objetivada pelo desenho de roupas; e o terceiro momento é demonstrado na felicidade, pois o nascimento de seu filho vai ser uma companhia para sua outra filha. Este sentimento é objetivado na representação de duas crianças.

Notamos que os desenhos representaram os sentimentos expressos pelas gestantes de como vivenciam a gravidez e como estava sendo o pré-natal para elas. A gravidez foi representada pelo desenho do desenvolvimento de flores. Os elementos da natureza, como sol, água, vento, nuvens, estrelas também são ambientes que representavam a vida, a renovação, transformação em decorrência de uma nova vida que vai chegar. Com relação ao pré-natal, este foi relatado como um momento importante para acompanhamento da gravidez para saber como o bebê está. A representação foi da consulta em si, com caras alegres e tristes, mostrando a insatisfação em virtude da falta de interação e do diálogo com o profissional. Também foram representados os sentimentos que as mães têm em relação aos seus filhos, com desenho que também usa os elementos da natureza há pouco citados.

O desenho-estória com tema foi uma ferramenta importante pelo fato de as gestantes poderem expressar seus sentimentos, o que, de certa forma, corroborou as entrevistas e o teste de associação livre de palavras.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado pré-natal realizado de forma que atenda a mulher em todas as suas necessidades contribuirá para um bom desenvolvimento do feto, para reduzir agravos que possam ocorrer no período gestacional e diminuir os risco de mortalidade materna e perinatal. A ampliação do Programa Saúde da Família contribuiu de forma significativa para aumentar o acesso das gestantes à assistência pré-natal. Mesmo com a ampliação da cobertura, porém alguns estudos mostram que a qualidade da assistência pré-natal precisa melhorar no que diz respeito à garantia dos exames laboratoriais básicos e complementares, referencia ao parto e aos serviços especializados no caso de gravidez de risco, abordagem integral a mulher, dentre outros.

Aprender as representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal foi importante pelo fato de a própria gestante expressar seus sentimentos em relação à gravidez e ao atendimento recebido e, a partir daí, traçar metas para melhoria da qualidade desta assistência.

Para apreender estas representações, o estudo utilizou três técnicas de coleta de dados e envolveu 100 gestantes para o teste de associação livre de palavras. Destas, 24 foram entrevistadas e outras 25 participaram do desenho-estória com tema.

No Teste de Associação Livre de Palavras foram evocadas um total de 808 palavras para os estímulos: gravidez, cuidado, pré-natal e si mesma. Para o estímulo gravidez as mulheres grávidas, evocaram as palavras vida, felicidade, espera e bom, o que denota sentimentos positivos em relação à gravidez. As evocações para o estímulo cuidado não apareceram no gráfico. A palavra prevenção foi a que representou o estímulo pré-natal e, em relação a si mesmo; as palavras mais evocadas foram feliz e legal.

Na realização das entrevistas as mulheres grávidas representaram de forma detalhada o cuidado pré-natal, podendo-se conhecer o perfil sociodemográfico e a assistência pré-natal destas mulheres.

Com relação ao perfil sociodemográfico, elas se encontravam na faixa etária de 18 a 25 anos; tinham o primeiro grau incompleto; a união consensual foi o estado civil que mais predominou; a renda salarial ficou entre um a dois salários mínimos; e, com relação à profissão, as mulheres eram na sua grande maioria donas de casa.

As mulheres grávidas do estudo eram em sua maioria multigestas, iniciaram o pré-natal por volta de 14 a 18 semanas de gestação; compareceram de cinco a sete consultas, realizaram todos os exames de rotina com exceção do exame citológico; não realizaram e não foram encaminhadas para exames odontológicos, embora algumas das gestantes expressarem necessidade de tal procedimento. A curva peso/ idade gestacional e altura/ uterina idade gestacional não foi preenchida em nenhum cartão, o que revela uma falha no atendimento, pois estes registros dão à possibilidade de acompanhar o estado nutricional da gestante e o crescimento do feto. As gestantes participaram de grupos educativos e os assuntos mais lembrados relacionaram-se ao desenvolvimento do bebê, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, parto, pré-natal, dentre outros.

Nas entrevistas, surgiram três categorias, sendo a primeira as representações sociais sobre o cuidado pré-natal, onde as gestantes revelam a importância de comparecer às consultas mensalmente para acompanhar a gestação; mostram a preocupação com o desenvolvimento do bebê; relacionam o pré-natal como um momento de cuidado, como também um espaço para detectar algum problema que possa surgir neste período tanto com o bebê como consigo mesma; e também na consulta ela pode manter contato com seu bebê através da escuta do coração dele durante o exame obstétrico.

Na segunda categoria, as mulheres expressaram os sentimentos e dificuldades em relação à gravidez. Neste momento, emergiram nas mulheres sentimentos de ambivalência, pois elas demonstram que a gravidez não foi desejada nem planejada, que não queriam estar grávidas e, ao mesmo tempo, expressam que é um momento de transformação e felicidade. Para algumas, a gestação é considerada um dom dado por Deus e agradecem por estarem grávidas, como também demonstraram insegurança relacionada ao uso de medicações, sintomas que apareceram durante a gravidez que não tinham surgido em outra gravidez; e apresentam dificuldades em adaptarem-se as alterações próprias da gravidez. Onde o que mais incomodou às gestantes foram os enjoos, náuseas, vômitos e a dificuldade de dormir.

Neste momento, a escuta ativa do profissional na consulta fará com que ele possa detectar estas dificuldades e propor o cuidado baseado nas necessidades da gestante.

Na terceira subcategoria, surgiram as representações sobre o serviço propriamente dito, oportunidade em que elas exprimiram satisfações e insatisfações com o serviço oferecido. Demonstraram insatisfação na marcação da primeira consulta, pelo

fato de haver longas filas, de ser reservado apenas um ou dois dias por mês para esta marcação, e por não receberem informações adequadas sobre a quantidade de fichas que serão distribuídas. Outros fatores de insatisfação foram a demora do atendimento por parte dos profissionais, a falta do exame de US, falta de diálogo e inexistência de privacidade.

Algumas mulheres sentem-se satisfeitas com o atendimento pelo fato de serem bem acolhidas, terem conseguido marcar a consulta sem dificuldade e encontrar profissionais que satisfizeram suas necessidades, o que vai em desconformidade com os sentimentos expressos há pouco com outras.

O atendimento dos profissionais foi um fator importante para o bem-estar das mulheres grávidas durante o cuidado pré-natal, pois elas encontram neles apoio para enfrentar a gravidez de forma positiva. Foi por intermédio dos diferentes profissionais que atuam no serviço, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que as mulheres grávidas se apoiaram para esclarecer suas dúvidas e minimizar ansiedades, medos e angústias.

O desenho-estória com tema foi outro recurso metodológico utilizado no estudo, para confirmar as representações das mulheres sobre o cuidado pré-natal. Os desenhos feitos por elas demonstraram sentimentos positivos em relação a gravidez e esta foi representada com o desenho do desenvolvimento de uma flor. Elementos da natureza, como sol, plantas, água, vento e pássaros estavam presentes na maioria dos desenhos. Figuras de mulheres grávidas, rostos alegres e tristes, desenhos do espaço do atendimento pré-natal também foram feitos pelas mulheres para representar o cuidado pré-natal, contribuindo para aprofundar as representações deste cuidado.

Diante do exposto, apreender as representações sociais destas mulheres é um caminho em busca de um pré-natal de qualidade que valorize a mulher, abordando suas necessidades de forma integral, transpondo, assim, a visão que muitos têm da mulher como apenas aquela que carrega o bebê em seu ventre. Sendo assim, o pré-natal constituído com base nesta abordagem integral atingirá as metas estabelecidas pelos programas do Ministério da Saúde, no âmbito do qual o profissional vai além dos dados quantitativos e consegue alcançar as questões subjetivas que cada mulher traz consigo. Para que o serviço onde foi realizado este estudo atinja tais metas faz-se necessário investir na capacitação permanente de seus profissionais, organizar o serviço no sentido de atender as demandas das gestantes.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 2000. p. 27-38.

ARAUJO, M.L.G. **Mortalidade materna violação dos direitos das mulheres**. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/SaudeMulher\\_MortalidadeArtigo.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/SaudeMulher_MortalidadeArtigo.asp)>. Acesso em: 28 jan. 2009.

ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In: MOREIRA, A.S. P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representação social**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005.

ÁVILA. A. A. Trabalhando com pessoas grávidas na preparação para o parto, a maternidade e a paternidade. In: ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor!Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. p. 59-71.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70, 1977.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano –compaixão pela terra**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BONOMI, A. **Pré-natal humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, 2002.76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM nº 569 de 1/06/2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html)>. Acesso em: 28 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Rede Interagencial de informações para a Saúde-RIPSA. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, 2005. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Painel de indicadores do SUS**. ano 1, n. 1, ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Demografia de Saúde da Criança e da Mulher**. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds/index.php>>. Acesso em: 28 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais -mortalidade e nascidos vivos. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H011Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 28 jan. 2009.

CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; LANDERDAHL, M. C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 459-465, 2005.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia Reflexão Crítica**, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2004.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de um programa de atenção pré-natal no município de Curitiba Paraná Brasil: estudo em coorte de primigesta. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 220-230, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Mortalidade materna: análise da situação no Ceará de 1997-2005**. Fortaleza, 2007. 28p.

CLAPIS, M. J.; ALMEID, A. A. M.; PANOBIANCO, M. S. Propedêutica obstétrica. In: BARROS, S. M. O. (Org.) **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. São Paulo: Manole, 2006. p. 35-50.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHEL, E. G.; ALVES, M. T. S. S. B.; RIBEIRO, V. S.; ARAGÃO, V. M. F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 372p.

COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (ORGS.). **Representações social**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2003. 348p.

DELFINO, M. R. R.; PATRÍCIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVÉRIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestante: repercussão na saúde integral individual-coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 121-125, 2006.

FARIAS, F. L. R.; FUREGATO, A. R. F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas , obtidos mediante as vivencias e da técnica projetiva. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 700-707, 2005.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-59.

FIORI, M. **Mortalidade materna cai lentamente e compromete meta do milênio, destaca ONU**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007>>. Acesso em: 23 fev. 2008.

FONSECA, A. A.; COUTINHO, M. P. Depressão em adultos jovens: representação social dos estudantes de psicologia. In: COUTINHO, M. P.; SALDANHA, A. A. W. **Representação social e pratica de pesquisa**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005. p. 69-109.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; CASTELO BRANCO, V.; LEAL, M. C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.1, p. S101-S111, 2004.

GARRET, C. Avaliação dos fatores de risco. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 583-603.

GRANJEIRO, G. R.; DIOGÈNES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com indicadores obstétrico. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 4, p.1025-1029, 2001.

IBGE. Análise de informação. Disponível em:  
<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/população](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população)>. Acesso em: 28 jan. 2009.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 17-44.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, supl. 1, p. 523-532, 2005.

LEMOS, D. O. **As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal**. 1994. 119p., Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, ROBERTA LIMA. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LIMA, M. G. **Representações Sociais das gestantes sobre gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal**. 2006. 142p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas, Brasília, 2006.

LOWDERMILK, D. L. Anatomia e fisiologia da gestação. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 199-215.

MALDONADO, M. T. P. O Mundo grávido. In: ÀVILA, A. A. S. **Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. p. 37-58.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

MARQUES, S. C.; TYRREL, M. A. R.; OLIVEIRA, D. C. A produção científica da enfermagem na perspectivada representação social. Brasil, 1975-2001. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 14, n. 5, p. 762-769, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Abrasco, 1999.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, M. S.; KUJUMJIAN, F. G.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; LOPES, J. C. C. Avaliação da assistência pré-natal às gestantes do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n. 4, p. 375-384, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 29-88.

MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T. Acompanhamento pré-natal realizado por enfermeira obstetra: representação das gestantes. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, n. 2, p. 165-170, 2003.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA Jr., F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em um hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n.3, p: 311-315, 2007.

NERY, T. A.; TOCANTINS, F. R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 1, p. 87-92, 2006.

NOBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; JESUINO, J.C. (Org.). **Representação social: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003. p. 51-80.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivo teórico metodológicas**. João Pessoa: Ed. Unversitária, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, M. R. O estado da arte da mortalidade materna no Estado de Minas Gerais: avanços obtidos e futuros desafios. CAD. Musa. Disponível em: <[www.musa.org.br](http://www.musa.org.br)>. Acesso em: 10 out. 2003.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. C. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface- Comum. Saúde Educ.**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PARAVINO, R. N. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. Trabalho apresentado no núcleo de teoria das comunicações. In: CONGRESSO ANUAL EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., Belo Horizonte, 2003.

PERESTRELLO, D. Anamnese: bate bola ou inquérito policial? In: ÀVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. p.17-28.

PINHO, L. B.; MEICKE, S. M. K. Conhecendo a clientela do pré-natal de um serviço da rede pública. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 52-58, 2003.

POLIT, D. F.; CHERYL, T. B.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2004. p. 81-99.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD.  
**Cidades mais pobres avançam menos no ODM de saúde.** Disponível em:  
<[www.pund.org.br/gerpdf.php?>](http://www.pund.org.br/gerpdf.php?>). Acesso em: 24 jan. 2009.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; PINTO, L. F. S.; SILVA, P. L. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, M. S. P. **Enfermagem**: representação social da/os enfermeiras/os. Pelotas: Ed. Universitária, 1999. (Série Teses de Enfermagem).

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SANTOS, L. A.; MAMEDE, F. V.; CLAPIS, M. J.; BERNARDI, J. V. B. Orientação nutricional no pré-natal em serviço público de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v.14, n. 5, p. 689-694, 2006.

SAUNDERS, R. B. Cuidados de enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 199-215.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. S.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 242-257.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal da rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SINCLAIR, B. P. Promoção e prevenção de saúde. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 57-77.

SOUSA, D. Brasil freia o óbito infantil , mas não o da mãe. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/administração /reportagens/index.php>. Acesso em: 24 jan. 2008.

SOUZA, J. P.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A.; SOUSA, M. H.; SERRUYA, S. J. Revisão sistemática sobre mortalidade materna near miss. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl. 1, p.S100-S110, 2008.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A.; CARVALHO, M. F.; CASTILHO, E. A. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004.

SPINDOLA, T. Orientando gestantes em grupos de pré-natal: a experiência multidisciplinar da universidade do Rio de Janeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 9, n. 2, p. 158-162, 2001.

Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde; *Caderno Saúde Pública*. 20(2): Rio de Janeiro, 2004.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: TOMO, 2000. p. 61-78.

WACHELKE, J. F. R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Est. Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 313-320, 2005.

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

WALDOW, V. R. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Ed Vozes, 2006. p. 11-37.

ZAMPIERE, M. F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERE, M. F. M. **Enfermagem na atenção primária à saúde da Mulher**. Florianópolis, 2005. p. 357-428. (Textos Fundamentais. Série Atenção Primária à Saúde, v.2).

ZUBARAN, H. R. Atendendo e entendendo as pessoas grávidas: como um mecânico da obstetrícia ou como profissional? In: ÀVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. p. 29-36.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Quando eu falo a palavra **gravidez**, quais as palavras que lhe vêm à mente?

---

---

---

Quando eu falo a palavra **gestante**, quais as palavras que lhe vêm à mente?

---

---

---

Quando eu me refiro a palavra **cuidado**, quais as palavras que lhe vêm a mente?

---

---

---

Quando eu me refiro a palavra **pré-natal**, quais as palavras que lhe vêm à mente?

---

---

---

O que você acha de **si mesma**?

---

---

APÊNDICE B  
ROTEIRO DE ENTREVISTA

---

1 - DADOS GERAIS

Iniciais \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Renda salarial \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_

- Análise do cartão.

- Início do pré-natal \_\_\_\_\_ (1ª consulta-semanas).

- Nº de consultas \_\_\_\_\_. D.U.R. Sim(    ) Não(    ).

- D.P.P Sim (    ) Não (    ).

- Gestações. \_\_\_\_\_ partos \_\_\_\_\_ Abortos

2- RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS

SIM

NÃO

Hemograma

Tipo Sanguíneo

Fator RH

Glicemia em Jejum

VDRL

S. de Urina

Cit. Oncótica

Ultra Som

V. Antitetânica

HIV

OBS:

- Curva de peso / idade gestacional (preenchimento).  
S(    )            N(    )            Parcialmente (    )

- Curva altura uterina/idade gestacional  
S(    )            N(    )            Parcialmente (    )

- Dados obstétricos atuais (observações do preenchimento)

---

---

---

---

- Exame odontológico

S(    )    N(    )

- Participou de grupos ou sessões educativas durante o pré-natal

S(    )            N(    )

- Local que realizou pré-natal

PS (    ) H(    )

## 2-Representação das mulheres sobre o cuidado pré-natal.

O que é o pré-natal para você?

Qual importância que você atribui ao cuidado pré-natal?

Quais as dificuldades que você tem enfrentado durante o pré-natal?

**APÊNDICE C**  
**DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA**

Desenhe neste papel o que é para você o cuidado pré-natal.

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Sra.:

Sou enfermeira e estou desenvolvendo neste hospital, um projeto de pesquisa, que investiga a *opinião de mulheres sobre os cuidados pré-natal*. Assim, a senhora está sendo convidada para participar dessa pesquisa, que tem como título: “*Representação social das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal*”. Sua participação será muito importante para a melhoria do cuidado pré-natal parto, a partir das revelações de suas experiências sobre este cuidado.

Nesse estudo, pretendo investigar o que é o pré-natal, qual sua importância e quais dificuldades enfrentadas pelas mulheres durante este período. Para isso, preciso de sua autorização para realizar esse trabalho, que inclui uma e uma conversa informal no momento que aguarda a consulta de pré-natal. Caso a Sra. aceite, conversaremos sobre essa experiência e peço-lhe autorização para gravar nossa conversa. Desde já, dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão apenas para a realização de meu trabalho, e também, lhe asseguro que a qualquer momento, terá acesso às informações sobre o estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. A Sra. tem o direito de aceitar ou não participar do estudo ou deixar de participar do mesmo, a qualquer momento, sem que isto traga algum prejuízo ao seu cuidado e tratamento.

Ainda, informo-lhe que os dados serão apresentados ao curso de Mestrado em Cuidados Clínico e divulgados para o hospital e posto de saúde que a assiste e em eventos científicos, mas não usarei o seu nome verdadeiro, pois este será substituído por um outro nome, sendo mantido em sigilo sua identidade.

**Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:**

Lea Dias Pimentel Gomes

Avenida W. Soares 7700 - Bairro Messejana - Tel. 3239-35-52 ou 9981-42-43

E-mail; [leadpg@ig.com.br](mailto:leadpg@ig.com.br)

---

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa: “*Representação social das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal*, realizada sob responsabilidade da enfermeira Lea Dias Pimentel Gomes, concordo em participar da mesma”. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível para responder a quaisquer perguntas no endereço: Avenida W. Soares 7700, Fortaleza-CE.

Fones: 3239-3552 / 9981-4243

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

---

ASSINATURA DA PESQUISADA

TRI-DEUX Version 2.2  
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 42  
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 8  
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de lignes actives est de 42  
 Le nombre de colonnes actives est de 8

M,moire disponible avant dimensionnement 500068  
 M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 498138  
 M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 496794

AFC : Analyse des correspondances  
 \*\*\*\*\*

Le phi-deux est de : 0.181562

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.051565  
 Pourcentage du total = 28.4

Facteur 2

Valeur propre = 0.041117  
 Pourcentage du total = 22.6

Facteur 3

Valeur propre = 0.040613  
 Pourcentage du total = 22.4

Facteur 4

Valeur propre = 0.026644  
 Pourcentage du total = 14.7

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur (CPF)  
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
aco2	69	3	106	9	79	5	-60	4	acompa3
alim	-177	17	-19	0	229	36	6	0	alimen2
amo2	-93	11	-123	24	-111	19	-26	2	amor1
amo3	89	5	56	3	77	5	284	107	amor2
ate2	269	16	-346	34	-431	54	114	6	atenç1
ate3	94	7	-128	17	105	11	-40	3	atenç2

bem4	-164	5	-355	29	13	0	138	7	bem4
boa1	-92	2	528	96	-13	0	-377	75	boa1
bom1	-353	28	-71	1	207	12	573	145	bom1
car2	-99	3	362	53	-93	4	269	45	carin1
car3	127	7	159	15	-65	2	279	69	carin2
cui1	-35	2	-199	61	193	59	-22	1	cuidal1
cui3	-93	18	21	1	-60	9	-102	42	cuida3
cui4	270	23	35	1	-70	2	80	4	cuidad4
esp1	437	35	-67	1	-327	25	-229	18	espera1
exal	-284	15	188	8	-72	1	73	2	exame3
fell	426	83	-89	5	-73	3	-18	0	felici1
fel4	-203	30	132	16	-85	7	156	35	feliz4
filh	-42	0	31	0	-66	1	327	38	filho1
higi	147	4	723	120	281	18	-38	1	higien2
imp1	-98	6	-55	2	140	16	-122	18	import1
imp3	-38	1	44	2	138	23	18	1	import3
lega	620	105	252	22	228	18	-111	7	legal4
muda	44	0	373	40	-236	16	-242	26	mudanç1
otil	0	0	-276	22	116	4	116	6	otima4
paci	39	0	495	56	666	103	-3	0	pacien1
pac2	172	5	-176	7	-275	18	-70	2	pacien4
pre4	-521	49	-701	112	717	119	-459	75	preocu1
pre6	534	52	-611	85	211	10	44	1	preocu3
rel2	655	78	-225	12	133	4	233	19	preven3
pro1	-184	6	-128	4	-528	64	-134	6	proteç2
real	-271	17	285	23	-319	30	-305	41	realiz4
resp	-64	3	-41	2	35	1	38	2	resp4
res4	6	0	73	6	18	0	-164	50	respon1
res5	181	22	275	65	114	11	-50	3	respon2
res6	207	10	-94	3	-430	53	113	6	respon3
sau3	-679	147	-113	5	53	1	90	5	saude1
sau4	-220	20	5	0	-492	126	151	18	saude2
sau5	-100	5	-71	3	-167	18	141	19	saude3
sinc	-298	16	30	0	-378	33	-150	8	since4
vida	553	112	-67	2	56	1	114	9	vidal1
zelo	386	27	-383	34	-485	55	-467	77	zelo2

\*-----\*  
\* \* \*1000\* \*1000\* \*1000\* \*1000\*  
\*-----\*

Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	192	129	61	16	70	22	207	290
0152	-156	55	61	11	-307	269	-260	295
0153	-449	144	-492	217	624	353	-193	52
0161	361	276	-169	76	124	41	-183	136
0162	153	21	600	398	129	19	-184	58
0163	-259	233	-50	11	-108	52	158	168
0171	203	92	-251	177	-237	160	20	2
0172	-107	49	133	94	125	84	-11	1

\*-----\*  
\* \* \*1000\* \*1000\* \*1000\* \*1000\*  
\*-----\*

Fin normale du programme

TRI-DEUX Version 2.2  
 IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes  
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est 1,a.DAT  
 et servira d'entr,e pour TABMOT  
 Le fichier de position en sortie sera 1,a.POS  
 et servira d'entr,e pour TABMOT  
 Le fichier d'impression est 1,a.IMP  
 Position de fin des caract,ristiques 3  
 Nombre de lignes maximum par individu 2

Le stimulus est en fin de mot et sera report,  
 en fin de caract,ristiques ... la position 4  
 il sera laiss, en fin de mot  
 Nombre de lignes lues en entr,e 100  
 Nombre de mots ,crits en sortie 808  
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0  
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s  
 D,coupage en mots termin,

Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

131momeun1	131m	1	abenç1	aben	1	acomp3	acom	3	acompa2
aco1		1							
acompa3	aco2	14	afeto1	afet	3	agita4	agit	2	ajuda3
ajud		2							
alegr4	aleg	1	alegri1	ale1	3	alimen2	alim	12	altera1
alte		1							
amar2	amar	1	amiga4	amig	3	amofi4	amof	1	amopri1
amo1		1							
amor1	amo2	27	amor2	amo3	15	amor3	amo4	3	amora4
amo5		1							
anjool	anjo	1	ansied1	ansi	1	apreen4	apre	2	aprend1
apr1		1							
aprend3	apr2	1	arrisc1	arri	1	assist3	assi	1	atebom2
ateb		1							
atenci4	ate1	2	atenç1	ate2	5	atenç2	ate3	18	atenç3
ate4		3							
ativa4	ativ	1	auest4	gues	2	batal4	bata	1	bebel
bebe		1							
bebe2	beb1	2	bebe3	beb2	3	bem4	bem4	4	bemest1
bem1		1							
bemest2	bem2	1	bemest3	bem3	2	bendel1	bend	2	bençao1
ben1		1							
besta4	best	1	boa1	boa1	5	boa4	boa1	1	boamae4
boa2		3							
bom1	bom1	3	bom3	bom1	2	bonital1	boni	1	cacuid4
cacu		1							
calma2	calm	1	calma4	call	1	caient4	care	1	cari4
car1		1							
carin1	car2	7	carin2	car3	10	carin3	car4	3	casam2
casa		1							
caute2	caut	2	certub3	cert	1	chata4	chat	2	cioser1
cios		1							
coiboal	coib	2	coide1	coil	1	compa4	comp	1	compah4
com1		1							



muibom4	mui1	1	muides4	mui2	1	mulher1	mulh	1	mulher4
mull		1							
mupme1	mupm	2	mãe1	mãe1	1	naobe2	naob	1	naofu2
nao1		1							
nascde3	nasc	1	ncoris2	ncor	1	necess3	nece	2	nervo4
nerv		1							
nfarte2	nfar	1	normal4	norm	1	novol	novo	1	npalim2
npal		1							
npepes2	npep	1	npreoc2	npre	1	nraiv2	nrai	1	ntcomp3
ntco		1							
nterail	nter	1	obriga3	obri	2	oportul	opor	1	orient3
orie		1							
otima1	otim	1	otima4	oti1	5	otimo1	oti2	1	otimo3
oti3		2							
pacien1	paci	4	pacien2	pac1	3	pacien4	pac2	4	paixao1
paix		1							
partic3	part	1	passiv4	pass	1	patmar1	patm	1	paz1
paz1		2							
pecboa2	pecb	1	pechao4	pec1	1	perfec4	perf	2	perfo4
perl		1							
peso3	peso	2	pessi1	pes1	1	pessi4	pes2	1	positi4
posi		1							
precau2	prec	1	prenat1	pre1	1	prenat2	pre2	1	preoc4
pre3		1							
preocu1	pre4	4	preocu2	pre5	3	preocu3	pre6	4	prepa3
pre7		1							
prepar4	pre8	3	presao2	pre9	1	presao3	re10	2	presen1
re11		1							
preven3	re12	4	proble1	prob	1	proteç2	pro1	4	quebem2
queb		2							
racio4	raci	1	realiz1	real	1	realiz4	rea1	5	repou1
repo		1							
repous2	rep1	1	resp4	resp	17	respei1	res1	1	respei2
res2		2							
respei3	res3	2	respon1	res4	21	respon2	res5	15	respon3
res6		5							
risco2	risc	2	ruim1	ruim	1	sabebe3	sabe	1	sabecr3
sabl		2							
saber3	sab2	1	sacois3	saco	1	sadia4	sadi	1	sadin2
sad1		2							
saedu2	saed	2	saube3	saub	1	sauda2	sau1	2	sauda3
sau2		1							
saude1	sau3	7	saude2	sau4	9	saude3	sau5	11	sebem1
sebe		2							
secuid3	secu	1	segura3	segu	2	semjui4	semj	1	sempre2
sem1		1							
sensi4	sens	1	sensib1	sen1	1	sensiv4	sen2	1	seprev2
sepr		3							
seprev3	sepl	2	serial1	seri	1	sermae1	ser1	2	sermãe1
ser2		3							
sermãe4	ser3	1	serviv1	ser4	1	sexseg2	sexs	1	simpat4
simp		3							
since4	sinc	4	sincer4	sin1	1	sofrim1	sofr	2	sonhol
sonh		1							
supmãe4	supm	1	tarde3	tard	1	tebopa3	tebo	1	temp4
temp		1							
teqvir3	teqv	1	terami4	tera	1	terosi4	ter1	1	timida4
timi		1							
todmes3	todm	1	traba4	trab	1	tranq3	tra1	1	tranq4
tra2		2							

tubom1	tubo	1	tudete2	tude	1	tudo2	tud1	1	tudobe2
tud2	1								
unica1	unic	3	vebebe3	vebe	1	vida1	vida	8	vida2
vid1	1								
vida3	vid2	1	vir3	vir3	1	vircon3	vir1	1	zelo2
zelo	4								
Nombre de mots entr,s				808					
Nombre de mots diff,rents				320					

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	3
Tot.	1	2	3	
	808	423	289	96
	100	52.4	35.8	11.9

Question 016	Position	16	Code-max.	3
Tot.	1	2	3	
	808	278	102	428
	100	34.4	12.6	53.0

Question 017	Position	17	Code-max.	2
Tot.	1	2		
	808	269	539	
	100	33.3	66.7	