



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS  
DISCURSIVAS DE PROFISSIONARIAS DO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRÉ-NATAL**

**SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA**

**NATAL/RN  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS  
DISCURSIVAS DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRÉ-NATAL**

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA

NATAL/RN  
2007

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS  
DISCURSIVAS DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira

NATAL/RN  
2007

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial de Enfermagem

Silva, Susanne Pinheiro Costa e.

Representações sociais e práticas discursivas de profissionais do programa saúde da família sobre o pré – natal / Susanne Pinheiro Costa e Silva. – Natal, [RN], 2007.

109 f.

Orientadora: Maria Francinete de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem Prática – Dissertação. 2. Medicina da Família e Comunidade – Dissertação. 3. Programa Saúde da Família – Dissertação. I. Oliveira, Maria Francinete de. II. Título.

RN/UF/BSE

CDU 616-083+616-058

Susanne Pinheiro Costa e Silva

## **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DISCURSIVAS DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Dra. Maria Francinete de Oliveira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Dra. Maria do Carmo Eulálio  
Universidade Estadual da Paraíba

---

Dra. Maria do Rosário de Carvalho  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Dra. Rosineide Santana de Brito  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

NATAL/RN

## ***Dedicatória***

*Aos meus pais **João Augusto** e **Suely**, pelo exemplo de coragem, inspiração e estímulo para prosseguir caminhando sempre;*

*A **Genilson**, companheiro de todas as horas, pela compreensão da ausência e pelo apoio;*

*Aos meus irmãos **Samir** e **Sinthya**, por compartilharem comigo todas as dificuldades e alegrias, ajudando sempre;*

*A **Mirella**, minha filha, minha razão, minha vida.*

***Para vocês!***

## *Agradecimentos*

A Deus, por ter preenchido minha vida com pessoas maravilhosas e por proporcionar-me a oportunidade de estar aqui, dando mais um passo vitorioso;

Aos meus pais, por estimularem-me a estudar, o que possibilitou êxito em toda a vida acadêmica;

Ao meu esposo, por não permitir que eu fraquejasse e desistisse no meio do caminho;

À minha filha, pelos sorrisos de incentivo e de amor;

Aos meus irmãos, que proporcionaram a concretização das idas às aulas e ao trabalho através da ajuda e do cuidado prestados a mim e a minha filha, praticando a real definição do que seja fraternidade;

À minha orientadora, pela confiança e paciência dedicadas para a consolidação da dissertação;

À minha avó, por ter me acolhido e ajudado a transpor obstáculos com suas preces constantes;

Aos meus tios(as), primos(as), sogro(a), cunhados(as) e amigos(as) pelo apoio e amizade ofertados e descontração nas horas possíveis;

Ao Pós-graduação de Enfermagem da UFRN, pela oportunidade de aprimorar conhecimentos e obter novos através do Mestrado;

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN, por toda ajuda;

Aos docentes, por propiciarem o prazer das descobertas pelo ato de estudar, orientando sempre;

As colegas de Mestrado, pela amizade dispensada;

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz, pelo consentimento para coleta dos dados, possibilitando a concretização deste estudo;

Aos profissionais que participaram da pesquisa, por permitirem o compartilhamento de seus saberes e representações, desvelando o significado de suas práticas;

A todos que, apesar de importantes, não foram aqui mencionados;

Meus sinceros agradecimentos!

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DISCURSIVAS DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRÉ-NATAL**. 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo identificar as representações sociais dos profissionais de Medicina e Enfermagem de nível superior do Programa Saúde da Família acerca do Pré-Natal. A pesquisa foi qualitativa sob a ótica da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, do Núcleo Central de Jean-Claude Abric e da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Trabalhamos com os seguintes instrumentos para coleta de dados: questionário, com dados sociodemográficos; associação livre de palavras, com os termos indutores Gestação, Cuidado e Pré-natal; produção de imagem mental e entrevista semi-estruturada, com a seguinte questão norteadora: “O que representa o pré-natal para você?”. Entrevistamos todos os profissionais de Enfermagem e Medicina do Programa Saúde da Família do município de Santa Cruz/RN (dez para cada profissão) no período de fevereiro e março de 2007. Da análise dos dados sociodemográficos, identificamos os seguintes percentuais para Enfermagem e Medicina respectivamente: predominou o sexo feminino para Enfermagem (90%); a idade entre 24 e 33 anos (70 e 60%); a religião católica (80 e 50%) e 50% dos dois grupos têm até dois anos de formação e de trabalho no cenário da pesquisa. A análise dos demais instrumentos resultou em duas categorias: Visão Institucionalizada e Visão do Senso comum. Na associação livre de palavras, a categoria visão institucionalizada configura-se como Núcleo Central e a do senso comum como Núcleo Periférico, demonstrando que as representações sociais do atendimento pré-natal são pautadas nos universos consensual e reificado. Nas imagens mentais, identificamos essa mesma construção. No conteúdo das entrevistas, a visão institucionalizada é permeada pela responsabilidade do fazer e a disponibilidade do ter – assistência pré-natal recomendada pelo Ministério da Saúde e recursos necessários – enquanto a visão do senso comum pode ser representada pela categoria gênero, cujo papel de profissionais do pré-natal é reforçar a responsabilidade da mulher diante de uma maternidade socialmente construída. Em suma, os discursos analisados refletem que ao conhecimento adquirido na academia, são incorporados saberes do cotidiano profissional, regido por mitos populares. Medicina e Enfermagem reconhecem a importância do atendimento tanto pela oportunidade de educar as mulheres para a maternidade quanto pela possibilidade de prevenir complicações, mas em seus discursos excluíram desse processo a figura masculina. Concluímos que o significado do termo indutor cuidado parte do senso comum e é incorporado ao discurso institucionalizado para humanizar a assistência. Entretanto, a gestação deixa de ser vista no seu sentido biológico natural e passa a ser analisada como um momento de fragilidade e predisposição às doenças. Por fim, o Núcleo Central das representações sociais do pré-natal para os(as) pesquisado(as) é ancorado nos discursos institucionalizado e do senso comum, refletindo a preocupação em estabelecer uma assistência humanizada e de qualidade.

UNITERMOS: Representações Sociais; Pré-natal; Programa Saúde da Família.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. **SOCIAL REPRESENTATIONS AND PRACTICAL DISCOURSE OF THE PROFESSIONALS OF THE PROGRAM HEALTH OF THE FAMILY ON THE PRENATAL ONE.** 2007. 109 p. (Mastership) Dissertation. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

#### ABSTRACT

The present study had the objective to identify to the Social Representations of the professionals of medicine and nursing superior level of the Program Health of the Family concerning the assistance for the gestation. The research was qualitative under the optics of the Theory of the Social Representations of Serge Moscovici, of the Central Nucleus of Jean-Claude Abric and of the Analysis of Content of Laurence Bardin. We worked with the following instruments for the collection of data: Questionnaires, with social-demographic data; Free association of Words, with the inductive terms Pregnancy, Assistance for Gestation and Care; Production of mental image and half-structuralized Interview, with the following question: "What does the assistance for the gestation represent for you?". We interviewed all the professionals of nursing and medicine of the Program Health of the Family in the city of Santa Cruz /RN (ten for each profession) in the period of February and March of 2007. From the analysis of the social-demographics data, we respectively identified the following percentages for nursing and medicine: the feminine sex for nursing predominated (90%); the age between 24 and 33 (70 and 60%); the religion catholic (80 and 50%) and 50% of the two groups has up to two years of formation and work in the score of the research. The analysis of the others instruments resulted in two categories: Institutionalized vision and Vision of the Common-sense. In the free association of words, the category institutionalized vision is configured as Central Nucleus and of the common sense one as nucleus Peripheral, demonstrating that the Social Representations of the assistance for the gestation attendance are in the universes consensual. In the mental images, we identified to this same construction. In the content of the interviews, the institutionalized vision is permeated by the responsibility of making and the availability of having - assistance for the gestation is recommended by the Health department and necessary genders - while the vision of the common-sense can be represented by the category sort, whose role of professionals of the assistance for the gestation is to strengthen the responsibility for the woman of a maternity socially constructed. In short, the analyzed speeches reflect that, to the knowledge acquired in the academy, are incorporated in the knowledge of the daily professional, and conducted by popular myths. Medicine and nursing recognize the importance of the attendance in such a way for the chance to educate the women for the maternity as for the possibility to prevent complications, but in its speeches they had excluded from this process the masculine figure. We conclude that the meaning of the inductive term take care, part of the common-sense and is incorporated the institutionalized speech to humanize the assistance. However, the pregnancy ceases from being seen in its natural biological direction and starts to be analyzed as a moment of fragility and predisposition the illnesses. Finally, the social nursing and the central nucleus representations for the assistance in gestation for medicine is anchored in the speeches institutionalized and of the common-sense, reflecting the concern in establishing a humanized assistance with quality.

**KEYWORDS:** Social Representations; Assistance; Program Health of the Family.

## *Lista de Figuras e Tabela*

- FIGURA 1** - Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações acerca da palavra PRÉ-NATAL pela Enfermagem
- FIGURA 2** - Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central das representações acerca da palavra PRÉ-NATAL pela Medicina
- TABELA 1** - Distribuição dos grupos estudados de acordo com os dados demográficos. Santa Cruz/RN, 2007 (N=20).

## ***Lista de Quadros***

- QUADRO 1** - Respostas dos (as) entrevistados (as) referentes ao TALP diante dos estímulos *gestação e cuidado*. Pesquisa de campo.
- QUADRO 2** - Categorias de análise frente aos estímulos *Gestação e Cuidado*. Pesquisa de campo.
- QUADRO 3** - Respostas dos(as) entrevistados(as) referentes ao TALP diante do estímulo *pré-natal*. Pesquisa de campo.
- QUADRO 4** - Categorias de análise frente ao estímulo *Pré-natal*. Pesquisa de campo.
- QUADRO 5** - Associações para a palavra *pré-natal* pela Enfermagem por Ordem de Evocação.
- QUADRO 6** - Associações para a palavra *pré-natal* pelo grupo de Medicina por Ordem de Evocação.

## ***Lista de deuses mitológicos que caracterizaram os participantes da pesquisa***

### **Enfermagem**

Afrodite – Deusa do amor e da beleza (grega)  
Artêmis – Deusa da luz, da castidade e protetora das mulheres (grega)  
Bastet – Deusa da fertilidade, protetora das mulheres grávidas (egípcia)  
Ceres – Deusa mãe da terra (romana)  
Diana – Deusa da caça e da castidade (romana)  
Gaia – Deusa mãe primordial (grega)  
Hera – Deusa protetora das mulheres, casamento e nascimento (grega)  
Ísis – Deusa do amor (egípcia)  
Júpiter – Rei dos deuses (romano)  
Vênus – Deusa do amor e da beleza (romana)

### **Medicina**

Apolo – Deus da luz e obras de arte, patrono da medicina (grego)  
Asclépio – Deus da medicina (grego)  
Atena – Deusa da sabedoria e serenidade, protetora do lar (grega)  
Cupido – Deus do amor (romano)  
Febo – Deus da luz do sol, beleza masculina e poesia (romano)  
Hermes – Deus das ciências e invenções (grego)  
Héstia – Deusa do lar, do amor e da chama sagrada (grega)  
Maet – Deusa da justiça e do equilíbrio (egípcia)  
Minerva – Deusa da sabedoria (romana)  
Quirino – Deus da paz (romano)

# SUMÁRIO

## LISTA DE QUADROS

## LISTA DE FIGURAS E TABELA

## LISTA DE DEUSES MITOLÓGICOS QUE CARACTERIZARAM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

### CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....14

### CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....19

#### 2.1 A GESTAÇÃO E OS CUIDADOS À SAÚDE DA MULHER.....20

#### 2.2 O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN).....26

#### 2.3 GÊNERO E REPRODUÇÃO HUMANA.....30

#### 2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....35

#### 2.5 A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL.....39

### CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO.....41

#### 3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....42

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....43

#### 3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....43

##### 3.3.1 Associação Livre de Palavras.....43

##### 3.3.2 Questionário.....44

##### 3.3.3 Imagens Mentais.....44

##### 3.3.4 Entrevista Semi-estruturada.....45

#### 3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....45

### CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....47

#### 4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....48

#### 4.2 REPRESENTAÇÕES POR ASSOCIAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS.....52

##### 4.2.1 Estímulos Gestação e Cuidado.....53

##### 4.2.2 Estímulo Pré-natal.....58

<b>4.2.3 Estímulo Pré-natal por imagens.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3.1 O pré-natal como assistência essencial para a mulher.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3.2 Dificuldades encontradas pelos profissionais para a consolidação de cuidados no pré-natal.....</b>	<b>76</b>
<b>4.3.3 Análise dos discursos dos grupos investigados na perspectiva de gênero.....</b>	<b>81</b>
<b>CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>105</b>

---

**CAPÍTULO 1**  
**INTRODUÇÃO**



DEUSA AFRODITE

## 1 INTRODUÇÃO

O desconhecimento sobre a fecundação, durante muito tempo e em diferentes épocas, levou a ciência e o senso comum à elaboração de teorias que hoje são consideradas absurdas e quase impossíveis de serem imaginadas. É comum encontrarmos nos estudos de gênero referências de que na sociedade coletora, a gestação estava ligada à fertilidade da terra e não ao ato sexual. Desde essa época até o descobrimento dos anticoncepcionais e de outras tecnologias reprodutivas, o sentido da maternidade foi sendo paulatinamente modificado. Para Víctora (2001), os estudos das práticas e representações a respeito dos eventos biológicos que compõem o corpo feminino vinculam-se ao entendimento deste corpo como matriz de significados. Isto significa dizer que a sociedade, com suas ciências e senso comum, impõe representações específicas diante de uma situação prática. Assim sendo, Bessa e Ferreira (1999) comentam que a responsabilidade conferida à mulher para a maternidade é um mito construído e reproduzido culturalmente.

Refletindo-se sobre o parágrafo anterior, percebemos que a maternidade como função biológica e como destino da mulher passa a ser desconstruída e redefinida mediante a evolução ocorrida na sociedade e, principalmente, no desenvolvimento tecnológico. Como refere Almeida (1996), o filho ou a filha é aquela pessoa a quem se cria, se educa e se ama, não aquela a quem se gesta.

Por entender a gravidez como um ato social e, na maioria dos casos, como um grande acontecimento na vida de um homem e de uma mulher, já que representa a perpetuação da espécie, percebemos então que os serviços de saúde destinados ao pré-natal centram suas atenções no binômio gestante-feto, permanecendo deste modo, a cristalização da gestação e da maternidade como função feminina. Ao passar por esta realidade enquanto gestante, incomodava-nos a atenção do serviço de saúde com o produto final da gestação e não com o processo como um todo: mãe, criança, família.

Enquanto estudante de Enfermagem, percebemos que muitas gestantes reclamavam da qualidade do atendimento, sentindo-se por vezes sobrecarregadas com a responsabilidade do seu estado. Observávamos, durante os estágios, o quanto eram

carentes de informações, o quanto se esforçavam para trazer os exames, fazer a dieta prescrita, entre outras recomendações.

Embora o pré-natal tenha sido institucionalizado já há algumas décadas, principalmente em decorrência das altas taxas de mortalidade materna e infantil que se caracterizavam como problemas de saúde pública, para muitas mulheres, em especial aquelas dos pequenos centros urbanos e da zona rural, o mesmo ainda não é entendido como essencial porque percebem a gravidez como um processo natural.

Diante desta realidade, tornou-se objeto de estudo para nós, saber o significado do atendimento pré-natal para as gestantes e como elas enfrentavam o período gestacional. Assim, realizamos um estudo monográfico<sup>1</sup> sobre as representações sociais que as gestantes atendidas em um Centro de Saúde Municipal na cidade de Campina Grande-PB construía acerca do atendimento pré-natal recebido (SILVA, 2004).

Dos resultados do referido estudo, um se destacou: o atendimento era realizado de maneira técnica. Segundo elas, isto acontecia principalmente quando atendidas por médicos. Revelaram ainda a necessidade de receber informações sobre a gravidez de uma forma geral, porém a conduta destes profissionais limitava o atendimento aos exames específicos e a medição da altura uterina, não permitindo a criação do vínculo profissional-cliente (SILVA, 2004).

Entendemos que a exigência de um vínculo na relação esteja justificada, sobretudo nas primigestas, devido às mudanças que a gravidez provoca, sendo um período relativamente longo, que requer adaptações contínuas e gradativas, contribuindo possivelmente para o aumento da ansiedade e insegurança e evidenciando a exigência de uma assistência sistematizada voltada não só para a gestação como evento biológico, mas também como evento social e psíquico.

Vale ressaltar que cada gestação pode acontecer de forma diferente em uma mesma mulher. Desta forma, Matos (1998) comenta que há necessidade da equipe multiprofissional atender a gestante em toda a sua plenitude e não apenas deter-se às causas fisiológicas e técnicas obstétricas. A gestação é um grande acontecimento,

---

<sup>1</sup> Estudo exigido para a conclusão do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, intitulado “A Representação Social do pré-natal pela gestante”.

exigindo da mulher cuidado específico para a saúde tanto dela quanto do novo ser que se forma, principalmente devido as alterações no tocante ao comportamento próprio, social, atividade sexual, entre outros, das gestantes. Assim, evidenciam-se mudanças na esfera psicossocial e emocional que perpassam também a relação cliente-profissional de saúde, fazendo-se necessário entender mais sobre o tema.

De acordo com Carvalho (1990), a orientação médica e de enfermagem é de que a mulher deva, após a confirmação da gravidez, procurar o serviço de pré-natal, que é uma assistência essencialmente preventiva, objetivando identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação ou parto; assegurar a boa saúde materna; promover o bom desenvolvimento fetal e preparar a mulher e a família para a chegada do recém-nascido.

Nessa perspectiva, o comportamento profissional frente à mulher grávida influencia diretamente o processo da maternidade. Medicina e Enfermagem acompanham a gestação através do pré-natal e o modo como conduzem esse atendimento acaba por influenciar as gestantes. De acordo com os dados encontrados no estudo monográfico citado, passamos a questionar:

- Quais as representações dos profissionais de Medicina e Enfermagem que atendem no programa de acompanhamento à gestante sobre o pré-natal?
- Que fatores influenciam a prática que adotam?

Com a intenção de aprofundar e enriquecer o debate sobre a temática, que pode ser analisada sob diferentes ângulos, objetivamos com este trabalho identificar as Representações Sociais que os Profissionais de Medicina e Enfermagem do Programa Saúde da Família fazem do Pré-Natal; quais elementos interferem na efetivação da prática recomendada pelo Ministério da Saúde.

Ao entender que as representações sociais influenciam as práticas de trabalho, decidimos respaldar nosso estudo na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici; na Teoria do Núcleo Central, de Jean-Claude Abric; e na perspectiva de Gênero enquanto categoria relacional de poder, pois além da possibilidade de avaliação, pode-se compreender melhor a postura dos profissionais

diante dos seus contextos práticos e realidades específicas. Com a realização desta dissertação, esperamos contribuir para a identificação e a compreensão dos fatores que interferem na relação profissional-cliente, de modo a buscar soluções viáveis a um atendimento que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), permita a sua consolidação e se enquadre nas exigências do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), entendendo-o como um programa destinado a um evento de um ato social, envolvendo, portanto, todos os seres deste processo (pai-mãe-feto e demais familiares).

---

## CAPÍTULO 2

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



DEUSA DIANA

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para atender o objetivo proposto e entendermos o tema com mais profundidade, precisamos de um levantamento bibliográfico sobre a contextualização do pré-natal e os cuidados à saúde da mulher; o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento; as questões de gênero e a fundamentação teórica sobre a Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Núcleo Central.

### 2.1 A GESTAÇÃO E OS CUIDADOS À SAÚDE DA MULHER

Segundo Alves (2002), durante muito tempo pouco se sabia sobre os cuidados prestados à gestação e a assistência à mulher gestante só acontecia no momento do parto. As parteiras, que geralmente eram escravas, caboclas ou até mesmo imigrantes, detinham o conhecimento (prático) e domínio sobre o ato de parir, embora esses saberes fossem limitados. Com a Reforma Protestante, as parteiras foram sendo substituídas pelos médicos saídos das recém-criadas universidades (conhecimento científico), o que gerou competição entre as duas categorias, desencadeando a exclusão dos cuidados prestados por mulheres durante a parturição.

Muitos mitos foram criados em torno da gestação. De acordo com Brüggemann (2001), a gravidez era explicada pela Medicina como um “tumor da barriga” causado por uma criança, o que contribuía para que esse processo fosse considerado como patológico, tendo a intenção de retirar os partos da incumbência das parteiras, responsabilizando-as pelos altos índices de mortalidade materna e fetal, apesar de sua clientela ser sempre mulheres mais pobres, portanto, vulneráveis, pois a alta sociedade era cuidada pelo saber médico.

Alves (2002) afirma que cuidar da gravidez era difícil e dessa forma a gestação significava sempre riscos, pois com o advento da sociedade ocidental e a questão cultural que gira em torno da mulher, o corpo feminino acabava padecendo quando grávido, tanto por questões como o vestuário (com uso de espartilhos, roupas apertadas e que desenhassem a figura do corpo) como as obrigações femininas (que demandavam esforços além do limite) acabavam prejudicando o curso normal da

gravidez. Desse modo, as elevadas taxas de mortalidade materno-infantil tornavam a gestação uma preocupação para todos.

Surgiu, então, a necessidade de uma assistência que se voltasse para a mulher em um período específico de sua vida, viabilizando melhores condições de saúde para as mães e seus conceptos, passando a assistência pré-natal a ser entendida como a supervisão médica ou de enfermagem que se dá à mulher no período gestacional, englobando um conjunto de condutas assistenciais (cuidados) no qual o(a) profissional de saúde deve ouvir, discutir e dar as informações vitais às gestantes no sentido de estabelecer uma relação sólida, oferecendo desde a primeira consulta condições para que as futuras mães exponham as suas ansiedades, mitos e temores do parto e maternidade, que acabam por influenciar o curso da gravidez, inclusive as questões de saúde (MORAES, 1989).

A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é a de que, tão logo uma mulher suspeite estar grávida, deve procurar orientação com os devidos profissionais de saúde para iniciar a assistência para si mesma e o(a) seu(sua) filho(a). Embora a gravidez seja um processo fisiológico normal, as várias alterações que ocorrem resultam numa menor distância entre saúde e doença. Ziegel e Cranley (1985, p.169) discorrem que “a prevenção – ou pelo menos, diagnóstico precoce – dos sinais anormais, seguidos por tratamento imediato e eficiente, evitará muitas complicações”, portanto, assistência anteparto é essencialmente uma assistência preventiva para a mãe e o feto.

Embora constituindo um evento essencialmente fisiológico, a gravidez representa, por conta de alterações morfológicas, funcionais e psíquicas, um período de vulnerabilidade consideravelmente aumentada (SILVA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2000). Em todo este ambiente de mudança, é fundamental que o(a) profissional de saúde tenha preparo para apoiar diferentemente às mulheres que estiverem sob os seus cuidados, pois cada um(a) processa à sua maneira o que é perpassado. Segundo Saunders (2002), a resposta emocional e as necessidades de informação alteram-se no transcurso da gestação devido à maturação que acontece na vida de quem está envolvido nesse processo. O manejo individualizado, bem como a colaboração mútua, ajudam para que seja proposto um cuidado completo.

Voltando ao processo histórico, é importante destacar que a assistência pré-natal foi instituída por volta do século XVII, a qual de acordo com Maretti e Neme (1994) pode ser compreendida em três fases. A primeira fase inicia-se com os hindus com a introdução de aconselhamentos dietéticos e de humor para as gestantes, embora que grande parte era destituída de fundamentos científicos. No Brasil, em 1822, José Bonifácio incluiu o artigo 18 na Constituição, com destaque para a escrava gestante. Esta, após o terceiro mês, não era obrigada a serviços forçados, assim como no oitavo mês só trabalharia em casa, com a garantia que após o parto usufruiria de um mês de convalescença, e durante um ano, não poderia trabalhar longe do(a) seu(sua) filho(a). Em função de tais medidas, ocorreu aumento do número dos chamados hospitais de pré-maternidade.

A segunda fase, para Maretti e Neme (1994), iniciou-se em 1901, possibilitando a introdução das visitas domiciliares e internações hospitalares às gestantes. Neste período, na Austrália, é inaugurada a primeira clínica pré-natal com a sistematização da assistência pré-natal, tornando-se modelo para os países desenvolvidos, caracterizados como hospitais-maternidades, que visavam à assistência das gestantes e de seus conceitos com adoção de medidas terapêuticas e preventivas.

Devido ao advento de novos conhecimentos acerca da Obstetrícia, o cuidado sofreu mudanças significativas, sendo a assistência institucionalizada com predomínio do parto hospitalar. A partir de então, houve um declínio na taxa de mortalidade materna nos países desenvolvidos. No Brasil, logo após a Segunda Guerra Mundial é que se estabeleceu realmente o pré-natal no país, com a proposta de um controle dos riscos, portanto, uma assistência mais segura como forma de reduzir os índices de morbimortalidade materna e infantil (MATOS, 1998).

Entre 1950 e 1960, principia a terceira fase dessa assistência, com o advento de práticas numerosas relacionadas à propedêutica obstétrica (Saúde da Mulher, Saúde Reprodutiva) e a valorização da saúde do conceito (Saúde da Criança), com grande avanço nas descobertas intra-útero, reduzindo as taxas de mortalidade materna e perinatal. Nesta perspectiva, Silva, Batista Filho e Souza (2000, p.83) afirmam que

o avanço dos conhecimentos científicos e das conquistas técnicas na assistência pré-natal e ao parto representam, consensualmente, a razão maior para a mudança radical processada nos últimos 50 anos, no panorama da morbimortalidade materna e, secundariamente, nas conseqüências adversas que se estendiam ao concepto e ao recém-nascido.

Em 1979, o governo federal criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para estimular o acesso da mulher aos níveis de atenção e serviços de saúde com ênfase no pré-natal, que além de oferecer um enfoque educativo, ampliou os cuidados clínicos no atendimento à mulher, considerando-a como um ser holístico (DIAS, 1997). Esse programa foi oficializado em 1980, sendo incorporados aos atendimentos clínicos a assistência clínico-ginecológica, o pré-natal e a atenção ao parto e ao puerpério (PEREIRA et al., 2003). Toda essa incorporação de mudanças no setor saúde culminou em influências diretas na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980 (BRASIL, 2004).

Atualmente, toda gestante tem direito ao atendimento pré-natal. O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta seja feita até a vigésima semana de gestação. Assim, fica garantida a realização de pelo menos seis consultas, nas quais, preferencialmente, a primeira deve ocorrer no primeiro trimestre, seguida de duas no segundo e finalizando com três no terceiro trimestre (BRASIL, 2000).

O pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e exercício da paternidade e maternidade, sendo uma fase de intenso aprendizado também às pessoas envolvidas. É durante esse espaço de tempo que mulheres sadias procuram atendimento e orientações regulares, pois as consultas oferecem oportunidades para assegurar a saúde da mãe e do bebê (SAUNDERS, 2002), sendo possível identificar, avaliar e controlar fatores de risco. Daí a necessidade de uma assistência contínua, abrangente e sistematizada durante todo o percurso da gestação (DIAS, 1997).

Nesse sentido, existe atualmente uma crescente atenção para os cuidados prestados à gravidez e nascimento, já que esse processo vem sofrendo modificações impostas pela tecnologia e avanços no campo da ciência. Se por um lado Oliveira, Zampieri e Brüggemann (2001) afirmam que essas novas técnicas melhoraram as condições de atendimento, pois muitas doenças e alterações passaram a ser detectadas precocemente, evitando um desfecho trágico com o uso da tecnologia, por outro lado, observou-se um afastamento gradativo do profissional em relação à cliente. Destarte,

num universo de tecnologias, acaba-se por esquecer de dar vazão ao discurso da pessoa para deter-se ao que pode ser quantificado, como os exames laboratoriais e as ultrasonografias entre outros, caracterizando uma suposta desumanização no cuidado.

Boff (1999) afirma que o cuidar acompanha a espécie humana pelo tempo e o caminho histórico das suas virtualidades é baseado na questão do cuidado, sendo um ato, uma atitude, representando ocupação, preocupação, responsabilidade e o envolvimento com o outro. Para Ferreira (1986), o cuidado pode ser definido como sendo zelo, cautela, preocupação, responsabilidade. Waldow (2001, p.17) procura ir além, captando o cuidado como “uma forma de expressão, de relacionamento com o outro e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente”. Ela compreende também que o processo de cuidar não segue um modelo rígido, sendo individual, contextual e, sempre, relacional, não podendo ocorrer isoladamente, mas sim interativamente.

Cuidar, então, seria o ato de preocupar-se com o outro e buscar que este satisfaça as suas necessidades, indo além, oferecendo o que é preciso individualmente e indiscriminadamente, preocupando-se com o bem-estar e, em alguns casos, com o restabelecimento e satisfação daquele que é cuidado.

Historicamente, cada época possui particularidades em torno do cuidado durante a gestação. Waldow (2001) afirma que, em princípio, a Medicina e o cuidado eram praticados exclusivamente por mulheres. Este fato acontecia devido a grande conexão da figura feminina com a natureza e, em algumas civilizações, elas eram também responsáveis pelo cuidado durante o parto. Já as religiosas, viúvas e virgens ficavam a cargo das atividades prestadas aos doentes. “As dificuldades no cuidar eram muitas, devido às limitações existentes em relação à carência do conhecimento” (ALVES, 2002, p.21).

Com o desenvolvimento das ciências, as profissões ligadas à saúde e instituídas para prestação de cuidados passaram a despreocupar-se um tanto com o indivíduo, centralizando sua prática no cumprimento de tarefas pré-estabelecidas; além disso, o cuidado era (e ainda é) prestado de maneira tecnicista e curativa para aliviar sintomas, não observando muitas vezes outros aspectos referentes à saúde da clientela (Waldow, 2004).

Neste contexto, entendemos que cuidar requer um sentido amplo por parte do(a) profissional, que não pode generalizar ou banalizar suas ações. As contribuições prestadas através do cuidar são muitas, indo desde um simples diálogo para esclarecimentos sobre anseios dos(as) clientes até o cuidado terapêutico, pois representa a interface com a clientela, trabalhando para que seja organizada uma assistência individualizada, o que requer um modelo humanista bem amplo, como recomendado por Leão e Chaves (2004). Os autores afirmam que por mais que seja enfatizada a importância de se ver o ser humano na sua totalidade, verifica-se ainda a predominância do modelo biomédico, que fragmenta esse ser e que o distancia da relação com o(a) profissional.

Segundo Lima (1996), as relações entre profissionais de saúde em geral e clientes são consideradas relevantes para a transformação das práticas de saúde. Em seu estudo, a autora aponta o distanciamento de profissionais da saúde em relação à sua clientela devido à falta de visão da condição de sujeito social, não vendo o outro como pessoa que se relaciona. A partir disto, é preciso que tais profissionais repensem as ações e utilizem novas conexões que surgem, possibilitando uma assistência menos agressiva para com a clientela (KOLLER; MACHADO, 1992).

Repensar as práticas e concretizar mudanças nas ações profissionais abre perspectivas para melhorias na qualidade do serviço oferecido à população. Muitas vezes o(a) profissional se questiona quanto às dificuldades em sua vida laborativa sem se dar conta de que muito poderia ser mudado a partir de um recriar prático. Desta forma, a visão holística parece ser a mais correta solução para uma retomada do cuidar, pois a partir dela o cuidado deve ser resgatado e o ser humano passa a ser visto sob diversas óticas, sem priorizar a patologia e as técnicas essenciais na implementação de cuidados (Mattos, 2001).

Oliveira, Alves e Miranda (2005) discutem que embora os avanços da tecnologia sejam importantes, não substituem o cuidar, na medida em que os(as) profissionais são a base da ação terapêutica e a sua capacidade em propor implementações práticas poderá modificar todo o contexto que envolve a gestante e seu conceito. Dessa forma, e também diante das inúmeras falhas detectadas no pré-natal, emerge uma preocupação com a assistência prestada nos serviços de saúde. Assim, através da figura do(a) profissional associado(a) ao uso da tecnologia disponível, é

imprescindível revitalizar o discurso. Este deve ser compreendido como fator de aproximação e validação da assistência pré-natal e a principal estratégia para mudar a situação.

## 2.2 O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

O Brasil comprometeu-se a reduzir os seus coeficientes de mortalidade materna em até 50% até o ano 2000 (BRASIL, 1994). Mesmo com todos os cuidados prestados nos países subdesenvolvidos, os quadros de mortalidade materna e perinatal não mudaram de perfil. Victora e Cesar (2003) relatam que durante a década de 1980 houve um declínio da taxa de mortalidade materna em nosso país, mas a partir daí as taxas têm se mantido estáveis, indicando que não houve progresso. Esses autores estimam que aproximadamente cinco mil e quinhentas mulheres morrem por causas maternas, porém o número oficial registrado é quatro vezes menor devido a sub-registros e subnotificações.

Como explicitado, a morte de mulheres em idade fértil por causas evitáveis ligadas a gravidez ainda se apresenta como um grande problema social de saúde. Em 2000, devido aos fatores epidemiológicos dos países subdesenvolvidos, morreram cerca de meio milhão de mulheres, como conseqüência de complicações relacionadas ao ciclo grávido-puerperal. Além do óbito como desfecho, a baixa qualidade de assistência materna no pré-natal, parto e puerpério, pode levar a complicações sérias, muitas vezes permanentes. Com isso, tornou-se essencial mudar o perfil epidemiológico da saúde da mulher por meio da melhoria da assistência pré-natal e ao parto, assegurando melhorias para a evolução normal da gravidez e seu desenlace, pois as condições tornavam-se inaceitáveis para os recursos técnicos e científicos já disponíveis. As etapas seqüenciais de atendimento pediam medidas de caráter integral, especialmente no curso da assistência pré-natal, já que elas são avaliadoras dos riscos do processo da gravidez, propondo medidas adequadas para o seu monitoramento (SILVA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2000).

Em nosso país, foi instituído pela Portaria 569 do Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, constituindo-

se como resposta às necessidades de atenção específica à gestante, recém-nascido e puerpério. O programa buscou a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, assegurando o acesso, a melhoria da cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, tendo em vista a potencialização e ampliação das ações adotadas. Nesta perspectiva, priorizou-se o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal a partir de dois aspectos fundamentais: à adoção de uma postura ética e solidária pelos profissionais, como também medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

Este programa é tido como importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência ao atendimento, pois estabelece a sua melhoria, cobertura e qualidade. Em seus princípios, assegura que toda gestante tem o direito ao acesso e acompanhamento de qualidade, tendo garantia do seu ingresso à maternidade no momento do parto (NASCIMENTO, 2003).

O informe técnico sobre o PHPN reza que para se humanizar o pré-natal e nascimento, os(as) profissionais devem ser capacitados(as) e o Ministério da Saúde custear as capacitações às parteiras tradicionais e especializações para enfermagem obstétrica. O programa de humanização trouxe em seu conteúdo a discussão sobre as práticas pré-natais e suas bases conceituais em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo (BRASIL, 2002).

Salienta-se que humanizar o pré-natal demanda a desmistificação dos conceitos da tecnicidade. Exige, acima de tudo, mudança da postura profissional (TEDESCO, 1997). É através dessa mudança que as categorias profissionais serão valorizadas e as atuais condições de saúde, que gritam por mudanças, podem ser recuperadas, oferecendo dignidade aos(às) profissionais e satisfação aos usuários do sistema de saúde.

Diante do exposto, Maldonado e Canella (1998) alertam que a postura do profissional durante o acompanhamento pré-natal não deve simplesmente deixar de lado o cuidado com a assistência técnica, mas o excesso de tecnicismo pode ser evitado, pois acaba por introduzir um enfoque patológico na gestação, tabu este quebrado com o decorrer do tempo e da ciência.

A postura do profissional frente à clientela determina muito do cuidado pré-natal, devendo desenvolver o diálogo, reconhecendo os sentimentos da mulher e a forma como ela os expressa, pois o estabelecimento do vínculo e confiança se dá a cada nova consulta. Por isso, o cuidado é contínuo. Branden (2000) enfatiza que, neste mundo corriqueiro, um grande passo para a realização de um bom pré-natal é não ter pressa, atendendo com paciência as solicitações de cada cliente individualmente.

Não se pode negar a importância do PHPN, pois caracteriza uma forma de repensar as posturas profissionais. Assim sendo, Silva, Cecatti e Serruya (2005) indicam que é preciso avançar mais na execução do programa para melhor se conhecer o seu verdadeiro impacto na saúde das mulheres. O seu confronto com outros modelos mostra que a sua implementação e permanente revisão podem proporcionar resultados superiores ao padrão atual, permitindo avanços substanciais nos resultados de morbidade e mortalidade maternas e perinatais.

A percepção e a conscientização das necessidades no processo de cuidar da gestante devem motivar o profissional de saúde a incrementar as suas ações com estratégias mais eficazes visando suprir as carências constatadas, sendo o estimulador da participação da gestante para que se obtenha parceria e melhores resultados assistenciais, fator este encontrado nos discursos sobre a humanização (ALVES, 2002).

A real assistência tem início com a educação em saúde, capaz de promover a conscientização e adesão de hábitos positivos para a saúde da mulher e do feto. Não basta transmitir o conhecimento ou informação. Como nos relatam Lima (1996); Koller e Machado (1992) é vital entender as representações das pessoas para educá-las segundo a construção da identidade de cada um(a). Assim sendo, os(as) profissionais inseridos(as) no processo da gestação e, conseqüentemente, do pré-natal, constroem as suas realidades práticas e a partir disto redefinem o seu papel quando interpretam os significados e articulam estes a outros elementos (OLIVEIRA; ALVES; MIRANDA, 2005).

Corroboramos com Marcon e Elsen (2002) a idéia de que a gravidez tem sido vista como uma doença na qual a assistência pré-natal caracteriza-se pelo diagnóstico e tratamento de patologias, prestando um atendimento que não está voltado para a realidade social e condições de vida da mulher, fazendo com que toda

importância do programa se perca, pois o cuidado não está basicamente voltado a prestar esclarecimentos, informar e contribuir para que a mulher seja agente ativa em relação ao processo gestacional. O que ocorre é a transferência de toda a responsabilidade dos fatores do transcurso da gestação ao(a) profissional de saúde que realiza o acompanhamento.

A equipe de saúde contribui para a superação dos conflitos internos da gestante e de sua família frente às mudanças, possibilitada através da criação do vínculo, confiança e cumplicidade (PELICIONI, 2002). Maldonado e Canella (1998) reafirmam que, na maioria dos casos, o processo fisiológico gestacional requer apenas acompanhamento, sem grandes interferências.

Entretanto, Scochi et al. (2002), percebem que a ação terapêutica permanece mais voltada para o corpo biológico, esquecendo-se muitas vezes da construção simbólica, fundamental para a existência do ser no mundo. Acredita-se, no entanto, que a realidade vivenciada pelas futuras mães vem passando por modificações com o processo de humanização.

Para Maranhão et al. (1990); Burroughs, (1995), o desafio que se coloca para a saúde atual é a transformação dos profissionais intervencionistas em contínuos(as) educadores(as). Na atenção pré-natal, as ações educativas têm a finalidade de preparar a gestante para o autocuidado, a fim de que essas mulheres entendam que o estado gravídico, apesar de limitante, não é propulsor para incapacidades.

A conduta do(a) profissional, suas indagações, seus questionamentos, são fatores que influenciam diretamente o curso do pré-natal. A maneira como se questiona sobre os aspectos da gestação fazem a mulher falar ou não seus anseios. O diálogo fica prejudicado quando a pergunta induz à resposta, devendo-se deixar de lado as suas próprias conclusões e representações. Dessa forma, a assistência passa de meramente obstétrica para uma relação de confiança, o que Maldonado e Canella (1998, p.165) chamam de “formas terapêuticas de comunicação de uma atitude clínica”, ou seja, a comunicação por meio do diálogo aberto (PELICIONI, 2002). Sabe-se que há considerável melhoria das condições assistenciais quando o profissional conhece os motivos e comportamentos da clientela (MARTINS, 2001).

Na gestação, o sentimento de ambivalência é freqüente e ocorre pelo medo que a mulher possui de ser incapaz de atender às necessidades do bebê. Devido a esse fato, acontecem alterações súbitas de humor e excessiva sensibilidade. As necessidades de carinho e proteção intensificam-se, bem como a ansiedade, expectativas, dúvidas e tensões, ocasionadas até mesmo pela mudança corporal. Apesar de o período gestacional permitir uma lenta e gradual assimilação do fato, pode-se observar nas grávidas o medo do desconhecido. Por isso, permitir ao casal/família acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê desde a concepção é um processo enriquecedor, especialmente se orientado por profissionais capacitados (as) (MIRANDA; ABRANTES, 1986).

As percepções, os valores, os sentimentos e as relações que perpassam a gestação só são compreendidos quando se busca uma maior aproximação aos contextos do cotidiano, da vivência. Existe sempre a possibilidade de conflitos entre os valores e os interesses que orientam as decisões sobre a vida e a saúde, além daqueles que norteiam as recomendações programáticas (FELICIANO; KOVACS, 2003).

As gestantes estão situadas como mais vulneráveis biologicamente, sendo necessário conhecê-las como um todo. Os(as) profissionais precisam estar preparados(as) para enfrentar os conflitos que possam chegar até eles(as), e a partir disso constroem as suas próprias representações sobre a temática, tornando-se necessário identificá-las para que aconteçam possíveis mudanças na postura de profissionais e serviços que acolhem as gestantes, tornando o atendimento verdadeiramente humanizado, como reza o PHPN.

## 2.3 GÊNERO E REPRODUÇÃO HUMANA

Investigar as representações sociais elaboradas por profissionais de saúde, especificamente médicos(as) e enfermeiros(as) a respeito do pré-natal, exige um conhecimento, mesmo sucinto, das relações de gênero surgidas a partir do mito do pecado de Adão e Eva, passando-se pelas idéias neomaltusianas, chegando-se a seu estado atual. Não é nosso interesse adentrar no campo histórico e detalhar todos os aspectos, mas apenas investigar aquilo que nos é possível, contribuindo para a compreensão da articulação entre o conteúdo apreendido e o tema estudado.

A responsabilidade para com a reprodução humana foi, durante muitos séculos, colocada nas mãos das mulheres. Porém, esse encargo não se amoldava na lei do livre arbítrio. Havia praticamente uma imposição para o casamento e conseqüentemente para a gestação. Entretanto, a atividade sexual necessária à procriação e à unidade familiar era para a mulher um ato de agravo a Deus redimido com a dor do parto. Comenta Thomasset (1990) que qualquer representação da mulher e da sexualidade transmitida pelos sábios árabes foi lida e explorada pela igreja enquanto instaurava as regras que regulamentava a sexualidade e a instituição do casamento. Desta forma, criou-se a mais profunda base de todas as relações desiguais – a relação homem x mulher.

Escrevendo sobre a “Repressão Sexual”, Chauí (1982, p.8) verbaliza que quanto maior for nossa eficiência em ocultar, disfarçar e dissimular o caráter sexual daquilo que está sendo reprimido, maior será a eficácia da repressão. A autora lembra Foucault e as suas visões sobre a cultura ocidental cristã e a sexualidade. Para este autor, escreve ela, não houve alterações significativas quanto as teorias sobre o sexo na transição explicativa do contexto religioso para o científico. Em ambos os contextos ele é classificado e detalhado, passando de uma forma repressiva a outra com tendência de normalização.

Comenta Spink (1994) que até a Renascença, anatomicamente não existiam diferenças sexuais entre homens e mulheres. O padrão para o corpo humano e para as suas representações era o corpo masculino, ou seja, o modelo do sexo único. Nesse período, apesar do grande avanço da anatomia, a visão de mundo que subordinava a mulher ao homem levava os anatomistas a verem, efetivamente, a vagina como um pênis internalizado. Para Thomasset (1990), as dificuldades encontradas por esses anatomistas tinham tripla origem: o princípio rigoroso da analogia que submete o corpo da mulher ao corpo masculino; o princípio da finalidade no jogo etimológico e no pensamento teológico; o princípio da submissão absoluta à autoridade.

A partir do século XVIII, surge um novo sistema de pensamento científico centrado, fundamentalmente, num novo modelo epistemológico da ciência e na expansão da esfera pública, proveniente das transformações intelectuais, políticas e econômicas. Na área epistemológica, a ciência passa a usar a natureza como novo paradigma. Assim sendo, enquanto estrutura biológica, o sexo é essencialmente

natureza. Essa visão recebeu como reforço especial as novas teorias médicas centradas na fragilidade ovariana. Comenta Spink (1994) que, segundo essa teoria, o principal objetivo da vida das mulheres é a reprodução humana. Conseqüentemente, o corpo feminino não podia exercer atividades desviadas de sua função central. Os craniologistas, por sua vez, reforçavam essas teorias ao admitir que as atividades intelectuais prejudicaram a função reprodutora da mulher (BOZON; LERIDON, 1993).

A teoria da fragilidade ovariana estendia-se também à área psicológica que passou a ver a psicologia feminina como vinculada à capacidade reprodutiva. Deste modo, os sintomas neuro-vegetativos e somáticos, entre outros, eram explicados como sendo causados por um estilo de vida incompatível com a feminilidade. A teoria ovariana assumiu um poder tão grande no século XIX que a ovariectomia – retirada cirúrgica do(s) ovário(s) - passou a ser uma terapia adotada para corrigir distúrbios físicos e psicológicos (SPINK, 1994; FRENCH, 1992). Dessa forma, como refere Beauvoir (1949), para provar a inferioridade da mulher utilizou-se da religião, da filosofia, da teologia, da biologia, da psicologia, entre outras.

Os textos escritos por Spink (1994), French (1992), já referidos neste estudo, e Barbosa (1996), demonstram que a forma como a Medicina e demais estruturas de poder, como a igreja, o judiciário e o próprio Estado nomeavam, classificavam e manipulavam as mulheres, vinculando-as ao sistema como um todo, era melhor do que compreender a estrutura biológica do sexo feminino. No século XVIII, por exemplo, ela estava imbricada às novas relações econômicas – o capitalismo comercial – onde a riqueza das nações dependia do crescimento populacional. Deste modo, as diferenças sexuais biológicas foram utilizadas para definir e delimitar os espaços de homens e mulheres, ficando a esfera privada para as mulheres e a esfera pública para os homens (OLIVEIRA, 2005). Del Priore (1993), analisando a trajetória feminina registrada – do século XVI ao século XVIII – encontra-a revestida de sofrimento, humilhação, solidão e principalmente, exploração física, psicológica e sexual. Encontrou também, em relatos de médicos, confesores e teólogos, uma preocupação em fortalecer a mentalidade coletiva para a necessidade de uma normatização das mulheres.

O processo de adestramento das mulheres no período do Brasil colônia deu-se através de dois importantes instrumentos de ação: o discurso sobre os padrões ideais de comportamento e o discurso normativo médico ou “físico” sobre o funcionamento do corpo feminino. Este discurso dava caução ao religioso na medida que asseverava cientificamente que a função natural da mulher era a procriação (DEL PRIORE, 1993, p.27) .

A partir da segunda metade do Século XX, a preocupação não era mais em povoar as nações. Apesar das perdas de vidas humanas decorrentes das duas guerras mundiais, no final da década de 1940, o maior desafio dos governos dos países do “terceiro mundo” era conter o excesso populacional. As idéias “neomaltusianas de que muitas pessoas, reproduzindo-se rapidamente, retardam o crescimento econômico, destroem o meio ambiente, exaurem os serviços sociais e aumentam a pobreza” (GALVÃO, 1999, p.165), fizeram com que os governos passassem a adotar políticas de controle da natalidade, através dos Programas de Planejamento Familiar. Neste ínterim, conferências Internacionais, nacionais e regionais serviram como espaço para a discussão de outros temas como aborto, subordinação feminina, violência, assim como, para separar ou delimitar os termos: saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher. Com isto, a definição de controle de natalidade evoluiu para o de saúde reprodutiva e o de saúde materna para saúde da mulher.

A discussão e a evolução dos conceitos de saúde reprodutiva e saúde da mulher permitiram, conforme Galvão (1999), vários desdobramentos tornando-se “conceitos operacionais”, justificados pela investigação científica e pela melhoria da qualidade nos serviços de saúde reprodutiva. No Brasil, por exemplo, até o final da década de 1970 não havia separação entre a saúde da mãe e da criança – saúde materno-infantil. Na década seguinte, logo em 1983, o Ministério da Saúde separa esse binômio ao criar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que até 1989 teve feministas em sua coordenação (ÁVILA; CORRÊA, 1999; OLIVEIRA, 2001).

Apesar da evolução dos termos, da luta das mulheres por uma assistência integral a sua saúde - mais especificamente sua saúde sexual e reprodutiva, da incorporação de gênero nos debates teóricos e práticos, de modo a visibilizar o papel do homem no desenvolvimento da criança desde a sua concepção, o pré-natal ainda está centrado no desenvolvimento fetal. Isto porque as duas principais profissões que atuam nesse programa - Medicina e Enfermagem – estão baseadas no discurso

médico oficial e tradicional. Ou seja, o pré-natal é uma atividade do sistema de saúde destinada às mulheres grávidas cujo conceito é determinado pelo número de consultas e a realização de exames complementares. Analisando-se o pré-natal na perspectiva de Gênero, podemos identificar, a princípio, dois problemas: o primeiro de relação institucional (medicina e enfermagem) e o outro de relação familiar (mãe e pai).

A relação institucional, cristalizada no papel de médicas(os) e enfermeiras(os), organiza-se, como já citamos, no discurso médico oficial. Nessa relação a figura do pai é considerada importante apenas na teoria, uma vez que todo o programa é realizado de modo a deixar o genitor de fora do processo gestacional.

Para Oliveira (2005), tal situação repassada para a população, principalmente através do cinema e da televisão, contribui sobremaneira para a “naturalização” da paternidade sem responsabilidade material e afetiva. Em um programa de televisão, um médico falava sobre a importância do pré-natal, explicitando claramente que “é um momento entre mãe e filho e que deixa os homens mortos de inveja”<sup>2</sup>. Por que invejar o útero materno se o que está dentro dele foi produzido pelos dois?

Com o propósito de mostrar como essa “inveja” é socialmente construída, vamos tomar como exemplo uma sociedade primitiva estudada pela antropóloga Margaret Mead, em 1931: “A tarefa de procriação de um pai Arapesh não termina com a fecundação [...], a criança não é produto de um momento de paixão, mas é moldada pelo pai e pela mãe, cuidadosamente, com o passar do tempo”. Conforme a observação da autora, o povo Arapesh conhece dois tipos de atividade sexual: o *folgado* - atividade sexual sem concepção - e o *trabalho* - atividade sexual propositada, dirigida à criação, à alimentação e à formação de uma criança durante as primeiras semanas no ventre materno. Após os primeiros sinais de gravidez – coloração e crescimento dos seios – diz-se que a criança está terminada – “um ovo perfeito, agora repousará no ventre materno”. A partir de então as relações sexuais são proibidas. Há a necessidade de um ambiente calmo e a gestante, enquanto guardiã da criança em crescimento, deverá evitar expor-se aos perigos que possam antecipar ou retardar a hora do nascimento. Explica a autora que a expressão “dar à luz” é usada

---

<sup>2</sup> TV Globo – Fantástico, 21 de março de 2004.

indiscriminadamente para homem ou mulher, e a gravidez é um sacrifício para ambos. No momento do nascimento, o pai fica a distância, em respeito a determinadas crenças Arapesh, mas ao alcance da voz da parteira. Depois que a criança nasce, pai e mãe compartilham da tarefa de cuidar (MEAD, 1999, p.55-56).

Esta breve exposição sobre a conduta dos Arapesh frente a gestação e o nascimento, analisada com base no que acontece em nossa cultura mostra que os papéis de homens e mulheres na reprodução humana são socialmente construídos moldados nos sistemas de gênero de cada época e cultura, que por sua vez são responsáveis pelos elementos que figuram os núcleos periféricos e centrais das representações sociais, e são estas representações que modelam as práticas das profissões estudadas, assim como a conduta dos gestores no oferecimento das condições materiais para estas práticas e o alijamento dos homens nos serviços de saúde.

Nas diferentes culturas e em diferentes tempos, criaram-se muitas crenças e tabus relacionados à gestação e puerpério. Para desmistificar esses valores sociais, é necessária uma reforma global nos sistemas de gênero as quais determinam as desigualdades com base no sexo, na raça/etnia, nas gerações e nas classes sociais (econômicas)<sup>3</sup>.

## 2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A noção de Representações Sociais (RS) ocupa um lugar particular na Psicologia Social. Durante algum tempo ela não foi reconhecida como um domínio específico em razão dos enfoques behavioristas que dominaram os estudos da percepção social.

Mas, o que é a Teoria das Representações Sociais? Primeiramente, é importante destacar que o seu criador, o psicólogo social Serge Moscovici (1961), preferiu não defini-la ou conceituá-la, em razão da complexidade dos aspectos que a caracteriza. Ele tentou compreender mais profundamente de que forma a psicanálise era ressignificada pelos grupos populares, observando então, que as teorias existentes não

---

<sup>3</sup> Gênero, raça/etnia, orientação sexual, religião e classe social são algumas das variáveis que se impõem contemporaneamente, demonstrando que a imposição de um “sujeito universal” ao qual todos os seres humanos seriam redutíveis não é mais aceitável.

explicavam a realidade em outras dimensões. Para o autor, as representações sociais podem ser entendidas como:

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, aos mitos e sistemas das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1961, p. 181).

Assim, o conceito de Representação Social designa, de forma geral, uma atividade mental através da qual torna presente à mente, por meio de uma imagem e um significado, um objeto ou um acontecimento socialmente compartilhado. Isto significa dizer que a pessoa não está abstraída da realidade social, nem condenada a reproduzi-la. “Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito” (JOVCHELOVITCH, 1994, p.78).

Embora, como já referimos, Moscovici tenha justificado a sua decisão em não conceituar as representações sociais, todavia, encontramos em Jodelet (1989, p.283), a partir de seu estudo sobre a saúde mental em uma comunidade francesa a seguinte definição:

um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações se referindo a um objeto ou a uma situação. Ela é determinada de uma só vez pelo sujeito ele-mesmo (sua história, o que foi vivido), pelo sistema social e o ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das ligações que o sujeito mantém com o sistema social.

As representações sociais são um sistema de referência, de significações que permitem interpretar, compreender, explicar e assim, classificar as informações, os acontecimentos, os indivíduos, sendo uma maneira de apreender e de pensar a realidade cotidiana e tendo por objetivo dar sentido às coisas. Elas são modalidades de pensamentos orientados em direção à comunicação, à compreensão e à organização do meio social, material e ideal (Jodelet, 1989).

Para nós, o mais interessante nas RS é que elas aceitam a existência de conteúdos contraditórios, sem descartar os achados conflitantes, já que estes vêm para enriquecer a compreensão da investigação. A interação de cada pessoa com o meio modifica as suas representações, e por isso ela é tão dinâmica, pois o ser humano é construído através do social, devendo abrir-se para novas possibilidades, desconstruindo

até suas certezas antigas, onde o que nos leva a fazer o que fazemos não é só o racional, mas sim isso somado aos elementos míticos, afetivos, etc.

A Teoria das Representações Sociais simplifica a realidade complexa, transformando os fenômenos estudados em objetos, sendo a finalidade de um estudo de RS selecionar e delimitar as dimensões do fenômeno-objeto. Assim, a representação é de alguém (sujeito) que a elabora e de alguma coisa (objeto) que é elaborada. Segundo Herzlich (1969, p. 32),

a representação social implica, antes de tudo, uma atividade de reprodução das propriedades de um objeto, efetuando-se a um nível concreto, freqüentemente metafórico, e organizado em torno de uma significação central. Esta reprodução é de fato uma remodelação, uma verdadeira construção mental do objeto conhecido, e como não é separado da atividade simbólica do sujeito, o produto da representação aparece ao indivíduo como dado perceptivo.

Moscovici (1961) demonstra que a elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através de dois processos: a objetivação e a ancoragem, estando estes intrinsecamente ligados. A objetivação é o processo pelo qual procuramos tornar concreto, visível, uma realidade, aliando um conceito com uma imagem. Já a ancoragem é o processo por onde buscamos classificar, encontrar um lugar para encaixar o não familiar devido à nossa dificuldade em aceitar o estranho.

A representação é mediada pela linguagem, mas não flui diretamente nos discursos dos sujeitos, fazendo com que a análise de representação social carregue freqüentemente a marca do instrumento de coleta de dados, necessitando que o pesquisador reconstrua a representação.

Oliveira e Werba (1998) destacam três níveis de discussão e análise das RS: o Fenomenológico, o Teórico, e o Metateórico. No Fenomenológico, trata-se dos objetos elementos da realidade social, saberes do senso comum, surgidos na relação interpessoal cotidiana, com o objetivo de compreender e controlar a realidade social. O nível Teórico abrange às definições e conceitos referentes às RS. O Metateórico caracteriza-se pelas discussões, debates, críticas e comparações da teoria com outras.

Para Moscovici (1961), uma Representação Social é analisável segundo várias dimensões: a atitude, a informação, e o campo de representação. A dimensão

atitudinal exprime um posicionamento, uma orientação geral, positiva ou negativa com relação ao objeto da representação. Ela se manifesta como uma dimensão mais "primitiva" que a informação e o campo de representação. Neste sentido, pode existir no caso de uma informação reduzida e de um campo de representação organizado (MOSCOVICI, 1961). A dimensão informacional diz respeito à soma dos conhecimentos advindos de um objeto social, a sua quantidade e a sua qualidade mais ou menos estereotipadas, banais ou originais. Já a dimensão do Campo de Representação é responsável pela organização do conteúdo e as propriedades propriamente qualitativas, imaginativas da representação. Como o nível de informação e a atitude, é variável de pessoa para pessoa, ou de um grupo a outro.

Em 1969, Herzlich (p.33) salientava que a Representação Social na elaboração das condutas era pouco estudada e que as pesquisas existentes nesta dimensão tinham por objetivo a coleta de discursos, não permitindo analisar diretamente o impacto de uma sobre a outra. Prosseguindo, afirmou que a orientação das condutas sempre constituiu uma das funções essenciais e específicas da representação; "a condição de não dar à noção de orientação o sentido de uma ligação simples e direta, manifesta um impacto unívoco da representação sobre as condutas".

Abric (1994) tem afirmado que as representações são sociais pois têm origem dentro de grupos numa determinada cultura, em indivíduos de diferentes posições sociais, imersos em relações sociais e práticas específicas a seu grupo. Tais variáveis marcam os tipos de representação realizadas e os comportamentos delas decorrentes, por isso o autor atribui quatro funções essenciais às representações sociais, sendo: Funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade; Funções identitárias, que definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos; Funções de orientação, que guiam os comportamentos e as práticas; e Funções justificatórias, que permitem justificar a posteriori as tomadas de posição e os comportamentos.

Nos últimos anos, as Representações Sociais têm adquirido força no campo da saúde, pois constituem uma nova maneira de pesquisa que vai além do modelo mecanicista, a fim de encontrar mais flexibilidade e fidelidade à realidade, recomendado por Tavares e Teixeira (1998). É por este motivo que esta teoria foi escolhida para fazer parte deste estudo, pois para encontrarmos respostas às nossas

indagações sobre como os profissionais de saúde pensam e realizam o pré-natal, deveríamos escolher uma teoria que nos permitisse encontrar “significações imaginárias”, como coloca Arruda (2002), cumprindo com o objetivo proposto. Ao analisarmos os dados encontrados, procuramos compreender o núcleo de significações tanto dos discursos quanto das palavras evocadas, baseando-nos numa teoria que apóia as Representações Sociais, a Teoria do Núcleo Central.

## 2.5 A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

A Teoria do Núcleo Central é decorrente de estudos sobre Representações Sociais e foi proposta por Abric em 1976. Constitui um recurso complementar, pois esclarece significativamente aspectos que dizem respeito à aparente contradição que permeia as Representações Sociais, as quais podem ser rígidas e flexíveis, estáveis e instáveis (SÁ, 1996).

Abric (2000, p. 31) afirma que núcleo central é

todo elemento que desempenha um papel privilegiado na representação, no sentido que os outros elementos dependem dele diretamente porque é em relação a ele que se definem seu peso e seu valor para o sujeito [...]. A organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação.

As representações, sendo constituídas por um sistema central e um sistema periférico que traduzem entidades complementares têm funções específicas e bem diferenciadas. O núcleo central é onde se localizam as representações mais estáveis e difíceis de mudar. Ao seu redor estão elementos do sistema periférico, com representações mais flexíveis e comportamentos mais heterogêneos. Esta teoria proporciona, então, um quadro de análise e interpretação que facilita a compreensão das representações (ABRIC, 2000).

É interessante observar a definição de centralidade de um elemento, pois encerra tanto os critérios quantitativos como as dimensões qualitativas. Em torno do núcleo central, organizam-se os elementos periféricos da representação, que são mais acessíveis, e que associados ao núcleo central, permitem a ancoragem na realidade, espelhando as modulações individuais e tendo a grande importância de fornecer pistas ao pesquisador (SÁ, 1996).

Abric (2000) afirma que a homogeneidade de uma representação não é definida pelo consenso entre os membros de uma população, mas pelo fato de que sua representação se organiza em torno de um mesmo núcleo central. Nesse sentido, essa teoria se faz de especial importância, pois oferece um quadro de análise e interpretação que permite a compreensão entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os sujeitos evoluem, propondo a organização das representações sociais ao redor do seu núcleo central, sendo este o elemento que subsidia o seu sentido mais fundamental e abrangente.

O núcleo central é o que caracteriza uma representação em si, ou seja, é o que lhe confere estabilidade e identidade. Conseqüentemente, é o elemento da representação mais estável e resistente à mudança. É importante ressaltar, então, que qualquer mudança no elemento central da representação acarreta alteração de toda a representação (ABRIC, 2000; SÁ, 1996). Como funções, o núcleo central possui basicamente duas: a geradora, fornecendo valor e sentido aos outros elementos, e a organizadora, que une e estabiliza os elementos da representação. Dessa forma, o núcleo central concede estabilidade, coerência, continuidade e consensualidade às representações, merecendo destaque e importância para a concretização do presente estudo.

---

**CAPÍTULO 3**  
**PERCURSO METODOLÓGICO**



O NASCIMENTO DE VÊNUS

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia de um estudo é um dos primeiros passos a ser definido e através da qual se escolhem técnicas, ferramentas e estratégias adequadas para que seja estabelecida a sistemática de trabalho, respondendo às indagações iniciais, como corroboram Gondim e Lima (2002). Rodeando as pesquisas que se orientam pela Teoria das Representações Sociais, existem pressupostos que permitem apreender o contexto dos quais as representações emergem, circulam e se transformam. Entretanto, Spink (1994, p. 128) assevera que “não é a verdade intrínseca de nossos instrumentos que define o rigor e sim a compreensão dos limites e das possibilidades”.

#### 3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

A pesquisa – quanto à sua natureza - caracterizou-se por ser descritiva, o que de acordo com Lakatos e Marconi (1991) consiste em uma investigação cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, tendo abordagem qualitativa. Buscamos responder a questões particulares, não podendo quantificar o que foi encontrado, trabalhando com o universo de significados, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1994).

Realizamos uma pesquisa exploratória, orientada para a compreensão de processos subjetivos. Para Richardson (1999), a pesquisa exploratória visa descobrir as semelhanças entre fenômenos e a relação entre eles. Dessa forma, os métodos adotados (coleta e análise dos dados) privilegiaram o discurso ou a fala, procurando entender a lógica interna desses discursos, a retórica e as contradições a fim de acessar a construção das representações sociais sobre o pré-natal.

Na perspectiva teórica escolhida, uma representação social é definida por dois elementos principais: o seu conteúdo e a sua estruturação, os quais irão determinar a hierarquia entre os elementos da representação e o núcleo central. O seu estudo coloca a necessidade de utilização das técnicas de coleta e análise dos dados visando três objetivos: elucidar o conteúdo da representação; conhecer a sua organização e recuperar o núcleo central. Para isto, é necessário fazer opções metodológicas condizentes com o tipo do estudo.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O local onde aconteceram as entrevistas com os(as) profissionais foi o município de Santa Cruz/RN, que possui o número aproximado de 33.000 habitantes de acordo com o Censo realizado pelo IBGE em 2000. Distante 113 km da capital, Natal, Santa Cruz encontra-se no meio do caminho entre o litoral e a região Seridó, sendo considerada a cidade-pólo da região Trairy.

O protocolo foi entregue na Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz/RN, aos cuidados do Secretário Municipal de Saúde, para prestar informações sobre a pesquisa. Após a permissão deste, todos os profissionais foram contactados e esclarecidos sobre o estudo, marcando-se então a entrevista para aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

O município possuía dez equipes de Saúde da Família e todos os médicos(as) e enfermeiros(as) concordaram em participar do estudo. A amostra, então, constituiu-se por 20 (vinte) profissionais de saúde (dez para cada profissão) que faziam parte do Programa Saúde da Família do referido município no período de coleta de dados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 (Apêndice A).

Para garantir o sigilo dos participantes, optamos por identificá-los através de pseudônimos que retratam deuses da mitologia egípcia, romana e grega relacionados com as características discursivas dessas pessoas.

### 3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A fim de colher e poder cruzar dados significativos, foram escolhidas as seguintes técnicas: associação livre de palavras, questionário, imagens mentais e entrevista semi-estruturada, aplicadas individualmente e de forma idêntica para os(as) participantes.

**3.3.1 Associação Livre de Palavras:** O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foi construído a partir das palavras-indutoras: CUIDADO, GESTAÇÃO e PRÉ-NATAL (Apêndice B), solicitando que para cada termo fossem escritas três palavras. Esta

técnica permite às pessoas entrevistadas, por meio dos estímulos indutores, evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos, amplamente utilizada nas pesquisas que buscam apreender as representações sociais, uma vez que possibilita uma análise qualitativa de dados. O TALP é considerado o mais antigo dos testes projetivos usados em psicologia clínica; na perspectiva do psicodiagnóstico, ajuda a localizar zonas de bloqueamento e recalçamento de um indivíduo, permitindo que apareçam espontaneamente associações relativas às palavras exploradas (BARDIN, 1977). Para a perspectiva da investigação científica, Abric (2000) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação e isso explica o seu sucesso e a sua utilização sistemática no estudo das representações sociais por vários pesquisadores.

**3.3.2 Questionário:** Segundo Lakatos e Marconi (1991), este é um instrumento constituído por uma série ordenada de perguntas, com as vantagens de obter respostas precisas e com maior liberdade e segurança. O questionário foi elaborado especificamente para o estudo, constando de questões abertas referentes aos dados sócio-demográficos dos participantes (Apêndice C).

**3.3.3 Imagens Mentais:** Solicitamos às pessoas que relatassem qual imagem se configurava quando pensavam no pré-natal, pois através deste instrumento poderíamos receber a síntese do que pensavam, atribuindo uma imagem ao conceito. Optamos por não levar imagens prontas para dar vazão ao que se encontrava no íntimo de cada um(a), sem a interferência externa de outras imagens que acabam refletindo as próprias representações do(a) pesquisador(a) ao escolhê-las.

**3.3.4 Entrevista semi-estruturada:** É caracterizada pela forma menos indutiva, mais espontânea e de relativa autonomia por parte do entrevistado. Este instrumento propõe uma abertura suficiente para que o entrevistado sinta-se à vontade para falar o que quiser sobre o assunto, sendo apenas guiado por tópicos gerais que orientam para que não haja uma fuga total do objeto de pesquisa, contemplando além de questões de caracterização do grupo, tópicos sobre o tema proposto (Apêndice D). Trabalhamos com a entrevista semi-estruturada, por se tratar de um instrumento que também pode combinar questões abertas e fechadas, favorecendo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador. Conforme Sá (1996), as entrevistas constituem uma das práticas mais comuns de pesquisa no

campo das representações sociais, sendo importante à realização de perguntas pertinentes, para privilegiar a técnica em profundidade. Este estudo teve como questão norteadora a frase “o que representa o pré-natal?”. As entrevistas foram gravadas em aparelho áudio cassete, com a prévia permissão do participante, e após cada entrevista iniciava-se a transcrição dos dados coletados, assim como a leitura exhaustiva do texto para melhor análise e construção dos resultados, respaldados em literatura pertinente.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Com a intenção de cultivar um clima de confiança junto aos participantes e estimular as suas participações, visto que a abordagem qualitativa requer um maior aprofundamento das informações emitidas pelos(as) envolvidos(as), escolhemos um cenário que nos fosse familiar, pois a pesquisadora já havia mantido vínculo empregatício no Programa Saúde da Família do município.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, seguimos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Obtivemos autorização prévia da instituição e respeitamos a adesão voluntária de cada participante. Os(as) entrevistados(as) foram esclarecidos(as) a respeito do conteúdo da pesquisa e de cada participante foi solicitado o seu consentimento, em conformidade às orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo garantido o retorno das informações coletadas por meio da apresentação e publicação da pesquisa. O estudo foi registrado no CEP – UFRN sob o número 139/06, sendo aprovado em 12 de janeiro de 2007 (Anexo A).

A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2007, obedecendo a um agendamento, conforme as conveniências quanto à data e à hora de cada pessoa a ser entrevistada. Mediante a aceitação dos(as) profissionais e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciava-se a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras, seguido da exposição do questionário, sendo finalizada a coleta com as entrevistas. A coleta de dados com enfermeiros(as) durou em média 26 (vinte e seis) minutos e com médicos(as) o tempo médio foi de 25 (vinte e cinco) minutos.

Consideramos importante esclarecer que em decorrência do número de pesquisados(as) ser pequeno (vinte profissionais) e por ser um grupo heterogêneo (enfermeiros(as) e médicos(as)), analisamos os dados artesanalmente e não usamos nenhum método sofisticado, como por exemplo, o *Software Tri-Deux-Mots*.

Os dados foram analisados com base nos discursos dos(as) entrevistados(as) e organizados em categorias de análise adequadas aos discursos, respaldando com a literatura pertinente, a fim de discutir e analisar os resultados deste estudo, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977) a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Pertencem ao domínio desta análise, todas as iniciativas que consistam na explicitação e sistematização do conteúdo, com contribuição passível ou não de quantificação, tendo como referência um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares. Assim, esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

---

**CAPÍTULO 4**  
**APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**



MADONNA LITTA

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Apresentaremos, inicialmente, os dados sociais dos(as) profissionais de Medicina e Enfermagem que realizam atendimento pré-natal no Programa Saúde da Família do município de Santa Cruz/RN. Em seguida, serão abordados os resultados apreendidos no Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e imagens referidas pelos(as) participantes quando do estímulo *pré-natal*. Logo após, faremos a análise temática do conteúdo pertinente às questões abertas presentes na entrevista. Mediante a exposição dos dados analisados, reconheceremos o objetivo da pesquisa: as Representações Sociais do Pré-natal.

### 4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O grupo de Enfermagem, no tocante ao sexo, mostra-se bem diferente do grupo de Medicina. Encontramos a predominância do sexo feminino na categoria de Enfermagem (90%), enquanto na categoria médica prevaleceu o sexo masculino (60%). Embora nesta pesquisa o número de participantes seja pouco significativo para análise quantitativa, ela reflete, entretanto, as características dessas duas profissões ao longo da história, o que contribui para a construção das Representações Sociais, firmando-se como identidade social das mesmas.

Na tabela a seguir, estão expostas as características ou variáveis sócio-demográficas consideradas adequadas para a análise e também para a comparação dos dados referentes às categorias profissionais estudadas.

**TABELA 1** – Distribuição dos grupos estudados de acordo com os dados demográficos. Santa Cruz/RN, 2007 (N=20).

Variáveis		Enfermagem		Medicina		Total	
		f	%	f	%	f	%
Sexo	Feminino	9	90	4	40	13	65
	Masculino	1	10	6	60	7	35
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Religião	Católica	8	80	5	50	13	65
	Espírita	1	10	1	10	2	10
	Protestante	-	-	3	30	3	15
	Nenhuma	1	10	1	10	2	10
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Idade	24 - 33 anos	7	70	6	60	13	65
	34 - 43 anos	1	10	-	-	1	5
	44 - 53 anos	1	10	1	10	2	10
	54 - 65 anos	1	10	3	30	4	20
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Tempo de formação	0 a 2 anos	5	50	5	50	10	50
	3 a 5 anos	1	10	1	10	2	10
	Mais de 5 anos	4	40	4	40	8	40
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Tempo de trabalho em PSF	0 a 2 anos	5	50	5	50	10	50
	3 a 5 anos	1	10	2	20	3	15
	Mais de 5 anos	4	40	3	30	7	35
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Estado civil	Solteiro(a)	6	60	4	40	10	50
	Casado(a)	4	40	6	60	10	50
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Filhos (as)	Sem filhos(as)	7	70	5	50	12	60
	2-5 filhos(as)	3	30	5	50	8	40
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Pós-graduação	Sim	7	70	4	40	11	55
	Não	3	30	6	60	9	45
	TOTAL	10	100	10	100	20	100
Outro vínculo empregatício	Sim	5	50	5	50	10	50
	Não	5	50	5	50	10	50
	TOTAL	10	100	10	100	20	100

Fonte: Pesquisa de campo

De acordo com Landmann (1985, p. 25), “a medicina enquanto ocupação e ciência teve início na Grécia com Hipócrates, ao se firmar a diferença entre o sobrenatural (bruxos, mágicos) e o natural”. Ressalta o autor que somente um seletor grupo poderia ser iniciado na profissão, dentre estes se destacavam os filhos de médicos, de mestres ou discípulos inscritos conforme regulamento, demonstrando uma relação patriarcal que também se estendia ao atendimento aos pacientes. Podemos inferir através dos dados que a Medicina, desde a sua origem clássica, foi exercida predominantemente por homens.

Com todas as mudanças ocorridas através dos tempos e em face da nova realidade em que a mulher encontra-se inserida, concordamos que o número de mulheres médicas tem crescido, pois o percentual encontrado foi bastante equilibrado em relação ao número de médicos. Martins (2005) relata que esse espaço conquistado pelas mulheres na Medicina teve, inclusive, o apoio masculino, pois muitos médicos sentiam-se constrangidos em examinar mulheres devido aos pudores destas, o que os levou a defender a necessidade de mulheres médicas. Essa conquista não foi fácil, pois se por um lado alguns defendiam o ingresso feminino na profissão, por outro essas mulheres eram vistas como uma ameaça à ordem social (RAGO, 2002).

Já com a Enfermagem, o que se percebe é uma continuidade da prevalência feminina na profissão, fato este delineado pela história desta categoria. Anderson, Monsen e Rorty (2006) em seu estudo atual sobre a profissão, concluíram que nos Estados Unidos 94% da categoria é composta por mulheres, assim como no início da profissão.

Passos (1996) diz que, historicamente, as mulheres são vistas como possuidoras de condições naturais para zelar, promover e ajudar os demais, sendo consideradas mais dóceis, dedicadas e dispostas a cuidar de pessoas. Isso mostra que a identificação da Enfermagem com atividades femininas é decorrente de uma construção histórico-social, justificada pelo surgimento da profissão associada aos cuidados maternos com as crianças, assim como aos doentes. Essa associação pode ser vista na própria palavra Enfermagem, que, em inglês, origina-se do verbo *to nurse*, significando nutrir, cuidar e assistir. Assim, diferente da Medicina, que surge atrelada ao curar, a Enfermagem surge associada ao cuidar, influenciando um perfil caritativo e de devotamento atribuído ao ser feminino e, conseqüentemente, à Enfermagem.

Anderson, Monsen e Rorty (2006) reconhecem que o sexo biológico tem contribuído para certa desvalorização da Enfermagem em comparação com a Medicina. Entretanto, busca-se desde a década de 1980, mudar as representações através do processo de conscientização das desigualdades entre os sexos por parte das mulheres e dos movimentos reivindicatórios que passaram a liderar. Hoje, a Enfermagem busca avaliar e entender a situação, a fim de saber a atitude a ser tomada, sendo desempenhada com conhecimento técnico-científico e visão crítica (PASSOS, 1996).

Outro ponto de discussão é referente às religiões. No grupo de Enfermagem, encontramos predominância da religião católica (80%), seguida pela doutrina espírita e por aqueles sem religião alguma, ambas com 10%. Para o grupo de Medicina, prevaleceu a religião católica com média abaixo do grupo de Enfermagem (50%), seguida pelo protestantismo (30%), mantendo a mesma média de Enfermagem para a doutrina espírita ou sem religião (10%). Em resumo, a análise revelou 65% da religião católica, 15% protestantes, 10% espíritas e 10% sem religião. Estes dados convergem com o censo demográfico de 2000, uma vez que 73,9% da população entrevistada pelo IBGE é formada por católicos(as), 16,2% por protestantes, 7,4% por pessoas sem religião e 1,35% por adeptos do espiritismo. Este Censo também divulgou que o Rio Grande do Norte encontra-se entre os cinco estados mais católicos do Brasil, aparecendo com 83,8% (IBGE, 2000).

O tema religião e saúde foi discutido por vários autores, dentre eles Faria e Seidl (2005), os quais afirmam que a sua influência origina-se desde as civilizações mais antigas, as quais divinizavam aqueles que interferiam no processo saúde-doença. Antoniazzi (2003) acrescenta que as vivências da fé, ou da ideologia, têm os seus objetivos e estes não podem ser deixados de lado. A fé se refere aquilo que anima a vida de uma pessoa ou lhe dá um sentido e a ideologia ao que a orienta na prática de suas decisões sociais, representando estratégia para realizar esta ação. Portanto, as pessoas não podem ser olhadas de forma isolada. Ciência e fé acabam se entrelaçando para a construção das representações sociais, ajudando a compor o cotidiano profissional.

A variável idade foi organizada considerando-se a menor e a maior encontradas. Observamos a predominância de pessoas jovens para as duas categorias. Cerca de 70% das pessoas de Enfermagem tinham até 33 anos, enquanto em Medicina esse percentual foi de 60%, evidenciando equiparação entre os grupos, o que justifica a composição de 50% de profissionais serem recém-formados(as) (até dois anos de formação). Os mesmos índices foram verificados para o tempo de trabalho no Programa Saúde da Família, pois este configura-se como a primeira oportunidade de emprego para aqueles(as) que acabam de sair das universidades.

Quando a questão é relacionada à pós-graduação, os dados são positivos. Observamos que no grupo de Enfermagem, os pós-graduados (*Lato sensu*) são em número de 70%, demonstrando que mesmo num universo no qual a maioria dos

profissionais são jovens e com pouco tempo de formação, os mesmos têm buscado aperfeiçoar-se. É possível que esta busca seja justificada pela globalização e exigência de profissionais cada dia mais qualificados para o mercado de trabalho. Com relação ao índice de pós-graduação no grupo de Medicina, encontramos que 40% possuem a titulação *Lato sensu*. Tal fato pode ser explicado devido ao contingente de recém-formados(as) atuando no Programa Saúde da Família. Quando saem das universidades, os “novos médicos e médicas” buscam vínculos que lhes garantam boa remuneração por certa temporada, para depois dedicarem-se aos estudos de residência médica, daí porque 50% deles afirmaram possuir outros vínculos além do PSF, principalmente plantões hospitalares, segundo relatos das pessoas entrevistadas.

Essa tendência para o crescimento dos cursos de especialização e, conseqüentemente, das pesquisas, tem contribuído para incrementar estudos, avançar no conhecimento e desenvolver o pensamento crítico de profissionais (WALDOW, 2001). Em determinada pesquisa realizada por unidade de ensino superior, Almeida et al. (2004) constatou a predominância do sexo feminino na pós-graduação, o que também contribui para que os profissionais de Enfermagem tenham demonstrado um alto índice de pós-graduação, uma vez que prevalecem as mulheres na categoria. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) informa que no ano de 2005, houve um crescimento de 12,5% no número de mulheres que obtiveram títulos de mestrado e doutorado comparado há anos anteriores (BRASIL, 2007).

Na categoria estado civil, a Tabela 1 mostra que 60% do grupo de Enfermagem são solteiras, enquanto para o de Medicina, este índice foi de 40%. Os outros estados civis não foram revelados. Em consonância com tais dados, evidenciamos que 70% dos(as) profissionais de Enfermagem e 50% de Medicina não tinham filhos.

#### 4.2 REPRESENTAÇÕES POR ASSOCIAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS

Como mencionamos no capítulo ‘Percurso Metodológico’, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) ou Evocação Livre de Palavras é muito utilizado quando desejamos identificar o núcleo central das representações sociais. No presente estudo, o seu uso foi viabilizado a partir do momento em que solicitamos a cada pessoa

entrevistada que associasse três palavras para cada um dos estímulos indutores: GESTAÇÃO, CUIDADO e PRÉ-NATAL.

De acordo com Tura (1998, p.125), “[...] os testes de associação livre de palavras têm-se mostrado úteis nos estudos de estereótipos, percepções e atitudes, que são elementos importantes na organização das Representações Sociais”. Para o autor, uma vez listadas, as diversas evocações irão compor um conjunto de unidades semânticas que trazem sentido à realidade vivenciada.

Para efeitos de análise, estabelecemos como estímulos indutores os termos citados, não nos prendendo somente ao termo pré-natal. A razão para está relacionada ao fato de que na literatura pesquisada o *pré-natal* está sempre atrelado aos outros termos estabelecidos, justificando os três estímulos indutores nesta pesquisa. Sendo assim, relacionaremos os termos evocados entre si para entender sobre as Representações Sociais do Pré-natal, acreditando que as representações acerca da gestação e do cuidado acabam influenciando as próprias representações do pré-natal. Anadón e Machado (2003, p.33) afirmam que o “essencial é conhecer como se organiza o conteúdo”, não devendo isolar os dados. O próprio Moscovici (1961) recusa-se a olhar os fenômenos intelectuais de forma restrita.

#### **4.2.1 Estímulos *Gestação e Cuidado***

Cabe informar que os cálculos numéricos para o conhecimento do núcleo central só foram realizados mais adiante para o estímulo pré-natal, enquanto que as outras evocações servirão para embasar e relacioná-los(as) sem, no entanto, realizar-se tais cálculos. Os termos descritos pelos participantes para os estímulos *gestação* e *cuidado* estão demonstrados no quadro a seguir:

Profissionais	Enfermagem	Medicina
<b>Estímulos</b>		
<b>Gestação</b>	Dom da mulher, bonito, etapa da vida da mulher, laços, aceitação, época importante da vida, fazer o pré-natal, vida, novo ser, cuidado, dar a vida a um ser, cuidado, gerar uma vida, amor, cuidado com o binômio mãe-filho, adaptação, ultra-sonografia obstétrica, amor, não é doença, amor, sonho, alimentação, esperança, mudança, importância com expectativa para toda a família, vida em desenvolvimento, amamentação exclusiva, mãe, precisa acompanhar, vida	Responsabilidade, pré-natal, descoberta, dedicação, gemelar?, parto humanizado, bênção divina, plenitude, modificação física, idade, nascimento, atenção à mãe e ao bebê, amor, má-formação, aleitamento materno, dom, vida, modificação emocional, fator social, prevenção, família, aceitação, dádiva, esperança, desejo em realizar a maternidade
<b>Cuidado</b>	Em si próprio, saúde, atenção, ajuda, amor, atenção, com a pressão arterial, atenção, atenção, atenção, viver bem, prevenção, assistência, atenção, responsabilidade, orientação, para não comer alimento com açúcar, preocupação, pressão alta, pressão arterial, compromisso, alimentação, acolher, envolvimento, prática diária, atender bem, o alimento do seu filho durante seis meses é o leite materno, afeto/carinho, AIDS, recém-nascido	Atenção, sensatez, atenção, atenção, assalto, saúde, carinho, carinho, pessoal, respeito, lógica, processo, prevenção, acidentes de trânsito, prevenção, atenção, atenção, familiares, integridade, prevenção, diálogo, zelo, com a palavra, autocuidado, confiança

**QUADRO 1** - Respostas dos (as) entrevistados (as) referentes ao TALP diante dos estímulos *gestação* e *cuidado*. Pesquisa de campo.

Com este quadro, pode-se observar a riqueza de dados para a formação de categorias temáticas quanto às representações dos temas. Para o grupo de Enfermagem foi possível a identificação de trinta termos relacionados ao estímulo *gestação* e ao *cuidado*. Para o grupo de Medicina, identificamos vinte e cinco termos para cada estímulo. Diante de tais evocações, categorizamos os dados, trabalhando com os mesmos de forma artesanal para finalizar a análise. Construímos um quadro que identifica essas categorias, denominado QUADRO 2.

	ENFERMAGEM		MEDICINA	
GESTAÇÃO	<b>Visão institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Fazer o pré-natal</li> <li>- USG obstétrica</li> <li>- Cuidado com o binômio mãe-filho</li> <li>- Adaptação</li> <li>- Não é doença</li> <li>- Amamentação exclusiva</li> <li>- Vida em desenvolvimento</li> <li>- Precisa acompanhar</li> </ul>	<b>Visão institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilidade</li> <li>- Pré-natal</li> <li>- Gemelar?</li> <li>- Parto humanizado</li> <li>- Modificação física</li> <li>- Idade</li> <li>- Atenção à mãe e ao bebê</li> <li>- Má-formação</li> <li>- Aleitamento materno</li> <li>- Modificação emocional</li> <li>- Prevenção</li> </ul>
	<b>Visão do senso comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dom da mulher</li> <li>- Bonito</li> <li>- Etapa da vida da mulher</li> <li>- Laços</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Vida</li> <li>- Amor</li> <li>- Sonho</li> <li>- Esperança</li> <li>- Mudança</li> <li>- Expectativa para a família</li> <li>- Mãe</li> </ul>	<b>Visão do senso comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descoberta</li> <li>- Dedicção</li> <li>- Bênção divina</li> <li>- Plenitude</li> <li>- Nascimento</li> <li>- Amor</li> <li>- Dom</li> <li>- Vida</li> <li>- Fator social</li> <li>- Família</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Dádiva</li> <li>- Esperança</li> <li>- Desejo em realizar a maternidade</li> </ul>
CUIDADO	<b>Visão institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde</li> <li>- Atenção</li> <li>- Com a P.A.</li> <li>- Prevenção</li> <li>- Assistência</li> <li>- Responsabilidade</li> <li>- Orientação</li> <li>- Compromisso</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Acolher</li> <li>- Prática diária</li> <li>- Atender bem</li> <li>- O alimento do seu filho é o leite materno</li> <li>- AIDS</li> <li>- Recém-nascido</li> </ul>	<b>Visão institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção</li> <li>- Sensatez</li> <li>- Saúde</li> <li>- Respeito</li> <li>- Lógica</li> <li>- Processo</li> <li>- Prevenção</li> <li>- Integridade</li> <li>- Diálogo</li> <li>- Zelo</li> <li>- Confiança</li> </ul>
	<b>Visão do senso comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em si próprio</li> <li>- Ajuda</li> <li>- Amor</li> <li>- Viver bem</li> <li>- Afeto/carinho</li> <li>- Preocupação</li> </ul>	<b>visão do senso comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assalto</li> <li>- Carinho</li> <li>- Pessoal</li> <li>- Acidentes de trânsito</li> <li>- Familiares</li> <li>- Com a palavra</li> <li>- Autocuidado</li> </ul>

QUADRO 2 – Categorias de análise frente aos estímulos *Gestação* e *Cuidado*. Pesquisa de campo.

Percebemos que as representações sobre a gestação e o cuidado são bastante homogêneas para as duas categorias profissionais. Tanto Enfermagem quanto Medicina possuem as suas representações pairadas em visões institucionais e visões do senso comum (empíricas), que qualificam as representações como forma de conhecimentos correntes, como menciona Jodelet (1989).

A gestação por um ângulo institucionalizado permitiu inferir que os profissionais, sejam de Enfermagem ou de Medicina, constroem as suas representações a partir do aprendizado acadêmico, destacando conceitos e intervenções diárias frente a este estado fisiológico. Entende-se a gravidez não apenas como um fenômeno biológico normal, mas como algo que pode trazer danos e que precisa ser monitorado por práticas clínicas. Encontramos na literatura que, tão logo uma gestação seja diagnosticada, o pré-natal deve ser iniciado para detectar e tratar possíveis complicações (PELICIONI, 2002). Portanto, diante de uma gestação, os profissionais investigados se detêm aos exames, cuidados gerais e orientações básicas para prevenção de agravos relacionados. Em contrapartida, afirmaram ser a gravidez uma etapa importante para a vida da mulher, gerando expectativas para todos que a cercam. Esta é uma visão baseada no que rege o senso comum, na qual a mulher é responsável pela procriação, sendo a gravidez um período de aceitação, descobertas e dedicação, sem muito espaço para uma participação masculina. Observa-se nas evocações das palavras categorizadas como senso comum a construção do gênero feminino, pois fica clara a gestação como fonte de bênçãos divinas pela qual a mulher alcança a sua plenitude quando gesta.

Corroborando com os dados verificados por este estudo, Spink (2003) comenta que o processo do nascimento de uma criança é um processo fisiológico inserido num contexto de crenças e costumes, sendo parte do “papel feminino” para as mais variadas culturas. O parto é um evento normal, que a partir da profissionalização, torna-se realizado de forma intervencionista em casos complicados. A autora analisa ainda que sejam inegáveis os avanços e melhorias conquistadas ao longo dos anos, a partir de cuidados prestados durante a gravidez, porém não se pode esquecer que a gestação e o parto aconteceram desde sempre de forma natural e o intervencionismo raramente leva em conta as implicações do nascimento de uma criança, sejam elas psicoemocionais ou mesmo sociais.

As respostas dadas a partir de estímulo *cuidado* também foram categorizadas em **visões institucionais** e **visões do senso comum**. O grupo de Medicina relata perceber o cuidado como algo conceitual, um processo, sendo a lógica do trabalho, a maneira de prestar atenção ao paciente, respeitando-o. O cuidado seria promovido pelo diálogo para o estabelecimento da confiança, caracterizando uma visão institucionalizada para o termo, definições semelhantes às aquelas expostas por Ferreira (1986), que o definem como ato de atenção, precaução, desvelo.

Percebemos que a Enfermagem se apropria bem mais do cuidado de forma institucionalizada que a Medicina. Compreendemos que tal fato ocorre com a categoria até mesmo porque desde os primórdios, o cuidado sempre esteve a cargo dela. Segundo Puggina (2004), todos aqueles que escolhem a profissão de Enfermagem devem ter como prioridade o cuidado ao ser humano. Para Waldow (2001; 2004), esse cuidado é uma questão de compromisso, de responsabilidade, sendo a essência da profissão, permitindo a construção de uma história da qual a Enfermagem possa se orgulhar. Para a enfermagem brasileira, a autora destaca ainda que houve forte orientação para o lado técnico, o que desvaloriza o cuidado e atende a uma ideologia de cura.

Germano (1993) ressalta que a partir das dificuldades no processo do cuidar enfrentadas pelos(as) profissionais, as academias começaram a preocupar-se com a maneira como o cuidado estava sendo prestado, a fim de garantir uma assistência de qualidade e humanizada, pretendendo resgatar a finalidade a que a Enfermagem se presta. Oliveira (2004) defende a Sistematização da Assistência de Enfermagem para o reencontro da mesma com o ato de cuidar. O que se percebe na literatura e se confirma pelas evocações é que este cuidado está reintroduzido no foco da atenção, pois os currículos sofreram alterações para oferecer estratégias que facilitem e promovam-no. O currículo representa as crenças da categoria, sugerindo as características da profissão, sendo o componente central da formação acadêmica (WALDOW, 2006). Frente às respostas para a visão institucionalizada do cuidado, observamos um misto de preocupações técnicas (por exemplo, o cuidado com doenças, com hábitos alimentares) e da prática diária, como responsabilidade e atenção ao cliente, reforçando o que foi citado anteriormente.

Compreendemos a partir dos termos que refletem visões do senso comum que em suas respostas, que profissionais de Enfermagem e de Medicina mostram também o cuidado como um ato de afeição, de amor. Assim, cuida-se de quem se ama e também de si mesmo frente às situações que exijam cuidados, sendo uma forma de falar do cuidado como algo pessoal e de ajuda, que além de tudo é propulsor da prevenção à saúde devido à preocupação em viver bem.

As representações sobre a gestação e o cuidado são formas das pessoas entrevistadas exporem as suas atitudes diante da prática profissional e cotidiana, revelando que os conceitos e representações sobre os dois temas são frutos dessas práticas, regendo o dia-a-dia nas unidades de saúde a partir dos conhecimentos prévios do senso comum aliados aos conhecimentos acadêmicos obtidos, o que os permite ouvir as gestantes e, de alguma forma, colaborar a partir dos seus saberes. O cuidado é reconhecido como algo institucionalizado, perpassado pela escola e também pelo dia-a-dia através do senso comum e que deve ser rotineiro, pois com o advento da proposta da humanização do atendimento, busca-se cada dia mais torná-lo concreto.

#### **4.2.2 Estímulo *Pré-Natal***

A composição do conjunto de unidades semânticas exige um trabalho de classificação para facilitar a análise necessária até chegar às representações do objeto considerado, que neste caso é o PRÉ-NATAL. Em seguida, prossegue-se com a classificação em unidades de significação e, conseqüentemente, a categorização, que explicita a estrutura interna da representação.

Os termos evocados serão demonstrados de acordo com a profissão exercida pelo entrevistado, como pode ser observado no quadro 3. Mais adiante, explicitaremos a distribuição das evocações por categorias formadas a partir das mesmas.

Estímulo	Profissionais	Enfermagem	Medicina
	<b>Pré-natal</b>	Vida, prioridade, necessidade, importante, construtivo, valorizado, vida, criança, carinho, acolhimento, saúde, prevenção, importância das consultas, importância do aleitamento materno, educação em saúde continuada, acolhimento, orientação, cuidados, Diabetes gestacional, Eclampsia, imunizada, cuidado, comprometimento, atenção, acompanhamento, estado sagrado da mulher, gravidez, importante, bem feito, mínimo de seis consultas	Cuidado, preparação para o parto, saudável, Diabetes, DHEG, bebê saudável, binômio mãe-bebê, alterações físicas e emocionais, família, alimentação, higiene, consultas, orientação, solicitação de exames, essencial, gravidez saudável, promoção da saúde, bem-estar fetal, saúde materna, realização pessoal, segurança, responsabilidade, saúde, orientação, solicitar exames, alimentação adequada

**QUADRO 3** - Respostas dos(as) entrevistados(as) referentes ao TALP diante do estímulo *pré-natal*. Pesquisa de campo.

A partir das evocações, que para o grupo de Enfermagem foram em número de trinta, categorizamos os termos e os distribuímos da seguinte forma:

		ENFERMAGEM	MEDICINA
<b>PRÉ-NATAL</b>	<b>Visão institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado</li> <li>- Acolhimento</li> <li>- Importância das consultas</li> <li>- Diabetes Gestacional</li> <li>- Acompanhamento</li> <li>- Importante</li> <li>- Prioridade</li> <li>- Construtivo</li> <li>- Importância do aleit. materno</li> <li>- Eclampsia</li> <li>- Necessidade</li> <li>- Valorizado</li> <li>- Prevenção</li> <li>- Educação em saúde continuada</li> <li>- Imunizada</li> <li>- Mínimo de seis consultas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Binômio mãe-bebê</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Gravidez saudável</li> <li>- Bem-estar fetal</li> <li>- Segurança</li> <li>- Preparação para o parto</li> <li>- DHEG</li> <li>- Alterações físicas e emocionais</li> <li>- Higiene</li> <li>- Solicitação de exames</li> <li>- Promoção da saúde</li> <li>- Saúde materna</li> <li>- Solicitação de exames</li> <li>- Consultas</li> <li>- Essencial</li> <li>- Saudável</li> <li>- Alimentação adequada</li> </ul>
	<b>Visão do senso comum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vida</li> <li>- Criança</li> <li>- Saúde</li> <li>- Orientação</li> <li>- Comprometimento</li> <li>- Estado sagrado da mulher</li> <li>- Bem feito</li> <li>- Valorizado</li> <li>- Carinho</li> <li>- Gravidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação</li> <li>- Saudável</li> <li>- Bebê saudável</li> <li>- Família</li> <li>- Realização pessoal</li> <li>- Responsabilidade</li> </ul>

**QUADRO 4** – Categorias de análise frente ao estímulo *Pré-natal*. Pesquisa de campo.

As palavras foram identificadas, analisadas e comparadas tomando por base a frequência ( $f$ ) e a ordem média de evocações (OME). Seguindo o estudo de Lima (2001), a frequência de evocações foi encontrada pelo somatório das frequências em que a palavra foi evocada em cada posição. A ordem média de evocação é obtida ponderando-se com peso 1 a evocação feita em primeiro lugar, com 2 em segundo, e assim por diante. O somatório das frequências da palavra citada nas diversas posições dará a ordem de evocação da palavra. Com os valores alcançados, foram calculados dois novos índices: tratam-se das médias aritméticas da ordem média de evocação (“MOME”) e das frequências das palavras evocadas, denominada “F”. A análise combinada destes dois índices possibilitará o levantamento dos elementos que provavelmente compõem o Núcleo Central.

Estes elementos – os de maior frequência e pronta evocação – situam-se no quadrante superior esquerdo. No quadrante inferior direito – os de menor frequência e evocação mais tardia – situam-se os elementos periféricos das representações. Os elementos dos quadrantes restantes, superior direito e inferior esquerdo, considerados como sendo evocações intermediárias, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantêm uma relação de proximidade com este. Estes dados são apresentados nas figuras 1 e 2. Abric (2000) orienta que a centralidade de um elemento numa determinada representação não deve ser atribuída apenas a critérios quantitativos, visto que o núcleo central possui, antes de tudo, uma dimensão qualitativa. A tabela abaixo reflete a categorização para extração do núcleo central:

<b>Categoria</b>	<b>1ª Evoc</b>	<b>2ª Evoc</b>	<b>3ª Evoc</b>	<b><math>f</math></b>	<b>OME</b>
<b>VISÃO INSTITUCIONALIZADA</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>1.94</b>
<b>VISÃO DO SENSO COMUM</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>2.09</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>4.03</b>

**QUADRO 5** - Associações para a palavra *pré-natal* pela Enfermagem por Ordem de Evocação.

**MOME: 2.01**  
**F: 15**

Face aos dados expostos, observamos a criação de duas categorias: o pré-natal numa **visão institucionalizada** e o pré-natal numa **visão do senso comum**. Encontramos a MOME (2.95) e F (15) para detectar os possíveis elementos que fazem parte do núcleo central:

**FIGURA 1** - Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações acerca da palavra PRÉ-NATAL pela Enfermagem.

<b>MOME&lt;2.01 F&gt;15</b>  VISÃO INSTITUCIONALIZADA(19) 1.94	<b>MOME&gt;2.01 F&gt;15</b>
<b>MOME&lt;2.01 F&lt;15</b>	<b>MOME&gt;2.01 F&lt;15</b>  VISÃO DO SENSO COMUM(11) 2.09

Para que a análise possa acontecer de forma conjunta e assim sejam colocadas as comparações entre as duas categorias profissionais, apresentaremos adiante as categorizações dos termos citados pelo grupo de Medicina, que foram em número de vinte e seis para o estímulo *pré-natal*:

<b>Categoria</b>	<b>1ª Evoc</b>	<b>2ª Evoc</b>	<b>3ª Evoc</b>	<b>f</b>	<b>OME</b>
<b>VISÃO INSTITUCIONALIZADA</b>	7	8	4	19	1.84
<b>VISÃO DO SENSO-COMUM</b>	2	1	4	7	2.28
<b>TOTAL</b>	9	9	8	26	4.12

**QUADRO 6** - Associações para a palavra *pré-natal* pelo grupo de Medicina por Ordem de Evocação.

**MOME: 2.06**  
**F: 13**

Também de posse dos dados expressos pelo grupo de Medicina, houve a alocação das citações nas duas categorias anteriores: o pré-natal por **visão institucionalizada** e o pré-natal por **visão do senso comum**. Encontramos a MOME (2.06) e F (13) para detectar os possíveis elementos que fazem parte do núcleo central, que será mostrado na Figura 2:

**FIGURA 2** - Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações acerca da palavra PRÉ-NATAL pela Medicina.

<b>MOME&lt;2.06 F&gt;13</b>	<b>MOME&gt;2.06 F&gt;13</b>
VISÃO INSTITUCIONALIZADA(19) 1.84	
<b>MOME&lt;2.06 F&lt;13</b>	<b>MOME&gt;2.06 F&lt;13</b>
	VISÃO DO SENSO COMUM(7) 2.28

Percebemos através da análise dos dados que as representações sociais sobre o pré-natal para as duas categorias profissionais giram em torno do mesmo eixo, sendo idênticas. Praticamente a única diferença é em termos numéricos, visto que a Medicina possui uma percentagem maior de palavras associadas a visão institucionalizada (73%) que a Enfermagem (63%). Os índices percentuais para a visão relativa ao senso comum foram de aproximadamente 27% em Medicina e 37% em Enfermagem.

O núcleo central é um subconjunto das representações cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação em seu conjunto, sendo o elemento mais estável e que mais resiste a mudanças (ASSIS et al., 2003). As evocações dos grupos de profissionais que vieram compor o Núcleo Central das Representações Sociais estão categorizadas como sendo uma **visão institucionalizada** do que seja o pré-natal. Estes resultados já eram esperados uma vez que foram significativos nas representações sobre a gestação e o cuidado que estão atrelados ao pré-natal, refletindo a preocupação em realizar as condutas da maneira que aprenderam quando estudantes, considerando ser o conhecimento acadêmico valioso para a manutenção do equilíbrio necessário para que a gravidez termine de forma saudável.

Esta visão é caracterizada por certa cientificidade e tecnicidade no atendimento à gestante. Tanto a Enfermagem quanto a Medicina entendem o pré-natal como algo de extrema e essencial importância para a evolução da gestação, pois possibilita a prevenção e o controle de doenças através de diversas medidas como solicitação de exames, educação e orientações sobre alimentação, aleitamento materno,

cuidados gerais, imunização, dentre outros, geralmente aspectos que se não for dada a devida atenção, podem trazer danos. É importante destacar que nesta visão estão presentes os aspectos somáticos da gravidez.

Para Cunha; Eulálio; Brito (2004, p. 85),

A dinamicidade das representações sociais é uma imposição do mundo moderno, em constante transformação. E é nesse contexto que relações intergrupais que o indivíduo elabora e reelabora, constantemente, as representações sociais que dão conta de situá-lo socialmente.

Ao redor do núcleo central, Abric (2000) considera a existência do sistema periférico. Esse sistema fornece coerência ao fato das representações sociais serem ao mesmo tempo rígidas e flexíveis, estáveis e móveis, realizando a conexão entre o sistema central e a realidade cotidiana e concreta. São os elementos periféricos que dão mobilidade e flexibilidade ao sistema representacional e, assim, regulam e adaptam o sistema central aos constrangimentos e às necessidades cotidianas do indivíduo e/ou grupo, tendo três funções primordiais: função de concretização, de regulação e de defesa da representação. Isto porque estabelecem uma interrelação entre o núcleo central e o objeto da representação, permitindo que esta se torne concreta, compreensível e transmissível (função de concretização); permitem também a adaptação da representação às evoluções do contexto (função de regulação) e atuam na defesa do núcleo central, que, uma vez transformado, provoca uma alteração completa da representação.

Em nosso estudo, não foram encontrados elementos periféricos próximos, apenas a categoria **visão do senso comum**, situada na periferia mais distante, caracterizando os elementos mais suscetíveis a mudanças. Esta categoria enquadrou as citações relativas às crenças, os valores, as visões socialmente partilhadas sobre o pré-natal. Percebemos a presença de termos que nos revelam um tom de senso comum nas evocações dos profissionais tanto de Medicina quanto de Enfermagem. É exatamente a partir dessa visão que devem se construir as relações entre os trabalhadores de saúde e a clientela, visando criar condições para a transformação do discurso e das práticas, entendendo esta clientela como pessoa. As categorias profissionais demonstram levar

em conta que durante a gestação emergem sentimentos raramente confessados se não percebidos pelo profissional, como abordam Miranda e Abrantes (1986).

Em uma pesquisa, Moreno, Jorge e Moreira (2003) verificaram que o cuidado é algo constitutivo do ser humano, não exterior a ele. Identificamos neste estudo que o cuidado não é exercido como algo tecnicado ou tecnicável, sem levar em conta as possibilidades e dificuldades de quem se “cuida”. Não basta transmitir informações, é necessário considerar as representações e a reprodução das informações para essas pessoas (LIMA, 1996).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) firma que no pré-natal é necessário promover uma maneira de criar um ambiente acolhedor, evitando-se o demasiado intervencionismo. Mas este programa em sua redação trata a gestação como algo inerente somente à mulher, pois não há espaço para a figura masculina, apenas a garantia de que na hora do parto o homem poderá ser acompanhante. Complementando este sentido, Tavares e Teixeira (1998) reforçam que deva existir um sistema organizador das práticas que valorize a clientela enquanto produtora de uma singularidade expressa pela linguagem, dando importância ao seu diálogo e às suas crenças.

Creemos que o sentido do pré-natal está na educação à saúde dispensada aos envolvidos no processo para o decorrer de uma gestação saudável. Lima (1996) acredita que educação à saúde sejam os cuidados pessoais para evitar doenças. À luz desse pressuposto, a prática educativa precisa ser entendida como algo que envolve o trabalho interdisciplinar e cooperativo, não dependendo somente de uma ou outra categoria, agindo de forma individualizada, não pautada apenas nos conhecimentos acadêmicos.

O desafio que se coloca é transformar os(as) profissionais de saúde em educadores(as), evitando o distanciamento entre os(as) mesmos(as) e a clientela e aprendendo que o processo do nascimento não é simplesmente um ato da mulher, mas sim que os(as) envolvidos(as) também participem das orientações do pré-natal para através do aprendizado, construir noções de bem-estar a toda a família.

### 4.2.3 Estímulo *pré-natal* por Imagens

Durante a entrevista, solicitamos às pessoas que descrevessem a imagem que lhes viesse à mente diante do estímulo *pré-natal*. Esta técnica foi selecionada visto que a literatura refere que as imagens oferecem um registro das ações temporais e dos acontecimentos reais. Portanto, nosso estudo pode empregar informações visuais, pois o visual desempenha papel importante na vida social e, conseqüentemente, na profissional. Segundo Loizos (2001) as imagens podem servir como um desencadeador para evocar memórias que a entrevista por si só não conseguiria. Preferimos evocar as imagens dos participantes a levá-las prontas para assim testar o imaginário de cada participante sem influenciar suas escolhas, através de algo pronto e acabado. Na verdade, essas imagens são as personificações daquilo que foi encontrado na Associação Livre de Palavras.

Para o grupo de Medicina, as imagens retratam também as duas visões encontradas na Associação Livre de Palavras. Nesta perspectiva, a **visão institucionalizada** do *pré-natal* pode ser representada pelos seguintes recortes:

[...] A gente pensa justamente numa criança saudável futuramente, porque a mulher que faz um *pré-natal* bem feito então àquela criança [...]. Ela vai ter um filho saudável e a criança será um futuro cidadão saudável [...], enquanto que se a pessoa não se prepara para um *pré-natal*, ela vai ter um filho talvez problemático que vá ter problemas para o resto da vida. (Asclépio, médico)

[...] A mãe e o bebê. Dois seres ao mesmo tempo. Você faz consulta que vale por dois [...] pode influenciar diretamente a saúde do bebê durante o *pré-natal*, você pode influenciar diretamente a saúde da mãe. Eu acho que é essa imagem que vem: um equilíbrio [...]. E às vezes uma coisa que acontece com a mãe – tum! – acende uma luzinha de alerta. (Maet, médica)

[...] Eu relacionaria com uma mãe com a mão na barriga, aquele cuidado sabe? Aquelas fotos que a gente vê na TV, a mãe segurando a barriga. Mostram o cuidado, aquela coisa que se tem com a gravidez. Então é uma coisa que a gente acha que é novo, mas talvez porque tenha ficado na cabeça da gente a associação, né? (Febo, médico)

Os discursos médicos acima referidos demonstram o quanto essas imagens relatam sobre a *visão institucionalizada* do *pré-natal*, pois percebem as consultas como uma oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e do feto, e garantir ao fim de todo o processo gravídico, o nascimento sem danos, com a saúde como o produto final, o que pode ser conquistado pela gestante através da realização do

pré-natal para a prestação de cuidados com a barriga. A própria literatura revela texto semelhante, que pode ser observado numa discussão de Saunders (2002, p. 219):

As consultas pré-natais regulares [...] oferecem oportunidades para assegurar a saúde da mãe e de seu bebê. O atendimento destina-se a monitorizar o crescimento e o desenvolvimento do feto e a identificar as anormalidades que podem interferir no curso do trabalho de parto normal.

Encontramos em algumas literaturas conceitos como os de Maretti e Neme (1994) de que verifica-se durante a gestação uma dificuldade para estabelecer o limite entre a saúde e a doença devido a natural sobrecarga gestacional. É preciso entender que a gestação sempre existiu na história da humanidade e que nem sempre houve vigilância. Por isso mesmo, a visão da gravidez como processo e o atendimento como oportunidade para prestar esclarecimentos e informações, contribuindo para que a mulher gestante sinta-se a vontade deve ser legitimada.

Para a Enfermagem, também alguns recortes demonstraram uma visão técnica ou institucionalizada do pré-natal, pois diante do questionamento, referiram-se a imagens como as citadas a seguir:

Uma barriga bem grande, igual à do livro de pré-natal, porque pré-natal é o próprio nome: PRÉ-NATAL né? É algo que está antecedendo o nascimento, então o que antecede o nascimento é justamente a barriga [...]. Pré-natal é barriga, porque eu não sei [rs]. (Artêmis, enfermeira)

De uma mulher com a barrigona, passando a mão na barriga, porque eu acho que quem faz pré-natal é quem tá tendo pelo menos o mínimo de cuidado com a gestação, dela com ela e dela com a criança. Então, quando eu vejo ela passando a mão na barriga, eu vejo ela tendo cuidado, entendeu? Então, é a imagem que vem na minha cabeça. (Ísis, enfermeira)

Percebemos certa manutenção das idéias presentes na Medicina, pois a primeira imagem é referente ao cuidado prestado ao desconhecido, que é palpável por meio da barriga, possibilitada por técnicas como palpação, medição de altura uterina, ausculta fetal, técnicas realizadas exatamente no abdome da mulher.

Autores como Tedesco (1997) defendem que o pré-natal torna-se frio, impessoal e inseqüente quando a mulher gestante é vista apenas como um corpo biológico. A humanização de pré-natal só acontecerá quando esse conceito for realmente desmistificado. Em nossa pesquisa, identificamos a humanização do pré-natal tanto no sentido institucional como no senso comum, pois apesar da prática ser pautada

também no saber acadêmico, a Medicina e a Enfermagem preocupam-se com a comunidade, evocando imagens e palavras que refletem o sentido da valorização do ser humano e da dedicação para a efetivação da escuta e do diálogo.

A partir disso, encontramos também visões que refletem o senso comum na produção das imagens dos grupos pesquisados. Acreditamos que o próprio PSF contribui para a propagação das idéias do senso comum entre profissionais, pois o perfil do programa é de que a equipe deve se envolver com a comunidade para, conhecendo os seus anseios e necessidades, adotar as suas ações. Para a Medicina, as imagens pautadas nas crenças estão personificadas, principalmente, pelas seguintes imagens descritas:

[...] Eu acho que uns anjinhos, por conta de cada bebê que a gente enxerga, quando vê aquela mãe com aquela barriga. Por isso que eu acho que a gente tem tanto cuidado, tanto zelo, porque realmente é um ser que ainda tá indefeso, que ainda não conhece o mundo que a gente vive. É uma coisa tão inocente como um anjo. (Minerva, médica)

Eu acho que é o nascer do Sol, porque corresponde ao novo, ao renascimento, a esperança de um dia melhor. Assim como o pré-natal, à esperança de uma vida que trará muitas felicidades àquela mãe, não só à mãe, mas também a toda à família. (Héstia, médica)

[...] Um ninho de uma ave, sempre cuidando do ninho até ele chocar [rs]. (Atena, médica)

Uma árvore, com frutos saudáveis! (Apolo, médico)

Uma mãe com uma criança no braço, significando a paz e o amor. (Cupido, médico)

Aliado a estes fatores de que o pré-natal é gerador de mudanças na vida das pessoas, perpetua-se também a idéia de que o filho trará esperança para a família. Algumas imagens refletem ainda o discurso do senso comum no que tange ao mito de que é necessário produzir “bons frutos” e está aí a importância do pré-natal, garantir a saúde porque a mulher saudável deve gerar filhos saudáveis, como também da recompensa na forma de filhos saudáveis de acordo com o merecimento de cada um(a). Interpretam o pré-natal como a possibilidade de demonstrar carinho, cuidado e renúncia, como fez Maria ao cuidar de Jesus. A citação abaixo retirada de texto bíblico retrata essa discussão:

Assim, toda a árvore boa produz bons frutos, e toda a árvore má produz frutos maus. Não pode a árvore boa dar maus frutos; nem a árvore má dar frutos bons. Toda a árvore que não dá bom fruto corta-se e lança-se no fogo. Portanto, pelos seus frutos os conhecereis (Mateus 7, 17-19)<sup>4</sup>.

A Enfermagem, que realmente realiza o pré-natal de baixo risco no PSF, uma vez que a Medicina ocupa-se mais da parte curativa, relatou em suas imagens pautadas no senso comum as seguintes imagens:

Uma mulher bem bonita com um barrigão, com um marido do lado, um menininho próximo dela. Eu acho que seria assim, uma família. Eu relaciono com uma família. (Ceres, enfermeira)

A figura de uma família porque é a multiplicação. (Júpiter, enfermeiro)

Eu vejo Nossa Senhora. A figura da mãe, da renúncia, do sofrer. É padecer no paraíso, é ser feliz, mas sofre também. (Gaia, enfermeira)

Uma figura maravilhosa que eu acho é aquela de Nossa Senhora dando de mamar, ali representa tudo na vida. (Vênus, enfermeira)

As imagens apresentam visões de que a gestação acontece com mulheres que possuem uma família, com um companheiro ao lado. Segundo as crenças populares, apesar da mulher ser responsável pelo desenvolver da gestação como já foi explicitado neste trabalho, a família é o apoio para a gestante. Àquelas sem a figura masculina presente acabam sofrendo, levando-as muitas vezes à negação da gestação e à recusa para aceitação da mesma, comprometendo o atendimento. Para as classes menos favorecidas, embora personifiquem que a mãe tem que ficar com o(a) recém-nascido(a), e que isto é, inclusive, um fruto do pré-natal, a gestação é um momento que expira dificuldades, inclusive financeiras:

Eu vejo a imagem de uma pessoa, que ela engravidou, não tinha condições [...], ia dar o nenê. No momento que ela pariu, ela não teve coragem de dar quando viu aquela criança linda que nasceu. Eu vejo a imagem dela. Pequeninha, de face sofrida [...] Eu vejo aquela imagem dela: grávida, sem assistência do esposo, da família, e que venceu tudo isso. (Hera, enfermeira)

Os relatos apresentados permite-nos inferir que o pré-natal é propiciador de cuidado com o novo, com aquilo que ainda não é palpável, mas que já existe. A gestação pauta-se no cuidado (prestado através do serviço pré-natal) e na mudança, com possibilidade de melhora para a vida de quem vai receber a criança gerada. A criança é

---

<sup>4</sup> BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Tradução de Padre Antonio Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Encyclopædia Britannica, 1980. Edição Ecumênica.

sentida como um ser separado, mas ao mesmo tempo, extremamente dependente, o que intensifica a relação mãe-filho(a) (MIRANDA; ABRANTES, 1986).

Saunders (2002) explica o pré-natal como oportunidade única para a educação, considerando a gestação como um período de intenso aprendizado para toda a família, não somente para a gestante. Após a leitura dos discursos, percebemos que Medicina e Enfermagem entendem o pré-natal como um ato de carinho da mãe para com o seu bebê, e não somente dela, mas também do pai e da família. A literatura revela que a gestação pode afetar todos os membros de uma família, onde cada um adapta-se através da interpretação do significado da gestação, que é influenciado por tendências sociais. É importante entender o contexto em que toda a família está inserida para saber de que forma exercer as condutas no pré-natal (SAUNDERS, 2002).

O conhecimento dos fatores que permeiam todo o pré-natal é valioso para a compreensão das reações da gestante, como discorrem Leão e Chaves (2004). Nogueira (1994) realizou na cidade de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, pesquisa envolvendo a clientela e os(as) profissionais, verificando que os(as) mesmos(as) adotavam posturas diversas ante as pacientes a partir de diferentes visões, que acabam influenciando o próprio trabalho e os resultados. Aqueles com formação voltada para a esfera biológica possuem dificuldades para objetivar o subjetivo e modificar a sua prática de acordo com a necessidade. Contrariamente, os(as) outros(as) operam melhor as subjetividades, demonstrando flexibilidade e capacidade de abertura para mudanças e reformulações de suas práticas. Assim, aquele que cuida precisa adequar-se ao ser cuidado para uma efetivação e estabelecimento do vínculo.

Pode-se dizer que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) pesquisados (as) possuem conhecimento sobre as crenças que devem permear todo o trabalho durante o pré-natal e que esses conhecimentos acerca do senso comum se atrelam ao discurso institucional, promovendo um cuidado prático voltado para a educação e o compromisso com a mulher gestante. Portanto, entende-se as práticas profissionais como pautadas tanto na assistência técnica, viabilizada através dos exames e de tudo mais que a ciência pode oferecer com o seu avançar, como também no diálogo para conhecer a clientela, sabendo seus anseios, crenças e reais necessidades, para desta forma oferecer um pré-natal de qualidade e com relevância social e para a saúde.

### 4.3 A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O método da entrevista visa valorizar o discurso da pessoa entrevistada, visto que este tipo de instrumento apresenta uma maior flexibilidade, possibilitando liberdade para ambos (pesquisador e pesquisado), principalmente por permitir a livre expressão das idéias (WIETHÄUPER; CECHIN; CORREIA, 2003).

Argumentando sobre este tema, Myers (2001) defende que a análise da fala pode mostrar como os participantes apresentam mutuamente os seus pontos de vista, sendo um passo para uma pesquisa mais reflexiva.

O ponto de partida para a realização da entrevista é o pressuposto de que o mundo social é ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas, mas sob condições que elas mesmas estabeleceram, sendo os seus mundos vivenciais. A entrevista fornece os dados básicos para a compreensão das relações entre as pessoas e a situação, compreendendo detalhadamente as suas crenças, atitudes, valores e motivações com os contextos sociais específicos (GASKELL, 2001). Com base nessas premissas, os discursos construídos nas entrevistas foram transcritos e agrupados por provável semelhança léxica e semântica, sendo depois categorizados, resultando em representações que descrevem o que pensa o(a) profissional de saúde que realiza o atendimento pré-natal acerca deste serviço.

Ao analisar o conteúdo expresso pelos discursos de médicos(as) e enfermeiros(as), podemos observar congruências, mas também alguns antagonismos. As categorias encontradas serão descritas a seguir, dentre as quais discutiremos os discursos e as representações do pré-natal para as mesmas.

#### **4.3.1 O pré-natal como assistência essencial para a mulher**

A assistência às mulheres gestantes cadastradas no Programa Saúde da Família, teatro da nossa investigação, é realizada, fundamentalmente, pela Enfermagem, pois geralmente só chegam para a área médica os casos em que algo de errado foi detectado. Conseqüentemente, o pressuposto que se inscrevia para nós era de que essas representações seriam bem diferentes para cada categoria. Apesar disso, observamos a

semelhança dos discursos entre as duas categorias, e em alguns momentos acabam até mesmo por confundirem-se.

As representações sociais das pessoas entrevistadas da Enfermagem acerca do pré-natal inscrevem-se sobre a importância de buscá-lo a partir da desconfiança de gestação, pois caso a gravidez se confirme, inicia-se uma série de orientações e cuidados, tendo um olhar que organiza-se a partir do discurso institucional. Nas representações sociais está a preocupação com a aceitação da gestação pela mulher, pois nas suas práticas diárias são comuns acontecerem casos de pessoas que não desejavam ou não planejavam um(a) filho(a), inserindo-se como um desafio cotidiano o apoio psicológico e o aconselhamento para a manutenção da gestação.

Tentando pautar as suas práticas na subjetividade das mulheres e dos demais que compõem o processo de gestar, inserindo-se já num discurso do senso comum, o grupo de Enfermagem apresentou preocupações com esse contingente de gestações não planejadas que chegam até os seus serviços. Evidencia-se uma forte tendência para discursar sobre o pré-natal como algo de extrema importância, quando do estabelecimento de uma gestação, sobretudo quando esta não é planejada/desejada, pois o pré-natal atuará no âmbito de fazer a mulher ‘aceitar melhor’ a sua nova e atual condição:

Primeiramente, eu acho assim, o pré-natal é essencial, né? É uma necessidade. Eu, assim, eu considero como uma necessidade de toda mulher, no momento que ela engravida, ou essa gravidez planejada, ou se não for planejada, né, acontecer por acaso [...]. (Artêmis, enfermeira)

O atendimento de pré-natal é muito importante para as mulheres. Mesmo antes de elas engravidarem é importante a gente nas consultas de Planejamento Familiar falar do que seja uma gravidez. Ou essa gravidez é planejada ou não [...]. Têm aquelas que, assim, tem aquela perspectiva melhor. Têm outras que não desejavam a gravidez, então chegam mais retraídas. Você vai tentando conversar, tentando descobrir. Depois, no próximo mês, ela já vem mais animada, já vem mais interessada, porque não é só o pré-natal em si [...]. (Hera, enfermeira)

Olha eu vejo assim, como uma necessidade [...] para que no final, esse bem-vindo [...]. Acho muito interessante a gente trabalhar isso, mostrar que ela tem que ter aquela aceitação. Quando a gente recebe aquela mulher que não tem marido, o pai não vai assumir o bebê, então elas ficam como se quissem rejeitar o próprio filho [...]. (Ceres, enfermeira)

Este atendimento é considerado pelas mesmas como de suma importância tanto para os(as) profissionais, que conseguem resultados através dos seus

trabalhos de conscientização, quanto para as mulheres e aqueles envolvidos no processo, por promoverem melhor aceitação da gestação.

Encontramos, também, no grupo de Medicina, relatos sobre o significado do pré-natal pautados no discurso do senso comum, pelo qual o período gestacional significaria descobertas para a mulher e a família, permitindo ao profissional ajudar via o atendimento prestado. Apesar da maioria das consultas médicas ser de foco curativo, alega-nos saber que reconhecem a importância da prevenção em saúde e da educação como base para a sua concretização, conforme os trechos descritos a seguir:

Eu acho que é um tempo de descoberta da mulher, acho que é um momento especial [...]. Eu gosto muito porque eu acho um momento interessante da mulher, e não só interessante pra ela, por entender que são duas pessoas ao mesmo tempo. Eu vejo isso muito bem, tanto o bebezinho tem que tá em equilíbrio pra mãe tá bem, como a mãe tem que ficar bem pra ele também. Então, eu acho um momento de equilíbrio muito legal entre dois seres humanos, muito interessante. Eu gosto. E acho também que é um momento especial pra família. É bom quando o esposo vem junto. Tem alguns casos que o esposo acompanha toda consulta, é muito lindo ele descobrir junto com ela aquele momento, vai enriquecer muito a relação que ele vai ter com o filho. Eu acho que pra família é um momento muito especial. Às vezes, a mãe vem, às vezes você tá vendo a dinâmica familiar, dentro do consultório, a mãe meio que mandando na filha, não deixa nem a menina falar. Você percebe bem que é uma coisa que mexe com a dinâmica familiar não só na hora que o bebezinho vem porque a casa vira uma bagunça, antes mesmo a mente, o emocional da mulher começa a ser atingido, é bem interessante. Às vezes, a barriga nem tá tão grande, mas ela já consegue perceber que a vida vai mudar. É bem legal, eu gosto. (Maet, médica)

Eu acho assim uma coisa importantíssima. É uma oportunidade que nós que trabalhamos com saúde temos de ajudar não só a gestante no sentido de orientar, de dar todo aquele suporte psicológico. É uma coisa nova para aquelas que é a primeira gestação, e tirar dúvidas, algumas dúvidas que restam pra aquelas que já têm filhos, são pacientes múltiparas[...]. (Febo, médico)

Assim, Enfermagem e Medicina demonstraram através de seus discursos perceber a relevância do programa pré-natal frente aos cuidados intervencionistas com a gravidez, que consideram básicos. Observamos que consolidam as suas representações do pré-natal pautadas no saber acadêmico, mais uma vez revelando grande ênfase e preocupação com as teorias estudadas durante o curso universitário, instalando-as em suas práticas para prestar o cuidado que consideram correto.

Ao considerar que algumas pessoas expressam um discurso institucionalizado do saber, acabam visualizando os seus papéis no pré-natal como de agentes capazes de evitar complicações para a grávida e o feto, como se a qualquer

momento algo de errado pudesse acontecer com a gestante, sendo inteiramente de responsabilidade do(a) profissional que acompanha o pré-natal evitar tais malefícios. A gestação seria, então, como uma bomba-relógio podendo explodir a qualquer momento (o parto), no qual os profissionais devem correr de encontro ao tempo para que esta bomba exploda sem provocar danos.

Diante desta forma de representar o atendimento, tanto profissionais da Enfermagem quanto da Medicina discorrem em suas falas sobre quão importante e imprescindível é o pré-natal frente à gravidez, em especial, por permitir a manutenção da saúde e garantir viabilidade para mãe-filho(a), pois a gestação poderia trazer males para a mulher, que acabaria também desequilibrando o feto. A este respeito, vejamos os trechos das entrevistas:

Eu acho que é muito importante porque é uma prevenção durante a gravidez, para que não aconteça uma gravidez de risco, uma obesidade [...], porque a gente pode evitar um monte de danos que pode acontecer. Não podemos evitar tudo, todos os danos porque ninguém é Deus, mas a grande maioria, uma pré-eclâmpsia, uma diabetes gestacional, uma criança com sífilis congênita, com HIV positivo [...]. Tudo isso pode ser evitado durante a gestação. (Hera, enfermeira)

É muito importante. O pré-natal é uma prevenção, porque é o acompanhamento que a gente faz pra saúde do bebê e da mãe. Ao longo desses nove meses, a gente tá prevenindo alguma doença que possa vir a alto risco, alguma coisa assim. (Afrodite, enfermeira)

O pré-natal é uma ação que você deve fazer com a gestante para prevenção, para uma gestação saudável [...]. Eu acho que a grande ação do pré-natal é essa, é você conduzir pra prevenção de uma DHEG, pra ver se não tem diabetes gestacional [...]. Tem uma pergunta que diz assim: ‘quando você vê gestação, o que é que conta logo?’ Diabetes, DHEG, e bebê saudável [...]. (Apolo, médico)

[...] Eu acho um momento muito importante porque a sensação que eu tenho é que uma gravidez tem tudo pra dar certo até o momento que acontece alguma coisa que você não detectou no começo. Então, eu acho importantíssimo um pré-natal bem feito [...] para você prevenir qualquer complicação maior que possa vir a ter. (Isis, enfermeira)

Percebemos que os discursos continuam a reforçar os dados encontrados, nos quais o discurso institucional ou o saber científico permeia-se ao conhecimento popular e às crenças em torno da prática e da gestação. Tais concepções encontram respaldo no conceito de saúde/doença que é influenciado diretamente pelo paradigma biológico, no qual o ser é visto a partir de suas queixas de saúde ou doença (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Concordamos que todos esses saberes estão enraizados na cultura das profissões e que cuidar da saúde não necessariamente significa curar doenças ou evitar os males da mesma quando do acometimento, mas sim entender o ser como produto de diversas esferas, preservando da melhor maneira corpo, mente e meio. Desde a antiguidade, o que se tem visto é a gestação como algo patológico, e conseqüentemente o pré-natal seria o momento de medicalizar a mulher para a redução dos danos à sua vida e de seu(sua) filho(a). Aliado ao pensamento médico da gestação como é um estado que exige cuidados específicos para manter a saúde e evitar doenças possíveis, encontramos certa preocupação em garantir a realização dos exames na gestante, pois os resultados destes asseguram o discurso profissional de que ‘está tudo bem’, ou não. O pré-natal é o palco para a realização de exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde, respaldando o(a) profissional e possibilitando o tratamento de complicações que interfiram na gestação, demonstrando à preocupação acadêmica da manutenção da saúde através do tecnicismo e do palpável ou quantificável, como observamos nos seguintes discursos:

É um dos cuidados que a gente tem dentro da saúde pública, um dos mais importantes, todos os exames [...]. Na época que eu cheguei aqui, quais os exames que a gente fazia numa gestante? O VDRL ia chegar com trinta, quarenta dias depois de colhido. Fazia a glicosúria. Não se tinha o sumário de urina, só fazia glicosúria. Não fazia uma glicemia, não fazia um hematócrito [...], só pedia VDRL e quando chegava o resultado, a mulher já estava no sétimo, oitavo mês. Você ia iniciar o tratamento da sífilis e se fosse haver algum problema com o feto, já tinha acontecido. Houve grande avanço, houve acesso ao exame de HIV, ultra-sonografia [...]. (Asclépio, médico)

O pré-natal representa não só para mim, mas pra todos os profissionais de saúde uma etapa bastante importante na vida da gestante, senão a principal. Porque são nos primeiros meses de formação do feto que a mãe precisa de ter o cuidado estritamente necessário para que ele nasça bastante saudável, porque são nos primeiros meses de gravidez que a gente tem que ter o maior cuidado, pois existe um risco nessa fase de a criança nascer com uma série de anormalidades ou defeitos, e se cuidados, tratados adequadamente, nós podemos prevenir uma série de doenças. Nós acompanhamos a cada mês o resultado do desenvolvimento da gestação. Muitas vezes, vemos certos exames alterados e quando nós tratamos, nós temos resultados em seguida. (Minerva, médica)

Percebemos, através dos relatos descritos anteriormente, a importância dada ao pré-natal ao permitir a prevenção e tratamento precoce de doenças identificadas através dos exames de rotina. Além disso, os avanços na assistência pré-natal são considerados no tocante a extensão, ao longo dos tempos, da quantidade de exames solicitados e não pelo fato de haver toda uma proposta para a humanização do atendimento e o centro na educação em saúde.

Nesse sentido, pode-se perceber o cuidado como ‘um tratamento de doenças’, pois a gestante chega para a Medicina quando alguma queixa ou doença já estão instaladas. A própria literatura médica reflete estes dados. Montano, Nishimura e Bulgarelli (2002) retratam que o pré-natal visa à detecção de doenças maternas que compliquem a gravidez, vigiando a vitalidade fetal, exemplificando o que foi colocado. Na formação médica, os conceitos atribuídos são geralmente técnicos, propagando o cuidado a uma saúde em risco.

Para a Enfermagem, observamos uma maior preocupação no que diz respeito ao trabalho executado de forma normatizada, programada. São freqüentes as citações quanto às rotinas estabelecidas e que devam ser realizadas durante a consulta para a efetivação de um pré-natal bem orientado.

A primeira coisa do pré-natal é o acolhimento, e essa paciente tem que ter confiança em você, estabelecer o vínculo da confiança. Aí sim, você segue toda aquela normatização do Ministério da Saúde: as consultas no primeiro mês, no segundo, com toda aquela rotina já estabelecida, os exames de rotina, o peso, tudo aquilo que é determinado pelo Ministério da Saúde, né? Os exames, possíveis queixas que a gestante apresente naquele mês [...]. Aborda sobre alimentação, sobre alguma atividade física que ela possa realizar que não exija muito esforço [...]. Algumas intercorrências, doenças que podem ter nesse período e o pessoal têm que tá atento para essa nova condição da mulher nesse momento da gestação. (Diana, enfermeira)

O pré-natal pra mim seria acolher a gestante na unidade de saúde, fazer as consultas de acordo com o programa (mensal, quinzenal ou semanal) ou de acordo com a necessidade dela, fazer orientações a ela, também prestar algum tipo de cuidado que ela necessite [...]. Encaminhar se necessário e é basicamente isto. (Bastet, enfermeira)

Analisando o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), deparamo-nos com a preocupação do órgão em protocolar a atenção pré-natal, estabelecendo parâmetros para o atendimento. Cabe à equipe de saúde, segundo o mesmo, o acolhimento à gestante, compreendendo os significados da gestação para ela. O manual informa aos profissionais todas as condutas que devem reger o pré-natal, como também preconiza o diálogo e a escuta, fontes do acolher e da humanização do atendimento.

Em outras palavras, como refere Bosi (1994), o papel dos(as) profissionais de saúde na relação cotidiana com usuários(as) não deve se revestir de um

significado meramente técnico, pois a prática se inscreve em outras dimensões, por onde podem desvendar a subjetividade.

Os grupos entrevistados como um todo, reconhecem a assistência pré-natal como relevante, sendo necessário trabalhar o lado psicológico da mulher e ouvir o que elas têm a dizer, entendendo o subjetivo e não detendo-se exclusivamente nas suas queixas de saúde ou doença. Backes, Koerich e Erdmann (2007) conceituam esse reconhecimento e valorização dos aspectos subjetivos como a própria humanização, que acaba por melhorar as condições de trabalho e qualidade da assistência, adotando-se ações que integram os valores humanos aos valores científicos. Por isso mesmo, colocamos a importância desse processo para alcançar os valores humanitários e praticar a verdadeira filosofia da atenção pré-natal.

#### **4.3.2 Dificuldades encontradas pelos(as) profissionais para a consolidação de cuidados no pré-natal**

Nas técnicas utilizadas para a coleta de dados, observamos que tanto a Medicina quanto a Enfermagem demonstram saber e conhecer as suas funções, mas os dois grupos profissionais investigados sinalizam não realizarem uma prática mais educativa e preventiva porque a complexidade do serviço é maior, existindo problemas de ordem institucional e da clientela que impedem a efetivação das ações. Peloso e Boaventura (2002) afirmam que a prática encontra-se distante do que é proposto pelo Ministério da Saúde.

Para a Enfermagem, as queixas variavam entre as dificuldades das próprias gestantes entenderem a importância do acompanhamento, pois muitas procuram o serviço apenas quando expostas a riscos de adoecimento, buscando o assistencialismo que acaba sendo prestado no PSF; para a realização de alguns exames específicos, como a ultra-sonografia, e até mesmo com a finalidade de buscarem o pré-natal, com o intuito de receber o auxílio financeiro oferecido pelo governo, como é o caso das gestantes da zona rural. Dessa forma, as categorias reconhecem que a proposta a que se presta o PSF acaba tomando novo molde, influenciando as suas práticas.

Eu vejo muita dificuldade das mulheres terem essa consciência da necessidade do que é o pré-natal, né? Que nós, profissionais, a gente sabe da importância da gestante vir fazer essa consulta desde o momento do diagnóstico da gravidez, mas tem umas mulheres que vêm por obrigação e isso é que, assim, deixa a gente indignada porque elas vêm por obrigação, como se não [...]. Como fosse que a gente tivesse fazendo a consulta pra mim [...], a gente tem que ficar no pé porque acaba depois sobrando pra gente. Mas não adianta querer remar contra a maré porque tem umas que têm resistência e a gente vai fazer o quê? (Artêmis, enfermeira)

Na zona rural, o maior motivo da zona rural é esse incentivo, que são mil e trezentos reais pra cada gestante. Teve uma semana aí que eu só atendi gestante. Elas procuram porque sabem, são bem conscientes e orientadas, sabem que têm que ter seis consultas no cartão porque senão não tira a tal da natalidade. Eu me sinto um comércio. Às vezes, eu me sinto participando de um comércio entendeu? Do jeito que o governo pega e incentiva por um lado pra você passar toda essa orientação de Planejamento Familiar, por outro lado ele dá um incentivo desse pra uma pessoa que é pobre e que vive da agricultura. Mil e trezentos reais é uma fortuna, tem mulher que com menos de dois anos é outro menino. Eu me sinto, às vezes, participando de um comércio. (Diana, enfermeira)

A enfermagem apresenta um sentimento de impotência para o cuidado às mulheres, pois reconhecendo a importância da assistência preventiva, é difícil lidar com o fato de que o pré-natal deve ser feito em troca de algo. Desta forma, a assistência prestada acaba prejudicada pelo incentivo à maternidade dado pelo governo federal ao remunerar as mulheres carentes da zona rural que procuraram atendimento pré-natal quando gestantes. Como está descrito no último trecho, as mulheres não percebem o programa como essencial, e sim pensando na possibilidade de receber o auxílio quando do nascimento da criança. Percebemos ainda no discurso que esse tipo de assistencialismo leva ao aumento da taxa de natalidade.

Corroborando com o que foi expresso, Klein (2005) analisa que os programas sociais foram criados para assegurar condições de igualdade para as pessoas e que a partir deles, como é o caso do Auxílio-Maternidade, foram produzidas em nossa cultura representações e significados para a maternidade, principalmente, por mulheres que vivem abaixo da linha da pobreza. É primordial compreender o que perpassa as representações dessas mulheres no entendimento da real necessidade de buscar o pré-natal, o que é possível através do diálogo e da educação, não sendo algo fácil nem tampouco rápido.

Quando as gestantes se interessam pelo atendimento, o(a) profissional acaba sentindo-se motivado(a) para o trabalho:

Têm aquelas que, assim, têm aquela perspectiva melhor. Têm outras que não desejavam a gravidez, então chegam mais retraídas. Você vai tentando conversar, tentando descobrir, porque existem aquelas que não gostam de fazer, que já são mães de oito, dez gestações e que não faziam acompanhamento. Mas há as que procuram o serviço e sai gratificante. (Hera, enfermeira)

Além das dificuldades, encontramos ainda em Enfermagem queixas de sobrecarga de trabalho, o que dificulta o atendimento e a escuta. Foram comuns depoimentos em que reclamavam da quantidade de papéis a serem preenchidos, do atendimento pré-natal como papel uníssono da categoria, fundamentalmente, pela falta do trabalho em equipe.

A questão do aumento excessivo de trabalho foi estudada por Sá (1999), concluindo que nas regiões pobres e rurais a Enfermagem continua com a perspectiva de sobrecarga, executando tarefas das quais em grandes centros existem profissionais específicos, como nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. O trabalho de generalista no PSF acaba trazendo realmente mais atribuições, pois além do atendimento, existem os sistemas de informações que necessitam ser alimentados, o que fica a cargo da Enfermagem devido ao trabalho de gerência das unidades de saúde. Os discursos que elencamos transcorrem sobre estas dificuldades:

Enquanto serviço deveria diminuir a quantidade de papel que a gente tem que preencher durante uma consulta [...] trocentos papéis que você tem que preencher, então eu acho que para melhorar, pra agilizar esse meu problema, era diminuir a quantidade de papel. Quando eu paguei estágio, o SIS quem fazia era a assistente social que tinha no posto. Era outra pessoa, aí você já ficava bem centrado na consulta [...]. (Isis, enfermeira)

Hoje, com o PSF, a enfermagem preenche muito papel. Se a gente tivesse um suporte nas estatísticas poderia fazer mais a outra parte, mudar a consciência do povo [...]. Acho que a gente precisa de tempo pra fazer grupos, oficinas, um trabalho extramuro, saúde pública. Eu acho que talvez isso seja o 'bum' da qualidade de vida da gestante. Eu gostaria de ter mais tempo pra trabalhar mais ação educativa. (Gaia, enfermeira)

Ai, a dificuldade da participação em equipe, da equipe em si, sabe? Porque só uma pessoa levando não dá, chega lá na frente você é barrada. A falta de vínculo da equipe, que infelizmente não existe. (Bastet, enfermeira)

Eu acho que ele poderia estar melhor se a médica tivesse condições de atender junto comigo. A médica é uma pessoa muito bem intencionada, mas é incrível! Como o enfermeiro pode fazer a parte de pré-natal, então normalmente a clínica médica absorve o tempo da médica todinho. E quando a paciente tem algum problema é que eu repasso pra ela, mas eu gostaria muito que a gente pudesse ser uma consulta minha outra dela, como realmente orienta o Ministério. (Ceres, enfermeira)

Os últimos discursos nos revela a inequívoca divisão do trabalho no PSF. Embora a multiprofissionalidade seja considerada por Saar e Trevizan (2007) uma estratégia que orienta e possibilita a assistência integral, pois cada profissional atuará de acordo com o seu saber, a grande procura da população aos consultórios médicos para o tratamento de doenças (curativismo) acaba por interromper a parte de promoção e proteção da saúde. As autoras ainda afirmam que é imprescindível dividir as responsabilidades para se alcançar mais rapidamente os objetivos, ao considerar que cada categoria tem uma percepção diferente da situação e a união facilitará a compreensão do todo. Em nossa pesquisa, identificamos o reconhecimento de algumas pessoas do grupo de Medicina de que o trabalho na clínica médica os afasta da atenção pré-natal, reconhecendo que o acompanhamento às gestantes de baixo risco é atribuição da Enfermagem.

Eu acho que no meu caso, eu perco um pouco o grupo em si. Eu não sei quem são as gestantes porque quem tem mais contato é a enfermeira [...]. Complica um pouco por causa do assistencialismo, a parte curativa. Às vezes até a enfermeira diz pra gente fazer alguma coisa, pra gente mexer, só que às vezes é aquele corre-corre [...] a parte boa, que é aquela de prevenção, de conversa, fica um pouco de lado. Até mesmo quando a gente vai fazer um trabalho com prevenção, o pessoal daqui fica: 'ah, a médica vai pra onde?' Entendeu? Então, querem que a gente fique dentro do consultório atendendo. Então, a mentalidade do povo ainda tá difícil. (Maet, médica)

Hoje a gente [...], o pré-natal passa muito pouco pela gente, pelo médico. Tá mais na parte da enfermeira. Antigamente era uma consulta com o médico e outra com o enfermeiro. Agora não tá chegando isso não, tá sendo a maioria das consultas com a enfermeira e o mínimo com o médico. Mas mesmo assim, a parte médica tá mais a curativa do que a preventiva. O pré-natal em si é mais com a enfermeira. (Cupido, médico)

O discurso acadêmico ou institucionalizado rege que deve haver a interdisciplinaridade, o que na prática não fica evidente por diversos motivos. A própria academia acaba pouco explorando as atividades conjuntas, o que limita as pessoas. Quando o(a) profissional na prática de trabalho se depara com o curativismo e a prevenção, finda tomando parte pelo que é para ser curado e encarrega outros(as) para as demais atividades. É comum a população procurar o(a) médico(a) apenas quando se está doente e caso o(a) profissional esteja mergulhado em outras atividades, há reclamação. É preciso a conscientização em massa do trabalho em equipe e dos benefícios que isso trará. Nesse sentido, Bosi (1994) levanta as contradições que permeiam essa prática: Como melhorar a qualidade do atendimento com a explosão da demanda? Como estabelecer vínculo com a população tendo que dizer não?

Notamos que ambas as categorias profissionais sofrem também com a precariedade de materiais e instalações para um atendimento pré-natal que consideram de qualidade, além da cobrança por treinamentos. Faltam salas e aparelhagem para realizar o atendimento. As equipes mais sofridas são as que atuam nas zonas rurais, pois em alguns lugares não há como acomodar a paciente para a realização de manobras necessárias num pré-natal.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), o PSF só pode ser concebido como uma prática que racionaliza a utilização dos recursos existentes para a potencialização de resultados. Entretanto, Bosi (1994) questiona sobre como oferecer um atendimento de boa qualidade se há falta total de infra-estrutura, o que leva o profissional a um misto de desânimo e impotência.

Os problemas que entrelaçam o atendimento pré-natal, especialmente a falta de recursos, levam a pôr à prova um item de importância ímpar para o êxito do pré-natal: a confiança. Sem que a usuária confie na equipe, todo o processo é dificultado (VALENTIM; KRUEL, 2007). Caso além das faltas materiais, a clientela encontrar um(a) profissional com dúvidas, essa confiança é colocada a prova. Diante disso, Grossman e Cardoso (2006) insistem que a preocupação com capacitações deve ser uma realidade. Já Backes, Koerich e Erdmann (2007) caracterizam as incertezas como geradas devido à desorganização do conhecimento, pois as informações mudam a todo instante. Os trechos dos discursos descritos a seguir refletem esta realidade.

Olha, como eu trabalho em zona rural, eu posso dizer a você que eu não consigo fazer nem cinquenta por cento do que eu poderia fazer. Questão de estrutura, né? Que a gente não tem estrutura, não tem maca pra fazer a medição da altura uterina, não tem balança [...]. O que a gente dispõe pra pré-natal na zona rural é o quê? É verificação de pressão arterial e das queixas da paciente. E tudo em cima das orientações [...]. Não é nem cinquenta por cento do que poderia ser feito. Eu diria que o meu pré-natal é regular pela falta de estrutura. É o básico do básico, não chega nem a ser o básico. (Diana, enfermeira)

Acho que o processo de melhoria envolve uma contrapartida municipal, com renovação dos equipamentos e materiais utilizados no atendimento, reforma nas unidades, bem como a capacitação e a atualização dos profissionais que realizam o pré-natal. (Héstia, médica)

Faltam condições de a gente fazer um pré-natal melhor, porque tem lugares que a gente faz no consultório e outros que a gente não tem condições porque faz numa casa, não tem condições de examinar a gestante direitinho. (Hermes, médico)

Eu acho que pode melhorar com capacitação. Eu acho que a capacitação não técnica, a gente deve melhorar, mas a capacitação no âmbito do cuidado, do lado psicológico, de como lidar com a paciente gestante [...]. Acho que o profissional tem que ter de alguma forma, tem que tentar conversar. Basicamente isso, deve melhorar a forma de como a gente cuidar, a palavra é cuidar. (Febo, médico)

O processo de capacitação profissional deve ser contínuo, atendendo às necessidades pessoais e profissionais, possibilitando aperfeiçoamento e responsabilidade com a população. A lei que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) conceitua que a qualificação profissional, processo pelo qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados que o habilitam para o desempenho de funções visando o seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho, deve ser realizada continuamente (BRASIL, 2002). O diálogo com os gestores para exposições de eventuais carências deve ser firmado para a possibilidade de realização de treinamentos.

Oliveira, Alves e Miranda (2005) comentam que lidar com problemas é também um aprendizado e seu enfrentamento requer compreensão da realidade. A dificuldade de atuar com qualidade possibilita a criação de novas estratégias. É preciso mobilizar a população a partir das representações do senso comum acerca das atividades que atribuem a cada profissional para educar quanto ao momento de procurar a unidade de saúde e importância das ações tomadas, além do sentido de lutar para que o seu direito constitucional – saúde, dever do Estado - seja garantido.

#### **4.3.3 Análise dos discursos dos grupos investigados na perspectiva de gênero**

Iniciamos nossa fundamentação teórica revelando como as mulheres foram excluídas do ato de partejar e como a medicina passou a ser a profissão responsável por esta atividade. Nos discursos das mulheres das duas profissões investigadas, observam-se as mesmas razões escritas por Del Priore (1997), entre outras autoras, que levaram as mulheres a serem parteiras: uma mulher conhece outra mulher.

Para Martins (2005), o gestar transforma o corpo, justificando diversos mitos e crenças sobre a gravidez. Os médicos, que antigamente só podiam ser do sexo masculino, desconheciam o corpo feminino e ao estudá-lo, definiram-no como um objeto de seu domínio. Passaram então a interpretar os sintomas do corpo como doença, causando impacto imediato na ‘arte dos partos’. A partir daí, o saber científico

apoderou-se desse processo, transformando a gravidez e o parto em fenômenos observáveis e passíveis de controle.

A própria história da obstetrícia demonstra que no século XIX, o corpo feminino passou a ser visto de forma diferente, surgindo no campo da Medicina a especificidade da mulher, medicalizando este corpo. A Medicina começou a extrapolar o simples cuidado às mulheres, concebendo a sua natureza como potencialmente patológica e propensa a perturbações, construindo assim, uma identidade de gênero baseada no determinismo biológico (RAGO, 2002).

Mesmo com a modernização das ciências e a conquista do espaço das mulheres no mercado de trabalho, as desigualdades de gênero continuam existindo. Os discursos dos (as) profissionais de saúde entrevistados(as) revelam diferenças na forma de pensar o pré-natal de acordo com o sexo. As mulheres referiram aprender bastante com as gestantes, principalmente àquelas que nunca gestaram. Para estas, a gravidez só era entendida teoricamente, sem o desafio e experiência prática, revelando o pré-natal como uma troca para aliar os conhecimentos advindos das academias com a vivência das gestantes, além de manifestarem o desejo pela maternidade. Dessa forma, os seus próprios anseios iam sendo desmistificados e reconstruídos na medida em que a clientela se achegava, revelando reconhecimento profissional devido à possibilidade do estabelecimento do vínculo.

As próprias profissionais acreditavam ser mais fácil para elas trabalharem com as gestantes devido ao fato de conhecerem melhor os seus anseios, considerando terem mais proximidade e intimidade por possuírem o mesmo sexo.

Para o profissional do sexo feminino é mais fácil. A mulher tem mais sensibilidade. Eu acho que por ser mulher, entende melhor a outra [...]. (Diana, enfermeira)

Pra mim, eu acho que é uma troca, né? Porque tanto a gente tá aprendendo (no caso eu nunca tive gestante), como elas com as orientações que a gente dá. Eu gosto, eu fico imaginando o que é que aquela mulher tá pensando na hora. O que ela tá pensando do bebê [...]. (Afrodite, enfermeira)

Nesse momento, acabamos nos envolvendo com as expectativas da gestante e também é em nós que elas depositam toda confiança de bem estar nesta fase de suas vidas e isso é muito gratificante para o profissional. (Héstia, médica)

Eu acho que tenho vontade de ser mãe e acho que você começa a perceber como é uma gravidez, como é que a mulher se sente. Então assim, eu gosto deste trabalho. (Bastet, enfermeira)

No tocante às profissionais que gestaram, estas informaram que podem através de suas experiências vividas, ajudar a clientela retirando dúvidas e orientando para o curso de um pré-natal e gestação otimizados. Relataram que enfatizam o cuidado voltado para a educação, pois a gestação não significa impossibilidades para o cumprimento de tarefas. Como já foi dito, é bem comum a procura de gestantes que não planejavam a gestação e as profissionais que são mães preocupam-se em assistir às mulheres para aceitarem a gestação, deixando de lado a rejeição. Os exemplos a seguir referem-se somente à Enfermagem porque nenhuma profissional de Medicina possuía filhos.

Lembro que achava interessante porque era no pré-natal que eu ia aprendendo as coisas, ia confiando no profissional. O que a gente quer quando está grávida é ter um filho perfeito, normal, mas eu acho que o pré-natal é de muita importância, tanto a gente estando grávida e ser acompanhada como acompanhar alguém [...]. Eu sempre costumo dizer pra elas que a gente não engravida todo dia, a gente tem que curtir bem porque é uma fase diferente das outras que a gente passa, é diferente de criar. (Ceres, enfermeira)

[...] Eu tenho um cuidado muito grande de assistir às clientes porque eu já passei, eu sou o próprio exemplo de uma gravidez mãe-solteira. Então, eu procuro trabalhar aquilo que eu passei e tentar identificar nas mulheres alguma ansiedade deste tipo e colaborar. (Gaia, enfermeira)

Percebemos que profissionais do sexo feminino possuem um discurso que se assemelha ao senso comum, pois de certa forma a gestação é colocada como algo inerente somente à mulher. Durante o curso da gestação e do pré-natal, os homens (pais) acabam ficando do lado de fora. A participação masculina no pré-natal quase não é verificada, tanto que as orientações acabam sendo voltadas exclusivamente para a mulher e a criança, quando na verdade deveria ser para o âmbito daqueles envolvidos no processo.

Rago (2002) faz relação entre a condição biológica e os papéis sociais atribuídos aos gêneros masculino e feminino e a maternidade é relatada como uma função essencial do sexo feminino, o que não são idéias novas e apóiam a perspectiva de clara distinção entre os sexos. É importante destacar que os homens do grupo médico referiram não participarem no curso do pré-natal, quando da gestação de suas crianças. Mesmo conhecendo a importância, acabavam deixando o pré-natal a cargo da figura feminina, pois sempre se encontravam com o tempo ocupado, o que demonstra na

prática o desenrolar de um discurso patriarcal alimentado pelas ciências e pelo senso comum. Os trechos que descrevemos podem comprovar o fato:

Naquela época, a gente não ia tanto por causa do tempo, né (risos). Mas acompanhava justamente em casa [...]. (Asclépio, médico)

Não como pai nem como esposo, mas acompanhei em casa sempre vigilante para que não ocorresse qualquer coisa que viesse a interromper ou prejudicar essa gravidez [...]. Acho que o pré-natal seria o ideal que o marido acompanhasse, até porque vê a dinâmica da coisa, vê a importância da gestação, a afetividade [...]. O próprio bebê sente a presença do pai e da mãe. (Apolo, médico)

Não, por incrível que pareça meu trabalho como expectador do pré-natal foi quando eu era estudante de Medicina. Mas, mesmo com filho, eu tenho filhos, na verdade, eu nunca tive tempo de acompanhar o pré-natal. Eu tava sempre trabalhando. (Febo, médico)

Observamos que as mulheres se colocam mais próximas de um discurso que reflete o senso comum permeando o pré-natal e a gestação. Existe fortemente o ideal de que a gestação é algo sagrado, divino, e que a gravidez é um dom, ou até um prêmio, idéias propagadas, sobremaneira, no discurso de Enfermagem.

[...] O pré-natal é a mola mestre desse mundo. É a nossa geração futura e que a gente é co-responsável por essa nova vida. É a vontade de Deus em nós como procriadoras [...]. (Gaia, enfermeira)

Eu gosto pelo mistério, pela vida [...], acho que é porque é um pouco de mistério. Também é uma coisa divina [...]. (Diana, enfermeira)

Faria e Seidl (2005) discorrem que a religiosidade é parte relevante da vida e não pode ser negligenciada no contexto do atendimento. É interessante observar que para o sexo feminino a religiosidade parece ser nata, então o pré-natal seria o momento de ajudar as gestantes, não somente realizar aconselhamento técnico, mas pôr em prática o que os princípios religiosos de caridade e doação sugerem.

Estudos acerca da religiosidade de profissionais de saúde revelam que os(as) mesmos(as) a fim de expandir conceitos e inovar o tradicional modelo biomédico, acrescentam a dimensão espiritual ao cuidado advogando uma abordagem psicossocial para a clientela. Seria esta uma forma de estar mais junto e entendendo melhor o que refere o senso comum. Acreditamos que além deste fator, existem também as particularidades religiosas de cada um(a), que acaba por completar essa intenção citada (WALDOW, 2004).

Não pode ser negado que as mulheres sentem-se mais capacitadas para o cuidado pré-natal, pois o fato de acharem que podem se colocar no lugar da outra, de acreditarem que aquele momento é realmente especial e que é promovido por força divina as faz convictas de que podem prestar uma assistência melhor e de boa qualidade.

As representações sociais reveladas pelos discursos mostram que profissionais de Enfermagem e de Medicina representam de maneira parecida o pré-natal. Ora o discurso está pautado em seus saberes, ora em suas crenças. Pode-se dizer que apesar da preocupação com a normatização e com os aspectos técnicos que regem o Programa, a humanização da assistência é presente, pois existe preocupação com a escuta e com o respeito à singularidade das gestantes.

---

## CAPÍTULO 5

### CONSIDERAÇÕES FINAIS



MITOLOGIA HELÊNICA

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de Representações Sociais permitem uma nova forma de olhar, entender e interpretar fenômenos sociais, ajudando a compreender porque as pessoas fazem o que fazem. Este estudo sobre o pré-natal para os(as) profissionais que o realizam em Unidades de Saúde da Família constitui, do ponto de vista conceitual, um conhecimento e um saber que interferem nas suas práticas. O significado atribuído remete para a esfera individual enquanto algo conhecido/desconhecido, pois ao falar sobre a temática, as manifestações discursivas retratam vivências pessoais, profissionais e do saber acadêmico. O pré-natal foi representado de acordo com as experiências da vida e da academia, expressando emoções, sentimentos e explicações para a efetivação da prática.

Objetivamos com este trabalho identificar quais as Representações Sociais que profissionais de Medicina e Enfermagem de nível superior, do Programa Saúde da Família, elaboravam acerca do pré-natal e quais fatores influenciavam a postura prática adotada. Desta forma, encontramos que as produções dos conhecimentos nas categorias médica e de enfermagem voltam-se para aspectos técnicos e próprios de cada uma segundo as suas crenças e, conseqüentemente, as atitudes. A questão do cuidar, muitas vezes, acaba prejudicada porque além da grande demanda e das dificuldades materiais, práticas e inerentes à comunidade, existem ainda as normatizações impostas ao serviço e o fornecimento de dados que acabam absorvendo grande tempo útil dos(as) profissionais.

Mesmo com todas as dificuldades e correlação dos discursos institucional e do senso comum, consideramos que os grupos investigados preocupam-se em prestar um atendimento com qualidade e voltado para as particularidades de cada gestante. Para a efetivação de um cuidado pré-natal humanizado, solicitam melhorias urgentes, incluindo aquelas estruturais, de equipamento e de pessoal através de capacitações, favorecendo assim a motivação para o trabalho.

Percebemos que a realidade encontrada através das falas dos(as) participantes e, conseqüentemente, as suas representações, não condizem com o que foi relatado pelas gestantes do estudo monográfico que originou este. Acontece que em

pesquisa realizada anteriormente (SILVA, 2004), tratava-se de um centro municipal de saúde em que os(as) profissionais trabalhavam uma ou duas vezes por semana, durante poucas horas, ao passo que nesta investigação, escolhemos o Programa Saúde da Família, que se caracteriza pelo trabalho em equipe, com carga horária maior, que permite o estabelecimento de um vínculo positivo e efetivo entre as famílias, o serviço e a equipe multiprofissional, concedendo a esta um conhecimento real da vida familiar e que, de certa forma, gera confiança e solidariedade.

Concluimos que as Representações Sociais do pré-natal para os(as) profissionais estudados(as) ancoram-se nos universos consensual e reificado, pois é exatamente esse tipo de conhecimento que receberam nas universidades e na vida e que julgam importantes para as práticas, sendo a forma mais objetiva de encaixar seus conhecimentos, daí porque representam o pré-natal como algo necessário e pragmático, que possibilita além das práticas de trabalho, uma maneira de ajudar as pessoas para uma gestação com aceitação e bom desenrolar, justificando as atitudes e discursos proferidos.

A objetivação diante do pré-natal ocorreu através da imaginação do mesmo enquanto a concretização da concepção, quer seja na figura de uma mulher grávida, ou quando se delinea a figura de uma família, entre outras, sendo para os(as) profissionais a cópia da realidade, facilitando a idéia do que seja o pré-natal: propiciador de mudanças no contexto vivencial e familiar. Esquemáticamente, as representações situam-se da seguinte forma:

Pré-natal	Ancoragem	Significados da prática	Discurso institucionalizado
			Discurso do senso comum
	Objetivação	Imagens	Produto da concepção

Para os grupos estudados, o núcleo central das representações, independente da categoria a que os(as) participantes do estudo pertençam, estaria pautado num discurso institucionalizado do que seja o pré-natal, ou seja, com os aspectos técnicos do cuidar, mas estas inquietações são sempre acompanhadas pelo que é organizado pelo discurso do senso comum. As suas crenças e experiências vão sempre

ladeando os conhecimentos científicos, e demonstram que a preocupação técnica não é maléfica como se pensava, pois é a maneira que o(a) profissional encontra de trabalhar melhor, garantindo que o atendimento seja organizado. A fim de complementar esses conhecimentos, incorporam o que é vivenciado, tentando humanizar o atendimento.

Percebemos que embora a Medicina ocupe-se mais dos aspectos curativos que podem pôr em risco a saúde, as Representações Sociais do pré-natal não diferem da Enfermagem, que se detém mais na educação em saúde e para a saúde. O que é realmente diferente são as representações quando vistas tomando-se como base os sistemas de gênero – representação social do sexo masculino e feminino - enquanto homens e mulheres, uma vez que os médicos afirmaram não acompanharem de perto o atendimento pré-natal quando envolvidos no processo como pais, colocando a gestação e os cuidados sob a responsabilidade da mulher. Quanto às mulheres, estas apresentam mais aspectos transmitidos pelo fundamentalismo religioso, preocupando-se com caracteres culturais divinizados em torno da gestação.

A ausência do médico, enquanto pai, nas consultas de pré-natal vem revelar que os homens não costumam ser foco de atenção nos serviços de saúde, perpetuando a representação da reprodução como tarefa exclusiva das mulheres. Urge, pois, a desconstrução da visão de que os homens não são capazes, nem interessados na sua inserção neste programa, assim como no programa de parto humanizado.

A efetivação deste trabalho via Teoria das Representações Sociais, Núcleo Central e Gênero permitiram-nos aprofundar, através dos métodos de análise adotados, os elementos coadjuvantes das representações sociais do pré-natal para as duas profissões da área da saúde mais envolvidas com os processos de conceber (ou não), gestar, parir e amamentar. Apreendemos, além do discurso manifesto, as contradições e ambivalência que trafegam entre a visão institucionalizada e o senso comum, ou seja, entre o universo consensual e o universo reificado. Percebemos ainda que as representações sociais aqui apresentadas modelam-se na complexidade das determinações econômicas, sociais e educacionais que regem os serviços de saúde em toda sua complexidade.

Diante do exposto, entendemos a importância desta pesquisa para os(as) gestores(as), no sentido de compreenderem que não basta criar um programa, é preciso

viabilizar de forma concreta a sua prática em consonância com os princípios do SUS; para os grupos investigados, uma vez que revela, de forma sutil, a aceitação, acomodação e estratégias para a permanência das dificuldades que regem as práticas; para as gestantes e as suas famílias, considerando que ao conhecerem os problemas que interferem na qualidade da assistência, podem exercer um maior controle social. A análise desta pesquisa nos leva a inferir que é no espaço da prática, englobando todas as condições entre o real e o ideal, que se demarca o *locus* potencial das mudanças.

---

## REFERÊNCIAS



DEUSA ÍSIS

## REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claud. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: GUIMELLI, C. (Org). **Structure et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Nestlié, 1994. p.73-83.

ABRIC, Jean Claud. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 2000. p.27-38.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, et al. Perfil da demanda dos alunos da pós-graduação *stricto sensu* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 12, n. 2, p.153-161, Abr. 2004.

ALMEIDA, Mariza Silva. **Sentimentos femininos: O significado do desmame precoce para as mulheres**. 1996. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

ALVES, Maria Argina Maia Esmeraldo. **O Pré-natal na concepção de usuárias e profissionais de saúde**. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade Regional do Cariri, Crato, 2002.

ANADÓN, Marta; MACHADO, Paulo Batista (Orgs.). **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Salvador: EdUNEB, 2003. 88 p.

ANDERSON, Gwen W.; MONSEN, Rita Black; RORTY, Mary Varney. Enfermagem e genética: uma crítica feminista rumo ao trabalho em equipes transdisciplinares. **Rev. Estud. Feministas**, Florianópolis, vol. 14, n. 2, p.423-443, Set. 2006.

ANTONIAZZI, Pe. Alberto. As religiões no Brasil segundo o Censo 2000. **Rev. de Estudos da Religião**. São Paulo, n. 2, p.75-80, 2003.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa - Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, n. 117, p.127-147, nov. 2002.

ASSIS, Simone G., et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, p.669-679, 2003.

ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.70-103.

BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e

- princípios pelos profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 15, n. 1, p.34-41, jan/fev. 2007.
- BARBOSA, Regina M. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Orgs.). **Sexualidade brasileira**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1996. p. 160-172.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977. 225 p.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**: Vol. 2 - A experiência vivida. 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949. 504 p.
- BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulheres e parteiras**: Contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999. 120 p.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 200 p.
- BOSI, Maria Lúcia M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 4, p.446-456, dez. 1994.
- BOZON, Michel; LERIDON, Henri. Les constructions sociales de la sexualité. In: BOZON, M; LERIDON, H. (Coord.). Sexualité et sciences sociales. **Population**, Paris, n. 5, p.1173-95, set/out. 1993.
- BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. 524 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: 1994. 119 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. 2000. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, jan/abr. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília, 2002. 113 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. 82 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério**: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, 2006. 163 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coleta de Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Brasília, 2007. 190 p.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, Maria Emilia de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **A Melodia da Humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p.23-36.

BURROUGHES, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

CARVALHO, Geraldo Mota. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990. 118 p.

CHAUÌ, Marilena. **Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. 239 p.

CUNHA, Ane Cristine Hermínio; EULÁLIO, Maria do Carmo; BRITO, Suerde Miranda de Oliveira. O corpo e suas representações construídas por mulheres idosas. In: FERNANDES, Aliana; CARVALHO, Maria do Rosário de; SOBRINHO, Moisés Domingos. **Representações Sociais e Saúde: construindo novos diálogos**. Campina Grande: EDUEP, 2004. p.79-109.

DEL PRIORI, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: EDUNB, 1993. 358 p.

DEL PRIORI, M. Magia e medicina no Brasil Colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORI, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p.78-114.

DIAS, O. G. H. **Doença hipertensiva específica da gestação: um estudo de sua incidência no Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**. 1997. 52 f. Monografia (Especialização em Enfermagem). Curso de Especialização em Obstetrícia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 1997.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p.381-389, dez. 2005.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 3, n. 4, p.393-400, out/dez. 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ática, 1986. 790 p.

FRENCH, Marilyn. **A guerra contra as mulheres**. São Paulo: Círculo do Livro, 1992. 252 p.

- GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). **Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.165-179.
- GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2001. p.64-89.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.
- GONDIM, Linda M. P.; LIMA, Jacob Carlos. **A pesquisa como artesanato intelectual: Considerações sobre método e bom senso**. João Pessoa: Manufatura, 2002. 82 p.
- GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 1, p.6-14, abr. 2006.
- HERZLICH, C. **Santé et Maladie: Analyse d'une représentation**. Paris: Mouton, 1969. 210 p.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 28 junho 2007.
- JODELET, Denise. **Les représentations sociales**. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: P.U.F., 1989. 424 p.
- JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.63-85.
- KLEIN, Carin. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Rev. Estud. Feministas**, Florianópolis, vol. 13, n. 1, p.31-52, abr 2005.
- KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 14, n. 6, p.957-963, abr. 2006.
- KOLLER, Evely M. Pereira; MACHADO, Heloisa Beatriz. Reflexões sobre a prática atual de enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 74-79, jan/mar. 1992.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.
- LANDMANN, Jayme. **A ética médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 300 p.

LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **DOR: 5º Sinal Vital: Reflexões e intervenções de Enfermagem.** Curitiba: Maio, 2004. 348 p.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 17, n. 2, p.87-91, 1996.

LIMA, Rosemary S. Cunha. **Representações Sociais do medicamento por farmacêuticos.** 2001. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2001.

LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2001. p.137-155.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Roca, 1998. 209 p.

MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa Albuquerque, et al. **Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal.** São Paulo: EPU, 1990. 40 p.

MARCON, Sônia Silva; ELSSEN, Ingrid. Percepção de mulheres sobre os tempos de uma gravidez. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v. 1, n. 1, p.7-13, 2002.

MARETTI, Milton; NEME, Bussâmara. Assistência pré-natal. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier, 1994. p.117-133.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev. Estud. Feministas,** Florianópolis, vol. 13, n. 3, p.645-666, dez. 2005.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 130 p.

MATOS, Maria José Gomes. **Experiência do Parto vivenciado pela primípara.** 1998. 55 f. Monografia (Especialização em Enfermagem). Curso de Especialização em Obstetrícia e Obstetrícia Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 1998.

MATTOS, Rubem Alves de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Alves de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-Abrasco, 2001. p.39-64.

MEAD, Margaret. **Sexo e temperamento.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. 316 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MIRANDA, S. A.; ABRANTES, F. C. **Ginástica para gestante**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1986. 112 p.

MONTANO, Rosane Sabato; NISHIMURA, Selma Romeiro; BULGARELLI, Suzi Tsiomi Miyazato. O Pré-natal. In: SPALLICCI, Maria Delizete Bentivegna; COSTA, Maria Teresa Zulini; MELLEIRO, Marta Maria. **Gravidez e Nascimento**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2002. p.19-51.

MORAES, Vardeli Alves de. Assistência pré-natal. In: VIGGIANO, Maurício Guilherme. **Condutas em Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1989. p.1-9.

MORENO, Regina Lúcia Ribeiro; JORGE, Maria Salette Bessa; MOREIRA, Rui Verlaine de Oliveira. Vivências maternas em Unidade de Terapia Intensiva: um olhar fenomenológico. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.282-87, mai/jun. 2003.

MOSCOVICI, Serge. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: P.U.F., 1961. 650 p.

MYERS, Greg. Análise da conversação e da fala. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2001. p.271-292.

NASCIMENTO, L. F. C. Perfil das gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p.187-194, abr/jun. 2003.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. 157 p.

OLIVEIRA, Denize de; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M. N. (Cols). **Psicologia social contemporânea**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.104-117.

OLIVEIRA, Joana D'arc Souza; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Práticas e Representações Sociais das Atividades Docente-Assistenciais sob a ótica da competência profissional de enfermeiro. **Rev. Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 5, n. 5, p. 47-54, 2005.

OLIVEIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **A Melodia da Humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

OLIVEIRA, Maria Francinete de. **Representações sociais, relações de gênero e programas de assistência e educação à saúde da mulher no climatério**. 2001. 190 f. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2001.

OLIVEIRA, Maria Francinete de. **A saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de gênero**. [Mimiografado]. Natal, 2005. 15 p.

OLIVEIRA, Simone de Freitas Duarte. Sistematizar é perder tempo? In: SILVA, Maria Júlia Paes da. **Qual o tempo do cuidado?:** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004. p.77-87.

PASSOS, Elizete Silva. **De anjos a mulheres:** ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996. 205 p.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança. In: SPALLICCI, Maria Delizete Bentivegna; COSTA, Maria Teresa Zulini; MELLEIRO, Marta Maria. **Gravidez e Nascimento.** São Paulo: Edusp, 2002. p.15-18.

PELLOSO, Sandra Marisa; BOAVENTURA, Elias. Prevenção e cura: Funções do enfermeiro na prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 15-16, jan/jun. 2002.

PEREIRA, Adriana Lemos, et.al. Programas de Atenção à Saúde. In: FIGUEIREDO, Nebia Maria de A. (Org). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003. p.197-282.

PUGGINA, Ana Claudia Giesbrecht. Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom-dia”. In: SILVA, Maria Júlia Paes da. **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004. p. 19-28.

RAGO, Elisabeth Juliska. A construção da 'natureza feminina' no discurso médico. **Rev. Estud. Feministas**, Florianópolis, vol. 10, n. 2, p.511-514, jul. 2002.

RICHARDSON, Roberto. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 333 p.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes. 1996. 189 p.

SÁ, Lenilde Duarte de. “... E a enfermagem no século XXI”? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p.375-84, jul/set. 1999.

SAAR, Sandra Regina da Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 15, n. 1, p. 106-112, jan/fev. 2007.

SAUNDERS, Rebecca Burdette. Cuidado de Enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em Enfermagem materna.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.219-269.

SCOCHI, C. G. S., et al. Programa para pais de bebês de risco: contribuição para formação do aluno de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p.36-43, jan/fev. 2002.

SILVA, João Luiz Pinto; CECATTI, José Guilherme; SERRUYA, Suzanne Jacob. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol. 27 n. 3, p.103-105, jan/mar. 2005.

SILVA, S. L. L.; BATISTA FILHO, M. B.; SOUZA, A. I. Assistência Pré-natal: três abordagens introdutórias ao tema. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p.83-89, jun. 2000.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. **A Representação Social do Pré-Natal pela gestante**. 2004. 88 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

SPINK, Mary Jane P. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: -----.(Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994, p. 93-104.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003. 339 p.

TAVARES, Claudia Mara de Melo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Trabalhando com Representações Sociais na Enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M., et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.51-59.

TEDESCO, J. Júlio de A. A humanização da relação obstetra-mãe-filho. In: ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, J. Júlio de A.; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.271-279.

THOMASSET, Claude. Da natureza feminina. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. **História das mulheres no Ocidente**. São Paulo: EBRADIL, 1990. p.65-97.

TURA, Luís Fernando Rangel. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, Denise; MADEIRA, Margot (Orgs.). **AIDS e Representações Sociais - à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p.17-45.

VALENTIM, Igor Vinícius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 3, p. 777-788, jun. 2007.

VICTORA, Ceres G. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). **Corpo e significado: Ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Ed. Universidade, 2001. p.75-87.

VICTORA, Ceres G.; CESAR, Juraci A. Saúde materno-infantil no Brasil – padrões da morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.415-68.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202 p.

WALDOW, Vera Regina. **O Cuidado na Saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 237 p.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006. 190 p.

WIETHÄUPER, Fernanda Scherer; CECHIN, Petronila Libana; CORREIA, Sandra Gomes. AIDS em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.221-225, mai/jun. 2003.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S., **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 708 p.

---

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA



DEUSA EIRENE

**BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

AQUINO, E. M. L. de; ARAÚJO, T. V. B.; MARINHO, L. F. B. Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.187-204, 1999.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999. 160 p.

COSTA, Rosely Gomes. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. **Rev. Estud. Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1-2, p. 339-56, 2002.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999. 317 p.

MARIN, Heimar de Fátima. Modelo para a prática assistencial. In: BARROS, Sônia Maria Oliveira de; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002. p.3-17.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 285 p.

MEAD, Margaret. **Macho e fêmea**. Petrópolis: Vozes, 1971. 496 p.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: Investigações em psicologia social. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 404 p.

NÓBREGA, S. M. D. A. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Universitária, 2001. p.55-87.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 652 p.

---

**ANEXO**



DEUS CUPIDO

## ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

**Parecer Consubstanciado  
(Final)**

<b>Protocolo nº</b>	139/06 – CEP-UFRN
<b>CAAE</b>	0119.0.051.000-06 – FR – 102925-SISNEP
<b>Projeto de Pesquisa</b>	Representações Sociais e Práticas Discursivas dos Profissionais do Programa Saúde da Família sobre o Pré-Natal
<b>Área de Conhecimento</b>	Ciências da Saúde – Enfermagem - Grupo III
<b>Pesquisador Responsável</b>	Maria Francinete de Oliveira
<b>Instituição Onde Será Realizado</b>	UFRN – Departamento de Enfermagem
<b>Revisão Ética em</b>	12 de janeiro de 2007

**Relato**

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

**Orientações ao Pesquisador:** em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
- 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
- 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
- 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

O formulário para relatório final encontra-se na página do CEP. ([www.etica.ufrn.br](http://www.etica.ufrn.br))

Natal, 18 de janeiro de 2007

Dulce Almeida  
Vice-Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

## APÊNDICES



DEUSA VÊNUS

**APÊNDICE A****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, me disponho a participar da pesquisa “Representações Sociais do Pré-Natal elaboradas por profissionais de saúde,” sob a responsabilidade da pesquisadora Susanne Pinheiro Costa (aluna do mestrado em Enfermagem). O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pela pesquisadora, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos sobre a nossa prática, especialmente sobre as questões que envolvem pontos de vista sobre Pré-Natal.
2. Seu objetivo é identificar as Representações Sociais do Pré-Natal elaboradas por profissionais de saúde.
3. Os dados serão coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: - Questionário; - Associação Livre; -Entrevista.
4. Minha participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Serei ressarcido de qualquer dano ou constrangimento que for exposto durante a pesquisa e sua publicação pela pesquisadora.

Santa Cruz, \_\_\_\_\_.

---

Participante

---

Pesquisadora

**APÊNDICE B****ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Escreva o que vem a sua mente quando escuta falar sobre o termo:

CUIDADO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

GESTAÇÃO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

PRÉ-NATAL

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C****QUESTIONÁRIO**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Profissão: \_\_\_\_\_
3. Tempo de formação: \_\_\_\_\_
4. Tempo que trabalha com pré-natal \_\_\_\_\_
5. Pós graduação: \_\_\_\_\_
6. Estado civil: \_\_\_\_\_
7. Idade: \_\_\_\_\_
8. Número de Filhos: \_\_\_\_\_
9. Religião: \_\_\_\_\_
  
10. Com que frequência participa de cursos de atualização? Alguma atualização em Pré-Natal? \_\_\_\_\_
  
11. Qual a sua opinião sobre estes cursos? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que representa para você o “Pré-natal”?
2. Qual imagem vem à mente quando pensa no pré-natal?
3. Quais as dificuldades que ocorrem no seu dia-a-dia?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)