

*MIRIAM APARECIDA DE ABREU CAVALCANTE*

*PRÉ-NATAL É PRA QUEM PODE!*

*CAMPINAS*

*2002*

**MIRIAM APARECIDA DE ABREU CAVALCANTE**

***PRÉ-NATAL É PRA QUEM PODE!***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

***Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo***

**CAMPINAS**

**2002**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

C314p Cavalcante, Miriam Aparecida de Abreu  
Pré-natal é pra quem pode! / Miriam Aparecida de Abreu  
Cavalcante. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Antonieta Keiko Kakuda Shimo  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. \*Gravidez não desejada . 2. Cuidado pré-natal. 3. \*Serviços de  
saúde das mulheres. 4. Saúde das mulheres. I. Antonieta Keiko  
Kakuda Shimo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE	FC
Nº CHAMADA	F/UNICAMP C314p
V	EX
TOMBO BC	56021
PROC.	16/124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	211,00
DATA	09/10/03
Nº CPD	

CM00190369-1

bib id 303190

---

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

---

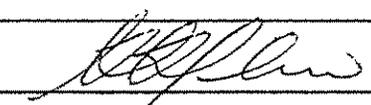
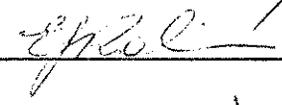
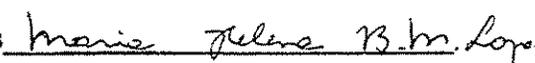
---

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Antonieta Keiko Kakuda Shimo

---

---

Membros:

1. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonieta Keiko Kakuda Shimo 
2. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eni de Jesus Rolim 
3. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Baena de Moraes Lopes 

---

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

Data: 09/12/2002

---

***Dedico este estudo***

*À minha mãe que criou seus quatro filhos com muito amor e dificuldades, lá na Usina Paredão.*

*Ao meu pai que tanto amei e de quem tenho saudade.*

*À Laura, ao Elias e ao Alfredo, meus filhos queridos.*

*Ao Elias, amor da minha vida, sempre me incentivando.*

## ***AGRADECIMENTOS***

---

À orientadora e amiga Antonieta K.K. Shimo, pela compreensão, dedicação e profissionalismo com que me acolheu;

Às professoras Maria Helena Baena de Moraes Lopes e Ana Márcia Spanó Nakano, pelas contribuições e seriedade com que trataram este trabalho;

À Universidade Estadual de Campinas e ao Departamento de Enfermagem pela oportunidade de desenvolver este estudo;

À professora Eni de Jesus Rolim, pelo incentivo que esteve presente durante toda a trajetória desta pesquisa;

À professora Valdina Marins que, durante minha formação acadêmica, sempre questionou o estudo em saúde da mulher;

Aos colegas do Mestrado, com os quais foi partilhado este aprendizado;

Às mulheres de Pilar do Sul, que aceitaram compartilhar desta busca.

	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>x</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xii</i>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1. MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO.....	15
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
2.1. HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	19
2.2. VIVENCIANDO A GRAVIDEZ.....	23
2.3. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA .....	25
2.4. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE INFANTIL.....	26
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	28
3.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	29
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	32
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	34
5.1. PROCESSO METODOLÓGICO.....	35
5.2. ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5.3. O CENÁRIO.....	37
5.3.1. O Programa de Pré-Natal.....	39
5.4. OS ATORES SOCIAIS .....	40
5.5. COLETA DE DADOS.....	40
5.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	41
<b>6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	44
6.1. A TRAJETÓRIA EM BUSCA DOS ATORES SOCIAIS.....	45
6.2. APRESENTANDO AS PARTICIPANTES.....	47
<b>7. O QUE AS MULHERES NOS REVELAM E DESVELAM</b> .....	56
7.1. VIVÊNCIA DA CONFIRMAÇÃO DE UMA GRAVIDEZ.....	58
7.1.1. Não planejada.....	58
7.1.2 Rejeitada.....	59

7.1.3. Passível de internação.....	60
7.1.4. Passivamente aceita.....	61
7.1.5. A reação do companheiro.....	62
7.1.6. A reação da família e de terceiros.....	63
<b>7.2. CONVERSA SOBRE GRAVIDEZ.....</b>	<b>64</b>
<b>7.3. O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>66</b>
7.3.1. Como enxergam o atendimento.....	66
7.3.2. Porque não realizam o Pré-Natal.....	67
7.3.2.1. Motivos econômicos.....	67
7.3.2.2. Vergonha.....	69
7.3.2.3. Por considerar desnecessário.....	69
7.3.2.4. Dificuldade de acesso geográfico.....	69
7.3.2.5. O medo do desconhecido.....	70
7.3.3. A rejeição, o arrependimento.....	70
7.3.4. Atualmente o que pensam do Pré-Natal.....	71
7.3.4.1. A confusão de valores.....	71
<b>7.4. O PROCESSO DE PARTO.....</b>	<b>72</b>
7.4.1. Sinais que identificam que o bebê está a caminho.....	72
7.4.2. Motivos para procurar o hospital para resolução da gravidez.....	72
7.4.3. Ônus por não ter feito Pré-Natal.....	73
<b>7.5. PREVENÇÃO DE UMA NOVA GRAVIDEZ.....</b>	<b>74</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>82</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

ABO-Rh	- Tipagem sanguínea
CEBRAP	- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CID	- Classificação Internacional de Doenças
DNV	- Declaração de Nascido Vivo
IgA	- Imunoglobulina A
IgG	- Imunoglobulina B
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISM	- Programa Ações Integradas de Atenção à Saúde da Mulher
PAM	- Postos de Assistência Médica
RN	- Recém nascido
SADT	- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutico
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde.
VDRL	- Venereal diseases reaction Lues: Sorologia não treponêmica para sífilis

## *LISTA DE QUADROS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1:</b> Mulheres que deram à luz no município de Pilar do Sul-SP no ano 2000 e que não realizaram consultas de pré-natal e sua situação na pesquisa.....	46
<b>Quadro 2:</b> Perfil das mulheres entrevistadas que deram à luz no ano de 2000 em Pilar do Sul -SP e que não realizaram pré-natal segundo a idade, estado civil, escolaridade, nº de filhos vivos e nº de filhos mortos fora a gestação atual, idade gestacional em semanas, ocupação, tipo de parto, índice de Apgar e peso do RN ao nascer. Fonte DNV ano de 2000.....	48



***RESUMO***

Neste estudo objetivamos identificar as representações sociais sobre gravidez e assistência à saúde de mulheres de Pilar do Sul -SP, que deram à luz no ano de 2000, e que não realizaram consultas de pré-natal. A busca foi realizada com os dados do Serviço de Informações de Nascidos Vivos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas. Através das análises dos depoimentos identificamos cinco importantes temáticas: vivência da confirmação de uma gravidez, conversa sobre a gravidez, o atendimento pré-natal, o processo de parto e prevenção de nova gravidez, cuja análise fundamentou-se na teoria das Representações Sociais. As mulheres nos relataram uma gravidez não planejada, passível de interrupção. Apesar de conhecerem os métodos anticoncepcionais não faziam uso ou quando faziam era de forma inadequada. As mulheres referiram ser culpadas pela gravidez, criticadas por amigos e parentes. Relataram dificuldades econômicas para a criação dos filhos. Levaram a gravidez adiante, resignadas. Verbalizaram sentimentos ambíguos. Os partos foram normais, alguns ocorreram no domicílio, porém solicitaram e receberam ajuda de instituição de saúde para finalizar o processo de parto. Na ocasião da pesquisa, fora do estado gestacional, algumas mostraram-se arrependidas e culpadas pelo não comparecimento às consultas de pré-natal, vinculando essas à saúde do bebê. Não estavam fazendo uso de método anticoncepcional. Citaram ocorrência de laqueadura durante o parto. Notamos as mulheres da pesquisa sozinhas, a maioria não teve apoio do companheiro e foi criticada pela comunidade. Elas não conhecem os seus direitos. Há necessidade de resgate da sua cidadania.

Palavras-chave: gravidez não desejada, saúde das mulheres, cuidado pré-natal, serviço de saúde das mulheres.



***ABSTRACT***

In this study, we have aimed to identify the social representations on pregnancy and assistance to women's health in Pilar do Sul -SP, those who gave birth in 2000 and did not attend prenatal appointments. This research used data from SINASC (Live Births Information Service). It is a descriptive exploratory study, with qualitative approach. The data were collected in semi-structured interviews. Analyzing the statements, we have identified five important themes: experiencing the confirmation of pregnancy, talking about pregnancy, prenatal assistance, going through delivery process and avoiding new pregnancy. The analysis was based on the theory of Social Representations. The women told us about non-planned pregnancies, subject to interruption. Although they knew the contraceptive methods, they did not use them, or did it precariously. They felt guilty about the pregnancy, having been criticized by friends and relatives for it. They related economic difficulties in raising their children. They carried on with pregnancy in resignation. They expressed ambiguous feelings. They had normal deliveries, some at home, but they asked for and received help from the health institution for the finalization of the delivery process. During the interviews, out of their gestation state, some of these mothers showed regret and guilt for not having attended prenatal appointments, connecting these to the baby's health. They were not making use of contraceptives. They mentioned occurrence of tubal sterilization during delivery. We noticed the women to be on their own; most did not have the partner's support and were criticized by the community. They do not know their rights. There is a need for strengthening their citizenship.

Key words: unwanted pregnancy; women's health; prenatal care; women's health service.



## ***1. INTRODUÇÃO***

## 1.1. MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Trabalhando em maternidade com convênio Sistema Único de Saúde (SUS), notamos que as parturientes, ao dar entrada no hospital, traziam consigo vários sentimentos como medo, angústia, insegurança e ansiedade.

Percebemos que essas mulheres são entregues na porta do hospital e ali confiadas à própria sorte. Percebemos também que algumas olhavam para o que deixaram para trás, seu companheiro, sua mãe, sua família, sua moradia e acatavam a voz do funcionário (vamos lá!)

A maioria das parturientes admitida para a resolução do parto participava passivamente dos procedimentos realizados como: aferição de pressão arterial, palpação do dorso fetal, ausculta dos batimentos cardíofetais, mensuração da altura uterina, toque obstétrico vaginal, amnioscopia, tricotomia dos pêlos pubianos e enteroclisma.

Entretanto não questionavam, como se àqueles procedimentos fossem ‘normais’,

Nas instituições de saúde, freqüentemente, o atendimento à clientela é marcadamente ritualizado, as mulheres submetem-se aos procedimentos estabelecidos pelas rotinas institucionais. A clientela torna-se propriedade da equipe, que lhes dita normas. Assim, as instituições exibem sua própria cultura atendendo muito pouco à pessoa e muito mais seus interesses (BONADIO,1996, p. 8).

NASCIMENTO et al. (1997) quando analisam as mudanças nas condições do parto, advindas com a implementação de suporte científico tecnológico nem sempre acompanhadas de humanismo, observam que:

O preço destas condições configurou-se na transformação do papel da mulher de ‘sujeito’ para ‘objeto’ no processo. A mulher passou a ser submetida às rotinas hospitalares, muitas vezes desnecessárias, foi separada do marido, dos familiares e das pessoas amigas, aumentando assim a incerteza, a insegurança, e o medo acerca do processo do nascimento (p.158).

Apesar de melhorias alcançadas na qualidade de vida, na medicina de acordo com ILLICH (1975), saberes culturais foram relegados e não foram considerados importantes:

A medicina, desde o seu advento como profissão moderna, tomou para si a responsabilidade de manter a saúde e curar a doença, de fazer nascer e evitar a qualquer custo a morte. Dessa forma, construiu-se um conhecimento que deu conta de muitas doenças, ampliou a esperança de vida ao nascer, enfim, melhorou a qualidade de saúde e da vida, mas também expropriou o saber e a confiança das coletividades acerca de suas próprias práticas de saúde (p.144).

A região em que estamos inseridas mantém em funcionamento o programa de assistência à gestante que, no Estado de São Paulo é, desde 1985, norteada pelo Programa Ações Integradas de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 1986) e tem entre os seus objetivos:

- reduzir índices de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- garantir acesso aos serviços de diferentes complexidades;
- ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência pré-natal;
- realizar ações de educação participativa.

Ainda assim, admitimos mulheres com baixo número de consultas ou ainda nenhum atendimento em período gestacional.

As mulheres que não tem carteira de pré-natal ou apresentavam-na com baixo número de consultas recebem por parte dos profissionais da saúde da maternidade, observações recriminatórias. Outras vezes, algumas mulheres são alertadas pelo fato como relevante nesse momento.

As mulheres que freqüentam o programa de pré-natal entregam suas carteiras de acompanhamento gestacional de maneira quase automática. Como, talvez, mais uma etapa de um ritual de passagem do estado de gravidez para o de mãe desse bebê a caminho.

Acreditamos que o momento da internação para a resolução do parto não seja apropriado para a investigação dos motivos que as levam ou não à adesão ao programa de pré-natal, porém, cremos, enquanto profissionais de saúde e embasados na literatura, que a assistência pré-natal de boa qualidade previne e reduz a morbi-mortalidade materna e neonatal.

De acordo com os dados fornecidos pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do município, com base no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), “software” do Ministério da Saúde implantado no município desde 1997, ocorreram no ano de 2000, 566 nascimentos. Utilizamos a DNV<sup>1</sup>, para estabelecermos a relação de consulta por gestante.

Desta forma, encontramos 24 mulheres que declararam nenhuma consulta de pré-natal, 43 mulheres declararam de uma a três consultas de pré-natal, 221 mulheres declararam quatro a seis consultas de pré-natal e 275 declararam sete ou mais consultas de pré-natal e, ainda três DNV, nas quais constava o número de consultas de pré-natal como ignorado.

Era a nossa preocupação conhecer os motivos que levaram essas mulheres absterem-se de oportunidades e direitos para si e para seu conceito, às vezes até colocando em risco sua vida e a de seu bebê. Caso os resultados mostrassem a qualidade da assistência como um dos motivos, investigação apropriada para avaliar o serviço seria necessária para que pudesse haver investimentos na melhoria dessa mesma assistência.

---

<sup>1</sup> A DNV é um instrumento que descreve características do parto, da parturiente e do recém nascido. A responsabilidade pelo preenchimento da declaração é da maternidade onde nasceu a criança ou no caso de partos fora do ambiente hospitalar, do oficial do cartório civil onde a criança foi registrada. A declaração é sempre emitida em três vias. Em partos hospitalares a primeira via fica em poder da maternidade que poderá ser recolhida pela Secretaria Estadual de Saúde, e as duas outras destinam-se ao cartório civil onde será registrada a criança e ao serviço de saúde que irá acompanhar a criança. No caso de partos não hospitalares, as duas primeiras vias ficam no cartório civil e a outra se destina ao serviço de saúde. No Estado de São Paulo, em todos os casos, o cartório civil encaminha a segunda via da declaração à Fundação Seade para seu armazenamento e processamento. (BRASIL,1996).



Para fundamentarmos este estudo consideramos importante a compreensão do contexto e a finalidade em que foi criada a assistência pré-natal, a relação entre a assistência pré-natal e a morbidade materna e infantil.

## **2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Na história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil é tradicionalmente uma área prioritária, com atenção voltada aos cuidados durante a gestação, ou seja, a mulher enquanto reprodutora, "A assistência pré-natal nasce associada à idéia de puericultura intra-útero e ao conceito de saúde materno-infantil" (VIEIRA, 1999, p.74) em que a mulher era considerada somente como um invólucro para conter o bebê, que deveria nascer saudável e sobreviver.

No Brasil, em 1983, o PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem propondo um atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, reconhecendo o atendimento pré-natal como um importante componente pelo seu impacto e transcendência de atividades destinadas a esse grupo (OSIS, 1998).

O enfoque central dos programas materno-infantis estava em intervir sobre os corpos das mulheres mães, de modo a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados à necessidade da reprodução social (OSIS,1994).

Desde os anos 70 incrementou-se no Brasil a discussão sobre a relação entre a saúde da mulher e sua inserção social. As buscas femininas pelo reconhecimento da relação entre a luta pela saúde e o resgate do papel de sujeito das mulheres exerceu marcante influência na elaboração do PAISM publicado pelo Ministério da Saúde em 1984, sendo que nessa época o MS admite que a assistência prestada vinha restringindo-se quase exclusivamente ao ciclo gravídico-puerperal (AGUIAR, 1996/1997).

O PAISM propõe uma nova racionalidade de trabalho, comprometida com a melhoria da qualidade de vida das mulheres em todas as fases da vida, numa abordagem multidisciplinar dos problemas. Preconiza atividades educativas em grupos que buscam romper o histórico isolamento das mulheres no âmbito das tarefas domésticas, a mudança

no modelo assistencial é intrínseca à proposta de transformação nas relações entre profissionais e usuárias e consonante com a necessidade de que a reformulação do sistema de saúde brasileiro, referendada na Constituição de 1988, supere a mera reorganização administrativa (AGUIAR, 1996/1997).

Neste contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério. Ainda à abordagem dos problemas desde a adolescência até a terceira idade, controle de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. Entretanto como as ações relativas ao pré-natal já se encontravam incorporadas ao atendimento da rede de saúde, o início da implementação poderia se dar pelo investimento na melhoria dessas ações (OSIS, 1994).

O PAISM foi elaborado com base em experiência desenvolvida a partir de 1983 no Estado de São Paulo, por um grupo de trabalho composto de representantes do movimento feminista, representantes da pastoral da família, da Universidade Estadual de Campinas, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e Fundação Carlos Chagas. Esta experiência inicial, implantada no Estado de São Paulo, foi influenciada pelas cobranças do movimento de mulheres, das usuárias dos serviços, dos profissionais de saúde e das promessas de campanha do governador eleito André Franco Montoro (SILVER, 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco da saúde no Brasil, através da Reforma Sanitária. Foram fundamentados os princípios da universalização, hierarquização e regionalização do setor saúde. O artigo 196 da Constituição da República do Brasil promulgada em 05/10/1988 diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1986).

O objetivo do acompanhamento pré-natal está em prevenir, tratar e atender às necessidades das gestantes contribuindo para que, mãe e feto, cheguem a termo em boas condições de saúde. Porém, dados do Ministério da Saúde revelam que:

Apenas 19% dos estados brasileiros apresentam cobertura de pré-natal acima de 40% e 9,7% das mortes maternas no Brasil resultam de complicações decorrentes do aborto provocado. É inaceitável todo este descaso com a assistência à mulher no período pré e perinatal, quando se sabe, que cerca de 60% da mortalidade infantil é devida a causas ligadas à gestação e ao parto... (NOGUEIRA,1994, p.17).

O Ministério da Saúde preconizou, em 1986, a média de cinco consultas de pré-natal e captação precoce da gestante que deve acontecer no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 1986).

Os manuais técnicos do Ministério da Saúde salientam a importância do acompanhamento da gestante e a precocidade desta intervenção. Quanto ao calendário de consultas para o pré-natal de baixo risco, aqueles ressaltam que o intervalo deve ser a cada quatro semanas e a cada quinze dias após a 36<sup>a</sup> semana de idade gestacional (SCHIRMER, 2000).

Considerando-se a importância da cobertura como resposta para os índices de mortalidade, destacamos TANAKA (1995) que, ao analisar o atendimento no ciclo gravídico-puerperal, demonstrou que o expressivo avanço tecnológico e a conseqüente incorporação massificada de equipamentos repercutem num consumo de tecnologia de saúde, levando a clínica a segundo plano e ainda à universalização do atendimento médico. Esses fatores geraram nas instituições, a preocupação com a cobrança dos serviços prestados, resultando em atendimento não individualizado, em que a qualidade corre o risco de ser confundida com a quantidade.

Ainda, segundo a mesma autora, o resultado é a produção de prontuários pobres em informações clínicas norteadoras de condutas.

Em estudo de avaliação do programa de pré-natal, no período de julho de 1993 a julho de 1994, em Pelotas, RS, encontraram uma média de 4,7 consultas por gestante e cobertura do programa de 35% entre moradoras da Vila Municipal, o que foi considerado pelos autores como baixa concentração de consultas e baixa captação de gestantes.

Os critérios utilizados para considerar o pré-natal adequado foram quando a gestante realizava mais que cinco consultas e seu ingresso no programa antes do quinto mês de gestação, o que resultou no índice de 40% de pré-natal adequado (DIAS-DA-COSTA e CARDOSO, 1996).

HALPERN et al. (1998), em estudo realizado em maternidade no município de Pelotas, RS, em 1993, destacam uma cobertura pré-natal de 95% e média de sete consultas e que 85% das mulheres iniciaram o pré-natal antes do quinto mês de gestação. Porém, observaram que a ausência ao pré-natal foi maior entre as mulheres mais pobres e ocorrendo também a inversão de cuidados, pois, considerando que, em relação ao risco gestacional, 25% das mulheres de alto risco receberam uma atenção pré-natal considerada inadequada, enquanto as de baixo risco, esta proporção era menos de 10%.

Notamos que no mesmo município e período, serviços de Saúde Pública podem apresentar diferença na cobertura e média de consultas.

O usuário do sistema público faz opção por local de atendimento não somente pela localização geográfica mas, também, pela qualidade de atendimento (SANTOS et al., 2000).

Em um estudo transversal realizado em março e abril de 1997, em Pelotas RS, critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal através de entrevista às mães no pós-parto imediato foram procurados. Para 85% destas, o serviço de saúde mais próximo de casa era um posto de saúde. No entanto 52,2% não utilizaram esse local para as consultas e, destas, 37,4% alegaram como motivo a má qualidade de atendimento (SANTOS, et al., 2000).

Nesse momento refletimos sobre a visão das mulheres grávidas ao decidirem procurar ou não assistência à saúde. O que desejam essas mulheres? Por que elas comparecem ou não ao pré-natal? O que as afastam ou as inibem nessa procura? Ou as incentivam à negação? Será que o serviço não as acolhe de maneira esperada? O que esperam?

NASCIMENTO, et al. (1997) nos dizem que o pré-natal deve atender às necessidades físicas, psicológicas e educacionais, reconhecer as informações familiares positivas, desmistificando as negativas, facilitando a aceitação dos serviços de saúde.

Entretanto, os serviços de saúde que oferecem a assistência pré-natal, na grande maioria, estão muito aquém dessa proposta. Segundo OBA e TAVARES (2000), muitas vezes as preocupações das mulheres são tratadas como normais, não se considerando os aspectos individuais e ainda há desarticulação entre o períodos pré-natal, parto e puerpério.

## **2.2. VIVENCIANDO A GRAVIDEZ**

Procuraremos refletir o fenômeno a ser estudado a partir da ótica da mulher grávida, na intenção de observá-la como pessoa, mulher, num momento de sua vida, vivendo e experimentando uma situação singular.

O período da gravidez de acordo com MARCON (1995) é vivenciado pelas mulheres como um processo, uma vez que suas percepções se alteram durante o avanço da gravidez, demonstrando tratar-se de um processo dinâmico, vinculado ao tempo e ao espaço.

Segundo a mesma autora, quando a mulher se descobre grávida a decisão mais importante é se continua ou não grávida, o que envolve questões menores, tais como a de iniciar ou não, freqüentar ou não um serviço de pré-natal.

Salienta CARVALHO (1994) que "não pretendem apenas assistir passivamente ao desenrolar de uma novela na qual não ocupam o papel de protagonistas" (p 29).

Ainda, de acordo com MARCON (1995) "vivenciando a gravidez" se dá como parte da vivência do "processo de vida da mulher", o qual é formado pelo conjunto das várias áreas de sua vida e suas interrelações e observa que vivenciar a gravidez é única para cada mulher e para cada gravidez e como ela vai se sentir e reagir vai depender da experiência da gravidez anterior e o contexto em que ela se encontra na gravidez atual com destaque para o ambiente familiar, cultural, social, econômico, histórico e político.

Segundo BONADIO et al. (1997) "esta mulher já vem de um núcleo familiar, ou está formando um novo, que está inserido em uma conjuntura social e cultural mais ampla" (p.1).

Quais seriam as questões que envolvem estar grávida ou sentir-se grávida?

De acordo com KITZINGER (1978), na nossa sociedade, não existe um ritual de passagem ou uma comemoração, como em determinadas culturas. A mulher grávida é tratada como doente, objeto de cuidados médicos, como alguém com problemas de saúde ou que sofre de alguma deficiência. De acordo com esta autora, o que se nota é a perda de autonomia da mulher na sua percepção de corpo e de tomada de decisões como "pode deixar de se sentir criadora ativa", pois pode perceber seu corpo somente como recipiente para o feto, controlado pelo pessoal e por máquinas dos serviços de obstetrícia.

Este corpo responsável pela procriação apresenta sintomas que precisam ser tratados, medicalizado para que esteja em boas condições para gestar, parir e aleitar (ILLCH,1975).

Desta maneira percebemos a perda da identidade da mulher, uma vez que pouco ou nada de seu corpo lhe é familiar e íntimo. O corpo da mulher tornou-se propriedade médica, os conhecimentos da mulher são desprezados assim como é pouca sua participação na gestação. Não há trocas de experiências entre as pessoas da comunidade. Neste momento os serviços e os profissionais de saúde é que se tornam importantes (PEREIRA,2000).

A perda da autonomia resulta em maior dependência da equipe médica, completando o ciclo da medicalização.

Quanto mais o parto for conduzido por especialistas, maior será a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afetado por fatores externos e sociais e não por fatores internos provenientes do seu próprio corpo (KITZINGER, 1978,p.86).

Para que o cuidado pré-natal atenda às necessidades da pessoa que o busca, conforme BONADIO e TSUNECIRO (2000), é importante que a mulher seja vista como causa, razão, motivo do cuidado profissional e não apenas como aquela que sofre ou é objeto de uma ação.

NASCIMENTO et al. (1997) referem que por serem a gestação e o parto experiências marcantes na vida da mulher, podem deixar saldos negativos, como entre outros: medo de ficar grávida outra vez, depressão pós-parto, negação do serviço de saúde,

rejeição ao filho e frigeidez. Ainda que as mulheres com vivências negativas passam para as outras, o que pode gerar incertezas e medos.

O Ministério da Saúde reconhece que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vida reprodutiva de homens e mulheres como um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também a família como a comunidade. Constituem uma experiência significativa, positiva e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL,2000).

### **2.3. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a mortalidade materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido à causas acidentais ou incidentais (O M S, 1996).

De acordo com TANAKA (1995), a possibilidade de se evitar a mortalidade materna está ligada diretamente à oportunidade e a qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério.

Quanto às causas de morte materna elas são, do ponto de vista clínico e obstétrico, separadas em dois grandes grupos. No primeiro estão as chamadas causas obstétricas diretas, que são as complicações específicas do ciclo gravídico puerperal, como, por exemplo o descolamento prematuro da placenta e a hemorragia que a ela se segue, a hipertensão específica da gravidez; os traumatismos de parto, e as complicações do aborto. No outro grupo estão as chamadas obstétricas indiretas, representadas por doenças gerais, não específicas do ciclo gravídico-puerperal, mas que podem levar a complicações deste estado, como, por exemplo, diabetes, cardiopatias, doenças infecciosas, doenças respiratórias crônicas e várias outras (Classificação Internacional de Doenças – CID – 10<sup>a</sup> Revisão, LAURENTI, 1998).

Nota-se que a mortalidade materna está estreitamente ligada à atenção pré-natal, parto e puerpério. Como cita LAURENTI (1998), as causas obstétricas diretas, ou suas complicações, são perfeitamente preveníveis por uma boa assistência do pré-natal e do parto. As outras doenças que podem complicar a gestação e o parto as obstétricas indiretas

podem ser controladas ou compensadas no pré-natal, quando há um bom acompanhamento dos casos.

Em estudo feito em Uberlândia – MG, em 1997, com o objetivo de caracterizar a mortalidade materna, inclusive tardia ou seja, no período de 42 dias a um ano após o término da gestação, constatou-se que, da totalidade dos óbitos maternos obstétricos, as mulheres do estudo tiveram acesso ao pré-natal e parto hospitalar, que se mostraram inadequados, principalmente nos casos de maior risco para a morte materna. Considerou-se todos os óbitos evitáveis, sendo que havia tecnologia disponível para impedi-los (REZENDE et al.,2000).

#### **2.4. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE INFANTIL**

DE LORENZI et al. (2001) comentam a importância do estudo da natimortalidade como fator que reflete diretamente a qualidade de assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e, de acordo com os autores, nos países desenvolvidos predominam as perdas perinatais relacionadas com causas de difícil prevenção, entre elas as malformações congênitas, os acidentes de cordão umbilical, o descolamento prematuro da placenta. No Brasil as principais causas são as afecções passíveis de prevenção, das quais destacam-se os toco-traumatismos, patologias maternas (síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, infecções congênitas etc.) e, por fim, a asfixia perinatal .

Em 1999 o coeficiente de mortalidade infantil continuou caindo no Estado de São Paulo. Nos últimos anos, de 1994 até 1999, esta queda tem sido bastante acentuada, passando de um coeficiente de 25,3 para os atuais 17,5 por mil nascidos vivos, uma redução de 30,7% que ocorreu, apesar da mudança do perfil da mortalidade infantil, com predomínio da mortalidade neonatal e principalmente do componente neonatal precoce. Certamente podemos considerar que o SUS contribuiu para esta queda, melhorando o acesso das mulheres e das crianças a serviços que atendem à gestação, ao parto e o primeiro ano de vida (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2001).

BETTIOL et al. (1998), em estudo de indicadores de saúde no município de Ribeirão Preto do ano de 1994, comparando com dados de 1978-79 observaram que houve uma diminuição importante da proporção de mães que não fizeram o pré-natal de 2,6% em 1994 contra 8,8% em 1978-79. Observaram também a queda da mortalidade infantil, sendo 16,9% e 35,3%, respectivamente. Apesar das melhorias nos índices elevou-se a proporção de partos em adolescentes, parto pré-termo, de baixo peso ao nascer e cesarianas.

HALPERN et al. (1998), em estudo realizado em Pelotas, constataram que a incidência de baixo peso ao nascer no grupo que não fez pré-natal foi 2,5 vezes maior comparado com as mães que realizaram cinco ou mais consultas. Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade perinatal foi três vezes maior entre as mães que não realizaram pré-natal.

MONTEIRO et al. (2000), analisando o peso dos recém-nascidos na cidade de São Paulo, no período de 1976-1998, constataram evidências de evolução desigual do peso ao nascer, segundo o nível socioeconômico da população e que, nos estratos baixos, houve uma evolução favorável e, segundo os autores, isso se deve, aparentemente, ao melhor desempenho do crescimento intra-uterino, o qual poderia decorrer de melhorias em condições econômicas (sem no entanto o autor explicar com clareza quais foram essas melhorias e quais os parâmetros utilizados), no peso e altura das gestantes, na assistência pré-natal e possivelmente no declínio no hábito de fumar. A não realização do pré-natal ou menos de cinco consultas pré-natais, mães vivendo sem o companheiro e mães fumantes foram condições associadas a um aumento de cerca de duas vezes no risco de baixo peso ao nascer.



### ***3. REFERENCIAL TEÓRICO***

### 3.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nossa preocupação consiste em desvelar os motivos ou as justificativas da não-adesão de um grupo de mulheres grávidas em relação ao serviço de assistência pré-natal existente e oferecido à população no município de Pilar do Sul.

Procuraremos investigar o que representa o atendimento do programa de pré-natal para essas mulheres e o que estas acreditavam ser este atendimento e, ainda, o que a gravidez e esta passagem de papel de mulher não grávida para mulher grávida/mãe significou e representou para elas.

Na busca de uma fundamentação para compreender esse fenômeno acreditamos ser a teoria das Representações Sociais uma estratégia que nos permite ver a sociedade pensante em que:

Os indivíduos não são apenas processadores de informações nem meros 'portadores' de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, mediante inumeráveis episódios cotidianos de interação social (SÁ,1993 p.28).

Produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmos (MOSCOVICI<sup>2</sup>,1984).

O conceito de Representação Social foi resgatado e introduzido na psicologia social por Moscovici, através do estudo "A psicanálise, sua imagem e seu público" publicado em Paris, no início da década de 70 e posteriormente, em 1978, no Brasil com o título: "**A Representação social da psicanálise**", em que define Representações Sociais como "uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (MOSCOVICI, 1978, p.26).

O estudo sobre Representações Sociais, segundo FAAR (1995), foi uma contribuição para a sociologia do conhecimento, e aponta que Moscovici estava interessado em observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento que, neste caso, foi a psicanálise, espalha-se dentro de uma população humana.

---

<sup>2</sup> MOSCOVICI, (1984) *apud* SÁ, P.C, Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria In: SPINK et al. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993.p.19-45.

Acrescenta que somente vale a pena estudar uma representação social se esta estiver relativamente difundida dentro da cultura em que o estudo é feito e isso era verdadeiro na França, em 1950.

JODELET<sup>3</sup> (1984) define representações sociais como “constituídas de modalidades de pensamento prático, orientadas em direção à comunicação, compreensão e domínio do meio social, material e ideal e imaginário”.

Coloca também que, à medida em que apreendemos os acontecimentos, as pessoas, as características do ambiente, as idéias que permeiam nossa realidade, a representação social se constitui de um conhecimento de senso comum que é a construção que vem de nossas experiências, das informações que recebemos, da educação e da nossa tradição que elaboramos e compartilhamos socialmente.

Para LANE (1986), representação é aquilo que nos permite explicar o mundo ao nosso redor, é ação, experiência e conhecimento de um objeto ou situação e os significados que atribuímos a estes.

Representação Social é um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originaram no cotidiano através de comunicações interindividuais; contribui para a formação de condutas e a orientação das comunicações sociais, pode ser compreendida como a teoria do senso comum designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social (MOSCOVICI, 1978).

Estas representações se encontram no imaginário individual das pessoas, tornando-se sociais porque apresentam semelhanças, e que: “as representações sociais, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana” (MOSCOVICI, 1978).

---

<sup>3</sup> JODELET (1984) *apud* FERREIRA, H. C. **Um novo tempo e as representações sobre o cuidar da mulher no período perinatal**, São Paulo. 2000. ( Tese - doutorado - Universidade de São Paulo).

Segundo o mesmo autor,

A Representação social é um ‘corpus’ organizado de conhecimentos e uma atividade psíquica, na qual os homens tornam inteligível a realidade física e social e se inserem num grupo ou em ligações cotidianas de trocas. Elas determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores e das idéias presentes nas visões compartilhadas por grupos, cujo produto são as condutas desejáveis ou admitidas. (p.28).

SPINK (1993, p. 89) esclarece que não basta apenas focar o fenômeno no nível intra-individual (como o sujeito o processa a informação), ou social (as ideologias, mitos, crenças que circulam uma determinada sociedade). É necessário entendermos como o pensamento individual se enraíza no social e como um e outro se modificam mutuamente.

Cabe assinalar que o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade em familiar.

O que quero dizer é que os universos consensuais são lugares onde todos querem se sentir em casa, a salvo de qualquer risco de atrito ou disputa. Tudo o que é aí dito e feito apenas confirma crenças e interpretações adquiridas, corrobora mais do que contradiz a tradição” (Moscovici ,1978).

Jodelet<sup>4</sup> (1984) diz que as Representações Sociais ,

São imagens que permitem interpretar o que acontece conosco e até dá um sentido inesperado; são categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e os indivíduos com os quais nos relacionamos; são teorias que permitem estabelecer opiniões sobre estas e quando as entendemos, na realidade concreta da vida social, formam uma totalidade.

Assim, pretendemos adentrar no universo destas mulheres, para podermos observar como elas representam a gravidez e neste contexto, como percebem o conhecimento científico em termos de assistência pré-natal como garantia de sua saúde e de seu filho e como este foi reapropriado e reconstruído de acordo com seu meio cultural, sua realidade, seus conhecimentos, seus valores e sua história.

---

<sup>4</sup> JODELET 1984 *apud* FERREIRA, H. C. **Um novo tempo e as representações sobre o cuidar** da mulher no período perinatal, São Paulo. 2000. ( Tese - doutorado - Universidade de São Paulo).



## ***4. OBJETIVOS***

- Identificar as representações sociais sobre gravidez e assistência à saúde em um grupo de mulheres que deram à luz no ano de 2000 no município de Pilar do Sul-SP e que não procuraram assistência pré-natal.
- Identificar os motivos que levaram essas mulheres a não procurar assistência pré-natal.



## ***5. METODOLOGIA***

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, conforme cita MINAYO (1996, p.16). Assim, a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitem a construção da realidade.

## 5.1. PROCESSO METODOLÓGICO

Neste estudo ouvimos pessoas que, no momento, não estavam utilizando o programa de pré-natal. Esta estratégia pode nos mostrar algum indício de indicador da qualidade do serviço prestado, pois como não estavam necessitando do serviço de saúde naquele momento, acreditamos que nessas situações, as respostas provavelmente têm menos conotação de querer agradar a instituição.

Entretanto, nesse momento, não é nosso objetivo avaliarmos a qualidade do serviço.

Entendemos que esta estratégia de investigação poderá ser estendida a realidades que dizem respeito a outras situações, dentro do sistema de saúde, em que a clientela não está no momento, aparentemente, necessitando do serviço e, portanto, acreditamos que possa se expressar de maneira menos comprometida.

A escolha do método qualitativo de pesquisa justificou-se porque:

este se refere aos métodos e técnicas de observação, documentação, análise e interpretação em profundidade, de atributos, padrões, características, valores, crenças, pensamentos e significados relativos aos aspectos específicos de um fenômeno em estudo, tais como eventos humanos, situações de vida, experiências, símbolos, rituais, visões de mundo (LENINGER<sup>5</sup>,1989).

Os métodos qualitativos de pesquisas são úteis, pois segundo ANDRÉ (1983 p.67), "permitem apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural..., capturar os diferentes significados das experiências vividas...".

---

<sup>5</sup> LENINGER *apud* VAN DER SAND, I. C. P. **O bem-estar da criança sempre em primeiro lugar - o processo de alimentação do lactente sob a ótica de mulheres-mães de Ijuí-RS.** São Paulo.1999. (Dissertação – Mestrado - Universidade de São Paulo).

HAGUETTE (1990) privilegia as metodologias qualitativas, com relevância dos aspectos subjetivos da ação social. O grande desafio para a autora não é o domínio dos métodos e técnicas, mas sim a minuciosa visão de mundo, entendida como pré-requisito fundamental para a atividade do pesquisador.

Segundo VICTORA et al. (2000), os métodos qualitativos da pesquisa são utilizados para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um grupo, propiciando o conhecimento profundo, o que possibilita a compreensão de comportamentos.

HAGUETTE (1990) ainda nos traz que a pesquisa qualitativa possibilita uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto de maior relevância do aspecto subjetivo da ação social em face da configuração das estruturas sociais.

Conforme MINAYO (1994, p.21), a pesquisa qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ser quantificada. O universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os autores que seguem a mesma idéia estão preocupados, segundo FERREIRA (2000, p.27),

em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Eles trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Nesse ponto de vista, a linguagem, as ações e as concepções estão interligadas.

## **5.2. ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa em questão foi feita respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL,1998).

Desta forma os sujeitos foram apresentados à pesquisadora e convidados a participar recebendo esclarecimentos sobre os objetivos e finalidades do estudo, bem como liberdade de participação e desistência se assim desejassem. Foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento (ANEXO 01), após todos os esclarecimentos necessários.

Obtivemos a anuência da Diretoria Municipal de Saúde de Pilar do Sul -SP para realizarmos a coleta de dados referentes ao ano de 2000 no Programa de Saúde da Mulher (ANEXO 2).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas, em 15 de fevereiro de 2002, sendo aprovado em 19/03/2002.

### **5.3. O CENÁRIO**

O município de Pilar do Sul localiza-se na região Sul do Estado de São Paulo, na Bacia do Paranapanema, distante 150 Km da capital. O seu acesso se dá pelas rodovias estaduais: Presidente Castelo Branco, Raposo Tavares, Francisco José Ayub, Nestor Fogaça, José Almeida Rosa, José Waldemar Mazzer. A extensão territorial do município é de 697 Km<sup>2</sup>, sendo 8,79 Km<sup>2</sup> (1,30%) de área urbana e 688,21 Km<sup>2</sup> (98,70%) rural.

Pilar do Sul faz divisa ao norte com o município de Sarapuí, ao sul com Tapiraí, a leste com as cidades de Piedade e Salto de Pirapora e a oeste com São Miguel Arcanjo e Itapetininga.

Sua topografia apresenta ondulações e é coberto por extensa vegetação de Mata Atlântica, campos e cerrados, que perfaz 33,33% do seu território – 232,33 (Km<sup>2</sup>). Possui importantes áreas preservadas por legislação estadual e municipal, dentre elas: APA da Serra do Mar, Parque Natural Água Santa, Reserva Ecológica Paineiras.

O município tem uma altitude média de 670 metros acima do nível do mar e o ponto mais alto se encontra na Serra da Paranapiacaba, onde chega a atingir 1.000 metros. Pilar é banhado por importante bacia hidrográfica composta por vários rios e ribeirões sendo seus principais rios: Turvo do Pinhal, Claro, Turvinho e Itapetininga, o que lhe permite ser fornecedora do Rio Paranapanema.

Sua localização é favorecida também pela rede de estradas que a interliga aos demais municípios vizinhos, sendo os principais acessos rodoviários a SP 264, SP 250, SP-093, Rodovia Castelo Branco e Raposo Tavares.

A zona rural é composta por 25 (vinte e cinco) bairros, enquanto que a zona urbana tem 16 (dezesesseis), com predominância dos conjuntos habitacionais populares.

A população do município de acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados, está assim distribuída: homens 12.352 (51,57 % ) e mulheres 11.597 (48,42%) (Seade,2001).

É uma população jovem e na faixa de 20 a 59 anos encontramos 47,58% do total de munícipes de acordo com o censo realizado em 2000 (Seade, 2001).

Apesar de suas características urbanas, mantém 27% da sua população na zona rural, garantindo o sistema econômico do município, que se baseia na agricultura e na agropecuária.

A história da saúde institucionalizada no município data de 1950 com criação de um posto de assistência médica à Rua 5 de novembro, com um médico, um atendente de enfermagem, um servente e um agente sanitário. Os funcionários eram estaduais.

No ano de 2000, o município contava com:

- uma unidade básica de saúde na região central (Centro de Saúde II)
- Dois Postos de Assistência Médica (P.A.M.) na periferia:
  - P.A.M I, localizado à Avenida Antônio Lacerda, 50, Bairro Campo Grande.
  - P.A.M II, localizado à Estrada Pilar do Sul a Piedade, no Bairro da Paineira.
- um consultório odontológico no Bairro do Pinhal.
- Santa Casa de Misericórdia de Pilar do Sul, entidade mantida pela Irmandade de Misericórdia de Pilar do Sul inaugurada em agosto de 1993, onde são prestados os seguintes serviços de saúde, SUS e outros Convênios:
  - atendimento de urgência e emergência

- internações em:

# clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica e obstétrica,

# serviços de análises clínicas e radiologia.

A Prefeitura Municipal de Pilar do Sul repassou para a Irmandade no ano de 2000 uma verba de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês, sob convênio para subvenção da Santa Casa de Misericórdia que se comprometeu, em contrapartida, com o atendimento emergencial da população e suporte nos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutico (SADT) à rede básica do município.

Iniciou os serviços da Vigilância Sanitária pela Lei Municipal 1184 de 21 de Fevereiro de 1994, e da Vigilância Epidemiológica pela Lei Municipal 1344 de 18 de agosto de 1997 (CAVALCANTE, 2001).<sup>6</sup>

### **5.3.1. O programa de pré-natal**

As consultas de pré-natal de baixo risco são realizadas nas unidades básicas de saúde - Centro de Saúde II e P.A.M I e o pré-natal de alto risco é referenciado e atendido no ambulatório de especialidades médicas em Sorocaba, SP.

O quadro de funcionários no ano de 2000 para o atendimento do Programa de Saúde da Mulher era de quatro médicos ginecologistas e três auxiliares de enfermagem exclusivas para o programa. Contava com apoio e suporte de outros programas e serviços comuns.

Os consultórios para o atendimento pré-natal contavam com escrivaninha, cadeira para o profissional que atende à mulher e cadeira para a paciente, é dividido em dois ambientes por biombos, sendo que um é destinado à entrevista e outro para o exame físico e ginecológico, onde há uma mesa ginecológica, banco giratório, foco de luz, detector sonar, balança, régua antropométrica, fita métrica e esfigmomanômetro.

---

<sup>6</sup> CAVALCANTE, M.A.A. Plano Municipal de Saúde. 2001. Disponível na Diretoria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Pilar do Sul – SP. Não publicado.

Ainda neste ambiente contava com armário para guarda de materiais tais como espéculos, gazes, luvas, material para inserção de dispositivo intra-uterino (DIU).

Os quatro consultórios do município estavam assim distribuídos:

- um no P.A.M I,
- Três no Centro de Saúde II; um destinado ao exame de ultra-sonografia, um destinado a consultas ginecológicas e obstétricas e outro para coleta de exame citopatológico pela enfermagem;

Os exames padronizados são:

- hemograma, urina tipo I, glicemia de jejum, ABO-Rh, IgG, IgM, toxoplasmose , VDRL e proctoparasitológico
- ultra-sonografia .

#### **5.4. OS ATORES SOCIAIS**

Mulheres que deram à luz no ano de 2000 no município de Pilar do Sul - SP que na Declaração de Nascido Vivo (DNV) constava como nenhuma ou ignorada o número de consultas pré-natal e que confirmaram não terem freqüentado o pré-natal.

A DNV foi implantada na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Pilar do Sul desde 1996, quando iniciou as atividades de atendimento obstétrico. De acordo com o SINASC, houve 566 nascimentos do município de Pilar do Sul no ano de 2000 e em 27 constava nenhuma ou ignorado número de consultas pré-natais.

#### **5.5. COLETA DE DADOS**

Segundo TRIVIÑOS (1990), o processo de uma pesquisa qualitativa "não admite visões isoladas, estanques", assim sendo, utilizamos vários instrumentos para a coleta de dados: observação passiva e direta anotadas em caderno de campo, entrevista temática, semi-estruturada, mediante uso de um gravador.

A coleta de dados foi feita por entrevista que, de acordo com MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER (1998),

Permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionário, explorando-os em profundidade .... de um modo geral as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, sem um fraseamento e uma ordem rigidamente estabelecidos para as perguntas, assemelhando-se muito a uma conversa (p.168).

Estas podem ser estruturadas ou não estruturadas ou a articulação entre as duas modalidades caracterizada como entrevista semi-estruturada.

Segundo MINAYO (1998), a entrevista estruturada é realizada pelo entrevistador através de questionário mediante roteiros fechados escritos. Já a pesquisa não estruturada pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas incluem a interação direta entre o pesquisador e o sujeito e são completadas por uma observação participante.

A entrevista semi-estruturada para TRIVINOS (1990), é composta por questionamentos que partem de determinados pressupostos do investigador, porém oferecem amplo campo de interrogativas. Assim, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, com auxílio de um roteiro-guia (ANEXO 3), com articulação de questões que permitiram compor o perfil das informantes e questões abertas onde as mulheres responderam ou abordaram livremente sobre o assunto.

As entrevistas foram gravadas, pois, para POLLIT e HUNGLER (1995, p.166) os “dados que serão analisados qualitativamente são coletados em forma narrativa” e o gravador garante a integridade das falas.

## **5.6. ANÁLISE DOS DADOS**

Segundo MINAYO (1994, p.69), a análise tem as seguintes finalidades: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte”.

Para QUEIROZ (1988, p.39), a análise em seu sentido essencial, "significa decompor um texto, fragmentá-lo em seus elementos fundamentais, isto é, separar claramente os diversos componentes, recortá-lo a fim de utilizar somente o que é compatível com a síntese que se busca".

Conforme BARDIN (1979, p.42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando 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.

Para MINAYO (1994, p.203)

A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo relaciona estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Utilizamos a análise de conteúdo temático para auxiliar esta análise, que é descrita como “descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem uma comunicação e cuja presença, ou freqüência, signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 1994, p.209).

Qualitativamente, "a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso" (MINAYO, 1994, p.209).

Nesse processo, optamos em seguir as seguintes etapas de análise de conteúdo, preconizadas por MINAYO (1994):

- Pré-análise, através de leitura do material obtido, organizando-o para ser analisado, definindo as unidades de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias.

- Exploração do material, através de leitura exaustiva do material, aplicando o que foi definido anteriormente, isto é, a operação da codificação relacionada aos tópicos principais investigados, fase em que, segundo BARDIN, (1979) realiza-se a transformação dos dados brutos, visando o núcleo de compreensão do texto.
- Tratamento dos resultados e interpretação, em que desvendamos o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto.

Na última fase em que se dá o tratamento dos dados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram tratados de forma a se apresentarem significativos e válidos. Assim, realizou-se a classificação e a agregação dos dados por núcleos temáticos e discutidos à luz do referencial teórico.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após serem realizadas, para que o fator memória não nos traísse. As entrevistas transcritas e transformadas em textos foram lidas exaustivamente para delimitarmos as categorias que fossem explicativas para os pressupostos por nós levantados.

De acordo com MINAYO, (1998) “a palavra categoria (...), se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com categorias comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada a idéia de classe ou série” (p.70).

Segundo a mesma autora, “um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto de informações e se for produtivo, no plano das inferências” (MINAYO,1994, p .233).



## ***6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

## **6.1. A TRAJETÓRIA EM BUSCA DOS ATORES SOCIAIS**

As mulheres foram localizadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do município, receberam o convite para a participação na pesquisa e tiveram esclarecimentos sobre o estudo, bem como a importância de sua colaboração para compreendermos seus motivos da não participação no programa de pré-natal. Tiveram a liberdade na decisão de participação nas entrevistas, que foi documentado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As mulheres foram selecionadas através das DNV do ano de 2000 que se encontravam no setor Vigilância Epidemiológica do município de Pilar do Sul – SP, onde constava nenhuma ou ignorado número de consultas de pré-natal, num total de 20 declarações. Observamos a falta de sete DNV que provavelmente foram de nascimentos ocorridos fora do município e que não haviam sido recebidas pelo setor até a data de 30 de julho de 2002

Mediante essas declarações fomos até as residências nos endereços declarados e nestes localizamos somente duas mulheres. Para as demais, utilizamos de outras estratégias como o auxílio de pessoas da comunidade e assim conseguimos localizar mais duas mulheres.

A dificuldade em encontrar essas mulheres continuou e resolvemos então utilizar a recepção das unidades básicas de saúde do município a que pertenciam para afixar uma lista das pessoas a quem procurávamos, o que não nos trouxe resultados positivos.

Resolvemos então divulgar na rádio comunitária local, que nos trouxe várias mulheres, o que fez aparecerem também homônimos. Nesse processo, localizamos 13 mulheres das 20 que procurávamos.

Duas se negaram a participar do estudo recusando a entrevista, 11 aceitaram, porém duas delas não compareceram, mesmo com horário e local agendado. Então resolvemos fazer uma visita no domicílio para marcamos um novo encontro, o que também não ocorreu.

Uma das mulheres fez o pré-natal, porém, por ocasião da sua internação para resolução de parto não informou o hospital que havia feito o pré-natal, pois havia esquecido a carteira de gestante naquela ocasião e optou em dizer que não havia feito o pré-natal. Ela se mostrou bastante satisfeita com o atendimento hospitalar porque conseguiu que a cirurgia de ligadura tubária fosse realizada.

Sete mulheres não foram localizadas, outras três mulheres se apresentaram para participar da pesquisa, mesmo não tendo sido chamadas. Elas explicaram que haviam adotado os bebês das mulheres que tiveram seus nomes divulgados na rádio. Como resultado, obtivemos a participação de oito mulheres, conforme Quadro 1.

**Quadro 1.** Mulheres que deram à luz no município de Pilar do Sul-SP no ano 2000 e que não realizaram consultas de pré-natal e sua situação na pesquisa .

Sujeito	Situação na pesquisa
1	Recusou
2	Realizou o pré-natal
3	Não compareceu
4	Não localizada
5	Não localizada
6	Entrevistada
7	Entrevistada
8	Entrevistada
9	Entrevistada
10	Entrevistada
11	entrevistada
12	entrevistada
13	não localizada
14	entrevistada
15	não localizada.
16	Recusou
17	Não compareceu
18	não localizada
19	não localizada.
20	não localizada

Fonte: Declarações de nascidos vivos de mulheres que não realizaram consultas de pré-natal ou constava ignorado, no ano de 2000 do município de Pilar do Sul. Vigilância Epidemiológica Municipal na data de 30 de julho de 2002.

Após o primeiro contato, solicitamos a participação dessas mulheres nas entrevistas e agendamos hora e local determinado por elas. Assim, as entrevistas foram realizadas nas residências e nas unidades básicas.

Em alguns casos, houve necessidade de realizarmos mais que uma visita para dirimir dúvidas e completar as entrevistas.

Todas as mulheres que aceitaram, o fizeram com bastante disposição, após terem recebido as informações e explicações sobre a pesquisa e da necessidade do Termo de Consentimento assinado.

## **6.2. APRESENTANDO AS PARTICIPANTES**

Não podemos considerar alguns encontros suficientes para conhecermos uma pessoa, mas tentaremos aqui colocar o que essas mulheres nos trouxeram, compartilhando suas histórias.

Percebemos que algumas mulheres se expressavam muito bem, apesar de erros de vocabulário, enquanto outras apresentaram dificuldades. Algumas se emocionaram, notamos fortes sentimentos em suas falas e silêncios.

Os nomes aqui usados são fictícios para preservar o anonimato.

Tomamos por empréstimo nomes da literatura clássica infanto-juvenil, que acreditamos que de alguma maneira influenciou a vida de muitas mulheres. Não vamos nesse momento nos prender a trazer dados sobre os personagens. Cada leitor tem sua representação sobre os mesmos e, dessa representação é que vamos nos valer. No Quadro 2 apresentaremos o perfil das mulheres entrevistadas, sendo que, em comum, declararam a profissão como sendo do lar, o parto normal e a gravidez de feto único.

**Quadro 2.** Perfil das mulheres entrevistadas que deram à luz no ano de 2000 em Pilar do Sul -SP e que não realizaram pré-natal, segundo a idade, estado civil, escolaridade, nº de filhos vivos e nº de filhos mortos fora a gestação atual, idade gestacional em semanas, ocupação, tipo de parto, índice de Apgar e peso do RN ao nascer. Fonte DNV ano de 2000.

<b>Nomes (fictícios)</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escol. em anos de estudo</b>	<b>Nº de filhos vivos</b>	<b>Nº de filhos mortos</b>	<b>Duração de gestação</b>	<b>Índice de Apgar</b>	<b>Peso do RN</b>
Julieta	20	União <sup>7</sup> cons.	4-7	02	00	37 a 41	09/10	3270
Branca de Neve	20	Solteira	8-11	00	00	37 a 41	09/10	3380
Bela Adormecida	21	União cons.	8-11	01	00	37 a 41	10/10	2860
Rapunzel	21	União cons.	1-3	02	00	37 a 41	09/10	3690
Chapeuzinho Vermelho	27	União cons.	1-3	06	00	37 a 41	09/10	3600
Patinho Feio	30	União cons.	1-3	02	00	37 a 41	09/10	3110
Bela	32	União cons.	4-7	05	01	32 a 36	09/10	3540
Cinderela	34	União cons.	1-3	07	01	37 a 41	09/10	3040

<sup>7</sup> união consensual.

**Cinderela** - foi localizada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, com entrevista marcada na unidade básica de saúde. Porém, ela não compareceu. Resolvemos, então, fazer uma visita domiciliar e ao chegarmos a sua casa encontramos uma mulher lavando roupas, com a parte anterior do corpo bastante molhada.

Recebeu-nos com sorriso de poucos dentes, aparentando idade superior à real (35). Dispôs-se a ceder entrevista não se importando para as explicações que tentamos fazer.

Solicitamos um lugar para sentar e nos foi respondido que na casa não havia lugar. Sentamos na calçada do outro lado da rua, pois, em frente à sua não tinha calçada.

A gravidez não foi programada mas foi levada adiante, resignada. Não fez o pré-natal por vergonha dos exames.

Teve outro bebê em 2001 e foi levada por amigas para fazer o pré-natal.

Esse último bebê estava em acompanhamento ambulatorial com visita domiciliar diária pela serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal que, segundo informação da mãe, deve-se ao fato do bebê ser magrinho. Soubemos depois que a criança tem características de ser portador da Síndrome de Down e estava sob investigação.

**Bela Adormecida** - aparentava uma menina de 15 anos, com olhos expressivos, pele branca, cabelos pretos, curtos e bem cuidados.

Estava na casa da mãe, assustou-se com visita, pois acreditava ser referente ao registro de seu filho, porque o parto aconteceu no domicílio necessitando da apresentação de várias testemunhas para se obter a certidão de nascimento.

Fez várias perguntas antes do Consentimento, leu o termo, pediu explicações a respeito de quantas mulheres iriam participar e como foi localizada. A partir de então começou a falar antes mesmo de estar o gravador ligado, tentando ela própria conduzir a entrevista.

Parecia bastante perturbada, insistindo várias vezes em frases prontas para os seus sentimentos. Demonstrou repulsa pelas secreções do parto, que ocorreu em sua casa, levando a perder o colchão de sua cama, que foi queimado após o parto, pois não conseguiu limpá-lo.

Esteve casada por três anos e teve uma filha. O casamento foi rompido quando descobriu que seu marido tinha uma amante. A separação foi tumultuada, porque, de acordo com suas palavras, não aceita deslealdade.

A gravidez em que não compareceu ao pré-natal foi fruto de um namoro, porém não aceitou o que atribuiu ao fato de o namorado ter usado camisinha furada. Rompeu o namoro porque se sentiu traída, embora tenha afirmado várias vezes que o rapaz é excelente pessoa e pai responsável, mas não consegue aceitar traição.

Salientou ainda que o pai do bebê fornece ajuda financeira suficiente, assim como seu ex-marido também.

No seu discurso mostrou-se arrependida por não ter freqüentado o pré-natal e ter colocado em risco a saúde do bebê.

Atualmente não está usando método anticoncepcional, pois está sem companheiro.

**Chapeuzinho Vermelho** - uma mulher bonita, loira de olhos verdes, porém tristes, apresentava várias sardas pelo rosto.

Estava com 28 anos, porém aparentava ter mais.

Residindo numa casa da companhia de água de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) cedida pela Prefeitura, cercada de material que ela estava recolhendo nas ruas e vendendo como reciclagem a cinco centavos o quilo.

Soubemos depois da entrevista que ela é alcoólatra, razão pela qual seus oito filhos foram tomados pelo Conselho Tutelar.

Durante a entrevista teve falas desconexas, talvez por receio ou pela memória afetada pela bebida.

Informou-nos que usou método anticoncepcional oral, o que deve ter sido difícil, pois nos pareceu muito confusa na entrevista.

Soubemos também que ela é muito brava e que tivemos sorte em encontrá-la lúcida.

Ela nos atendeu do lado de fora, nos fundos da casa e sentamo-nos na calçada, embaixo de algumas árvores. Aparentando ser uma mulher sofrida, quando se justificou por não fazer o pré-natal, disse com firmeza e tristeza que seu mundo é outro, que programas de saúde, como consultas de pré-natal, não são para ela possíveis: “pra quem pode é bom , mas pra mim... fia do céu é difícil, vim a pé (pausa) longe, ah coisa do céu”.

Seu companheiro foi embora, morava sozinha. Não recebe ajuda financeira de entidade ou pessoa. É responsável pelo próprio sustento e de seus filhos quando estavam com ela.

Aguardava no período da entrevista sorteio de casa popular feita em mutirão, onde trabalhava como servente de pedreiro no finais de semana, para que segundo ela, pudesse buscar seus filhos.

**Patinho Feio** - Mulher morena de olhos muito expressivos e vivos. Magra, estatura mediana, olhos verdes o que chamava atenção pois, acentuava sua pele morena aparentemente queimada pelo sol. Teve três filhos, fruto de dois relacionamentos.

Vivia com o segundo companheiro com quem teve dois filhos.

A gravidez não foi programada. Aliás, nenhuma foi, pois tomava a pílula no dia em que seu marido chegava de viagem.

À época da pesquisa referiu tomar anticoncepcional indicado pela amiga, pois, na consulta puerperal marcada pelo hospital, não aceitou a indicação médica.

Estava morando em Pilar do Sul há três anos. O patrão de seu marido transferiu seu comércio para essa cidade e, apesar de ser transferido com frequência, a família decidiu em fixar residência no município, desde então.

Nunca fez pré-natal, não pretendia fazer em momento algum, não se interessava pelos programas de saúde. Não faziam parte das suas opções. Suas irmãs e amigas fazem, mas ela não se interessava em saber como são estas consultas.

Falava com clareza, articulando bem as palavras, suas frases eram bem formadas.

**Julieta** - foi localizada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica. A entrevista estava marcada para as 14:00h. Aguardamos até as 15:30h e, quando já havíamos desistido, ela nos procurou.

Durante os esclarecimentos ela fez vários questionamentos porque estava preocupada pois havia recebido uma carta com várias perguntas sobre o tratamento recebido pela enfermagem durante o período de internação por ocasião do seu parto. Ela informou que o tratamento foi muito ruim, mas que não havia respondido à carta.

Acreditamos que deve ter sido enviada pelo MS para avaliação das instituições prestadoras do SUS.

Desculpou-se pelo atraso explicando que precisou deixar os filhos com a vizinha e disse que responderia às perguntas com muito gosto.

Foi oferecido para que a entrevista fosse feita em sua casa, o que não foi aceito, porque, segundo Julieta, na casa haveria muito barulho e que os vizinhos poderiam estranhar’.

Aparentava a idade que tinha: 22 anos. Estava vestida com camiseta e calça jeans, roupa justa, evidenciando um quadril largo, busto pequeno, os cabelos compridos amarrados, brinco dourado de argola grande, aparentava uma maquiagem leve.

Suas roupas estavam bem cuidadas, usava uma sandália branca, seu sorriso sempre presente mostrando dentes bem cuidados e bonitos. No final da entrevista informou que havia terminado uma restauração nos dentes da frente que eram feios anteriormente.

Durante toda a entrevista permaneceu com uma sombrinha na mão abrindo e fechando várias vezes o cabo, apesar do oferecimento para guardá-la desde o início.

Tem quatro filhos, não fez o pré-natal do terceiro por vergonha das pessoas pois, segundo ela, as pessoas criticam quando se engravida novamente ainda com criança pequena.

Rejeitou a gravidez, tentou abortar com remédios misturados com bebida alcoólica. Foi criticada pelos familiares pela gravidez. Estava fazendo uso de anticoncepcional oral de maneira incorreta “tomava uma semana... outra não...”.

Com a tentativa de aborto frustrada, desejou que o neném nascesse morto. Após o nascimento do bebê da cunhada, aceitou a sua gravidez. O marido colocou a culpa nela pela gravidez não planejada.

Teve outro bebê depois de 21 meses. Neste, fez o pré-natal e teve problemas de pressão'. Seu último bebê está com três meses e está pensando em colocar o DIU, na “semana que vem”.

**Branca de Neve** - morena de pele bronzeada pelo sol, cabelos negros que estavam presos por uma presilha.

Ouviu seu nome pelo rádio. Teve medo de estar sendo procurada por motivo de doença. Aceitou prontamente responder às perguntas, desde que não demorasse muito. Achou estranho o gravador, quis ouvir sua voz no final da entrevista. Não gostou da voz. Achou estranha. Respondeu com firmeza o que lhe foi perguntado.

Aparentava um olhar triste. Mora no sítio mas não gostava. Gostaria de morar na cidade, porém não tem condições de pagar o aluguel. Acredita que as pessoas que moram na cidade têm mais privilégios, porém não disse quais.

Ela e seu companheiro trabalham na lavoura de uva. São meeiros, ou seja, plantam em sociedade com o patrão que fornece a terra, insumos e as máquinas agrícolas.

Eles entram nessa sociedade como mão-de-obra. No fim da safra, após a colheita e comercialização, contabilizam os custos, gastos e dividem o lucro. Gostam de ser meeiros, pois conseguem ganhar dinheiro suficiente para as despesas durante o ano e disse ainda que o patrão é muito bom.

**Bela** - Uma mulher bonita, inteligente, que recorda de datas e locais onde viveu assim como pessoas que fizeram parte de sua história de vida. Colocou-se disposta a participar com satisfação.

Com aparência descuidada, mas percebemos traços de zelo consigo mesma. Seus cabelos são negros, encaracolados, pele clara. Muito falante, sorri com receio de mostrar os dentes imperfeitos, usa prótese dentária com falhas nas laterais.

Ficou contente por ser escolhida para a entrevista. Articula bem as palavras. Suas frases são ricas com muito conteúdo. Expressa seus sentimentos. Chorou, silenciou, sorriu, riu.

É uma mulher sofrida pela vida, porém batalha e sabe que a vida não é e não será fácil. Teve três relacionamentos que resultaram em seis filhos, os quais sustenta sozinha. A última gravidez foi resultado de um namoro rápido e uma única relação sexual num momento de carência. Encarou a gravidez sozinha, trabalhando como cozinheira não registrada, trabalhou até quinze dias antes do bebê nascer e retornou após vinte dias. Desta vez procurou serviço na roça (lavoura), pois a sua vaga de cozinheira já estava preenchida.

Quando ficou grávida escreveu para o namorado pedindo que ele fosse vê-la. Mas, não o informou sobre a gravidez e ele não foi.

Quando do nascimento do bebê avisou-o e então ele compareceu e registrou o bebê. Desde então nunca mais a visitou e também não a ajuda financeiramente.

Atualmente está sem namorado, “carente”, segundo sua palavra e não estava usando nenhum método anticoncepcional.

**Rapunzel** – Procurou-nos na Secretaria da Saúde, ouviu seu nome no rádio e veio saber do que se tratava. Estava grávida, segundo ela, de sete ou seis meses. Sua mãe a acompanhou. Informou-me que estava fazendo pré-natal. Fomos saber depois que havia passado apenas por uma consulta.

Uma mulher aparentemente muito pobre. Cabelos louros, descuidados e amarrados por um pedaço de pano. Poucos dentes na boca e sem cuidados, limitando seu sorriso. Suas falas foram desconexas, seu olhar muito triste, não olhou de frente, abaixava o olhar ao falar.

A entrevista nos trouxe pouca informação. O que nos passou foi de uma pessoa de nível intelectual prejudicado, sem expressão. Mesmo dando oportunidade durante as longas pausas, no momento em aberto para opinião, não o fez.

Mora no sítio e disse ter dificuldade para vir até a cidade fazer as consultas. Atualmente tem direito a passe livre nos ônibus concedido pela Prefeitura, através do Fundo de Solidariedade. Porém não os utilizou para comparecer às consultas.

Tem também dificuldades em memorizar as datas e, segundo ela, “as datas das consultas” , lê mal.

Está na quarta gravidez, não freqüentou o pré-natal anteriormente, apenas, segundo ela, em algumas consultas. No último parto teve hemorragia e, aliada à anemia que, segundo ela já estava presente, precisou de transfusão sangüínea.

Fomos visitá-la na semana seguinte para continuarmos a entrevista e soubemos que estava no hospital, pois havia dado à luz. Dirigimo-nos até o hospital e optamos por não entrevistá-la, porque estava pálida, cansada e aparentemente triste.

Apresentamos a seguir, as falas coletadas durante as entrevistas com as mulheres que aceitaram participar. São mulheres, sofridas, resignadas, bonitas, felizes, trabalhadoras, guerreiras, lutando com sua própria sorte, vivendo nem sempre um sonho, mas vivendo.

A entrevistadora por várias ocasiões se viu nestas mulheres e a quem nesse momento, damos o direito da voz.



***7. O QUE AS  
MULHERES NOS  
REVELAM E  
DESVELAM***

A fim de facilitar o entendimento das representações das mulheres que não freqüentaram o programa de pré-natal, procedemos a leitura de todas as entrevistas transcritas e as unidades temáticas foram emergindo à medida em que fomos reconstruindo a vivência de cada mulher/mãe durante o período gestacional e de nascimento de seu bebê, resultando em núcleos temáticos que, por sua vez, foram divididos em subcategorias.

#### 7.1. Vivência da confirmação de uma gravidez

##### 7.1.1. Não planejada

##### 7.1.2. Rejeitada

##### 7.1.3. Passível de interrupção

##### 7.1.4. Passivamente aceita

##### 7.1.5. A reação do companheiro

##### 7.1.6. A reação da família e de terceiros

#### 7.2. Conversa sobre a gravidez

#### 7.3. O atendimento pré-natal

##### 7.3.1. Como enxergam o atendimento

##### 7.3.2. Porque não realizam o pré-natal

###### 7.3.2.1. Motivos econômicos

###### 7.3.2.2. Vergonha

###### 7.3.2.3. Por considerar desnecessário

###### 7.3.2.4. Dificuldade de acesso geográfico

###### 7.3.2.5. O medo do desconhecido

##### 7.3.3. A rejeição, o arrependimento

##### 7.3.4. Atualmente o que pensam do pré-natal

#### 7.4. O processo de parto

##### 7.4.1. Sinais que identificam que o bebê está a caminho

7.4.2. Motivos para procurar o hospital para resolução da gravidez

7.4.3. Ônus por não ter feito o pré-natal

7.5. Prevenção de uma nova gravidez

## **7.1. VIVÊNCIA DA CONFIRMAÇÃO DE UMA GRAVIDEZ**

Ao assumir uma vida sexual ativa implica em romper tabus e superar a culpa que vem junto com o prazer. Uma gravidez pode funcionar como legitimação da relação sexual, ou seja, no imaginário popular, o sexo é pecado, a maternidade é a redenção. A forma como a mulher usa os métodos anticoncepcionais está intimamente relacionada com a motivação, disciplina e conhecimento.

A motivação está relacionada, muitas vezes com a participação do companheiro. A disciplina e o conhecimento dizem respeito constantes um ao outro e correta utilização do método anticoncepcional. Estando a mulher motivada, disciplinada, esclarecida e livre de culpa, terá maior possibilidade de fazer escolha pelo método de anticoncepção que mais se aproxime ao seu modo de viver e pensar e assim, diminuir o risco de uma gravidez indesejada (MAIA e LOPES,1994).

### **7.1.1. Não planejada**

A gravidez não-planejada é referida com bastante frequência entre as entrevistadas:

“Ah! Eu não sei né...(risos)... querer a gente não queria...” (Cinderela).

“Depois que eu fiquei grávida, fazer o quê? Tem que deixar vir!” (Chapeuzinho Vermelho).

“Ele falou: deixa agora, fazer o que?...” (Patinho Feio).

“Querer eu não queria, mas veio...” (Rapunzel).

Às vezes, vindo num momento inoportuno...

“Escapou, né, ai eu fiquei grávida da menina” (Chapeuzinho Vermelho).

ou como fruto de uma distração...

“Mas o terceiro assim... acho que eu me distraí e quando vi já estava grávida...” (Julieta).

“Não, mas daí eu fiquei né...” (Branca de Neve).

“Aconteceu...” (Bela).

“eu esqueci, né” (Chapeuzinho Vermelho).

Mostra também, carência afetiva, necessidade do amor e a falta de planejamento e compromisso.

“Eu estava muito carente e ele insistiu muito... e ele não tinha camisinha...” (Bela).

Nesta fala percebe-se como ela se sujeita a uma relação desprotegida, com risco de ser contaminada por alguma DST, subjugada pela insistência, ou seja, não resistindo aos apelos, tanto do parceiro quanto da sua carência.

### **7.1.2. Rejeitada**

Neste momento a rejeição toma lugar, mostra que se encontra presente, que é sentimento que oscila, mas sempre esteve junto, às vezes desponta no início, durante e depois.

“Sabe, eu tinha medo de que aquela rejeição que eu tive passasse para ele. Tomara que quando essa criança for nascer o médico fale assim: esse neném está morto... eu não queria...” (Julieta).

“Eu não queria de jeito nenhum!” (Bela Adormecida).

“No começo eu não queria...” (Patinho Feio).

“Ah! Eu encarei, no começo eu não queria, fazer o que? Depois eu falei agora já tá!” (Patinho Feio).

“Pra mim foi um choque grande, eu não queria aceitar, eu achava que não dava... só consegui aceitar no último mês” (Bela Adormecida).

### 7.1.3. Passível de interrupção

A interrupção voluntária da gravidez foi um tema que surgiu nas falas mesmo não tendo sido perguntado, é utilizado como método de controle de nascimento. Isso nos preocupa, pois, no Brasil, essa prática é considerada crime, salvo em situações em que a saúde da mãe está comprometida ou nos casos de gravidez fruto de violência sexual com boletim de ocorrência, realizada em hospitais credenciados para atendimento SUS (OLIVEIRA,1992).

Notamos nas falas das mulheres a situação em que as fizeram pensar em aborto. Ora sozinha, ora solicitando um consentimento ou mesmo apoio do companheiro.

“Se acaso envolvesse polícia, ele não estava nem aí por que ele não mandou” (Julieta).

“Tentei abortar, tomei cibalena com pinga, uma vizinha que me ensinou, tomei bem quente... tive muita hemorragia... mas não deu... só fortaleceu ainda mais ” (Julieta).

“Mas daí eu fiquei, eu não queria abortar” (Branca de Neve).

“Primeiro eu fiquei pensando... tem aborto pensei, né... tenho pavor dessas coisa, eu acho já que a gente fez tem que assumir... pensei, porque eu estava numa situação pavorosa, meu ex-marido é viciado, não trabalha, é dependente da mãe, não tem a menor condição de me ajudar ” (Bela).

SOUZA (1998) apresenta um estudo realizado sobre padrões de aborto provocado na grande São Paulo onde diagnosticou que as mulheres que mais recorreram à interrupção voluntária da gravidez são as solteiras, as jovens entre 15 a 19 anos de idade, as que ainda não têm filhos, as que usavam contraceptivos, sobretudo os não eficazes (não diz quais contraceptivos considerou como ineficazes).

Não podemos negar que existe uma pressão social construída ao longo do tempo na qual camada social que a pessoa está inserida é que será usada para definir o número da prole.

Num momento econômico em que a preocupação maior parece residir no custo de criação dos filhos, a eficácia da contracepção pode ser o fator determinante da escolha do método, principalmente num país onde não existe o recurso ao aborto legal em caso de falha do método contraceptivo. (CARVALHO,PIROTTA ,SCHOR, 2001).

As entrevistadas pensaram em aborto, porém as mulheres não o praticaram por serem pobres e não terem o acesso legal, corroborada na opinião de BACHA e GRASIOTTO (1994) de que cerca de 25% da população mundial – e aí se inclui o Brasil – vivem em países onde o aborto é ilegal. Todos sabemos que a ilegalidade não coíbe a prática do aborto, mas exerce uma forte influência na relação entre as condições em que o aborto é executado versus o *status* econômico da mulher e ainda pela pressão social, a sociedade brasileira é tradicionalista, evita assumir posições e é fortemente influenciada pela Igreja Católica.

#### **7.1.4. Passivamente aceita**

Na gravidez não-planejada e aceita de forma passiva ou imposta, a mulher não se percebe com autonomia para decidir continuar ou não a gravidez, sente-se culpada, resigna-se e aceita o seu destino, como se o mesmo fosse imutável.

Quantas dificuldades vivenciaram e se calaram dia após dia.

“Veio né...tá bom” (Cinderela).

“Tem que deixar vim” (Chapeuzinho Vermelho).

“Se veio fazer o quê?” (Branca de Neve).

“Ai, eu levei em frente ... eu levei em frente” (Branca de Neve).

“Eu acho que a gente fez tem que assumir” (Bela).

“não era ... mas aconteceu tem que aceitar” (Rapunzel).

Para MALDONADO (1984, p. 27), há sempre uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, mesmo quando há clara predominância de aceitação ou rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente. Esse fenômeno é absolutamente natural e caracteriza todos os relacionamentos interpessoais significativos. Uma pessoa nunca ama ou odeia totalmente uma outra, a complexidade de um relacionamento humano é suficientemente grande para permitir a coexistência dos mais diversos sentimentos. Além do mais, a gravidez implica na perspectiva de grandes mudanças – inter-pessoais,

intrapésíquicas, etc. – o que evidentemente envolve perdas e ganhos e isso, por si só, justificaria a existência de sentimentos opostos entre si.

### **7.1.5. A reação do companheiro**

A comunicação da gravidez ao parceiro, familiares e amigos tem repercussões bastante variadas, dependendo do contexto em que acontece essa gravidez.

Quando falam de seus companheiros, observamos nas suas reações, as necessidades de apoio contidas nos relatos e nas expressões. Algumas tiveram o apoio de seus companheiros, como veremos a seguir:

“Achou que tava bom, né... fazer o quê?” (Cinderela).

“Ele ficou contente, era o que ele queria” (Bela Adormecida).

“Disse que era pra deixar vir” (Julieta).

“Aceitou, aceitou sim” (Patinho Feio).

Outras não entenderam a reação de seus companheiros:

“Ele não falava nada, nem que estava triste, nem que estava contente” (Chapeuzinho Vermelho).

“Ah! Ele reagiu normal” (Rapunzel).

Algumas mulheres não tiveram nenhum apoio e, durante as entrevistas, as falas estavam carregadas de sentimentos, questionando como, após um relacionamento amoroso vivenciado a dois, agora ela se via só e com a responsabilidade de não só levar a gravidez sozinha como o de ter que cuidar do sustento do bebê, ou sentindo-se culpada pelo relacionamento que não deu certo.

“Eu escrevi falando para ele vir, pra gente conversar, eu escrevi várias vezes só que ele não veio, ele não veio e eu não tenho condições, e eu não vou tirar dinheiro dos meus filhos para pagar ônibus para ir lá, eu penso assim” (Bela).

“Ele foi embora, não ligava, ele não liga para as crianças. Ele é o pai dos outros, ele foi embora, nem a menina ele veio ver” (Chapeuzinho Vermelho).

“No começo ele falava: Ah! Também você não se cuida...” (Julieta).

Geralmente à mulher é atribuída a responsabilidade da contracepção e o papel desempenhado pelo parceiro é vivenciado como uma função acessória (CARVALHO,PIROTTA ,SCHOR, 2001).

“... a gravidez nem sempre é produto de uma decisão família/casal e sim só de um dos parceiros... assim, há desencontros de objetivos entre o casal, o que, por sua vez, traz implicações importantes para o processo de decisão em relação a ter ou não filhos... .” (MARCON, 2002 p.100).

#### **7.1.6. A reação da família e de terceiros**

Quando a gravidez ocorre em situações não esperadas, sempre causa sentimentos variados, inclusive constrangimento para a mulher, agravados pela reação de seus familiares, traduzidos pelas seguintes falas:

“Só foi minha mãe... ela meteu a boca e falou que onde já se viu arrumar outro filho, o outro estava muito pequenininho, tivesse cuidado, tomado remédio que não ficava grávida,... eu falei: já que está vivo deixasse que viesse o neném, aí quando nasceu ela foi lá, olhou e se conformou” (Julieta).

“ a mãe não falou nada” (Cinderela).

“minha mãe falou, fazer o que, né, filha, ela não queria que eu tivesse mais por causa da vida difícil, mas aí aconteceu, fazer o que? Ela falou crie esse e não arrume mais!” (Patinho Feio).

“eu acho que foi a pior fase da minha vida, porque as pessoas não entenderam, meus familiares simplesmente, alguns, viraram a cara para mim, não queriam mais eu na casa, eu estava morando lá então eu resolvi morar sozinha e cuidar, porque eu já não tinha como morar na casa da minha mãe já que ia ter outro bebê” (Bela Adormecida).

Estas falas revelam críticas e pouco sentimento de acolhimento. Outras vezes, o julgamento parte de terceiros:

“Eu levei em frente mesmo a turma me criticando...eu levei em frente. Bastante gente falou... a sua menina está com um ano e você já arrumou neném ... mas aí eu disse que não vou pedir uma colher de leite na casa de vocês” (Branca de Neve).

“Eles falaram assim que era para mim cuidar, não dar a menina” (Chapeuzinho Vermelho).

Para CORREIA (2000), os principais agentes divulgadores da importância da assistência pré-natal são os familiares e a mãe das mulheres gestantes, pois são sujeitos próximos da gestante dentro da comunidade em que ela se encontra, onde suas opiniões podem servir de base para as suas decisões. Através das falas das entrevistadas, notamos que houve críticas e julgamentos e podem ter colaborado para que a mulher não procurasse o serviço de saúde para o acompanhamento gestacional.

## **7.2. CONVERSA SOBRE A GRAVIDEZ**

Vivenciando a gravidez não se refere apenas à experiência vivida pelas mulheres durante o período de uma gravidez. Ele surge a partir da vivência de um processo maior, qual seja, o de sua própria vida, uma vez que esta experiência se encontra, de alguma forma, vinculada aos planos e projetos de, pelo menos, uma das áreas deste processo, que é a sexual, englobando, assim um momento anterior à própria concepção (MARCON, 2002, p.101).

Para essas mulheres, gravidez foi marcada por sentimentos de tristeza, alegrias, frustrações e decepções. Foram mulheres que conceberam, num momento nem sempre oportuno, e que apesar das adversidades, do abandono, da pobreza, da solidão e da falta de opção levaram adiante uma gravidez. Foi um momento de suas vidas marcado por incertezas e por uma barriga que crescia. Foram mulheres obedecendo às leis da natureza.

Como um processo fisiológico:

“Foi igualzinho da outra que eu fiz pré-natal... foi igualzinho da outra, não passei nervo nenhum” (Branca de Neve).

“A gravidez foi normal,...foi bom, né, ter ela...” (Patinho Feio).

Apresentando alguns desconfortos durante a gravidez:

“Não passei muito bem porque eu tinha que trabalhar né, só que trabalhar não dá pra ganhar nada também, porque não é um serviço fixo, eu tô catando reciclagem, mas não dá pra ganhar um bom dinheiro, porque é cinco centavos o quilo. Um pouco na reciclagem e um pouco trabalhando nas casinhas. Ajudava os pedreiros... to indo lá agora” (Chapeuzinho Vermelho).

“Eu não senti nada, nem tontura, enjôo eu tive muito enjôo, eu tomava chá para o estômago eu não sentia enjôo ou tontura ou dor, trabalhei, faltavam quinze dias e eu trabalhei no S. fazendo almoço” (Bela).

Segundo LANGER (1986), os sintomas orgânicos que as grávidas apresentam podem representar a expressão de conflitos psicológicos ou um pedido de socorro e proteção diante da sua incapacidade de enfrentar e vencer a ansiedade decorrente desses conflitos.

Percebemos nas falas das entrevistadas que saúde é igual a estar apta para trabalhar. Para tanto o sujeito tomou a atitude de cura. Tal situação é também compartilhada por QUEIROZ (1993), para quem estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, projetando-se no efeito mais dramático que produz a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar.

Quando essa subsistência familiar recai sobre os ombros da mulher, torna-se mais dramática ainda, pois o lugar reservado às mulheres na sociedade é fortemente marcado pela maternidade, independente delas serem ou não chefe da família.

A gravidez é socialmente considerada um estado de graça mas não é o que encontramos nas falas dessas mulheres. O discurso das entrevistadas no estudo de SCHIRMER (1997) nos traz a desconstrução do mito da felicidade natural da maternidade em contraposição ao trabalho como elemento de conflito e insatisfação.

Às vezes sentindo-se culpada pelo sentimento de rejeição em relação ao bebê:

“Eu tinha medo que aquela rejeição que eu tive na época da gravidez passasse para ele, porque eu só consegui aceitar mesmo no ultimo mês de gravidez” (Bela Adormecida).

Outras vezes, apreciando muito a sua gravidez:

“Ah! Eu curtia , achava tão bonitinho, eu colocava mini, minha barriga ficava de fora, aquela pelotinha coisinha mais linda”. (Julieta).

Observamos aqui a mulher sozinha, com sentimentos ambíguos, carências afetivas, emoções que vêm motivados pela gravidez, as mudanças provocadas e as que virão com a chegada do bebê.

Privações reais, sejam afetivas ou econômicas, aumentam a tensão, intensificam a regressão e a ambivalência. A preocupação com o futuro aumenta as necessidades da grávida e intensifica sua frustração, gerando, conseqüentemente, raiva e ressentimento que a impedem de encontrar gratificação na gravidez ( MALDONADO, 1984).

Ainda, as responsabilidades maternas, podem levar à mulher se sentir deprimida e sem individualidade. Gostar ou não do papel materno, amadurecer com ele ou sobreviver a despeito dele, atualizar-se ou se auto-destruir, tudo depende de fatores reais como dinheiro, a cansaça, o que se pretende realizar e as renúncias que a maternidade impõe (BARDWICK,1979 p.83).

### **7.3. O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL**

#### **7.3.1. Como enxergam o atendimento**

As mulheres que já haviam participado de um programa de pré-natal nos trazem representação de um atendimento medicalizado, centrado no médico, no corpo, na procura por doenças em busca de cura. Apresenta o pré-natal como tendo a necessidade de realizar exames, o cuidado centrado no bebê que está em formação intra-útero e prevenção de possíveis doenças na mulher.

Trazem representação do pré-natal como atividade necessária para observar/fiscalizar o bem-estar do bebê:

“Pra ver se está tudo bem com a criança”. (Chapeuzinho Vermelho).

“A gente não sabe se a criança se formou direitinho, se tem algum problema ou não”. (Bela Adormecida).

“Ah eu acho que o pré-natal é bom, vão ver como é que a criança está, como é que a mãe está, se tiver algum problema o médico já dá o remédio, pede o ultra-som para ver como o bebê está lá dentro”. (Julieta).

“Eu acho que a gente se sente mais segura , quando a gente não faz o pré-natal, pensa em tanta bobagem e se o neném não tiver saúde? E se o neném não tiver saúde ? E se tiver alguma inflamação” ? (Bela).

“A médica ouviu a criança, ouviu o coração”. (Bela).

Como uma atividade medicalizada:

“Tomei vitamina” (falando da última gravidez em que fez o pré-natal). (Cinderela).

“Eu tomei vitamina” (Bela).

“Só a ultra-sonografia que eu nunca fiz” (Bela).

As mulheres que nunca fizeram o pré-natal mostram-se pouco interessada, não o achando necessário. Como algo que não pertence ao seu mundo.

“Ah, não sei, falar a verdade, não faço a mínima idéia, nada, nada...” (risos) (Patinho Feio).

### **7.3.2. Porque não realizam o pré-natal**

Ao analisar os motivos que levaram essas mulheres a não procurarem atendimento nos serviços de saúde para realizar o pré-natal, podemos dividi-los em:

#### **7.3.2.1. Motivos econômicos**

A necessidade de trabalhar para o sustento da família, a falta de dinheiro para pegar o ônibus, a distância da sua residência até o ponto de ônibus mais próximo e até o medo de perder o emprego ou não conseguir continuar o trabalho caso fosse recomendado repouso, são motivos alegados por essas mulheres.

Localizamos nas falas as representações sociais que essas mulheres construíram no período gestacional, que segundo MINAYO (1996 p.71), “é entendida como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade”.

“Se não eu puder trabalhar a gente não pode comer, então é isso que me apavora esse negócio de pré-natal. Pra não desagradar patrão eu prefiro deixar de ir ao médico, eu tenho crise de bronquite, tenho bronquite asmática, lá uma vez ou outra ataca e eu já cheguei a trabalhar até

cinco dias seguidos à base de injeção na farmácia, tomo prá não perder o dia de serviço” (Bela).

“Ele tinha arrumado uma pessoa para ficar no meu lugar, só que eu ia deixa de receber” (Bela).

“Eu não tinha dinheiro” (Rapunzel) (mora no sítio e tem que tomar ônibus para chegar à cidade).

“Tem que andar quatro km até você sair no asfalto pra esperar o ônibus, tinha dia que a gente tinha dinheiro e tinha dia que não tinha...” (Branca de Neve).

“Eu não vim porque não tinha passe, eu não tinha condições” (Rapunzel) (disse estar no momento da entrevista no oitavo mês de gravidez e que teve direito a passe nesta gravidez, porém não compareceu às consultas).

Deixar de se cuidar para cuidar da subsistência dos filhos, da família pode ser explicada historicamente ao processo de socialização da mulher em que a imagem da mãe-sacrifício era cultivada. Ainda nos dias de hoje continua arraigado esse valor.

O trabalho doméstico é tido como responsabilidade e atribuição exclusiva das mulheres (...) ao mesmo tempo em que é indispensável é invisível (...) é distribuído durante todo o dia (...) toma tempo das mulheres no que se refere ao cuidado de si mesmas. A mulher-mãe, dona de casa, em geral, é a última pessoa a quem ela se preocupa (FONSECA, 1999).

Sendo a mulher responsável pelo trabalho doméstico, esse não é valorado por essa trabalhadora, pois quando indagada sobre sua profissão, as respostas foram feitas com desprezo, como algo não necessário, colocando como:

“Na roça quando tem serviço, quando não tem fico parada” (Bela Adormecida).

“Não trabalho fora, sou dona de casa” (Patinho Feio).

“Em casa” ( baixa os olhos) (Cinderela).

Culturalmente, a mulher por falta de oportunidades, limita-se a ser dona de casa, submissa aos homens. A atitude de submissão reflete-se no seu envolvimento com sua saúde e seus conflitos. Muitas mulheres têm dificuldade para consultar o ginecologista porque seus maridos não colaboram e, às vezes, até as impedem (OLIVEIRA, 2000).

### **7.3.2.2. Vergonha**

A vergonha diante dos comentários de terceiros, que ela acredita que há, por ser pobre e sem condições de ter outros filhos.

“Eu não fiz desse terceiro por que eu fiquei com vergonha... do que o povo ia falar, ai a moça nova tem criança pequena e já está grávida de novo...” (Julieta).

### **7.3.2.3. Por considerar desnecessário**

Por considerar a gravidez como algo que não necessita de maiores atenções. Portanto, o pré-natal como algo distante, não aparece como uma prioridade ou fator impeditivo para levar uma gravidez adiante.

“Falei já que correu bem dos dois não é da terceira que eu vou fazer, não fiz” (Patinho Feio).

“Ah! Eu pensei que não ia acontecer nada...” (Rapunzel).

Consideram a gravidez como situação similar a tantas outras e que, portanto, não é uma doença.

“Eu nunca, eu nunca sei lá, me interessei em fazer, pra mim minha gravidez foi boa, né, eu falei o segundo também não precisa... não esquenta a cabeça, a primeira foi bem, a segunda também, vai correr tudo bem” (Patinho Feio).

O fato de ter vivenciado uma gravidez saudável pode levar a mulher considerar que uma nova gravidez também ocorrerá da mesma maneira. A gravidez anterior define como vivenciará a próxima.

### **7.3.2.4. Dificuldade de acesso geográfico**

A distância entre a realidade dos serviços de saúde em relação à realidade das pessoas, pois mesmo sendo um serviço oferecido à população indiscriminadamente, não consegue garantir o acesso a todos. Não basta a porta do serviço estar disponível, existem

outras dificuldades a serem transpostas, como a distância entre a sua moradia e a unidade de saúde, a falta de apoio social.

“Quando você não pode vir, não está no seu alcance aí não tem como você fazer nada...eu vim acho umas duas vezes, eu morava longe, eu tinha que andar longe para chegar... gordona...arrastando as outras crianças...é bom pra quem pode, não é pra mim” (Chapeuzinho Vermelho).

#### **7.3.2.5. O medo do desconhecido**

As mulheres nos revelam a fantasia, o medo do desconhecido, inibindo a chegada ao serviço e ainda a vergonha do próprio corpo.

“Eu tinha medo assim de fazer exames, ai meu Deus da prevenção ...” (se referindo ao exame Papanicolaou que nunca havia realizado) (Cinderela).

A coleta de material para o exame preventivo de câncer cérvico-uterino é recomendado para todas as mulheres grávidas inscritas no programa de pré-natal do SUS. Esse procedimento é considerado invasivo não só porque necessita da exposição dos genitais, mas também porque há necessidade de colocação de um espécuro vaginal. Procedimento esse, temido por muitas mulheres.

A vergonha de expor a intimidade dos genitais também é uma construção social. O estudo de TENÓRIO (1996) buscou as Representações Sociais sobre o exame preventivo de câncer ginecológico entre usuárias e profissionais de saúde e encontrou o corpo da mulher representado de forma negativa, constituindo objeto de pecado, com aparecimento da vergonha e do pudor. Os órgãos ginecológicos foram representados como ‘sujos’, ‘exalando mau cheiro’, ‘frágeis’ e não devendo por isso ser tocados.

#### **7.3.3. A rejeição, o arrependimento**

“Não que eu não goste do meu filho, eu amo meu filho... depois quando o meu filho nasceu eu chorei muito. Sabe, eu tinha medo que aquela rejeição que eu tive na época da gravidez eu passasse para o neném não tinha culpa né, tanto que depois disso, sempre que eu olho para ele eu me lembro, que eu não precisava ter feito o que fiz” (Bela Adormecida).

### **7.3.4. Atualmente o que pensam do pré-natal**

Freqüentar um programa de pré-natal representa também a melhora de posição social ou melhora de status, pois na fala de algumas mulheres, só o faz quem pode, quem tem condições.

“Agora eu faria, porque agora eu tenho tempo agora eu é quem faço o meu horário” (Bela).

Ou porque o programa de pré-natal não faz parte de seus valores.

“Eu não sei, falar a verdade, não faço a mínima idéia” (Patinho Feio).

A intenção de fazer o pré-natal :

“Eu ia fazer, pra ver se a mãe está com algum problema, se o neném tem algum problema...”  
(Julieta).

“Eu já estou preparada, eu vou fazer o pré-natal direitinho” (Bela Adormecida).

#### **7.3.4.1. A confusão de valores**

Neste momento o pré-natal surge associado a mudanças que serão necessárias para sua realização, não basta a mulher querer freqüentá-lo. A mulher vê a necessidade de armar estratégias para conseguir, para poder. Como se fosse possível mudar realidades sociais sozinha.

“Pra mim vim de lá é difícil, mas se acaso eu ficasse grávida de novo, nem que fosse pra passar fome, eu mudava para a cidade, fazia o pré -natal primeiro, depois que eu ganhasse voltava pra o sítio” (Branca de Neve).

## **7.4. O PROCESSO DE PARTO**

### **7.4.1. Sinais que identificam que o bebê está a caminho**

Quando as mulheres se dirigiram para o hospital para resolução da gravidez, o fizeram apenas uma vez, demonstrando que as mesmas identificaram o início do trabalho de parto e o momento oportuno para o nascimento, pois o período de internação destas mulheres foi de mais ou menos uma hora antes do nascimento do bebê.

Duas mulheres tiveram seus bebês na sua casa e após o nascimento solicitaram a presença de profissional da saúde e foram conduzidas para o hospital.

O trabalho de parto aparece associado à dor, ao desconforto, à umidade, ao intervalo entre as contrações:

“Por causa da dor” (Julieta).

“Porque eu tinha dor” (Cinderela).

“A bolsa estourou” (Patinho Feio).

“Eu não tive dor, só queimação” (Chapeuzinho Vermelho).

“Saiu um pouco de líquido, aquela contração que dói muito, aí eu olhava no relógio, estava longe uma da outra...” (Branca de Neve).

### **7.4.2. Motivos para procurar o hospital para resolução da gravidez**

Associando o parto como algo não normal, perigoso, o parto deixa de ser um ato fisiológico, o seu desfecho é preocupante. A cesariana aparece como uma situação que caminha lado a lado no trabalho de parto.

As representações do parto segundo OSAVA e MAMEDE (1995) são recortadas de acordo com a classe social da clientela, estando mais relacionada a um ato instintivo, para as mulheres de classes populares, e a um ato cultural, para as mulheres de classes mais elevadas. Porém o que notamos neste grupo de mulheres nada traz de instintivo. Pelo contrário notamos a falta de autonomia e a medicalização deste evento.

Como nos mostra PEREIRA (2000), a medicina, tal como é conhecida hoje, teve seu alvorecer no século XVIII, quando foram elaboradas noções de higiene que

tiveram importância para o processo de medicalização. A mulher foi um dos vértices desse processo. Os aspectos relacionados aos rituais hospitalares que cercam o parto, configuram de maneira exemplar, a despersonalização e a negação da mulher neste processo.

“Porque eu não ganhava na casa, eu não ganho filho normal assim” (Chapeuzinho Vermelho).

“A gente é melhor atendido, na casa é arriscado, da criança não nascer, vai que é uma cesariana, você teme e na casa não tem como, agora no hospital tem o médico” (Branca de Neve) (mulher que teve seu bebê na casa).

O parto como algo perigoso, que precisa de cuidados hospitalares, com legitimação do profissional médico como responsável pelo processo de nascimento (PEREIRA, 2000).

“Ai eu falei para o meu marido: tem que ir para o hospital!” (Bela).

“Aqueles médicos, aí tudo junto é mais bonitinho né...” (Bela Adormecida). (mãe que teve seu bebê na casa)

“Eu fui atendida muito bem” (Patinho Feio).

“Ficou em cima dando apoio, ... você não pode deixar a pessoa sozinha, da medo da criança cair da cama..” (Julieta).

### **7.4.3. Ônus por não ter feito o pré-natal**

As mulheres procuraram o hospital em franco trabalho de parto. Pelas falas notamos que se encontravam ansiosas e estavam prestes a ter um bebê. Ainda assim tiveram que ouvir pessoas da saúde alertando para o fato da não-realização do pré-natal, como se fosse relevante para o momento.

Muitos profissionais de saúde, ao atender os usuários, ainda estão muito arraigados em cumprir normas e rotinas hospitalares, causando um descompasso entre as necessidades das mulheres parturientes e os interesses da instituição.

Esse fato leva a um comportamento que, naquele momento, só pode ter sido passivo, ao ouvir falas de funcionários aliando o pré-natal à saúde da mãe e de seu filho.

“É, o Dr. chamou minha tenção bastante, ele falou prá mim mas eu não me lembro o que ele falou, mas depois ele também pediu desculpas” (Branca de Neve).

“Ela falou que eu deveria ter feito o pré-natal por causa da saúde do bebê e da minha, eu falei que sabia e ela disse: - se sabia por que não fez?” (Bela).

“Ainda levei uma bronca, levei uma bronquinha, ainda que eu não fiz e fumava, fumo muito, aí ele me deu uma bronca” (Patinho Feio).

“Só que na hora assim o Dr. L. xingou porque eu não fazia pré-natal e deu anemia profunda” (Rapunzel).

“Ele falou que carecia da carteirinha para ser internada se não como eles iam internar? É, não tinha e internaram mesma coisa” (Cinderela).

“É, no hospital eu falei que não tinha feito mesmo” (Chapeuzinho Vermelho).

Aparece a recriminação por parte dos profissionais de saúde que atendem à mulher, inclusive em sala de parto.

“Eles perguntaram se eu tinha feito o pré-natal aí eu falei que não, daí o médico perguntou o motivo, lógico deu umas xingadinhas” (Bela Adormecida).

“Mais ou menos sabe... a enfermeira me criticou por causa de não ter feito o pré-natal, ela praticamente me xingou, falou que o médico ia xingar por não ter feito o pré-natal, porque eu não fiz, porque sendo que eu morava quase dentro do posto e não fui” (Julieta).

## **7.5. PREVENÇÃO DE UMA NOVA GRAVIDEZ**

As mulheres entrevistadas tiveram um relacionamento que resultou numa gravidez não-programada, razão referida em alguns depoimentos, levando a rejeição dessa gravidez e o que provavelmente contribuiu pela não- procura por atendimento no período gestacional.

Ao investigarmos sobre planejamento familiar notamos que elas estão se colocando na mesma situação, ou seja, prováveis candidatas a outra gravidez não-planejada ou quando utilizam método anticoncepcional este é feito de maneira incorreta.

Durante as entrevistas notamos o conhecimento de métodos anticoncepcionais e os mais lembrados são: a pílula, o preservativo e o DIU, que coincide com o estudo de PIROTTA e SCHOR (1999).

Porém, saber que existe não significa utilizá-lo e ainda de que maneira este está sendo utilizado.

Demonstrando que o planejamento familiar que faz parte do programa de assistência à mulher precisa ser melhor trabalhado na saúde pública.

OSIS et al. (1990) trazem o desconhecimento de métodos anticoncepcionais dentre as mulheres laqueadas do estudo. 14% não conheciam a vasectomia, 16% o DIU, 70% o diafragma e 86% o método Billings.

OLINTO e GALVÃO (1999), ao estudarem as características reprodutivas de mulheres de 15 a 49, anos encontraram que os métodos contraceptivos mais prevalentes foram a pílula e a esterilização, entre as mulheres em união e 15% haviam feito ligadura tubária. Notaram a baixa participação de maridos/companheiros, pois dentre o total 20% não aceitavam uso de pelo menos um método contraceptivo masculino.

As nossas entrevistadas referem:

“Não, estou sem companheiro” (Bela Adormecida).

“Eu passei com o médico que fez o meu parto, ai ele mandou eu tomar e eu não tomei... ai eu comprei outro... comprei, a minha amiga toma do mesmo, ai ela indicou pra mim...” (Patinho Feio).

“Eu vou... não estou... vou colocar o DIU semana que vem...” (Julieta). “Não, não estou tomando nada apesar de não estar com ninguém...” (Chapeuzinho Vermelho).

“Não porque desde que eu fiz ela nunca mais tive nenhum tipo de relação sexual, não tenho namorado, não tenho ninguém”(Bela).

E a laqueadura feita no momento do parto, negociada no pré-natal.

“...eu tava se tratando né ...eu fiz prá não ter mais criança né! Daí foi feito laqueadura ”. (Cinderela) ( referindo-se à última gestação, em que foi levada por amigas ao pré-natal).

Estudando mulheres que buscavam a esterilização junto ao serviço público, MARCOLINO (1994) menciona que a difícil convivência com a pílula, (...) possibilitou entender como a ação diária da contracepção é uma experiência difícil para a mulher, levando-a ao abandono da pílula, partindo para um método mais radical como a esterilização cirúrgica. Afirma ainda que, embora a pílula seja o método mais conhecido e usado pelas mulheres, é abandonada devido aos efeitos colaterais, a contra-indicação por problemas de saúde e a falhas devido a seu uso incorreto.

Segundo essa autora, a mulher encontra ainda dificuldades com outros métodos, como a abstinência periódica – que depende de um conhecimento preciso do corpo e dos ritmos ligados à fertilidade – e o preservativo – que depende do parceiro.

O alto percentual de mulheres esterilizadas observado na sociedade brasileira indica a precariedade com que a mulher vivencia as questões ligadas à contracepção e à saúde reprodutiva. A opção pelo método definitivo relaciona-se ao acesso restrito aos recursos contraceptivos e ao sistema de saúde. A grande concentração de usuárias de pílula nas idades mais jovens leva a uma exaustão da mulher diante desse método, criando as condições em que se dá a opção pela esterilização (PIROTTA e SCHOR, 1999).



## **8. *CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Inicialmente, ao analisarmos as falas e vestidos do poder e do saber científico, nós, profissionais da saúde, somos levados muitas vezes a criticar as mulheres que, mesmo situadas em determinada região onde se encontra uma estrutura de pré-natal seguindo normas do Ministério da Saúde, ainda assim não o freqüentam.

Criticamos, pois acreditamos nas respostas que o serviço de saúde pode trazer para a população atuando durante o período gestacional. Este é um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, se bem orientado no sentido de se evitar problemas específicos do parto, do período puerperal e ainda com o recém-nascido.

Durante a visita à literatura, fomos apresentados a autores com opiniões semelhantes, novas, controversas e até muito diferentes, que nos levaram a refletir a posição que muitas vezes nos colocamos diante dos pacientes, como quem controla a situação, numa posição de sabedoria quase inabalável, de poder.

Ao caminharmos através da Teoria das Representações Sociais podemos notar que o grupo nos traz conceitos, sua bagagem cultural, como a nos pedir respeito e passagem ao seu saber, construído no popular, nas suas vidas, que, nesse momento, não era um conto com fadas e madrinhas.

Ao analisarmos as falas dessas mulheres percebemos que muito embora o programa de pré-natal seja importante, notamos que, para algumas mulheres grávidas, aquele período não foi prioridade. Havia outras mais relevantes.

Neste contexto, optaram ou foram levadas a optar pela não participação no pré-natal, como não sendo o momento oportuno. Julgaram-se impossibilitadas de freqüentar o programa: pré-natal é prá quem pode.

Tinham que decidir, sozinhas, a continuação ou não da gravidez. Sozinhas na decisão, apesar de algumas estarem com o companheiro, isso não significou apoio e elas precisaram, pois tinham consciência de que eles também participaram do ato que culminou na concepção.

Apresentar a gestação à comunidade e trabalhar a pressão exercida por ela, pois condições ambíguas econômicas e sociais, se apresentaram. De um lado a pobreza limitando o número de filhos e, de outro, a interrupção desta gravidez como crime social.

Sozinhas na decisão ou na passividade do aceite, essas mulheres optaram ou foram conduzidas para o desfecho, acreditamos que outras que não sucumbiram às pressões sociais ou se sentiram com autonomia possam ter optado diferentemente.

A sua não participação no pré-natal e conseqüentemente a não avaliação de sua saúde física caso apresentasse anormalidades, a expôs a agravos decorrentes da gestação, que poderiam ter sido amenizados.

Não receberam imunização, não tiveram acesso a programas sociais, foram desamparadas. Não se preocuparam com o local do parto, não tiveram garantia de acesso hospitalar, embora freqüentar o pré-natal não seja necessariamente sinônimo de acesso ao local de nascimento.

As mulheres, quando grávidas, compartilham suas experiências com outras, trocando aspectos positivos e negativos. As mulheres da pesquisa não apresentaram medo do parto e identificaram o início do trabalho de parto de maneira natural.

A procura pelo hospital não foi precoce, pois o período entre a internação e o nascimento foi relativamente curto, em torno de uma hora. Não relataram idas e vindas ao hospital, nem tampouco analisaram o tipo de atendimento que receberam.

Duas delas deram à luz em casa, solicitaram e receberam ajuda de instituição de saúde. Todas as mulheres entrevistadas relataram parto normal. Do total de 24 DNV recebidas até julho de 2002 em que não foi realizado o pré-natal, 23 partos foram normais e um cesáreo.

Relataram ao nascimento, preocupação com a saúde do bebê, demonstrando sentimentos de apego com a criança, remorso pela rejeição durante a gravidez, forças para trabalhar, lutar e compartilhar o crescimento de seu filho. Porém sabemos que das mulheres que não compareceram às consultas, alguns bebês foram doados. Não é nossa intenção criticá-las, mas acreditamos que não deve sido ter fácil realizar todo esse percurso, provavelmente igual às demais e, ao final, realizar a doação do bebê.

Questionamo-nos sobre a liberdade individual e social na decisão dessas mulheres frente à doação.

A gravidez indesejada é fruto de sexualidade não aceita e portanto não trabalhada. Se o indivíduo reconhece sua sexualidade precisa de orientação para o planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

As mulheres entrevistadas se mostraram carentes antes da gravidez. Não faziam uso de anticoncepcional ou quando faziam seu uso este foi incorreto, estavam despreparadas para a anticoncepção, sem orientações adequadas para uso do método a que recorreram.

Neste contexto estavam sujeitas a uma relação que finalizou sexualmente e as implicações decorrentes do ato que, para a maioria, foi de amor. Finalizaram grávidas, mas estavam em risco de doenças sexualmente transmissíveis. As entrevistadas nos trouxeram relações de namoro e união consensual. Estariam essas mulheres à procura de um relacionamento mais duradouro? Estavam à sorte, ao que pudesse acontecer.

Do período anterior à gravidez e à época da entrevista, poucas mudaram suas rotinas de planejamento sexual, de família e vida. Algumas relataram vida sexual ativa e o desejo de não ter mais filhos.

Porém, apesar do conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, estes, no momento da pesquisa, não estavam sendo utilizados e elas estavam se candidatando novamente à mesma situação: a gravidez indesejada e suas conseqüências. A família pouco se posiciona, o companheiro quando presente não emite opinião, por falta de ser procurado ou por não procurar.

A mulher continua a sua trajetória, amando, confiando, sonhando, desiludindo, rejeitando. Vivendo sua vida como pode, de acordo com as condições que a vida lhe oferece. Cumprindo o papel que o teatro da vida lhe reservou. Interferindo pouco, algumas quase nada. Esta é a realidade que percebemos. A gravidez é o resultado de uma sexualidade e até vidas mal- definidas.

Atualmente e fora do estado de gravidez, algumas afirmam que fariam o pré-natal. Quem percebe a gravidez de uma forma fisiológica, nega sua participação pois, percebe que não é impedimento para se levar uma gravidez adiante.

Quando depararmos com mulheres que se negaram ao pré-natal e, no entanto, levaram uma gravidez adiante, faz-se necessário trabalhar sua sexualidade, seus valores, sua auto-estima. Percebemos que o útero ficou grávido. O corpo social foi quem gestou, forçando, criticando e desamparando. A mulher não se sentiu um dos principais protagonistas neste contexto. Ela não teve condições de frequentar o pré-natal. Faltou apoio, não sentiu poder.

Numa época em que tanto se fala dos avanços alcançados pelas mulheres, ainda há muito o que se fazer. Elas precisam saber que têm direitos e daí a necessidade de resgate da sua cidadania.



AGUIAR, A.C. Assistência integral à saúde da mulher : a ótica dos profissionais de saúde. **Rev Baiana de Saúde Públ**, 1(4): 7 -18,1996/1997.

ANDRÉ, M.E.D.A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cad Pesq**, 45: 66-71, 1983.

BACHA, A.M.; GRASIOTTO, O.R. Aspectos éticos das práticas abortivas clandestinas. **Bioética**, 2:53-59, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1979.225 p.

BARDIWICK,J.M. Maternidade: da obrigação à escolha In: **Mulher sociedade e transição**. Tradução de Wanda de Oliveira Roseli. São Paulo. Difusão Cultural S.A.,1979. p.72-96 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**, Brasília, DF, 1996 . 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de programas especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, **Pré-natal de Baixo Risco**, Brasília, DF,1986. 43p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**, Brasília, DF, 2001.

BETTIOL,H.; BARBIER,M.A.; GOMES,U.A.; ANDREA,M.; GOLDANI,M.Z; RIBEIRO, E.R.O. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada, **Rev Saúde Pública**, 32(1):18-28,1998.

BONADIO, I.C. **Ser tratada como gente – a vivência de mulheres atendidas no Serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica**. São Paulo, 1996. (Tese - Doutorado – Universidade de São Paulo).

BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO,M.A.; STEFANELLI,M.C.; NERO,M.C.C. A comunicação terapêutica no cuidado pré-natal, **Rev Paul Enf**, 16: 5 -11, 1997.

BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO, M.A. A gestante no pré-natal: paciente ou agente? **Rev de Atenção Primária Saúde**, 2:20-23, 2000.

CARVALHO, J.E.C. **A Representação social da função do médico e da medicina entre grávidas no contexto da previdência social**. São Paulo, 1994. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

CARVALHO, L.M.; PIROTTA, C.M.K.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina **Rev Saúde Pública**, 35 (1): 23-1, 2001.

CORREIA, K. **A busca do pré-natal: uma questão de motivos**. Curitiba Universidade Federal do Paraná, 2000. 56p.

DE LORENZI; TANAKA, A.C.A.; BOZZETTI, M.C.; RIBAS, E.F.; WEISSHEIMER, L. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad de Saúde Públ**, 17(1):141-146, 2001.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; CARDOSO, F.I. Avaliação do Programa de Pré-natal do Posto de Saúde da Vila Municipal, Pelotas - RS **Rev Bras Ginecol Obstet**, 18: 469-76, 1996.

FAAR, R. Representações sociais: a teoria e sua história In: GUARESCHI A.P. e JOCHELOVITCH, S. **textos em representações sociais**, 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.31-59.

FERREIRA, H. C.. **Um novo tempo e as representações sobre o cuidar da mulher no período perinatal**, São Paulo, 2000. (Tese - doutorado - Universidade de São Paulo).

FONSECA, R.M.S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**, 8(2): 3-32, 1999.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**, 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 224p.

HALPERN, R. ; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E.. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad Saúde Pública**, 14(3): 487-492, 1998.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975 .196p.

- KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978. 221p.
- LANE, S.T.M., **O que é psicologia social**, São Paulo: Brasiliense, 1986 (Coleção primeiros passos).
- LANGER, M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986. 191p.
- LAURENTI, R. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna. **J Redesaúde**, 15:3-4,1998.
- MAIA,M.; LOPES,G. Contracepção: as causas do fracasso, **Reprodução**, 9 (1): 147-9,1994.
- MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**, 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.290p.
- MARCOLINO,C. **Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico**. São Paulo, 1994. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).
- MARCON, S.S. Vivenciando a gravidez: processos e subprocessos de uma teoria fundamentada nos dados, **Rev Lat-Am Enf**, 3(2): 165-179.1995.
- MARCON, S.S. A difícil arte de compartilhar desejos In: ELSÉN, I.; MARCON, S.S; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**, Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p. 99-120.
- MAZZOTTI.A.J.A.; GEWANDSZNAJDER.F. **O método nas ciências naturais e sociais – pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 204p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 269p.
- MINAYO,M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes,1996. p.71.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 8. ed, Petrópolis RJ: Vozes, 1998. p. 67-80.

MONTEIRO,C.A.; BENICIO,M.H.D.; ORTIZ,L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998), **Rev Saúde Públ**, 34(6 supl):26-40 São Paulo,2000. Disponível em <<http://www.fsp.usp/rsp>> Acesso em 10 de fev. de 2002.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

NASCIMENTO, G.P.; ODALEA, M.B.S.; SOUZA, M.L. Vivenciando o processo de nascimento. **Texto Contexto Enferm**, 6:157-6,1997.

NOGUEIRA.M.I. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

OBA.M.D.V. ; TAVARES.M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Rev Lat-Am Enferm**, 8(2): 17-11, 2000.

OLINTO,M.T.A.; GALVÃO,L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev saúde públ**, 33 (1):64-72,1999.

OLIVEIRA,R.A. **Mulheres de alumínio: representações sociais sobre o câncer de mama e suas contribuições para o ensino de enfermagem**. Sorocaba. 2000.( Dissertação - Mestrado - Universidade de Sorocaba).

OLIVEIRA,J. – **Código Penal**. 30.ed, São Paulo: Saraiva,1992. 520p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: manual de instruções, 10. Revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

OSAVA ,R.H.; MAMEDE M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **J Brs Ginec**.105:100 -106 ,1995.

OSIS,M.J.D. **Atenção integral à saúde da mulher, o Conceito e o Programa: História de uma intervenção**. Campinas, 1994.(Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, **Cad Saúde Públ**, 14:25-32,1998.

OSIS,M.J.D.; HARDY,E.E.; SIMÕES,I.R.S.; VERA,S.; FAÚNDES,A. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do estado de São Paulo. **Rev Ginec e Obst**, 1(3):195-204. 1990

PIROTTA,C.M.;SCHOR,N. Carências e desejos: estudo sobre esterilização entre mulheres residentes na região sul do município de São Paulo, em 1992. **Saúde Soc**, 8(2): 33-57, 1999.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SINSON, O.M.V. **Experimentos com história de vida: (Itália Brasil)** Enciclopédia aberta de ciências sociais. São Paulo: Vértice: 5(2):14-43, 1988.

QUEIROZ,M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras, **Cad Saúde Pública**, 9(3):272 - 82,.1993.

PEREIRA, W. R. O processo de medicalização do corpo feminino In: SCAVONE, L. ; BATISTA L.E. (ORGS) **Pesquisas de gênero: entre o público e o privado**. Araraquara: Cultura Acadêmica. 2000. p.127-152.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P, pesquisa e análise qualitativa, **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.268-288.

REZENDE, C. H.A.; MORELI, D. REZENDE; I. M.A.A. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Rev Saúde Públ**, 34(4): 3 -238. 2000.

SÁ, P.C, Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria In: SPINK, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993.p.19-45.

SANTOS,I.S.;R.C.; MINOTTO,I.; KLUMB,A.G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS **Rev de Saúde Públ** , 34.(36), 2000

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Subprograma de Saúde da Mulher: subsídios e diretrizes**. São Paulo, Grupo de Saúde da Mulher, 1986.17p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Mortalidade infantil Boletim CIS 2 disponível em <[http://www.saude.sp.gov.br/DSAUDE/Boletins/Infantil/html\\_Boletim2.htm](http://www.saude.sp.gov.br/DSAUDE/Boletins/Infantil/html_Boletim2.htm)> Acesso em 01de jun.de 2001.

SEADE. Censo Demográfico. Disponível em: <<http://seade.gov.br>> Acesso em 04 de março de 2001.

SCHIRMER, J. **Assistência pré-natal**: manual técnico, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 66p.

SCHIRMER, J. Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres? In: OLIVEIRA, E.M. ; SCAVONE, L.(org.) **Trabalho, Saúde e gênero na era da globalização**, São Paulo: Ed. AB, 1997. p.101-12.

SILVER, L.D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999. p. 299-317.

SOUZA, S.R. Patterns of induced abortion in urban area of Southeastern region, Brazil, 1998. **Rev Saúde Públ**, 32(1): 7-17.

SPINK, M.J.P. o conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Públ**, 9(3): 300-8 .1993a.

SPINK M. JP.O estudo empírico das representações sociais In: SPINK (Org.) **O conhecimento no cotidiano**, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993b. p. 85-108.

TANAKA, A.C.A., **Maternidade dilema entre nascimento e morte**, São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995.207p.

TENÓRIO, I.M. **Representações sociais de mulheres ( usuárias e profissionais de saúde) sobre a prevenção do câncer ginecológico**, João Pessoa, 1996. ( Tese - Mestrado - Universidade Federal da Paraíba).

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**, São Paulo: Atlas, 1990.176 p.

VAN DER SAND, I. C. P. **O bem-estar da criança sempre em primeiro lugar - o processo de alimentação do lactente sob a ótica de mulheres-mães de Ijuí-RS**. São Paulo, 1999. (Dissertação – Mestrado - Universidade de São Paulo).

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R. ; HASSEN, M. N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**, Porto Alegre: TOMO Editorial, 2000. 225 p.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino In: GIFFIN, K., COSTA, S.H. **Questões de Saúde reprodutiva**, Rio de Janeiro Fiocruz, 1999.



## ***10. ANEXOS***

(ANEXO 01)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sou Miriam Aparecida de Abreu Cavalcante, RG 12428014-6 enfermeira, pós-graduada da Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem da Unicamp, e estou realizando uma pesquisa com mulheres que deram à luz no ano 2000 e que não realizaram consultas de pré-natal. Este estudo tem o objetivo de identificar as dificuldades e motivos que as levaram a não utilizarem o programa de pré-natal. Este estudo muito nos auxiliará no acompanhamento do programa de saúde da mulher oferecido pelos centros de saúde deste município. Solicito sua participação, comprometendo-me a manter seu nome no anonimato e nenhum dado que possa identificá-la será usado. As entrevistas serão gravadas e após serão transcritas. Os dados aqui colhidos *somente* serão utilizados para fins de pesquisa.

Garanto que tem o direito de abandonar o estudo, em qualquer momento e que isso em nada alterará seu atendimento no sistema de saúde.

A pesquisa em questão foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, onde poderá ser contatado pelo telefone 0XX19 37888936.

O telefone da pesquisadora para contato é 2781139.

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente a Rua \_\_\_\_\_, no. \_\_\_\_\_, aceito participar do estudo e declaro ter recebido todas as informações, ficando devidamente esclarecida sobre os motivos da pesquisa e que não terei benefícios financeiros com a minha participação e ainda, posso a qualquer momento abandonar o estudo e isso em nada alterará o meu atendimento no sistema de saúde.

Assino este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará comigo e a outra com o pesquisador.

\_\_\_\_\_  
(participante)

\_\_\_\_\_  
Miriam Ap. A. Cavalcante

RG:

Rg. 12428014-6

Telefone de contato 2781139

**(ANEXO 02)**

**Autorização da Diretoria de Saúde do município de Pilar do Sul**

Pilar do Sul, 04 de fevereiro de 2002.

Prezado Senhor

Venho através deste solicitar autorização para a realização de pesquisa com os dados referentes ao programa de Saúde da Mulher da Diretoria Municipal de Saúde do município de Pilar do Sul, bem como entrevistar mulheres que deram à luz no ano de 2000 e que não realizaram o pré-natal.

A pesquisa em questão será objeto da minha dissertação de Mestrado no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo.

Certo de podermos contar com a sua atenção, agradece antecipadamente.

Miriam Aparecida de Abreu Cavalcante

Enfermeira Coren 62311

Ilmo Sr.

Luiz Francisco Boechat

Diretor Técnico Responsável

### (ANEXO 3)

#### Roteiro Guia

- Idade -----Estado civil-----no. de filhos-----
- Ocupação-----
- Há quanto tempo mora no município?
- Fiquei sabendo que teve um bebê no ano de 2000? Onde foi?
- Quando ficou grávida desse bebê, estava planejando ou “escapou”?
- Como foi que você encarou essa gravidez?
- Como você passou a gravidez ? O que esta gravidez trouxe/significou para você?
- Como foi a reação dele do pai do bebê/companheiro? E os demais membros da família?
- Fale-me um pouco de como sabia que estava na hora de ir ganhar o bebê? Alguém te ensinou/orientou? Por que procurou o hospital para dar à luz?
- Como foi atendida no hospital? na sala de admissão (de exames) , parto e pós-parto? Pediram a carteira do pré-natal? (Caso sim – o que falaram quando souberam que a senhora não tinha carteira de PN)?
- A Sra. conhece o que é um programa de pré-natal ? (se sim) Fale-me um pouco sobre esse programa (se não) Como a senhora imagina ser esse serviço/ programa?
- Por qual motivo a senhora não fez o pré-natal?
- Teve outros filhos antes e depois deste que nasceu em 2000 ? Se sim, procurou assistência à saúde?
- Pretende ter mais filhos? Se sim Como pretende passar a gravidez?
- Está usando algum método anticoncepcional ?