

O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil

The Meaning of Prenatal Care for Pregnant Women: an experience in the city of Campo Grande, Brazil

Sebastião Junior Henrique Duarte

Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo
Endereço: Rua Pio Rojas, 348 bloco W apartamento 44, Monte Castelo, CEP 79010-410, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
E-mail: sjhd@usp.br; sjhd@bol.com.br

Sônia Maria Oliveira de Andrade

Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Endereço: Rua Luiz Freire Benchetrit, 258, Miguel Couto, CEP 79040-140, Campo Grande, MS, Brasil.
Email: anart.msi@terra.com.br

Resumo

Este estudo qualitativo teve como objetivo conhecer o significado e a importância do pré-natal na opinião das gestantes residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família do Jardim Marabá, município de Campo Grande, MS, Brasil, considerando que o senso comum é determinante no modo de vida das pessoas, requerendo atenção por parte dos profissionais de saúde na perspectiva de conhecer o que circula através do saber popular, imbuído nos fatores socioculturais e que se imbricam com o conhecimento científico. Participaram da pesquisa 21 mulheres grávidas, em todos os trimestres de gravidez. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas e individuais. Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo para organização dos dados e a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico. Os resultados evidenciaram que o pré-natal, para essas gestantes, é um ato prescritivo e a importância está voltada à saúde do bebê.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Pré-natal; Pesquisa qualitativa.

Abstract

The main goal of this qualitative research was to know the meaning and importance of prenatal care for pregnant women who live in the area covered by the Family Health Unit of “Jardim Marabá”, city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. In view of the fact that common sense is a determining factor of people’s lifestyle, health professionals should pay attention to it in order to know what circulates through popular knowledge, embedded in cultural and social factors and intertwined with scientific knowledge. Twenty-one pregnant women in all trimesters of pregnancy participated in the research. Data were collected through open, individual interviews. The Discourse of the Collective Subject was applied to organize the data, and Social Representations Theory was used as the theoretical framework. The results showed that, for these women, prenatal care is a prescriptive act, and its importance is related to the baby’s health.

Keywords: Women’s Health; Prenatal Care; Qualitative Research.

Introdução

A saúde da mulher é uma temática em discussão ao longo de várias décadas. Os programas de saúde pública contemplam as ações a serem executadas pelos profissionais envolvidos com a assistência à mulher, valorizando o modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de se “tratar” a saúde (Duarte, 2006).

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu marco principal na década de 1920, utilizando como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas, sendo que somente em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Na década de 1970, por meio do documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da mulher é retomada. Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) tendo como diretrizes a nutrição do grupo infantil em relação às mulheres; o alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas e as mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco (Nagahama e Santiago, 2005).

A saúde da mulher volta a ser palco das atenções na década de 1980, quando o Ministério da Saúde implementou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, tentando abranger a mulher em todo o ciclo vital (Nagahama e Santiago, 2005).

O PAISM, fruto da negociação do movimento de mulheres, foi discutido e implantado em um período de transição democrática, e sua concepção combinava as ações básicas de saúde e a atenção médica individual, tomando como fundamento a integralidade da assistência (Osis, 1998).

Mesmo com as prerrogativas do PAISM, o panorama da saúde da mulher continuou sendo o ciclo reprodutivo e a atenção à saúde, em todos os níveis de cuidado, mas deixava a desejar em termos de qualidade. A análise dos avanços e retrocessos referentes ao

PAISM originou mudanças que se pautam em estratégias para suprir algumas lacunas e culminou com a construção, em 2003, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Um dos exemplos é a inserção da humanização da assistência como uma nova estratégia para a melhoria do acesso e da qualidade no ciclo gravídico-puerperal, com destaque para o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde (Serruya e col., 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (Brasil, 2002).

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

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

Ressalta-se a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais como medo da morte, da dor, do esvaziamento e da castração. Já a ansiedade pode estar associada a uma vivência negativa da experiência de pré-natal e parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional e está associado ao aumento do risco de que a gestante tenha uma experiência de parto negativa, assim como de um novo pré-natal (Lopes e col., 2005).

É fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora, que contribui para a manutenção financeira da família e divide o tempo entre o trabalho e a assistência à saúde. Esse quadro configura uma nova necessidade em saúde por parte da população feminina.

A discussão em torno das necessidades das gestantes é um dos eixos propostos pelo acolhimento (Pinto e col., 2005), sendo que este é proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta às suas necessidades, por meio de assistência propriamente dita ou através de informações, ou seja, quando os profissionais demonstram interesse pelos seus problemas e se empenham na busca de soluções.

O acolhimento contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde.

Os avanços tecnológicos não foram acompanhados pelas mudanças nas condições de vida, assim como o aperfeiçoamento das práticas em saúde, compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho em equipe e pelas atitudes fundamentadas em valores humanitários.

Atualmente há recursos para lidar com cada fragmento dos indivíduos, porém persiste a dificuldade em tratar de modo integral o mesmo ser humano (Caprara e Rodrigues, 2004).

A saúde da mulher deve ser considerada em sua totalidade, ultrapassando a condição biológica de reprodutora e conferindo-se o direito de participar globalmente das decisões que envolvem sua saúde.

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

O estudo do senso comum permite apreender o modo como as gestantes percebem o pré-natal e leva à reflexão sobre as conseqüências do choque causado entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, que determina a conduta das mulheres grávidas.

Esse conhecimento torna-se uma ferramenta para a organização das ações em saúde, buscando-se estabelecer a harmonia entre a ciência e o senso comum, possibilitando desvelar os mitos e as crenças que envolvem o pré-natal.

A partir dessas considerações, o estudo teve por objetivo apreender as representações sociais das gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família do Jardim Marabá, em Campo Grande, sobre o pré-natal.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com 21 gestantes residentes nas áreas de atuação do Programa Saúde da Família do Jardim Marabá, município de Campo Grande, MS, e que concordaram em participar da pesquisa. Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica da entrevista individual, gravada, posteriormente transcrita e armazenada em *CD-ROM*.

Adotou-se a Teoria das Representações Sociais (RS) como referencial teórico e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para organização e análise dos dados.

As RS são consideradas como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Elas são equivalentes aos mitos e crenças das sociedades, ou seja, ao senso comum (Moscovici, 2003; Jodelet, 2002).

O DSC é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre dado assunto. Trata-se de um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social. Entende-se por discurso todo posicionamento argumentado (Lefèvre e Lefèvre, 2005). Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo são utilizados trechos do discurso, que foram descrições literais dos depoimentos, reveladores da essência do conteúdo das representações e que são denominados de expressões-chave. A partir dos recortes de fala significativos são identificadas as idéias centrais, ou seja, as palavras ou expressões linguísticas que revelam, de maneira precisa e sintética, o sentido presente nos depoimentos. Organizam-se, em mapas denominados de Instrumentos de Análise

do Discurso (IAD), as expressões-chave e as idéias centrais. As expressões-chave exemplificadoras de idéias centrais semelhantes são organizadas de forma lógica e coerente, compondo um discurso único redigido na primeira pessoa do singular: o Discurso do Sujeito Coletivo.

No caso de surgirem depoimentos contraditórios a respeito de uma mesma questão, são elaborados DSC para as falas concordantes e para as falas discordantes. No presente trabalho, as questões formuladas, por sua própria natureza, não geraram conteúdos discordantes, razão pela qual ocorre a regularidade nos discursos. A representatividade das falas, nos dois casos, é identificada por meio da emissão desses conteúdos nos discursos dos sujeitos, denominados S1, S2, S3, sucessivamente.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, obtendo parecer favorável expresso com o protocolo nº. 686/2006. As entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes da pesquisa foram designadas por números, visando preservar seu anonimato.

Resultados

Para a obtenção dos conteúdos de fala, da maneira mais natural e espontânea possível, foi solicitado a cada uma das gestantes que falasse “tudo o que sabe sobre o pré-natal”, sendo que, durante a conversa, foi explorado o seu real significado para a entrevistada na condição de gestante.

As entrevistadas referiram que o pré-natal significa a real possibilidade de se conhecer e praticar os cuidados necessários, em relação ao bebê e em relação à mãe. Como está o filho e a mãe e a possibilidade de se prevenir doenças e complicações para ambos foram os aspectos destacados pelas entrevistadas, sendo estas quatro idéias centrais constitutivas do Discurso do Sujeito Coletivo sobre o pré-natal.

Cuidados com a Saúde do Bebê

S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S15, S16, S17, S18, S19 e S21.

Como está o bebê

Pré-natal é para saber como está o bebê, se está tudo bem com ele, se está tudo normal. É um acompanhamento médico pelos aparelhos para verificar se a criança está bem. Pelo ultra-som dá pra saber se tem algum problema físico, escuta os movimentos respiratórios, vê as pernas, mãos, braços, cabeça, sexo, pesa, mede, olha se a quantidade de líquido está adequada para ele, se a placenta está bem e se ele está se mexendo, porque hoje em dia tem jeito pra tudo... Acho que pré-natal é mais para a criança, porque para a gente não tem muita importância, tem que cuidar mesmo é da criança que está vindo. Os médicos preocupam com a gente, mas a preocupação maior deles é com a criança. É mais importante para o bebê, pra mim não é tanto.

Prevenindo doenças e complicações

O médico fala pra gente se ele está bem, se ele não vai nascer com alguma má formação congênita, tudo que pode danificar a formação do bebê.

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

Passaram alongamento, recomendam fazer hidroginástica ou natação. Deram até uma apostila com algumas dicas de alongamento pra gente fazer em casa mesmo, sem precisar ir a alguma academia.

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

Cuidados com a Saúde da Mãe

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

Como está a mãe

Pré-natal é o acompanhamento que a gente tem desde o início da gravidez até o parto. É uma consulta

por mês onde vai verificar como que está o bebê e a mãe. Verifica a pressão, o peso, a altura do útero, se está correndo tudo bem... Se caso acontecer alguma coisa, precisa ir antes de estar marcada a próxima consulta, conta tudo para o médico o que está acontecendo e o que mudou no seu organismo.

A enfermeira pede os exames de sangue, urina, glicose, do dedinho, para ver se tem alguma alteração, algum corrimento, alguma coisa diferente... Os exames são importantes para garantir uma boa saúde, para a mãe e o bebê ficarem saudáveis e não acontecer nada... Ela fala sobre as refeições da gente, como que a gente se alimenta bem ou não, e também se a gente dorme bem e dentro de casa se está bem... Tem que tomar bastante cuidado, principalmente nos três primeiros meses com a alimentação, depende das coisas que se come para não engordar muito.

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

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

Prevenindo doenças e complicações

Através do pré-natal você sabe as doenças que você tem e pode tratar delas. Se você tiver Aids, o remédio do posto não vai curar a Aids, mas ajuda muito você ter o bebê. O bebê nasce não necessariamente

com a Aids, ele pode ter o vírus, mas não estar positivo, não estar doente.

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

Através do pré-natal aprendi que a grávida tem que diminuir as bebidas para ter uma saúde mais perfeita. No caso não é muito bom bebida, cigarro é uma coisa que prejudica mesmo e de repente até alguns tipos de remédio também, remédio nenhum sem ser prescrito pelo médico, de maneira alguma. Uma dor de cabeça, uma gripe, não pode tomar qualquer remédio... Acho o pré-natal importante porque orienta a gente, lá onde faço meu pré-natal pelo convênio, tem nutricionista que orienta o que você pode ou não comer. Se a mulher ama o filho que está na barriga ela deve fazer o pré-natal, porque é importante tanto para a saúde dela quanto do filho. E o feto precisa da gente, da mãe.

Discussão

Os discursos tratam do conceito do pré-natal na opinião das gestantes. Observa-se a intensa preocupação com o nascimento de uma criança saudável e a atenção está voltada, primordialmente, para o bebê. Esse pensamento a respeito do pré-natal certamente é herança de como se deu a criação das políticas de saúde materno-infantil, nas quais a priorização por parte do sistema é o útero gravídico, como discutem Nagahama e Santiago (2005). Diante dessa prática, a representação das mulheres é de que o pré-natal é mesmo um ato intervencionista, como se fosse uma doença, assim como afirmam Castro e Clapis (2005) ao exporem que, com o passar dos anos, o ato fisiológico do nascimento passou a ser visto como patológico, privilegiando as técnicas medicalizadas e despersonalizadas, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.

A representação das mulheres sobre o parto está repleta de ancoragens fundamentadas no sofrimento natural na hora do parto, vivenciado pelas próprias entrevistadas ou por pessoas com quem convivem. O medo da dor e do sofrimento se pauta nessas experiências pessoais ou nas referidas por outras mulheres,

mas é minimizado diante da representação construída a partir da vivência nos serviços de saúde de que o foco do pré-natal é o bebê e não a mãe.

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

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

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

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

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

os profissionais de saúde para que se sensibilizem sobre a importância da gestação na vida das mulheres, transformando um ato técnico em algo mais abrangente, abordando os aspectos sociais e culturais que envolvem o fenômeno da gravidez.

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

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

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

Considerações Finais

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

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

A comunicação entre as gestantes e os profissionais envolvidos no pré-natal mostrou-se, em alguns espaços, como positiva na satisfação das gestantes, porém, estas alimentam conceitos do senso comum pouco explorados pelas equipes pré-natalistas.

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

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

Referências

- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.
- COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.
- DUARTE, S. J. H. *Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - UFMS, Campo Grande, 2006.
- JODELET, D. *Representações sociais: um domínio em expansão*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília. DF, 2002.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

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

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

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

PINTO, L. F. et al. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 205-213, 2005.

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

Recebido em: 16/05/2007

Reapresentado em: 31/10/2007

Aprovado em: 02/11/2007