

## **Percepção das gestantes sobre o pré-natal em um centro de atendimento do interior do sul do Brasil**

**Kelly de Moura Oliveira Krause  
Gehysa Guimarães Alves  
Dóris Cristina Gedrat  
Maria Isabel Morgan Martins**

**Resumo:** O objetivo deste estudo descritivo e qualitativo foi conhecer a percepção das gestantes sobre a importância do pré-natal e sobre o papel da equipe de saúde durante o pré-natal e sua relação com a gestante. Para tanto, realizou-se entrevista com 14 gestantes com idade entre 18 e 38 anos, em Unidade de Referência à Saúde da Mulher, em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram analisados a partir da técnica de análise numa perspectiva dialética, sendo analisadas as relações contidas nos discursos, tanto da perspectiva individual quanto coletiva. Para elas, o pré-natal é um momento importante para se conhecer como está a saúde do bebê e a sua. Neste sentido, o papel da equipe de saúde é fundamental. No entanto, relataram dificuldades quanto à oportunidade de conversarem com os médicos sobre isso, pois eles têm pouco tempo e disponibilidade para orientações. Salientaram que enfermeiras e nutricionistas são mais acessíveis e oferecem informações importantes sobre este momento. Os resultados deste estudo mostram a necessidade de mais espaços de escuta das gestantes, de suas necessidades e inseguranças, pois isto poderá impactar positivamente na saúde da gestante e do recém-nascido.

**Palavras-chave:** Assistência ao parto, gestação, acolhimento.

### **Pregnant women perceptions about prenatal care in a health care center in the interior of the south of Brazil**

**Abstract:** The aim of this descriptive and qualitative research was to know pregnant women's perceptions about the importance of prenatal care and about their relation with the health care team. The survey's profile is qualitative and it researched a group of 14 pregnant women with ages between 18 and 38, in the Woman's Health Reference Unit of Cruz Alta, RS. Data were collected through individual interviews with open questions and dealt with by a dialectical content analysis method. The relations found in discourse were analyzed both individually and collectively. Women said that prenatal care is important for them to know about theirs and the baby's health conditions. They also argued that the health team may facilitate or make it difficult for them to get the necessary information. Lack of opportunity to talk to doctors about fears and anxieties about pregnancy and especially about delivery is something that makes the communication difficult. On the other hand, the team composed by nurses and nutritionists is usually very attentive and the orientations they give are highly important for pregnancy and childbirth.

**Keywords:** Birth assistance, pregnancy, reception.

---

### **Introdução**

A gravidez é a concretização de uma importante fase da sexualidade feminina, porém pode ser uma experiência estressante para a mulher, em especial quando esta a vivencia pela primeira vez. Além das modificações corporais que em geral produzem uma

série de desconfortos, envolve mudanças psicossociais geradoras de ansiedade (Gualda, 1993; Ortiga, Carvalho & Pelloso, 2015; Tostes & Seidl, 2016). A maneira como esse momento é vivenciado pela mulher e sua família, e o contexto assistencial envolvido, interferem na sua experiência com a maternidade (Mccallum & Reis, 2006; Chamilco, Nery & Alves, 2016).

O modelo tradicional de assistência ao parto, com práticas impostas, aceleração artificial do processo fisiológico e intervenções cirúrgicas questionáveis utilizadas rotineiramente, permanece sendo aplicado em todo o Brasil (Ortiga et al., 2015; Duarte, 2016), embora diversos estudos questionem a validade de muitas dessas ações, que são apontadas como ineficazes ou prejudiciais (Brasil, 2001; Olsen & Jewell, 2000; Harland, Saftlas, Yankowitz & Peek-Asa, 2014; Chamilco et al., 2016). A insatisfação com as experiências de parto é frequentemente expressa, mas muito pouco valorizada (Mccallum & Reis, 2006; Demitto, Pimenta, Tsumura Soares, Mendes Tacla & Francoso, 2015). Para contribuir com uma prática humanizada no cuidado obstétrico, é necessário que os profissionais envolvidos conheçam o entendimento da parturiente sobre o processo vivido e compreendam a importância desse momento que envolve mudanças emocionais importantes, não só para a mulher como para toda a família (Ortiga et al., 2015; Sanfelice & Shimo, 2015; Silva, Silveira & Gomes-Sponholz, 2016; Chamilco et al., 2016; Faquim & Frazão, 2016; Tostes & Seidl, 2016).

Na área obstétrica, no Brasil, há uma discussão sobre a autonomia e a humanização do cuidado e um descontentamento com o modelo de atenção intervencionista, principalmente no momento do parto. A mulher deve ser considerada o eixo central dos cuidados e decisões, devendo ter suas escolhas respeitadas e sua segurança e bem estar priorizados. Relações de acolhimento e apoio efetivos devem estar presentes, não apenas durante o pré-natal e o parto, mas também durante o puerpério, estimulando o cuidado e o vínculo mãe-bebê. (Demitto et al., 2015; Tostes & Seidl, 2016).

O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) somou-se aos esforços internacionais e propõe a utilização de tecnologia apropriada no atendimento mãe-filho, investindo na qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores (Demitto et al., 2015; Olsen & Jewell, 2000). Para a construção de um plano de ação voltado às necessidades individuais da mãe e do bebê, é necessário que se estabeleça a comunicação entre ela e a equipe de saúde (Faquim & Frazão, 2016; Silva, 2006). No entanto, problemas estruturais e culturais são apontados como fatores que impedem a aplicabilidade do acolhimento das mulheres em processo de parto e a conscientização das equipes de saúde sobre a importância de um cuidado humanizado (Hodnett, Downe, Edwards & Walsh, 2005; Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2011; Hodnett, 2010).

Por sua vez, as mulheres sentem-se intimidadas ao lidarem com os médicos e, por isso, não revelam seu descontentamento, nem avisam seu desejo de atenção e cuidado. Reconhecer a voz dessas mulheres significa estimular a comunicação e o diálogo entre elas e a equipe de saúde. Significa capacitá-las para observarem seus processos fisiológicos e aprenderem a cuidar bem de si. Para as equipes obstétricas, a escuta dessas vozes é um caminho seguro para a compreensão do papel de cada um na contribuição para a

melhoria das condições físicas e emocionais das mulheres e da própria equipe de saúde (Oliveira-Costa, Amorim, Cadaxa & Mendonça, 2016).

O MHPN apresenta duas características inovadoras sobre o pré-natal: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados às diretrizes institucionais. Tem como objetivo reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer a percepção das gestantes sobre a importância do pré-natal e sobre o papel da equipe de saúde durante o pré-natal e sua relação com a gestante.

### **Método**

Para apreender os significados que as mulheres dão ao pré-natal, optou-se por realizar um estudo descritivo e qualitativo (Strauss & Corbin, 2008; Minayo, 2014).

A população deste estudo foi escolhida entre as mulheres que estavam em acompanhamento de pré-natal em uma unidade de referência de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Este serviço atua com equipe multidisciplinar, na qual vários profissionais de saúde (enfermeiros, obstetras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e técnicos em enfermagem) trabalham em conjunto para a realização do pré-natal (PN). A rotina deste serviço propunha que o primeiro atendimento da gestante fosse com a enfermeira. Neste momento, a gestante era cadastrada no Sistema de Pré-Natal (SISPRENATAL) e era agendada a primeira consulta com o médico. Ela também era orientada sobre a necessidade de consulta com nutricionista e fisioterapeuta e a importância da realização dos exames solicitados, autorizados pelas recepcionistas e realizados na mesma unidade pelos alunos de Farmácia e Biomedicina da Universidade local.

Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2011 a partir de entrevista com gestantes. Os critérios de inclusão das entrevistadas foram: estarem em acompanhamento neste serviço, terem mais de 18 anos e estarem em idade gestacional igual ou superior a 28 semanas. O estudo foi desenvolvido com 14 mulheres a partir de roteiro com questões norteadoras. O número total de participantes ocorreu considerando o processo de saturação dos dados. Ao entendermos que os dados estavam se repetindo e que já não estava mais sendo acrescentada nenhuma novidade, optou-se por encerrar as entrevistas.

O tratamento dos dados coletados foi realizado a partir do método “análise de conteúdo numa perspectiva dialética”, proposto por Pagés, Bonetti, Gaulejac e Descendre (1993), que analisam todas as relações contidas nos discursos, tanto da perspectiva individual, quanto da coletiva. Os autores propõem que os discursos sejam percebidos a partir das relações entre as falas, sua complementariedade e contradições (Pagés et al., 1993). Para chegar a essa compreensão, foi preciso apreender as ideias explícitas e implícitas nas falas de cada um dos sujeitos, questionando-se as relações entre elas. Nessa perspectiva, após a leitura atenta dos discursos, esses foram divididos

em unidades intencionais de discurso que foram organizadas em função do tema a que se referiam e esses dentro de grandes rubricas. As rubricas estavam relacionadas às questões norteadoras do estudo, enquanto os temas emergiram da análise dos discursos. A partir dessa perspectiva, foram construídos mapas analíticos individuais nos quais foram colocadas as unidades intencionais identificadas no discurso de cada entrevistada. Dentro dos mapas coletivos foram colocadas todas as unidades intencionais de discurso de cada um dos sujeitos, agrupadas não somente por sua semelhança, mas pela sua complementaridade. Esses mapas auxiliaram na identificação dos temas que contêm relações interessantes: inferência e contradições (Alves-Mazzotti, 2006). Este método de análise possibilitou reconhecer as necessidades expressas e as não expressas durante todo o processo do parto.

Em uma pré-análise dos dados, seis temas principais emergiram dos discursos: importância do pré-natal, gestações anteriores, rotina pré-natal, percepção do atendimento, expectativa do parto e percepção da gestação. Esses foram relacionados às rubricas. Após uma análise mais aprofundada do material, optou-se por delimitar dois grandes temas e apresentá-los em dois capítulos: a importância do pré-natal e a relação da gestante com a equipe de saúde. No entanto, é importante caracterizar o perfil dessas mulheres antes de apresentar os resultados qualitativos.

A pesquisa foi baseada nos princípios éticos definidos na resolução 196/96, que orientam a pesquisa em seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e Animais da Universidade Luterana do Brasil CEP-ULBRA 2011-078H. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Informado (TCLE) e foram identificadas pelo nome de flores, garantindo, assim, anonimato.

## **Resultados e discussão**

### *Caracterização da população em estudo*

As 14 participantes do estudo tinham entre 18 e 38 anos, sendo que somente cinco definiram-se como solteiras no momento da entrevista. Em relação à escolaridade, seis tinham ensino médio completo e uma tinha ensino médio incompleto, as outras sete entrevistadas tinham ensino fundamental completo ou incompleto. A baixa escolaridade é considerada um fator de risco gestacional (Brasil, 2009), entretanto, para os participantes deste estudo ela não pareceu ser significativa, já que somente duas tinham ensino fundamental incompleto e metade já havia cursado o ensino médio. Nove gestantes estavam na segunda gestação e uma na sexta (esta tinha 36 anos no momento da entrevista). Apenas cinco tinham uma atividade remunerada: duas eram vendedoras, duas domésticas e uma cabelereira; nove tinham companheiro fixo e cinco estavam sozinhas no momento da entrevista. Cinco mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre de gestação e uma no terceiro trimestre, esta última no sexto filho (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das entrevistadas, segundo idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, números de gestações/filhos vivos, pré-natal anterior, início do pré-natal, 2011.

Nome	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação Conjugal	Paridade	Pré Natal anterior	Início pré-natal
<b>Azaléa</b>	30	Ensino médio completo	Do lar	Solteira	3	Sim	2º trimestre
<b>Bromélia</b>	35	Ensino fundamental	Do lar	União estável	2	Sim	1º trimestre
<b>Caliandra</b>	27	Ensino fundamental	Do lar	Solteira	3	Sim	1º trimestre
<b>Camélia</b>	37	Ensino fundamental	Do lar	União estável	6	Sim	3º trimestre
<b>Gérbera</b>	29	Ensino médio completo	Do lar	União estável	2	Sim	2º trimestre
<b>Hortênsia</b>	18	Ensino médio incompleto	Estudante	Solteira	1	-----	1º trimestre
<b>Margarida</b>	29	Ensino médio completo	Do lar	União estável	2	Sim	1º trimestre
<b>Mimosa</b>	28	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Solteira	2	Sim	2º trimestre (6º mês)
<b>Orquídea</b>	28	Ensino médio completo	Vendedora	União estável	2	Sim	1º trimestre
<b>Palma</b>	32	Ensino médio completo	Vendedora	União estável	2	Sim	1º trimestre
<b>Perpétua</b>	30	Ensino fundamental incompleto	Do lar	União estável	2	Sim	2º trimestre
<b>Rosa</b>	29	Ensino médio completo	Cabelereira	União estável	2	Sim	1º trimestre
<b>Tulipa</b>	25	Ensino fundamental	Doméstica	União estável	1	-----	1º trimestre
<b>Violeta</b>	38	Ensino fundamental	Doméstica	Solteira	2	Sim	2º trimestre

Fonte: extraída da coleta dos dados, 2011.

### *Percepção das gestantes sobre a importância do pré-natal*

Dentre as 14 entrevistadas, 12 mulheres tiveram gestações anteriores e todas referiram realizar o PN nessas ocasiões. Porém, mesmo reconhecendo sua importância e já tendo vivenciado esse acompanhamento, na gestação atual, seis entrevistadas começaram

o PN após a 14ª semana e uma somente o fez por orientação dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou da enfermeira, após a realização de visita domiciliar. Oito mulheres iniciaram o acompanhamento de pré-natal ainda no primeiro trimestre, dessas, as duas que estavam gestantes pela primeira vez.

O fato de 57,14% (oito mulheres) das entrevistadas terem iniciado o pré-natal no primeiro semestre não parece ser um dado muito positivo já que existe divulgação da informação sobre a necessidade de iniciar o acompanhamento da gravidez o mais precoce possível. As mulheres que iniciaram tardiamente (após a 14ª semana) o acompanhamento de PN realizaram um menor número de consultas, o que não é bom para a saúde da mãe nem para a do bebê. A qualidade da assistência pré-natal e o início precoce do acompanhamento possibilitam a detecção de patologias e de situações de risco gestacional (Viellas et al., 2014). Assim, é necessário que os serviços de saúde trabalhem com as mulheres para que planejem a gestação e consigam identificar o mais precocemente possível seus sinais, procurando imediatamente um serviço de saúde para iniciar o acompanhamento do PN (Phafoli, Van Aswegen & Alberts 2007; Haque, 2009; Hodnett, 2010; Ortega et al., 2015).

Sobre a importância do PN, as entrevistadas relataram ser necessária a sua realização em função de contribuir para a sua saúde e a do bebê. Enfatizaram que o PN faz a diferença na qualidade da gestação, já que a consulta, além de esclarecer as mulheres sobre suas dúvidas, faz com que se sintam mais confiantes e tranquilas para o momento do parto, mesmo assim muitas procuraram tardiamente o serviço de saúde para esse acompanhamento.

Tulipa, que estava em sua primeira gestação, referiu que realizar o PN a faz sentir-se mais segura, pois mesmo que muitos profissionais não tenham bom humor, sempre a trataram bem e lhe deram informações importantes sobre o andamento da gestação. Ela iniciou o acompanhamento dentro do prazo recomendado pelo MS (1º trimestre) (Ministério da Saúde [MS], 2006b). Para Palma, já em sua segunda gestação, o PN “*garante que tudo vai dar certo*”, por isso, iniciou este acompanhamento ainda no primeiro trimestre. No entanto, mesmo as duas entrevistadas salientando aspectos positivos, referiram que a segurança que sentem ao realizarem o PN depende do vínculo estabelecido com a equipe de saúde. Quando este não existe, não há espaço para que possam falar e esclarecer as dúvidas e, com isso, a insegurança aumenta, pois não se sentem suficientemente esclarecidas sobre os cuidados com elas e com o bebê e o desejo de ir às consultas diminui.

Todas as entrevistadas consideraram a assistência pré-natal relevante para o acompanhamento de sua saúde e da saúde do bebê, no entanto, nem todas a priorizaram. As entrevistas mostram a incoerência entre as falas nas entrevistas e a prática de realização de PN, pois referiram que este deve ser realizado do início ao final da gravidez, pois isso proporciona uma gestação saudável, já que possibilita acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê. Mesmo referindo essa importância, muitas mulheres iniciaram o PN após a 14ª semana de gestação.

Gérbera acreditava que não tinha com o que se preocupar, pois foi à Unidade de Saúde assim que desconfiou que estava grávida, no entanto, isto somente aconteceu no

segundo trimestre de gestação. Ela justifica que somente iniciou o PN mais tarde porque já tinha experiência com gestação, pois já tinha um filho e sabia os sinais da gravidez e o que fazer frente a eles. Azaleia referiu que é importante fazer o pré-natal, pois:

*Pra mim, é importante porque tem que saber como ele está, e eu também. Se eu não tiver bem, diz que passa pro nenê, às vezes, algumas coisas. Eu queria ver como ele tava, se estava desenvolvendo bem, o peso, eu fiquei muito preocupada por causa do outro filho que ficou na UTI. (Azaleia)*

Ela também iniciou o pré-natal no segundo trimestre de gestação e sua fala não está relacionada à sua ação, ao seu cuidado com este momento de vida. Quando questionada sobre isso, ela referiu que não procurou o serviço tardiamente, o fez antes dos cinco meses de gestação.

Uma das questões que prejudicam a qualidade da realização do PN foi a dificuldade na marcação das consultas e na realização dos exames solicitados. Para Palma, não são dadas orientações, no momento da consulta, sobre o funcionamento dos serviços de saúde, o fluxo de atendimento e a marcação de exames. Rosa corrobora com essa ideia, acrescentando que “ninguém explica sobre a autorização dos exames, não consegui fazer o Ultra Som”. Violeta referiu que só conseguiu fazer os exames de sangue, pois os outros ela não conseguiu agendar. Além disso, salientou que o resultado do exame HIV demorou muito para sair.

Todas as gestantes enfatizaram a relevância da realização de exames durante a gestação, pois eles auxiliam a cuidar de si e do bebê. Salientaram o exame de ultrassonografia, sendo para elas o melhor exame para conhecer como o feto está se desenvolvendo. Apesar das dificuldades citadas, que se referem ao funcionamento do serviço de saúde, Palma relatou receber todas as orientações necessárias aos cuidados que deve ter com o seu corpo e com o bebê. Mesmo não tendo planejado a gestação, Violeta, que iniciou o PN no segundo trimestre, referiu estar fazendo o PN para ver o crescimento do feto, o quanto ele está pesando e ouvir seu coração.

Camélia já teve cinco partos e em todos fez PN. No entanto, nesta gestação somente iniciou as consultas após a visita da enfermeira da Unidade Básica, com seis meses de gestação. Além de iniciar tardiamente o acompanhamento da gestação, ela ainda refere que “... já fiz uma consulta, tenho a solicitação de Ultrassom, exames de HIV também, mas ainda não fiz nenhum”. Essa fala demonstra o descaso da gestante em relação ao acompanhamento da gestação, possivelmente pela falta de orientação quanto ao fluxo de autorização e marcação dos exames. Essa também é a situação de Mímica, que iniciou as consultas de PN com seis meses de gestação. Sua fala é bastante contraditória, pois ao mesmo tempo em que refere a importância do PN, demonstra pouca preocupação com o início tardio do PN.

*Comecei o PN muito tarde, com mais ou menos seis meses. Faço porque não tenho outra alternativa, se adiar o início não começo. Têm pessoas que acham que não é importante, mas é importante sim fazer o PN, por isso que eu estou fazendo... (Mímica)*

Mimosa tinha 28 anos no momento da entrevista e já estava na segunda gestação, sua fala é bastante contraditória, pois apontou que o PN é importante, mas referiu que só o iniciou por não ter outra alternativa.

O início precoce do PN é apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) como necessário uma vez que há exames que devem ser realizados ainda no primeiro semestre de gestação. Dentre eles, salientam o teste anti-HIV, que deve ser feito entre o primeiro e o terceiro mês de gestação evitando, assim, a transmissão vertical do HIV. Também deve ser realizado o exame VDRL, que significa Venereal Disease Research Laboratory (VDRL, exame de sangue que serve para diagnosticar a sífilis, ou lues), uma doença sexualmente transmissível, e deve ser repetido a cada trimestre da gestação (Ministério da Saúde [MS], 2000). A transmissão vertical é a principal via de infecção em crianças pelo HIV e sífilis.

No ano de 2002, foi ofertado o teste rápido anti-HIV nas maternidades, com aconselhamento pré e pós-teste para todas as parturientes (Brasil, 2003). O conhecimento precoce deste vírus permite o tratamento do bebê nas primeiras horas de vida e a dispensação de medicação durante todo o PN e no parto. Isso reduz a chance do recém-nascido ser contaminado pelo vírus em 67,5% (Brasil, 2008). No Brasil, embora o teste rápido esteja disponível nas maternidades desde 2002, a cobertura de mulheres testadas e a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto ficam muito abaixo do desejável (Brasil, 2008). Neste estudo, observou-se que 42,85% das mulheres entrevistadas iniciaram o pré-natal depois do primeiro trimestre de gravidez, o que é considerado início tardio, já que deveriam ter iniciado até a 14ª semana.

O PN, além de monitorar a saúde da mãe e da criança, deve informar sobre os cuidados com o recém-nascido, já que a mulher necessita saber como tratar a criança que está para nascer. Esta, em seu primeiro ano de vida, fica extremamente vulnerável e necessita de atenção qualificada da mãe e/ou cuidadora. É muito comum crianças neste período adoecerem ou morrerem em função de causas evitáveis, sendo que a maioria das causas de óbito pode ser prevenida via imunização, saneamento básico e tratamento preventivo (Limam, 2006).

Violeta e Orquídea referiram terem sido orientadas em relação à realização de vacinas e seu papel preventivo de certas doenças. Disseram que seu atraso pode comprometer a sua eficácia e a saúde do recém-nascido e que essas questões lhe foram orientadas nas consultas de rotina do PN. Salientaram que o foco das orientações ficou centrado nos princípios de higiene e prevenção da saúde do bebê, mas faltaram esclarecimentos sobre os cuidados cotidianos com o recém-nascido, sobre as dificuldades que podem ocorrer com a amamentação e como fortalecer o vínculo mãe-filho. Neste sentido, o MS tem enfatizado a importância do acolhimento da gestante durante o pré-natal, reforçando que este é o momento para esclarecer dúvidas e acompanhar a saúde das mulheres e do feto, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PN (Ministério da Saúde [MS], 2011).



## *Percepção das gestantes sobre o papel da equipe de saúde durante o pré-natal e sua relação com elas*

Em relação ao papel da equipe durante o pré-natal, as entrevistadas referiram que este é fundamental, pois lhe auxiliam a entender este momento, apontam como está sua saúde e a do feto e orientam sobre os cuidados com o recém-nascido. Palma referiu que a enfermeira a tinha orientado sobre “*colocar o peito no sol, para o nenê abocanhar bem a mama e para não dar figo. Disse que quando ele for mamar, tem que deixar murchar a mama para depois trocar de lado*”. Considera que essas informações lhe serão úteis após o nascimento do bebê. No entanto, referiu continuar com dúvidas quanto à criança não conseguir pegar a mama e sobre o que fazer quando a mama fica em ferida e a criança precisa amamentar. Quando o MS (2011) reforça a importância do aleitamento materno, necessita que as equipes de saúde promovam informações sobre as dificuldades vivenciadas pelas mães no primeiro mês de vida do recém-nascido, sob pena da mãe desistir de amamentar frente às dificuldades enfrentadas.

Bromélia referiu que se sentiu esclarecida nas suas dúvidas, pois “*...a nutricionista me fala de aleitamento materno, e na televisão sempre estão dando informações para amamentar até os seis meses*”. Orquídea disse que “*quando as gestantes estão esperando para consultar, elas ficam conversando e trocando informações e isso é muito bom*”. Para Caliandra, “*a TV e o rádio ajudam na informação, informam sobre os direitos e deveres*”. O conhecimento necessário às gestantes durante o PN deve ser adquirido a partir das orientações das equipes de saúde. No entanto, os meios de comunicação também realizam papel importante na divulgação de informações sobre o tema. Por outro lado, o que se observa nas entrevistadas é que muitas delas obtêm informações das pessoas com as quais convivem. São outras mulheres que compartilham suas experiências e as ajudam a enfrentarem o momento do parto e os cuidados com o recém-nascido com mais segurança. Possuir informações sobre o parto auxilia na percepção positiva que as mulheres têm em relação a este momento (Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008). Além disso, a atenção qualificada, dispensada a elas pela equipe de saúde, também contribui para sua tranquilidade (Miranda, Bortolon, Matão & Campos, 2008).

Apesar de considerarem importante a realização do PN, as entrevistadas referiram não se sentirem esclarecidas sobre o que ia acontecer durante a gravidez e como deveriam se portar no momento do parto e como cuidar do recém-nascido. Falaram que se sentiam inseguras, já que o profissional da saúde que as acolhia não era o médico que iria atendê-las no momento do parto e o momento do parto é permeado de expectativas, medos, crenças, valores e desafios. Isto aponta para a necessidade da escuta das equipes de saúde sobre as preocupações e inseguranças das gestantes. As orientações que recebem durante o PN podem contribuir para diminuir o medo, principalmente em relação ao trabalho de parto e aos cuidados com o bebê.

Quando questionadas sobre as informações que recebem da equipe de saúde, Azaleia e Margarida relataram que “*...em cada lugar que eu vou dão uma informação diferente sobre o parto e anestesia*” (Azaléia), “*Ninguém falou sobre parto*” (Margarida). Hortênsia referiu ter recebido apenas explicações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto. Essas falas apontam que as equipes de saúde ainda não conseguem oferecer

informações que vão além dos exames de rotina e cuidados com a gravidez. O pré-natal também é um momento importante para esclarecimentos sobre os cuidados com o bebê, a ida para casa, a amamentação e os cuidados com a sua saúde física e emocional. As informações fornecidas ao longo do PN devem possibilitar a discussão sobre o processo e o momento do parto, já que se elas souberem o que vai acontecer neste processo, poderão enfrentar com mais segurança e tranquilidade este momento (Francisquini, Higarashi, Serafim & Bercini, 2010). Além disso, devem orientar a mãe a cuidar de seu bebê de forma a protegê-lo.

A qualidade do PN está diretamente relacionada ao acolhimento das gestantes e às informações fornecidas (Parada & Tonete, 2008; Leal & Rodrigues, 2008), pois o esclarecimento das dúvidas dessas mulheres possibilita segurança e reduz o medo e a ansiedade em relação ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. Para Margarida, o esclarecimento das dúvidas sobre o parto a ajudaria a se sentir mais segura neste momento. Referiu que *“iria me sentir mais segura se o médico que faz o PN fizesse o parto”*. Camélia, ao contrário, disse que está na sexta gestação e que, portanto, *“tira de letra”* este momento. Referiu que tem cinco filhos e que não tem medo do parto, pois passou pelos outros partos com tranquilidade, amamentou e cuidou sozinha de todos os filhos, assim, saberá cuidar deste outro filho.

Algumas entrevistadas referiram o medo da morte no momento do parto. Perpétua referiu ter medo do parto. Disse que falou com a enfermeira e esta disse somente que ela tinha direito a acompanhante. No entanto, não acolheu este medo e nem conversou com ela sobre isso. Violeta também apontou que tinha muito medo de morrer no parto. Essas falas remetem à necessidade das equipes de saúde estarem mais atentas às necessidades das gestantes (Alemida, Medeiros & Souza, 2012). Para poder ouvi-las é preciso ampliar o espaço de escuta da hora da consulta. As rodas de conversa podem ser excelentes estratégias para que essas mulheres possam conversar sobre seus medos e angústias e devem ser disponibilizadas pelos serviços de saúde como estratégia de promoção da saúde (Almeida, 2017).

Quanto à relação da gestante com a equipe de saúde, as entrevistadas referiram a importância do acolhimento e do vínculo desde o primeiro encontro, pois este facilita que a equipe conheça a gestante e que a gestante tenha confiança na equipe. Margarida refere que é o vínculo que *“... dá liberdade para perguntar e para falar o que estou sentido”*. Bromélia, Margarida e Caliandra disseram que este vínculo deve ser construído durante todo o PN. O acolhimento, juntamente com a criação de vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, são indicadores de qualidade no atendimento, devendo fazer parte do processo de trabalho em saúde (Albuquerque, Jorge, Franco & Quindere, 2011). O acolhimento tem um papel essencial durante o PN, pois ele pode fortalecer a autoconfiança e estímulos positivos para a mulher em relação aos cuidados com a sua saúde e a do bebê. No entanto, é preciso que a equipe de saúde esteja capacitada a orientar sobre todo o processo de gestação, parto e puerpério, pois é isso o que garantirá atendimento qualificado e humanizado (Albuquerque et al., 2011). Para que essas orientações contribuam para a promoção da saúde desta mulher e de seu filho é importante que as equipes de saúde utilizem linguagem adequada às suas características. Quando bem orientadas, as mulheres

têm melhores condições de identificar a evolução dos sinais de possíveis eventos adversos e da proximidade do parto, preparando-se para isso de maneira mais segura e tranquila.

Quando questionadas sobre sua satisfação em relação às informações recebidas, várias entrevistadas relataram sentirem-se bem informadas. No entanto, logo na sequência da entrevista, afirmavam que faltavam informações sobre o momento do parto (o que acontece, sinais e como lidar com isto) e sobre os cuidados com o bebê. Referiram que quando recebiam orientações, geralmente, não era do médico, e sim de outros membros da equipe de saúde ou dos meios de comunicação de massa. Assim, é fundamental que essas mulheres sejam esclarecidas com todas as informações necessárias ao processo que estão vivenciando. Tais informações devem ser oferecidas como ferramentas para o autocuidado e fornecidas por toda a equipe de saúde que atende mulheres gestantes (Rezende & Souza, 2012).

Gérbera referiu considerar seu acesso à equipe de saúde muito bom, pois ela sempre que a procura resolve seus problemas e dificuldades. Contudo, ao mesmo tempo em que faz uma avaliação positiva do serviço, compara esse atendimento com outros momentos, apontando que na gestação atual se sentiu pior atendida que nos PN anteriores.

Para Azaléia, *“o médico que a atendeu na gestação anterior era mais atencioso; o atual não tem paciência e atende muito rápido, não cria espaço para esclarecimento das dúvidas e nem orienta sobre os cuidados com o bebê”*. Bromélia falou de sua preocupação sobre quem vai fazer o seu parto, pois *“não é o mesmo médico que vai fazer o parto, meu marido também fica preocupado... Mas as gurias (técnicas de Enfermagem) me explicaram o que poderá acontecer, daí estou mais calma”*. As duas referiram que as consultas médicas são muito rápidas, enquanto que com a nutricionista e a enfermeira são mais demoradas, portanto, sentem-se mais esclarecidas, pois as profissionais ficam *“mais tempo conversando”* e disponibilizam espaço para que possam expor suas dúvidas, angústias e medos. Rosa apontou receber *“...acompanhamento da enfermeira do postinho do bairro também (ESF), recebi atendimento e a enfermeira agendou consulta e pediu exames, não falta orientação. A nutricionista vai falar sobre o aleitamento materno”*.

As entrevistadas salientaram a importância do papel da nutricionista, já que esta tem orientado sobre os cuidados com o seu peso e sobre a ingestão de alimentação mais saudável. Gérbera referiu várias orientações dadas por ela, tais como: *“...é preciso cuidar do peso, porque já sou gordinha. Tomar líquido e não comer coisas gordurosas”*. Perpétua referiu que foi orientada para dormir de lado, preferencialmente o esquerdo, *“pois nesse vai mais oxigênio para o bebê, e que não posso carregar peso, pois pode prejudicar a saúde minha e do nenê”*. Equipes multidisciplinares são fundamentais no atendimento à gestante, já que podem esclarecer as mulheres sobre os diversos aspectos que envolvem a vida e a saúde das gestantes, do feto e do recém-nascido (Brüggemann et al., 2011).

As consultas realizadas durante o pré-natal são imprescindíveis, pois possibilitam um espaço de cuidado da gestante para com sua saúde e a do bebê e oportunizam o esclarecimento das dúvidas e angústias das mulheres. As orientações prestadas nesses momentos devem levar em consideração a qualidade da comunicação dos profissionais de saúde com a gestante, estando incluído nesta não somente o tipo de informação prestada e

o espaço de escuta (Tostes & Seidl, 2016), mas o uso de linguagem adequada à realidade de cada mulher e de cada família.

As entrevistadas referiram considera o PN importante já que conseguiram adquirir informações importantes sobre a sua saúde e a do bebê, também apontaram que alguns cuidados não lhes foram explicados. Dentre eles, informações sobre o aleitamento materno, teste do olhinho e do pezinho e cuidados com o recém-nascido. Para suprir a falta dessas informações, uma das estratégias utilizadas por elas foi a troca de experiências com outras gestantes, o que acontecia, geralmente, no momento em que aguardavam a consulta. Violeta referiu que sua irmã também estava grávida, assim, conversavam sobre suas dúvidas e trocaram várias experiências.

Camélia referiu gostar do atendimento da equipe durante esta gestação. Revelou que mora longe e, por isso, não conseguia chegar no horário marcado para a consulta e que a equipe sempre entendeu, respeitou esta particularidade e nunca deixa de atendê-la em função de atraso. Isto é acolhimento da usuária, tão preconizado pelo SUS, pois facilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde (Assis & Jesus, 2012), que deve ser garantido e eficaz (MS, 2011). Acolhimento é um dos dispositivos que contribuem para a efetivação do SUS e deve ser usado como estratégia nos processos de trabalhos, auxiliando na avaliação de risco e no reconhecimento do outro, de suas diferenças, dores, alegrias, modo de viver e estar na vida (Ministério da Saúde [MS], 2006a). Quando este tipo de atenção não ocorre, há o comprometimento da função dos serviços de atenção básica, pois esses têm o papel de promover a saúde das populações, ouvindo as pessoas e organizando suas intervenções a partir da realidade de cada sujeito. Se isto não acontecer o cuidado com a saúde fica comprometido. Desta forma, o cuidado satisfatório é aquele desenvolvido com simpatia e educação (Parada & Tonete, 2008).

Apesar da grande maioria das entrevistadas salientarem que a relação da equipe de saúde com elas é respeitosa, referiram dificuldades quanto à marcação das consultas; ao não atendimento no horário marcado; ao aumento do tempo de espera e à falta de acolhimento de suas necessidades. Referiram que não há espaço nas consultas para escutar suas dúvidas e esclarecê-las. Além disso, apontaram que muitos profissionais são grosseiros e desatenciosos, e por isso não se sentiam à vontade para falar de suas angústias. Referiram sentirem-se inseguras em relação ao momento do parto, já que o médico que vai atendê-las neste momento não é o mesmo que acompanhou durante a gestação. No entanto, não observaram nenhum espaço durante toda a realização do PN para conversar sobre isso. O acolhimento é uma postura e uma prática que deve estar presente nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso das equipes de saúde com os usuários e desses com a equipe de saúde (MS, 2006a). Assim, a periodicidade das consultas, sua marcação prévia, e a facilidade de acesso aos serviços devem ser contemplados pela política de acolhimento de cada local.

Ao falar sobre sua percepção sobre a qualidade do atendimento recebido durante o PN, Caliandra referiu que os profissionais da recepção deveriam ter melhor preparo para atender às gestantes, pois são grosseiros e demonstram descaso com as demandas

da gestante dentro do serviço de saúde. Conforme Violeta, a rotina de atendimento é ainda bem difícil.

*Eu agendei a consulta, fui lá ao Centro da Mulher ao meio dia, horário da consulta, fui atendida quase às duas horas. E ainda demorou muito para fazer o Ultrassom. Primeiro fui na SMS autorizar, daí não era mais lá, fui para lá e para cá até conseguir demorou. (Violeta)*

Margarida e Perpétua não apontaram essa dificuldade e salientaram sentir-se bem atendidas no local. Para Palma, que frequenta o serviço de saúde há mais de sete anos, os médicos esclarecem as dúvidas sobre o período gestacional e pedem exames, no entanto, esses são muito demorados. Ela já tem outro filho e acredita saber lidar com o bebê, portanto, não considerou incompletas as informações recebidas pela equipe de saúde. Mesmo não percebendo dificuldades no atendimento, Margarida referiu durante a entrevista que já viu o pessoal da recepção tratando mal outras mulheres. Apontou ser bem atendida, mas “...elas deveriam ter mais cuidados com as pessoas, já vi elas xingando várias pessoas”.

Há divergências entre as falas das entrevistadas. Enquanto várias relataram descaso no atendimento e pouco espaço de escuta por parte dos profissionais da saúde, outras referiram sentirem-se satisfeitas. Tulipa e Camélia apontaram sentirem-se acolhidas, pois nas consultas conseguiam fazer questionamentos e realizar procedimentos como escutar o coração do bebê, o que lhes trouxe tranquilidade. O que parece ficar evidente é que a satisfação ou não com o papel da equipe e sua relação com ela está diretamente relacionada ao tipo de demanda que essas mulheres têm e sua expectativa em relação ao que acredita ser importante no PN. As gestantes, quando expressam que a sua demanda não é atendida, estão se referindo à sua necessidade de falar de si, como pessoa, de expressar seus sentimentos (Silva, Hoga & Stefanelli, 2004). Portanto, o momento de escuta é fundamental para diminuir a ansiedade e oferecer mais segurança a essas mulheres. Não ter recebido informações sobre o parto e o puerpério, gerou em muitas mulheres ansiedade e medo, pois não se sentiram esclarecidas sobre o que fazer com o recém-nascido, como tratá-lo, amamentá-lo e lidar com ele. No entanto, essas informações devem ser contempladas ao longo do PN, já que o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PNHPN) tem apontado que um atendimento humanizado tem como estratégia assegurar às gestantes o acesso facilitado aos serviços de saúde, qualidade de atendimento durante a gestação, processo de parto e parto e às informações necessárias a todo esse processo (MS, 2006b). Apesar das portarias do Ministério da Saúde sobre a atenção ao parto e puerpério (MS, 2000, 2007, 2011), que garantem acesso, exames e atendimento humanizado durante o PN, essa ainda é uma realidade distante em alguns serviços. O vínculo construído entre a gestante e o profissional é um importante quesito para a humanização da atenção e da adesão e para a permanência no pré-natal (Serruya, Cecatti & Lago, 2004) e atitudes de descaso e discriminação podem ser tornar barreiras para a busca e a continuidade do atendimento.

## Considerações finais

Os resultados apontados neste estudo indicam que as gestantes acreditam na importância da realização do pré-natal, no entanto, acabam por buscar este acompanhamento tardiamente devido ao fato de não se sentirem atendidas nas suas demandas. Não reconhecem existir espaço para que elas sejam escutadas e para conversar sobre suas dúvidas e angústias. Na maior parte das vezes, as consultas indicam exames e esclarecem sobre a gravidez. No entanto, não falam sobre os cuidados com o recém-nascido nem sobre as dificuldades enfrentadas com o nascimento do bebê. As equipes de pré-natal necessitam ter uma comunicação mais efetiva com as gestantes, pois é essa que pode auxiliar na promoção da saúde da mulher, do bebê e da sua família. O processo de humanização do cuidado deve, necessariamente, passar por um aprimoramento profissional em relações interpessoais nos quais as atitudes e o comportamento humano devam ser valorizados, pois são os conhecimentos, habilidades e atitudes que formam a competência profissional. Cada passo na direção de uma atenção à saúde mais qualificada dará contribuição importante ao reforço da humanização do pré-natal, parto e puerpério.

## Referências

- Albuquerque, R. A., Jorge, M. S. B., Franco, T. B., & Quindere, P. H. D. (2011). Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 677-86.
- Alemida, N. A. M., Medeiros, M., & Souza, M. R. (2012). Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), 819-27.
- Almeida, A. V. A. (2017). *Roda de conversa – uma estratégia de promoção da saúde para as gestantes que vivem em situação de rua*. TCC de especialização em Enfermagem. Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. Repositório UFSC. Acesso em: 08 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173109>>.
- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36(129), 637-651.
- Assis, M.M.A., & Jesus, W.L.A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865-2875.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília/DF: MS.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde*. Saúde Brasil 2007 Uma análise da situação de saúde Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde*. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brüggemann, O. M., Monticelli, M., Furtado, C., Fernandes, C. M., Lemos, F.N., & Gayeski, M. E. (2011) Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(4), 658-68.
- Bryanton, J., Gagnon, A., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 37(1), 24-34.
- Chamilco, R. A. S. I., Nery, I.S., & Alves, A. K. S. (2016). Percepção de mães amapaense com experiência de parto hospitalar e parto domiciliar por parteiras tradicionais. *Nursing*; 19(218), 1351-1354.
- Demitto, M. O., Pimenta F. R., Tsumura Soares, N. I., Mendes Tacla, M., & Francoso G. F. (2015). Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal. *Cult. cuid. enferm*; 12(2), 6-21.
- Duarte, A. C. (2016). *O Parto Hoje: Condutas Hospitalares*. Acesso em: 20 de dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/phoje2.html>>.
- Faquim, J. P. S., & Frazão, P. (2016). Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde debate*; 40(109), 59-69.
- Francisquini, A. R., Higarashi, I. H., Serafim, D., & Bercini, L. O. (2010). Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 743-751.
- Gualda, D. M. R. (1993). *Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Haque, N. (2009). Individual's characteristics maternal health services utilization: married adolescents na the use of maternal health services in Bangladesh. *The internet Journal of Health*, 8(2), 1-11.
- Harland, K. K., Saftlas, A. F., Yankowitz, J., & Peek-Asa, C. (2014). Risk factors for maternal injuries in a population-based sample of pregnant women. *J Womens Health (Larchmt)*; 23(12), 1033-8.
- Hodnett, E. D. (2010). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*; 186 (5), S160-72.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Edwards, N., & Walsh, D. (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*; 25(1), CD000012.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*; 16(2), CD003766.
- Leal, D. P. S., & Rodríguez, L. M. de. (2008). La condición materna y el ejercicio em la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. *Avances en Enfermería*, 26(2), 51-58.
- Limam, G. (2006). *Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no Pré-Natal*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília – UNB. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília; RS.

- Mccallum, C., & Reis, A. P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 22 (7), 1483-91.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14ªed.) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Ministério da Saúde. (2000). Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000.
- Ministério da Saúde. (2006a). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2006b). *Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Manual técnico. Brasília (DF): MS.
- Ministério da Saúde. (2007). *Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007*.
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*.
- Miranda, D. B., Bortolon, F.C.S., Matão, M. E.L., & Campos, P. H. F. (2008). Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10(2), 337-46.
- Oliveira-Costa, M. S., Amorim, A. C. C. L. Á., Cadaxa, A. G., & Mendonça, A. V. M. (2016). Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP. *Ciência e Saúde Coletiva*; 21(6), 1957-1964.
- Olsen, O., & Jewell, M. D. (2000). Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev*; (2), CD000352.
- Ortiga, E. P. F., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2015). Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. *Revista de enfermagem. UFSM*; 5(4), 618-627.
- Pagès, M., Bonetti, M., Gaulejac, V. de, & Descendre, D. (1993). *O Poder das Organizações*. São Paulo: Atlas, 234 p.
- Parada, C. M. G. de L., & Tonete, V. L. P. (2008). O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 35-46.
- Phafoli, S. H., Van Aswegen, E. J., & Alberts, U. U. (2007). Variables influencing delay in antenatal clinic attendance among teenagers in Lesotho. *South Africa Family Practices*, 49(9), 17-17h.
- Rezende, C. L., & Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo informação*, 16(16), 45-69.
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2015). Representações sociais sobre o parto domiciliar / Social representations on home birth. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 19(4), 606-613.
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289.



- Silva, D. V. R., Silveira, M. F. A., & Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Experiências em morbidade materna grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. *Rev Bras Enferm*; 69(4), 662-668.
- Silva, M. C. P., Hoga, L. A. K., & Stefanelli, M. C. (2004). La depresión incluída en la historia de la familia. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(4), 511-518.
- Silva, M.J.P. (2006). *Comunicação tem remédio: A comunicação das relações interpessoais em saúde*. (4ªed.) São Paulo: Ed. Loyola.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Trad. de Luciane de Oliveira da Rocha. (2ª ed.), Porto Alegre, Artmed.
- Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas psicol. (Online)*; 24(2), 681-693.
- Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. da, Theme Filha, M. M., Costa, J. V. da, Bastos, M. H., & Leal, M. do C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), S85-S100.

---

**Recebido em: agosto de 2017**

**Aprovado em: março de 2018**

---

**Kelly de Moura Oliveira Krause:** Mestre em Saúde Coletiva, Docente e coordenadora de estágios do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ).

**Gehysa Guimarães Alves:** Socióloga, Doutora, Docente da Universidade Luterana do Brasil, Av. Farroupilha, nº 8001, Canoas, RS, CEP: 92450-900, Fone 51-99653939.

**Dóris Cristina Gedrat:** Doutorada, professora e pesquisadora do curso de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, da Universidade Luterana do Brasil, Av. Farroupilha, nº 8001, Canoas, RS, CEP: 92450-900.

**Maria Isabel Morgan Martins:** Doutorada, Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Humano e Sociedade na Universidade Luterana do Brasil, Av. Farroupilha, nº 8001, Canoas, RS, CEP: 92450-900.

**Endereço para contato:** gehysa@terra.com.br