

DIMENSÕES DA SAÚDE MATERNA NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DIMENSIONS OF MATERNAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL REPRESENTATIONS
DIMENSIONES DE LA SALUD MATERNA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Márcia Simão Carneiro¹
Elizabeth Teixeira²
Silvio Éder Dias da Silva³
Laise Ribeiro de Carvalho⁴
Bruna Alessandra Costa e Silva⁴
Laura de Fátima Lobato Silva⁴

¹ Professora Auxiliar III da Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém, PA – Brasil.

² Professora Adjunto IV da UFPA. Belém, PA – Brasil.

³ Professor Adjunto da UFPA. Belém, PA – Brasil.

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UEPA. Belém, PA – Brasil.

Autor correspondente: Márcia Simão Carneiro. E-mail: marsimao@oi.com.br

Submetido em: 1º/11/2012

Aprovado em: 30/01/2013

RESUMO

Foi realizada revisão integrativa de literatura com vistas a identificar as tendências em saúde materna na perspectiva das representações sociais. A busca ocorreu nas bases LILACS, BDNF, SCIELO, entre 2003-2011, com seleção de 15 produções. Após análise temática de conteúdo das produções, obtiveram-se duas dimensões: a sociomaterna e a sociocuidativa. A dimensão sociomaterna considerou as representações sociais das mulheres sobre gestação, pré-natal, parto normal e cesáreo, amamentação e alojamento conjunto. Os resultados revelaram a necessidade de se explorar o senso comum das mulheres e integrá-los ao científico para que elas desenvolvam com autonomia o cuidado de si e do bebê. As evidências demonstraram que há necessidade de os profissionais repensem a comunicação verbal e não verbal, vislumbrando atitudes mais humanas e acolhedoras. A dimensão sociocuidativa integrou as representações sociais sobre o cuidado em saúde no pré-natal na consulta de Enfermagem; cuidado de Enfermagem no puerpério; cuidado em Enfermagem, no ciclo gravídico puerperal entre mulheres e assistência ao parto; cuidado em saúde na ESF; integralidade e trabalho em equipe entre profissionais. Concluiu-se pela necessidade de se ampliar a visão dos profissionais de saúde para além da biomédica e técnico-científica, com vistas a incorporar a educação em saúde e uma visão biossócio-humanista.

Palavras-chave: Trabalho de Parto; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

An integrative literature review was conducted to identify the trends in maternal health from the perspective of social representations. The search occurred within the LILACS, BDNF, SCIELO databases, between the years 2003-2011, with 15 articles selected. After the thematic analyses of the contents of the articles, two dimensions were obtained: sociomaternal dimension and the socio-caring dimension. The sociomaternal dimension considered the social representations of women about pregnancy, prenatal care, normal and cesarean delivery, breastfeeding, and rooming-in. The outcomes revealed the necessity of exploring women's common sense and to integrate them into the scientific approach so that they developed autonomously the care for themselves as well as for their baby. The evidence showed a need for professionals to rethink verbal and non-verbal communication, observing more humane and nurturing attitudes. The socio-caring dimension integrated the social representations about the health care during the prenatal period in nursing consultation; nursing care in the puerperium; nursing care in the puerperal gestational cycle among women, and childbirth care; health care in the Family Health Strategy; integrality and teamwork among professionals. In conclusion, the necessity of broadening the vision of health professionals beyond the biomedical and techno-scientific approach is essential in order to incorporate health education in health and a biosocial-humanistic approach.

Keywords: Labor, Obstetric; Prenatal Care; Woman's Health.

RESUMEN

Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura con miras a identificar las tendencias en salud materna desde la perspectiva de las representaciones sociales. La búsqueda se realizó en las bases de datos LILACS, SCIELO BDNF entre 2003-2011; se seleccionaron 15 producciones. Después del análisis del contenido de las producciones se obtuvieron dos dimensiones: la socio-materna y la socio-cuidativa. La dimensión socio-materna consideró las representaciones sociales de las mujeres sobre el embarazo, atención prenatal, parto normal y parto por cesárea, lactancia materna y alojamiento conjunto. Los resultados revelaron la necesidad de explorar el sentido común de las mujeres e integrarlo al científico para que desarrollen con autonomía su propio cuidado y el del bebé. La evidencia demostró que los profesionales deben repensar la comunicación verbal y no verbal, previendo actitudes más humanas y acogedoras. La dimensión socio-cuidativa integró las representaciones sociales sobre el cuidado en salud en la atención prenatal de la consulta de enfermería; atención de enfermería en el post-parto, atención de enfermería durante el embarazo y el parto, atención de la salud en el ESF, integralidad y trabajo en equipo entre los profesionales. Se llega a la conclusión que es necesario ampliar la visión de los profesionales de salud, más allá de la biomédica y técnico-científica, con miras a incorporar la educación para la salud y una visión bio-sociohumanística.

Palabras clave: Trabajo de Parto; Atención Prenatal; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A área da saúde da mulher vem ganhando espaço nas políticas públicas e obtendo avanços nos estudos e nas ações em prol da redução da mortalidade materna e infantil. No entanto, apesar da redução, os indicadores ainda estão longe da meta traçada para 2015, dentro dos Objetivos do Milênio, que é de no máximo 35 mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos.¹

O Ministério da Saúde descreve que a gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para quem dela participa. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.²

Concebe-se, dessa forma, que a gestação, parto e puerpério são momentos excepcionais na vida da mulher, devido às suas especificidades, relacionadas a aspectos culturais, sociais, econômicos e biológicos. A necessidade de adaptação biopsicossocial da gestação; as situações de aprendizagem que envolvem o cuidado de si e do bebê; as relações interpessoais com os profissionais de saúde; as influências sofridas pela mídia e as experiências compartilhadas e vividas indicam que são produzidas representações sociais nesses espaços de cuidar-cuidado em que pensamentos individuais e coletivos se interpenetram.

Nessa perspectiva, as representações sociais (RS) podem influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. Desse modo, o próprio coletivo penetra como fator determinante, dentro do pensamento individual.³ A afirmativa do autor leva a compreender que toda representação social poder ser repensada ou resignificada, possibilitando novos conhecimentos e práticas sociais.

Como sistemas de entendimento compartilhado do mundo, as representações sociais oferecem padrões de conhecimento, orientações e conduta que transformam ambientes sociais em lares para os atores individuais. Solidificadas em práticas culturais e em instituições, fornecem os recursos para a construção das identidades sociais e para a renovação das sociedades.³

Os altos índices de mortalidade materna e infantil relacionados à baixa qualidade da atenção obstétrica, pré-natal e planejamento familiar levam a pensar sobre a falta de efetividade dos programas e manuais técnicos elaborados para o cuidado na saúde materna cujo objetivo é orientar as ações dos profissionais. No entanto, as ações dos profissionais são guiadas por suas próprias representações acerca dos fenômenos. Em contrapartida, esses profissionais desconsideram que suas condutas deveriam ser guiadas, considerando-se que as atitudes desas são guiadas por suas representações.

Com vistas a identificar as tendências das pesquisas sobre saúde materna na perspectiva das representações sociais, visando promover reflexões que subsidiem novos estudos e possibilitem o desenvolvimento de um novo pensar e agir para o cuidado em saúde materna, realizou-se a presente revisão de literatura.

Foram selecionados estudos que objetivaram compreender as representações sociais sobre fenômenos inerentes à saúde materna. Entende-se ser interessante incluir, além dos trabalhos com mulheres, os realizados com profissionais que atuam na área da mulher, pela possibilidade de fazer correlações entre o senso comum e científico e compreender como as representações sociais orientam tais condutas.

MÉTODO

Realizou-se revisão integrativa de literatura segundo os seis passos metodológicos propostos.⁴ O primeiro passo consistiu na seleção do tema (saúde materna) e da questão de pesquisa: quais as representações sociais de mulheres e profissionais sobre os fenômenos maternos e cuidativos que se manifestam no ciclo gravídico-puerperal e na atenção à saúde da mulher.

No segundo passo, foram definidos os critérios de inclusão: pesquisas em forma de artigo, sobre saúde materna, no período de 2003 a 2011, na perspectiva das representações sociais, tanto na abordagem estrutural quanto processual; em língua portuguesa ou espanhola; com título e resumo disponíveis e indexados nas bases de dados; publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Após a definição dos critérios de inclusão, desenvolveu-se a busca na literatura por meio de levantamento realizado pela internet, nas bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library on Line* (SCIELO).

Para o levantamento das pesquisas, utilizaram-se cinco descritores em Ciências da Saúde (DeCS): trabalho de parto, cuidado pré-natal, saúde da mulher, saúde da família e aleitamento materno. Para delimitar a busca, utilizaram-se quatro palavras-chave, que não se encontram no vocabulário do DeCS: representação social, representações sociais, comportamento social, Psicologia social.

Articulando os descritores trabalho de parto e saúde da mulher, foram encontradas 487 produções; utilizando-se os descritores cuidado pré-natal e saúde da família, detectaram-se 555 trabalhos; com os descritores aleitamento materno e saúde da mulher, evidenciaram-se 342 produções, perfazendo o total de 1.384 estudos. Ao utilizarem-se as palavras-chave em cada bloco de produções, foram registradas apenas 15 produções.

No terceiro passo, as referências selecionadas foram catalogadas segundo o perfil da produção, o que permitiu organizar informações como: título, objetivos, descritores, ano, local, nú-

mero de autores, modalidade, tipo de publicação, abordagem, sujeitos, técnica de coleta de dados e resultados em evidência.

O quarto passo consistiu na análise temática dos estudos, sendo observados os aspectos metodológicos, a familiaridade entre os assuntos e os resultados encontrados. No quinto passo, foram categorizadas e agrupadas as evidências, desvelando-se as seguintes dimensões:

- a. **dimensão sociomaterna:** representações sociais das mulheres sobre gestação; pré-natal – parto normal e cesáreo; amamentação; alojamento conjunto, sendo agrupados nessa dimensão oito estudos;
- b. **dimensão sociocuidativa:** representações sociais das mulheres sobre cuidado em saúde no pré-natal na consulta de Enfermagem; cuidado em Enfermagem no puerpério; cuidado no ciclo gravídico-puerperal; e representações sociais das mulheres e profissionais sobre assistência ao parto; cuidado em saúde na ESF; integralidade e trabalho em equipe. Foram agrupados nessa dimensão sete estudos, totalizando 15 produções.

No sexto passo a partir da discussão e interpretação dos resultados, elaboraram-se considerações e recomendações para as práticas de cuidado na saúde materna, bem como sugestões de pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que as produções científicas da saúde materna na perspectiva das representações sociais ainda são poucas, visto que foram encontrados 15 estudos no universo de 1.384 produções na área. As pesquisas selecionadas, em sua maioria, priorizaram os fenômenos de representações sociais entre mulheres, havendo um déficit de produções dos fenômenos sobre representações sociais entre profissionais, entre os quais foram encontrados três estudos.

Apuraram-se poucos estudos cruzados, com pesquisas do mesmo fenômeno entre diferentes sujeitos, mulheres e profissionais da área, visto que se obteve apenas um estudo. Ao reunir as características da amostra estudada, tem-se como resultado a participação de 464 sujeitos entre mulheres e profissionais de saúde.

No campo das representações sociais, a abordagem mais utilizada foi a processual, demonstrando que a abordagem estrutural pode ser mais difundida e utilizada. A técnica de coleta de dados mais frequente foi a entrevista semiestruturada e poucas utilizaram a Técnica de Livre Associação de Palavras (TELP). Na análise dos dados, a maior opção foi pela análise de conteúdo do tipo categorial temática. Quanto aos fenômenos da saúde materna, percebeu-se que o parto foi o de maior escolha. Salientou-se a crescente produção na área de Enfermagem de estudos sobre a saúde materna na perspectiva das representações sociais.

Os dados analisados revelaram a produção de um conhecimento que em seus resultados apresentaram aspectos positivos, negativos e gerais a respeito dos fenômenos que, para fins metodológicos, possibilitaram caracterizar e agrupar em dimensões.

DIMENSÃO SOCIOMATERNA

Nessa dimensão, consideraram-se as representações sociais das mulheres sobre gestação; pré-natal; parto normal e cesáreo; amamentação; alojamento conjunto. A representação social sobre gestação é entendida na ótica das mulheres como um fenômeno complexo e singular, que envolve diversas mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais. A expressão de estar grávida significa dar visibilidade à feminilidade e reafirmar a fecundidade como algo que enaltece a condição de mulher.⁵

Nesse sentido, entende-se que, para as mulheres pesquisadas, a gestação é representada como fenômeno que vai além da função reprodutiva, constituída pelas dimensões: psicossociais, culturais, biológicas, educativas e humanísticas. Nota-se, pelas evidências, a abrangência do termo gestação, o que remete à necessidade de um cuidado que considere as dimensões constituídas, devendo ocorrer de forma holística.

De acordo com a forma como as mulheres representam a gestação e a necessidade de um cuidado pré-natal que venha ao encontro dessa, viu-se a relevância de compreender as representações sociais sobre pré-natal entre mulheres, considerando que é a partir das interações cotidianas por meio da ação dialógica que ocorre a comunicação e desta emergem as representações sociais. Nesse sentido, há ineficiência no processo de comunicação entre as gestantes e os profissionais do pré-natal; e o acolhimento não tem sido efetivo para o grupo de mulheres grávidas.⁶ A comunicação entre as gestantes e os profissionais envolvidos no pré-natal mostrou-se, em alguns espaços, positiva na satisfação das gestantes, porém estas alimentam conceitos do senso comum pouco explorados pelas equipes de pré-natalistas.⁷

Há comprovações da posição passiva da mulher, o que determina a autonomia e o poder dos profissionais de saúde no pré-natal, deixando espaço para o desenvolvimento de novos estudos que possibilitem a escuta e valorização dos saberes das mulheres, vislumbrando a constituição de um saber oriundo da interação entre o universo comum e o científico. Dessa forma, o profissional como mediador do processo poderá empoderar a mulher para que ela assuma o seu protagonismo.

Durante a gestação e no período de realização do pré-natal, presume-se que o parto seja o momento mais esperado, de mais expectativa e medos. Dessa forma, concebe-se a importância de compreender as representações sociais sobre parto normal e cesáreo entre mulheres.

Nessa perspectiva, a experiência de partos anteriores demonstrou ser um forte elemento que influenciou a decisão

atual sobre a via de parto.⁸ As representações sociais do parto normal são de um parto ativo, no qual as dores são vividas como as “dores de mãe”.⁹ Esse pensamento remete a uma dor suportável e natural a toda mulher.

A representação social de mulheres sobre o parto está repleta de ancoragens fundamentadas no sofrimento natural da hora do parto. Os procedimentos técnicos como consultas, realização de exames e atividades educativas são comentados e valorizados na expectativa de boa saúde para o filho.⁹ Isso demonstra o paradigma dominante que remonta às primeiras ações na saúde materna, cujo foco eram o nascimento e o crescimento de crianças saudáveis.

Em outro estudo, o momento do parto remete ao momento de dor. O medo da dor esteve fortemente representado no imaginário das gestantes e transforma-se com a proximidade do parto, na gênese de outros medos: medo do trabalho de parto; medo do desempenho e de comprometer o bem-estar fetal; medo da anestesia, medo do desconhecido, entre outros.¹⁰ Os aspectos positivos, negativos e gerais a respeito do parto normal e cesáreo revelaram-se como protagonismo da mulher; e a melhor recuperação do parto normal, a ausência da dor na cesárea e a insatisfação com a assistência recebida.⁹

Se o parto fosse adequadamente esclarecido e conversado com mulheres desde as primeiras consultas de pré-natal, certamente o medo influenciado pela mídia ou pelas conversas com outras mulheres ou ainda por histórias pessoais e familiares seria atenuado, tendo em vista a transformação de situação não familiar para o familiar.

O parto envolve uma questão individual e relaciona-se à capacidade da mulher de enfrentamento da dor durante o trabalho de parto e o parto. A outra questão trata da relação entre a mulher e o profissional de saúde no contexto hospitalar, onde a maioria dos partos acontece. Essa relação influencia diretamente na atuação e empoderamento da mulher ou não, à medida que os profissionais tomam a posição de coadjuvante no âmbito do parto e do nascimento. Nesse sentido, o evento do parto e do nascimento para as mulheres indica o quanto a experiência da hospitalização ainda se mostra aos seus olhos como uma ameaça à dignidade feminina.¹¹ Dado o destaque na relação entre a mulher e o profissional que assiste o parto, revelam-se as evidências dessas interações durante o parto.

Enfatizou-se a importância da comunicação e do relacionamento interpessoal do profissional com a clientela.⁶ Há pouco diálogo entre gestante e médico sobre questões relacionadas ao momento do parto.⁷ Outra evidência mostra que faltam a todas as mulheres atendidas no setor público e privado informações fundamentais para que vivenciem com segurança e autodeterminação o parto.⁹ Existem contradições na relação profissional de saúde e usuárias mediadas pelas questões de gênero presentes na assistência ao parto e pela natureza dos ser-

viços. As mulheres apresentam algumas críticas ao que fazem ou o que fizeram com elas.⁹

No que se refere ao parto, nota-se a necessidade de mais esclarecimentos à mulher, visto ser um momento bastante temido, podendo ser associado à morte e a outras complicações, por isso a necessidade de preparo, em que se considerem os procedimentos técnicos, aspectos emocionais e culturais. Esses dados revelam a necessidade de educação em saúde no pré-natal sobre o trabalho de parto e o parto.

Nos dias atuais, em que a prática da cesárea parece um ato de rotina, tanto no atendimento público quanto no atendimento privado e em ambos os estratos socioeconômicos das mulheres, destacaram-se muitas vantagens para o parto normal, considerando-se a vivência do protagonismo e mais satisfação na cena do parto; as diferenças no cuidado médico; a qualidade da relação com o bebê; e a recuperação no pós-parto.⁹

No entanto, a justificativa para o aumento de cesáreas responde ao medo das dores do parto e ao desconhecimento das vantagens do parto normal. Algumas mulheres do setor privado ressaltaram a possibilidade de programar o parto devido à vida agitada da mulher contemporânea. Porém, destacaram como principal motivo para o aumento de cesárea a conveniência do médico, porque é um procedimento mais rápido.⁹

Outro estudo reafirma esse comentário. A dor revela-se como um dos principais construtores das atuais representações femininas sobre parturição e contribui para a curva ascendente de cesárea no Brasil. Observou-se que a dor influencia o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e preocupações que envolvem o evento da parturição.⁸ Observou-se o desconhecimento das mulheres sobre as vantagens do parto normal e os riscos da cesárea.

Esses resultados indicam as diferentes condutas entre os setores públicos e privados, considerando que no público a mulher não tem opção de escolha e a cesárea só deve ser realizada mediante indicação obstétrica. Observa-se que tanto no setor público quanto no setor privado há falta de informação das mulheres sobre o parto normal e a cesárea. A representação social do parto pautada na dor sofre a influência da mídia quando atemoriza o público com as cenas de parto desencorajando as mulheres, mas valorizando outros tipos de dores como a de lutadores e esportistas. Em contrapartida, a cesárea é banalizada, considerando-se o procedimento invasivo para a mulher e o trauma da extração mecânica para o conceito. Nessa perspectiva, nota-se a manipulação das informações conforme os diferentes interesses, demonstrando a tomada do poder por meio do conhecimento científico, que frequentemente exclui a mulher do protagonismo no momento do parto e nascimento.

Após o nascimento da criança e expulsão da placenta, a mulher entra no período do puerpério, caracterizado por alterações

fisiológicas e emocionais. Após o parto, mulheres atendidas no serviço público são encaminhadas para o alojamento conjunto, onde permanecem com seu bebê para adaptação, amamentação e cuidados. Desvela-se a seguir o fenômeno da amamentação.

Uma das grandes ansiedades e desafios da mulher relacionada ao cuidado do bebê consiste na amamentação. Dessa forma, a estrutura da representação social sobre amamentação demonstrou elevada frequência da categoria prazer, amor e carinho, revelando a importância do aleitamento materno e do leite humano. A saúde do bebê teve mais expressividade no grupo de mães que não trabalham, sugerindo que essas mulheres ancoraram amamentação no processo saúde-doença.¹²

Em outro estudo, constatou-se que a amamentação é tratada como atributo natural, no qual o papel social da mulher é o de mãe-nutriz. As gestantes representam o leite materno como nutriente que contribui para o crescimento e desenvolvimento do bebê.⁵

Sobressaiu-se nas representações apresentadas sobre amamentação a compreensão de que o leite materno confere outras vantagens que beneficiam a mãe, tais como: diminuir o volume uterino de forma mais rápida; evitar hemorragias no pós-parto, proteger contra anemia, além de associar-se a reduzido risco de câncer de mama.⁵

As mulheres reconhecem o valor da prática do aleitamento materno e das qualidades do leite humano. O mesmo reconhecimento não é dado ao fator exclusividade, tampouco ao tempo necessário do aleitamento exclusivo.¹² Essa questão determina a necessidade da educação em saúde sobre aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida do recém-nascido. Considerando que o aleitamento materno ocorre prioritariamente no alojamento conjunto, que é o local para recuperação, cuidado e aprendizagem da mãe para o cuidado de si e seu bebê, compreende-se a importância de conhecer as representações sociais sobre alojamento conjunto.

Concebe-se que a representação social sobre o alojamento conjunto possui como elemento representacional a hospitalização e revela a experiência de um lugar de abandono onde elas estão submetidas a procedimentos e ao domínio dos profissionais.¹¹ Os valores que as mulheres atribuem às interações interpessoais informam que as relações interpessoais são os verdadeiros instrumentos que auxiliam as mulheres a percorrerem a experiência da hospitalização.¹¹

A puérpera representa a necessidade de redirecionar a atenção dos profissionais de Enfermagem para o cuidado de si e de seu filho de modo a torná-la apta para o desempenho da maternidade.¹³ Isso acentua a necessidade de pautar as relações entre mulheres e profissionais para além da dimensão biológica, considerar os aspectos psicossociais e tornar a prática de educação em saúde no alojamento conjunto ação contínua pautada nas necessidades representadas pelas mulheres.

Considerando a ação dos profissionais de Enfermagem tanto na atenção primária quanto na secundária, entende-se ser relevante listar as representações sociais sobre o cuidado de Enfermagem e consulta de Enfermagem.

DIMENSÃO SOCIOCUIDATIVA

Nessa dimensão destacaram-se as representações sociais das mulheres sobre o cuidado em saúde no pré-natal na consulta de Enfermagem; cuidado de Enfermagem no puerpério; cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal; e representações sociais entre mulheres e profissionais sobre assistência ao parto; cuidado em saúde na ESF, integralidade e trabalho em equipe.

As representações sociais sobre o cuidado em saúde durante o pré-natal emergiram positivamente do discurso das puérperas, relacionando-o à interação entre profissionais e usuárias caracterizada pela escuta, atenção e cordialidade e relacionada à disponibilidade de exames, presteza no atendimento e desenvolvimento de ações básicas.¹³

As representações sociais sobre o cuidado em saúde no momento do parto entre puérperas subdividiram-se em quatro temas: o acolhimento à parturiente, o apoio as mulheres durante o parto, a mulher como protagonista no processo de atenção ao parto e a qualidade técnica do cuidado.¹³

A representação social sobre assistência ao parto apresentou aspectos positivos, ressaltou os elementos: ser bem atendida, ter atenção, carinho, ser bem tratada, atendimento rápido, ter o profissional ao lado, tratamento de igual para igual, segurar a mão, acolhimento da equipe de saúde e apoio psicológico.¹⁴ As representações sociais sobre assistência ao parto entre mulheres assistidas concebem a qualidade da relação estabelecida com os profissionais como fator que mais influencia sobre a maneira como representam a assistência recebida.¹⁵ As parturientes elogiaram o atendimento quanto ao apoio relacional e valores humanísticos; e como aspectos negativos identificaram elementos de não cuidado, mostrando a necessidade de mudança na postura e atitude de alguns profissionais.⁷

Foram sugeridas duas representações sociais distintas sobre assistência ao parto entre profissionais: a primeira denota uma visão medicalizada da assistência e a outra indica uma assistência identificada com a proposta do movimento pela humanização do parto e nascimento. Os profissionais destacam como aspecto importante da assistência: a presença do acompanhante, a preocupação com a sua humanização, a participação da enfermeira obstetra e o espaço físico.¹⁵

Observaram-se nos resultados representações divergentes entre os profissionais, pois identificam uma visão medicalizada e pela proposta da humanização, oportunizando estudos para o entendimento de como esses profissionais representam a humanização do parto e nascimento. Corroborando a afirmativa, há recomendações de que as diretrizes do Programa de Humaniza-

ção do Parto e Nascimento (PHPN) devem ser incorporadas de forma mais ampla nas práticas de saúde voltadas para a mulher.¹⁶

De acordo com a análise das evidências, pode-se inferir que quando os profissionais representam a humanização do parto na assistência, também pensam na qualidade da relação com as mulheres, aspecto mais importante para as mesmas, sendo as representações possivelmente afins. Quanto à humanização do parto e nascimento, realça-se que a assistência ao parto permanece submetendo quem deve ser sujeito e reproduzindo o projeto da medicalização, mesmo que esse processo se manifeste de formas diferenciadas entre grupos de mulheres atendidas no serviço público e no serviço privado.⁷ Esses resultados permitem considerar que o momento do parto pode ser caracterizado como de considerável medicalização, muito preso às rotinas e resistente à humanização.

Quanto à qualidade dos serviços e humanização da assistência, os modelos de organização dos serviços públicos e privados exibem variações que produzem diferentes tipos de assistência e de relação entre os profissionais de saúde e usuárias, dando forma às experiências distintas entre as mulheres pesquisadas.⁷

Isso leva a refletir sobre o cuidado como direito e exercício de cidadania da mulher, independentemente dos modelos de atendimento, seja público ou privado. Esse fato sugere o repensar da prática de alguns profissionais e rotinas de determinados serviços.

Nas representações sociais sobre o cuidado em saúde no puerpério ressaltou-se um único tema: apoio à elaboração da relação mãe-bebê. Pode-se considerar que nos períodos pré-natais e puerperais o cuidado não é isento de problemas, sendo as mulheres geralmente tratadas como coadjuvantes em um processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais.¹⁶ Essa evidência remete a ações pautadas nas queixas físicas, salientando-se a atuação biomédica e tecnicista que valoriza o protagonismo do profissional em detrimento da mulher, sujeito do cuidado.

O Programa Saúde da Família é uma estratégia da Atenção Primária em Saúde que visa a fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde, entre as quais se encontra a atenção pré-natal. Nessa perspectiva, revela-se a importância de identificar as representações sociais do cuidado em saúde entre as equipes do ESF.

Pode-se constatar que os profissionais de saúde da ESF compartilharam uma representação comum, cujo núcleo central é composto de campos semânticos acolhimento, atenção e amor. Percebeu-se que os sujeitos apresentam diferentes entendimentos sobre o processo de cuidado na ESF. O conhecimento construído a respeito dessa questão está amparado numa visão aproximada do sentido do cuidado.¹⁷

Entretanto, esse entendimento mantém elementos relacionados a aspectos biomédicos e técnico-científicos. Concluiu-se que o cuidado ainda não foi incorporado como ele-

mento fundamental ao processo de trabalho no ESF.¹⁷ Acredita-se que a afirmativa dos autores revela a ambiguidade do termo cuidado em saúde, pautado por ações concretas e subjetivas inerentes a tais práticas.

Nas representações sociais de mulheres sobre o cuidado de Enfermagem emergiram as categorias: satisfação e insatisfação com o cuidado. A satisfação com o cuidado foi confirmada pelo fato de a equipe de Enfermagem se interessar pelo seu estado de saúde, suprindo as necessidades biológicas com presteza e colocando-se disponível para a ajuda. A insatisfação com o cuidado de Enfermagem apresentou-se na fase puerperal com mais decepção do que no pré-parto e parto.¹⁷

Esse fato demonstra que o cuidado de Enfermagem ainda é considerado na perspectiva do ato como intervenção e pela prontidão e cordialidade, no entanto, revela a necessidade de ampliar essas concepções principalmente na fase puerperal.

A grande maioria das gestantes manifestou representações positivas da consulta de Enfermagem do pré-natal, sobretudo devido à forma como se estabelecem as relações entre enfermeira e gestante, em que são privilegiados o acolhimento e a escuta.⁵

As gestantes demonstraram que conheceram a consulta de Enfermagem durante o pré-natal. Assim sendo, inicialmente elas tinham a percepção de que era um procedimento complementar ao trabalho médico.⁵ Isso enfatiza a necessidade de divulgação da consulta de Enfermagem como ação independente do profissional médico e como espaço de promoção da saúde e prevenção de doenças. Considerando a qualidade da assistência com vistas à ação integral e ao trabalho em equipe, identificou-se a necessidade de conhecer as representações sociais de profissionais de Enfermagem sobre a integralidade e o trabalho em equipe.

Quanto à visão integral da assistência à saúde da mulher, verificou-se que a enfermeira tem uma visão fragmentada da assistência, ainda pautada nas queixas físicas. Não consegue definir o que seja integralidade, repetindo o discurso do atendimento holístico, sem entender direito o que isso realmente significa. Trabalha de forma individualizada, entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência. Essa fragmentação aparece em todos os eixos da análise, sendo que está implícita na assistência à saúde não apenas da mulher, mas de toda clientela atendida na rede primária.¹⁸

Quanto ao trabalho em equipe, a enfermeira que atua na assistência a saúde da mulher, diz que trabalha em equipe, mas percebe que os profissionais não têm o mesmo objetivo e trabalham de forma individualizada. Ainda que perceba ser um elo de ligação entre profissionais e as clientes, sente que existe uma disputa de espaço e poder entre os profissionais.¹⁹

Essas questões mostram que tanto a interdisciplinaridade quanto a transdisciplinaridade estão longe de acontecer nos serviços, o que compromete a assistência integral à clientela, demonstrando a necessidade das instituições formadoras pre-

pararem profissionais para o trabalho em equipe e para as instituições de saúde investirem em seus profissionais por meio do desenvolvimento do trabalho em equipe no contexto da educação permanente.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES TRANSITÓRIAS

Com base nos resultados da revisão integrativa foi possível responder à questão de pesquisa, o que propiciou fazer reflexões e recomendações. As representações sociais sobre gestação estão fortemente relacionadas ao ato sublime e divino da maternidade, que corresponde a um fenômeno natural e emocional. As representações sociais sobre pré-natal, parto normal, cesárea e amamentação subsidiaram-se nas experiências cotidianas das mulheres com os serviços de saúde, na relação com os profissionais e nas conversas informais, recebendo também influências da mídia e da família.

Essas questões em nosso entendimento refletem-se na ação passiva da mulher nas dificuldades para o cuidado de si e do filho com autonomia, o que reafirma o empoderamento dos profissionais da área. Para que a mulher desenvolva o conhecimento adequado, necessita ter suas dúvidas esclarecidas, mitos quebrados e conhecimentos prévios valorizados para a negociação e elaboração de novos saberes e fazeres. A efetividade dessa conduta entre mulheres e profissionais depende da comunicação e da relação interpessoal.

Concebeu-se que as evidências conduzem a se pensar que há necessidade de o profissional rever estratégias de comunicação verbal e não verbal para que sejam vislumbradas atitudes mais humanas e acolhedoras. Há que se abrir um canal para o diálogo, em que o escutar e o falar se integrem na construção das interações e respeito mútuo.

Ao analisarem-se as tendências contidas nas duas dimensões, evidencia-se que, embora alguns profissionais se preocupem com a humanização do cuidado, indicando um agir guiado por um paradigma sócio-humanístico, o que predomina é um agir guiado por um paradigma biomédico e técnico-científico em todo o ciclo gravídico puerperal. As representações sociais sobre pré-natal, parto, cuidado em saúde, assistência ao parto, amamentação e alojamento conjunto pautam-se nos aspectos biológicos e intervencionistas do cuidado.

Essas representações estão relacionadas, a nosso ver, à maneira de pensar e agir dos profissionais, evidenciando que estes são guiados por um paradigma biotecnologista no cuidado que se dá no ciclo gravídico-puerperal. Há necessidade de mudança desse paradigma dominante, para que tanto as mulheres quanto os profissionais ressignifiquem seus saberes e práticas e produzam novas representações sociais que venham a contribuir para as transformações do cenário atual.

A revisão integrativa reafirma a importância do pré-natal como processo de prevenção e promoção à saúde da mulher, devido à relação da qualidade do pré-natal com a mortalidade materna e neonatal. Ressalta-se que o pré-natal é um momento impar para a educação em saúde, visando a desenvolver o conhecimento e autonomia da mulher para o cuidado de si e do bebê durante o ciclo gravídico puerperal, conforme as necessidades descritas. Por outro lado, demonstra a necessidade de educação permanente do profissional, visto que esse é veículo para o conhecimento, empoderamento e autonomia da mulher.

Sugere-se repensarem-se as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, visto que os objetivos descritos nos manuais de pré-natal e parto humanizado não acontecem de forma efetiva, conforme análise dos resultados do estudo. Quanto à gestão dos serviços de saúde, cabe fortalecer a atenção primária e terciária e estimular os profissionais para o trabalho em equipe e cuidado integral com vistas a aperfeiçoar ações em saúde e em Enfermagem na saúde materna.

Recomenda-se reconsiderar a comunicação, relação interpessoal e processo educativo vigentes em todo o ciclo gravídico puerperal, principalmente nas metodologias utilizadas nas ações de educação em saúde no pré-natal; há que se difundir a consulta de Enfermagem como espaço de cuidado, promoção e prevenção da saúde, independentemente da consulta médica, e incentivar a atuação de enfermeiros obstetras no ciclo gravídico puerperal.

No tocante à formação profissional e produção do conhecimento, reforça-se a missão da educação superior em desenvolver cada vez mais a visão dos futuros profissionais para além do paradigma dominante. No campo da pesquisa recomendam-se estudos voltados para a saúde materna na perspectiva das representações sociais, tendo como sujeitos, além das mulheres, familiares e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Moscovici S. Representações Sociais: Investigação em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
4. Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing Reserch. Rev Nvrs Health. 1987; 10(1):1-11.
5. Shimizu HE, Lima MGL. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):387-92.
6. Duarte SJH, Andrade, SMO. Representação Social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(2):373-6.
7. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo grande, Brasil. Rev Saúde Soc. 2008; 17(2):1-10.
8. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. Rev Bras Anestesiol. 2011;61(3):1-8.

9. Gama AS, Giffin KM, Tuesta AA, *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidade pública e privada. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11):2480-8.
 10. Velho M.B, Santos EKA. Representações sociais do parto e da cesárea para mulheres que o vivenciaram [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
 11. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(2):1-9.
 12. Osório CM, Queiroz ABA. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Escola Ana Nery Rev Enferm*. 2007; 11(2):1-9.
 13. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Rodrigues, MSP *et al.* Representações Sociais de Mulheres sobre o Cuidado de Enfermagem recebido no Puerpério. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(2):197-204.
 14. Wolff LR, Moura MAV. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto [tese]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ; 2004.
 15. Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crít*. 2010; 23(1):1-11.
 16. Parada CML, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2008; 12(24):1-14.
 17. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A Representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Rev Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):1-10.
 18. Reis CB, Andrade SMO. Representações Sociais das Enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):1-10.
 19. Reis CB, Andrade SMO. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. *Escola Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(1):1-8.
-