

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

**IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA EFETIVAÇÃO DO PRÉ-NATAL  
PROPOSTO PELAS DIRETRIZES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO  
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)**

MARCELA OTONI DA SILVA PEREIRA

Governador Valadares

Março/2015

MARCELA OTONI DA SILVA PEREIRA

**IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA EFETIVAÇÃO DO PRÉ-NATAL  
PROPOSTO PELAS DIRETRIZES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO  
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

Março/2015

P436i Pereira, Marcela Otoni da Silva.

Importância do suporte familiar na efetivação do pré-natal proposto pelas diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) / Marcela Otoni da Silva Pereira. Governador Valadares: [s.n], 2015.  
115 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) - Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2015.  
Orientadora: Prof. Dr. Suely Maria Rodrigues.

1. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 2. IPSF. 3. Suporte familiar. 4. Gestante. 5. Pré-natal. I. Título.

CDD: 613.94

Para Maria Bernadete (In memorian)  
eterna fonte de amor. Minha luz, minha  
guia. Admiração eterna.

Ao Serafim Ângelo (In memorian) que  
me ensinou o precioso valor dos livros  
e dos estudos. Orgulho sempre.

Para meu Pai e minha Mãe, meus  
pilares. Irmã, companheira fiel.

Ao Fabrício, incentivador e que me  
proporcionou viver a maternidade.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Suely Maria Rodrigues, por dividir comigo todos os seus conhecimentos. Pela paciência e dedicação. Por me ensinar a ser uma pessoa melhor. Grande mestre, obrigada.

Aos meus familiares por compartilharem comigo deste sonho.

À minha grande amiga Marina Mendes, por todo carinho e paciência. Você foi essencial para o sucesso da minha caminhada.

Ao Prof. Carlos Alberto Dias pela dedicação e preocupação.

Ao Prof. José Luiz e à Prof<sup>a</sup> Elaine Pitanga pelas preciosas contribuições na Qualificação.

A toda à equipe do SAIS, sem vocês seria impossível colher tantos frutos.

À bolsista Daiana Braz, por compartilhar seu tempo e suas idéias.

Aos profissionais da ESF e às usuárias entrevistadas na pesquisa, essenciais ao trabalho.

Em especial agradeço aos meus pais, minha irmã e ao Fabrício, por serem meu maior suporte. Meus pais e minha irmã a todo tempo ao meu lado torcendo, ajudando e sonhando junto comigo.

Ao meu querido marido Fabrício pela paciência, por estar sempre ao meu lado me incentivando, não permitindo que caísse ou me ajudando a levantar, meu ponto de equilíbrio. Companheiro de todas as horas, sempre dedicado e amoroso. Obrigada.

## RESUMO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconiza estratégias de melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher, tendo, como paradigma conceitual, as ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério. A humanização da assistência engloba um cuidado holístico com a mulher, levando em consideração além da parte clínica, questões sociais, emocionais e familiares. Este estudo objetivou conhecer a percepção das gestantes usuárias do PHPN sobre o suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que utiliza abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram desse estudo 24 gestantes, com 18 anos de idade ou mais, funcionalmente independentes, usuárias da Estratégia de Saúde Família (ESF) e assistidas pelo PHPN, na zona urbana de um município do leste mineiro. A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário aplicado em forma de entrevista e o teste psicológico Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). As variáveis quantitativas incluídas no questionário foram: caracterização da amostra, dados da assistência pré-natal e composição familiar; e as qualitativas: caracterização e suporte familiar. Para análise dos dados quantitativos do questionário foi utilizado o *software Sphinx Léxica*, versão 5.1.0.4., os qualitativos foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). No entanto, os quantitativos do teste foram pelo crivo corretor do próprio teste. Os resultados demonstraram que as gestantes possuem uma média de idade de 26,8 anos ( $\pm 8,8$ ), vive em união estável (46%), metade possui 11 anos de estudo, e 59% vivem com um rendimento familiar mensal de um salário mínimo e meio (R\$1.086,00). As categorias demonstraram que as gestantes percebem a importância da família na formação do sujeito e da sociedade. Também reconhecem sua relevância nos momentos de crise e transição que ocorre no percurso da vida. Os tipos de configurações familiares detectadas com maior frequência entre as gestantes foram de famílias reconstituídas e extensas. Pode-se concluir que as gestantes têm uma percepção mais positiva que negativa sobre suporte familiar e apresentam um nível médio-baixo de suporte familiar, o que provavelmente pode interferir na realização do pré-natal proposto pelo PHPN.

**Palavras-chave:** Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, IPSF, suporte familiar, gestante, pré-natal

## ABSTRACT

The Humanization Program of Prenatal Care and Birth (PHPN) recommends strategies to improve quality of care to women's health, and, as a conceptual paradigm, humanization actions in prenatal, delivery and post partion. The humanization of care encompasses a holistic care to the woman, taking into account beyond the clinical part, social, emotional and family aspects. This study examined perceptions of PHPN pregnant women on family support and interference in realization of prenatal proposed by the Ministry of Health. This is a descriptive, cross-sectional, using quantitative and qualitative approach. Participants were 24 pregnant women, 18 years of age or older, functionally independent, users of the Family Health Strategy (ESF) and assisted by PHPN, in the urban area of a city in the east of Minas Gerais. Data collection was performed using a questionnaire as an interview and psychological testing of Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Quantitative variables included in the questionnaire were: characterization of the sample, the prenatal care data and family composition; and qualitative: characterization and family support. For quantitative analysis of the survey data we used the Sphinx Lexical software, version 5.1.0.4., The qualitative data was analyzed according to Bardin's Content Analysis Technique (2011). However, the quantitative test was screened by the test corrector itself. The results showed that pregnant women have an average age of 26.8 years ( $\pm 8.8$ ), have in stable relationships (46%), half have 11 years of schooling, and 59% live with a monthly income of a minimum wage and a half (R \$ 1,086.00). The categories have shown that pregnant women realize the importance of family in the formation of the subject and society. They also recognize its relevance in crisis and transition moments occurring in the course of life. The types of family configurations detected more frequently among pregnant women were reconstructed and extended families. It can be concluded that pregnant women have a more positive than negative perception about family support and have a medium-low level of family support, which can probably interfere in the performance of prenatal proposed by PHPN.

**Key words:** Humanization Program of Prenatal Care and Birth, IPSF, family support, pregnant, prenatal

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões .....	46
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das características sócio-demográficas de gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) .....	54
Tabela 2 – Distribuição da frequência de consultas de pré-natal e exames laboratoriais básicos preconizados realizados em gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) .....	58
Tabela 3 – Distribuição da frequência do tipo de exames realizados em gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) .....	59
Tabela 4 – Distribuição da frequência da Composição do grupo Familiar das gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).....	63
Tabela 5 – Distribuição da frequência do índice do IPSF entre gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) ....	67

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Resultado do IPSF em relação ao Estado Civil de gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) .....	68
Gráfico 02 – Resultado do IPSF em relação a realização de $\geq 6$ consultas + $\geq 8$ exames de pré-natal realizadas por gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24) .....	69

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Caracterização dos tipos de configurações familiares .....	19
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIH – Autorização de internação hospitalar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial  
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde  
DPP – Data Provável do Parto  
DUM – Data da Última Menstrual  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
IPSF – Inventário de Percepção do Suporte Familiar  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
Pré-Natal e Nascimento  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SF – Saúde da Família  
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero  
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama.  
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNIVALE – Universidade Vale Do Rio Doce  
VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory* (Teste de identificação da Sífilis)

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale**  
**Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território**

**MARCELA OTONI DA SILVA PEREIRA**

IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA EFETIVAÇÃO DO PRÉ-NATAL PROPOSTO  
PELAS DIRETRIZES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO  
(PHPN)

Dissertação aprovada em 02 de março de 2015,  
pela banca examinadora com a seguinte  
composição:

  
Prof.ª Dr.ª Suely Maria Rodrigues - Orientadora  
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Dias  
Universidade Federal Vale do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

  
Prof. Dr. José Luiz Cazarotto  
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	18
2.1 Família.....	18
2.1.1 Significado de família e configurações familiares.....	18
2.1.2 Direito de família .....	19
2.2 Suporte Familiar .....	22
2.2.1 Importância do apoio familiar no período gestacional .....	22
2.2.2 Suporte familiar e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) .....	25
2.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	28
2.3.1 Atenção primária à saúde e promoção da saúde da família .....	28
2.3.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF) .....	31
2.3.3 O Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) .....	33
2.4 Território e Saúde .....	38
2.4.1 Conceito de território no estudo do PHPN e da atenção à saúde.....	38
3. OBJETIVOS.....	44
3.1 Geral .....	44
3.2 Específicos.....	44
4. METODOLOGIA .....	45
4.1 Abordagem .....	45
4.2 Tipo de estudo .....	45
4.3 Universo de Estudo.....	45
4.4 Amostra .....	47
4.5 Critérios de inclusão e exclusão .....	47
4.6 Estudo Piloto .....	48
4.7 Aspectos Éticos .....	48
4.8 Coleta de dados e etapas de realização da pesquisa .....	48
4.9 Análise dos Dados .....	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1 DADOS QUANTITATIVOS .....	54
5.1.1 Caracterização da Amostra de Gestantes.....	54
5.1.2 Dados de Saúde.....	56
5.1.3 Composição do grupo familiar .....	62
5.1.4 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) .....	66
5.2 DADOS QUALITATIVOS .....	70
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
7. LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO .....	89
8. REFERÊNCIAS.....	90
9. ANEXOS .....	105
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética .....	106
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE para Gestantes .....	108
ANEXO C – Autorização Prefeitura .....	110
ANEXO D – Roteiro de Entrevista – Gestantes.....	112
ANEXO E – IPSF – Folha de Resposta .....	115

## 1. INTRODUÇÃO

<sup>1</sup>O pré-natal tem por objetivo diagnosticar enfermidades maternas preexistentes, tratando-as de modo a reduzir seu impacto na evolução e nos resultados. Para tanto são adotadas medidas preventivas recomendadas para proteção da gestante e do feto, preparando esta para o parto e aleitamento, bem como para a chegada de um novo sujeito que compulsoriamente concorrerá para a modificação da estrutura relacional da família. Neste sentido, várias ações devem ser implementadas tais como acompanhar a evolução da gravidez observando as condições da gestante; avaliar continuamente o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais (BRASIL, 2004).

Os procedimentos para uma efetiva assistência ao ciclo gravídico exigem o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, capacitada e treinada para o acompanhamento da mulher neste evento. Ao iniciar esse processo de acompanhamento da gestante, cabe à equipe de saúde compreender os múltiplos significados que a gestação tem para a cliente e sua família. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção em torno da gestação, são condições fundamentais para que o saber em saúde, da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal, seja colocado à disposição da mulher e sua família (CUNHA et al., 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a ferramenta do Estado na efetividade destas ações. Este, a partir da reestruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), trouxe avanços importantes na saúde e na condição de vida da população brasileira. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, tem como diretriz a normalização técnica do processo de atenção à gestante e à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério. Este programa estabelece com clareza os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2010a).

---

<sup>1</sup> Essa dissertação constituiu-se em um recorte do projeto de pesquisa: “Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares”. Para realização recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Processo APQ 02524-14; bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG e bolsa do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROSUP/CAPES).

Segundo o Ministério da Saúde é notório a ampliação na cobertura do pré-natal nas últimas décadas. Contudo, a qualidade da assistência pré-natal permanece como desafio a ser superado. Para que isto efetivamente ocorra faz-se necessário a criação de ambientes saudáveis uma vez que para promover saúde deve-se levar em conta não somente o indivíduo, mas também sua família e o contexto no qual se insere. Portanto, são imprescindíveis que sejam levadas em consideração as vivências e experiências das gestantes, a partir das quais se torna possível identificar as singularidades de sua vida social, seus problemas e necessidades de saúde. No processo de atenção à saúde das gestantes não basta simplesmente olhar para elas, deve-se atentar para os usos e as diferentes apropriações do espaço vivido, uma vez que este não se constitui apenas como um local, mas como um território a partir do qual ela orienta suas ações (MONKEN, BARCELOS, 2007).

O foco principal do território de ação da equipe da ESF deve ser a família. O cuidado no pré-natal necessita estar direcionado à mulher e ao bebê, mas com atenção à família e contexto de vida ao qual a gestação está se desenvolvendo. A família desempenha papel fundamental no processo gestacional acolhendo e cuidando da mulher durante esta fase. O suporte familiar se refere às relações que se estabelecem entre os componentes familiares, ou seja, são as características psicológicas (atenção, carinho, diálogo, liberdade, autonomia) existentes entre os integrantes deste meio. A percepção pela gestante do suporte familiar diminui a incidência de depressão pós-parto e transtornos mentais, aumentando a adesão ao pré-natal e os cuidados com ela e o bebê. A falta de suporte familiar no período gestacional pode ser considerada fator de risco para a gravidez (BAPTISTA, SOUZA, ALVES, 2008).

A assistência de qualidade ao pré-natal é um fator relevante para o ciclo gravídico puerperal na redução de danos à saúde da mulher. Além dos profissionais, a gestante e seus familiares são elementos chaves para o alcance desta meta. Com base nestes pressupostos é justificável uma avaliação dos serviços de saúde no foco da atenção primária à saúde, bem como do suporte familiar dado à gestante inserida no PHPN num contexto holístico do indivíduo. Tal avaliação não deve levar em consideração apenas os dados normativos (objetivos) do programa, mas também o suporte familiar da gestante.

A mudança na configuração familiar e rede social de apoio ocorrida na pós-modernidade devem desencadear modificações na abordagem e na atitude profissional no atendimento a grupos que possuem essa especificidade. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior interação entre os profissionais de saúde, gestantes e famílias. Bem como a promoção de saúde e alternativas para a melhoria da qualidade de vida desse público alvo.

Para melhor situar o leitor, o estudo será apresentado a saber, em: Revisão de Literatura, Objetivos, Metodologia, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Limitações e Possibilidades do estudo.

A Revisão de Literatura tem o objetivo de contextualizar o leitor nas teorias que envolvem todo o estudo e está dividida em quatro partes. A primeira apresenta o significado e tipos de configurações familiares, além da história do direito de família. A segunda parte aborda o conceito de suporte familiar, sua relevância no período gestacional e o teste Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) utilizado na pesquisa. Na terceira parte é apresentada toda a história de desenvolvimento da saúde da mulher dentro do SUS até a implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e sua caracterização. A quarta parte discorre sobre o conceito de território no estudo da saúde e do PHPN.

Em seguida são apresentados os Objetivos norteadores do estudo. O próximo capítulo apresenta a Metodologia que direcionou toda a pesquisa realizada. Esta foi seccionada em nove partes, a saber: 1) abordagem do estudo; 2) tipo de estudo; 3) universo do estudo; 4) amostra; 5) critérios de inclusão e exclusão; 6) estudo piloto; 7) aspectos éticos; 8) coleta de dados e etapas da realização da pesquisa e 9) análise dos dados.

A apresentação dos Resultados e Discussão engloba todos os dados coletados durante a pesquisa e a discussão destes com as diretrizes norteadoras do PHPN e com a literatura científica. Primeiramente são apresentados e discutidos os dados quantitativos e em seguida os dados qualitativos. Nas Considerações Finais foram trabalhados estes dados da pesquisa evidenciando o alcance dos objetivos iniciais do estudo. Para finalizar, foram descritas as Limitações e Possibilidades encontradas durante a realização deste trabalho, com o objetivo de direcionar novas investigações que possam continuar o trabalho nesta linha de pesquisa

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Família

#### 2.1.1 *Significado de família e configurações familiares*

Quando se fala em família, a maioria das pessoas ainda tende a pensar no modelo tradicional; mesmo sabendo que hoje temos em cena diversas formações. Ao se referir à família, por mais que se relativizem os conceitos e os termos, geralmente a idéia está muito associada à imagem de pai, mãe e filhos (CANO et al., 2009). Pode-se perceber que o tipo nuclear (uma única união entre adultos com um nível de descendência – pai, mãe, filhos) é mais valorizado. O que não está de acordo com esta formação é visto como diferente, como tendo menor valor.

Desta maneira, definir família torna-se um desafio. Para defini-la com suas diferentes dinâmicas, papéis multidimensionais e complexos atuais, é necessário compreendê-la como parte integrante de um contexto cultural, histórico e social (DESSEN, RAMOS, 2010). Conceitos comumente associados à definição de família como: consangüinidade, morando na mesma casa, relação heterossexual, relacionamento duradouro; por si só não conseguem abranger a definição atual. Esta é considerada um lugar de unidade que cuida dos seus membros, responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas e pela formação dos referenciais de vida (SILVA, SILVA, 2009). Na atualidade, a família se baseia em torno da afetividade, interligando os sujeitos, desprezando, dessa maneira, o liame da cosanguinidade/parentalidade, sendo necessário apenas que a relação seja pautada pelo amor, amizade e companheirismo (COSTA, 2012). É esta que passa os elementos necessários ao desenvolvimento integral do sujeito no âmbito social, afetivo, emocional e biológico (GABARDO, JUNGES, SELLI, 2009).

A família é um grupo primário mantido pelo parentesco e pelas relações interpessoais entre os membros do grupo familiar, estes são sustentados pela afeição, apoio, partilha de tarefas domésticas, cuidados com os filhos e cooperação mútua em diversas atividades (ZAMBERLAN, BIASOLI-ALVES, 1997).

A partir da metade do século XX, algumas importantes transformações começam a aparecer no cenário familiar. Muitos tipos não são relativamente novos, mas a partir deste

período começam a se proliferar. A família moderna se diferencia das de outrora, em que se privilegiava a eternidade dos vínculos matrimoniais e a marca da ancestralidade. Hoje se prestigia o afeto acima de tudo, o que permite a complexidade dos laços familiares (COSTA, 2012).

Para mostrar algumas configurações de família, presentes na atualidade, utilizou-se o estudo de Caniço et al. (2011), classificadas de acordo com a estrutura e dinâmica global. Este trabalho classifica as famílias em diversas configurações, contudo para melhor compreensão foi selecionado apenas alguns tipos que se adequariam melhor dentro do modelo de estudo.

Quadro 1: Caracterização dos tipos de configurações familiares

<b>Tipo</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Nuclear ou Simples</b>	Uma só união entre adultos e um só nível de descendência	Pai, mãe, filho(s)
<b>Alargada ou extensa</b>	Co-habitam descendentes e/ou colaterais por consangüinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s)	Avós morando com netos, tios, primos, cunhados
<b>Reconstruída, combinada ou recombinada</b>	Nova união conjugal, com existência ou não de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros	Homem separado casado com outra mulher separada que possui um filho da outra relação
<b>Homossexual</b>	União conjugal entre duas pessoas do mesmo sexo, independente do restante da estrutura	Dois homens casados ou duas mulheres morando juntas
<b>Monoparental</b>	Progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendentes, não tendo relação conjugal de co-habitação permanente	Viúva com filhos ou homem separado com filhos
<b>Dança a dois</b>	Duas pessoas com relações ou não de consangüinidade e inexistência de relação conjugal	Duas irmãs, dois primos, avó e neto
<b>De co-habitação</b>	Homem e/ou mulher que vivem na mesma habitação, com inexistência de laços familiares ou relação conjugal	Universitários, imigrantes
<b>Consangüínea</b>	Existe uma relação conjugal consangüínea, independente do restante da estrutura	Casal de primos
<b>Acordeão</b>	Um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes	Família com um migrante para o exterior ou de militares em missão
<b>Múltipla ou dois em um</b>	Um elemento integra duas ou mais famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos	Homem com duas esposas que moram em casas diferentes

Finalmente pode-se concluir que a melhor e mais abrangente definição foi criada por Petzold (1996, p.39), chamada de definição ecopsicológica. Segundo esse autor família “é um grupo social especial, caracterizado por relações íntimas e intergeracionais entre seus membros”. Esta definição se permite trabalhar com os inúmeros tipos que começam aparecer na sociedade.

### **2.1.2 Direito de família**

Dentro deste contexto de alterações no sistema familiar, faz-se importante citar uma área que sofreu e sofre inúmeras alterações em sua constituição, causando, ao mesmo tempo, modificações na sociedade, o Direito. Este, principalmente na área de Família, através das

modificações do cenário social vem se modificando para responder esta evolução. Segundo Pereira (1999), o Direito procura responder aos avanços históricos, se adequando aos novos tempos, questionando e repensando a categoria dos sujeitos sobre um enfoque interdisciplinar.

Durante muitos anos o conceito de família para a área jurídica era pautado na formação patriarcal, autoritarismo, parentesco, consangüinidade e principalmente, nas relações do casamento (DILL, CALDERAN, 2011; COSTA, 2012). Na Constituição da República de 1934, a família teve um capítulo dedicado a ela, onde em quatro artigos (144 a 147) dispunha sobre as regras do casamento indissolúvel. As Constituições seguintes de 1937, 1946, 1967 e 1969 corroboravam com esta idéia dizendo que a única forma de constituir uma família seria pelo casamento indissolúvel (PEREIRA, 1999).

O Código Civil de 1916 colocava o marido como único chefe da sociedade conjugal, sendo a mulher apenas uma colaboradora. A ele competia a administração dos bens, inclusive os particulares da mulher, escolher o domicílio, prover a manutenção da família, anular a união caso desconhecesse o defloramento da mulher, dentre outros (CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, 1916).

Em 1962 foi publicada a Lei nº 4.121, denominada Estatuto da Mulher Casada, que dispunha sobre as condições jurídicas da mulher casada. A partir desta Lei a direção da sociedade conjugal seria exercida em parceria do marido com a mulher, o domicílio poderia ser escolhido por ambos, a manutenção da família era função do casal, dentre outras evoluções (BRASIL, 1962). Contudo, de acordo com Dill, Calderan (2011) ainda prevalecia a vontade do homem, pois na divergência entre eles a vontade do homem era superior. Além disso, continuava permitindo a anulação do casamento por defloramento da esposa.

No ano de 1977 foi aprovada a Lei do Divórcio (Lei n 6.515), que regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento possibilitando os vínculos familiares terminarem com o divórcio, além disso, concede a mulher poder optar ou não em usar o sobrenome do marido (BRASIL, 1977). Em 2010 a Emenda Constitucional nº66 permite aos cônjuges a possibilidade de rompimento dos laços afetivos sem espera de qualquer prazo, possibilitando a estes constituírem novas uniões (BRASIL, 2010).

A Constituição de 1988 vem ampliando sua forma de visualização da família. No artigo 226 reconhece a união estável entre homem e mulher e a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes como entidade familiar. No artigo 5, I, diz que homens e mulheres são iguais nos deveres e direitos e traz no artigo 226SS5, que os “direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher”. Deve-se ressaltar que até a presente Constituição, a união estável era denominada de concubinato (convívio em período relativamente longo de duas pessoas de sexos diferentes no mesmo ambiente, sem união registrada) e não era aceito como forma de família, não recebendo proteção legal. Contudo, a Lei protege o concubinato não-adulterino, sendo o adultério contra a legislação. A Lei n. 8.971 de 1994 e a Lei n. 9.278 de 1996 estabelece que as pessoas com este tipo de relacionamento têm direito à reivindicação de alimentos, sucessão hereditária e à partilha de bens (BRASIL, 2011).

O ordenamento jurídico distinguia a filiação em duas espécies: filhos legítimos e ilegítimos. Os primeiros sendo os nascidos do casamento, já os segundos são os nascidos fora da relação matrimonial, como em adultérios ou incestos. O Código Civil de 1916 no artigo 358 proibia o reconhecimento dos filhos tidos fora do casamento, mesmo se o homem assim quisesse. Em 1941, o Decreto-Lei n. 3.200, passa a não permitir que conste na certidão de nascimento a circunstância da filiação e coloca a assistência as filiações em igualdade. Assim sucessivamente foram ocorrendo alterações através de diversos decretos de Lei (1942, 1949, 1977, 1984, 1989) até que a Constituição Federal de 1988 introduz a obrigatoriedade da investigação da paternidade. Desta forma, a partir de 1992, todo o registro de nascimento sem nome do pai caberá ao Estado averiguar o genitor (BRASIL, 2003).

Deve-se ressaltar a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente que veio para proteger e estabelecer novas diretrizes em relação à filiação, inclusive nos casos de adoção, tendo todos direitos iguais e a denominação discriminatória proibida (BRASIL, 1990). No Código Civil de 2002 (artigo 1.584) desvinculou-se a guarda dos filhos à questão da culpa dos pais na separação, podendo o pai ou a mãe requerer a guarda, voltando a decisão ao bem-estar e interesses do menor (BRASIL,2003).

Atualmente o Direito vem enfrentando outro ponto, as uniões homoafetivas. A Lei no Brasil não se refere sobre a homoafetividade, não lhe dando aprovações e nem punições.

Contudo, pela legislação o casamento somente é permitido entre pessoas de sexo oposto. É importante destacar que este ponto está passando por constantes modificações (EVANGELISTA, 2008).

Conclui-se que o Direito vem tentando acompanhar as alterações da família e as reivindicações sociais. A família que era entendida como sinônimo de casamento passa agora a ser pautada nas relações de afeto. Costa (2012) diz que “... o cerne do Direito das Famílias moderno, a qual gira em torno da afetividade, uma vez que o ato de cativar representa o passo inicial em direção à conquista do amor alheio, interligando os sujeitos em um elo inquebrantável, desprezando-se o liame da consangüinidade parentalidade, bastando que a relação seja pautada pelo amor, pela amizade e pelo companheirismo.” (p.432) O sistema jurídico está ampliando sua linha de pensamento tratando a família como vem se apresentando na sociedade atual, de forma complexa e plural.

## **2.2 Suporte Familiar**

### ***2.2.1 Importância do apoio familiar no período gestacional***

A gravidez é um processo fisiológico normal na vida da mulher, para tal acontecimento o organismo é lentamente modificado no decorrer do seu desenvolvimento. Por isso é necessário que o profissional de saúde entenda e valorize essas modificações, de modo que, ao longo do atendimento, a gestante se sinta confiante e preparada durante e após o período gestacional. Essas modificações são essenciais para a manutenção da gravidez, o desenvolvimento do feto, o parto e a lactação subsequente (BRASIL, 2001).

No ciclo vital da mulher existem três fases críticas de transição que compõem as fases do desenvolvimento da personalidade: adolescência, gestação e climatério. Estes são períodos de transição biologicamente determinados, com mudanças metabólicas complexas, sendo um estado temporário de equilíbrio instável por causa das grandes mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade (MALDONADO, 1985).

Durante o período gestacional são observadas várias alterações no corpo da mulher, as quais alteram a parte física, mecânica, hormonal e psíquica. Dentre as alterações fisiológicas incluem as modificações sistêmicas como alteração das mamas, do abdome,

das glândulas endócrinas, do sistema cardiovascular, do sistema respiratório, do peso corporal, do trato gastrointestinal, do metabolismo de carboidratos, do sistema musculoesquelético e da pele (RESENDE, MONTENEGRO, 2013).

Estas mudanças físicas geram reflexos em aspectos psíquicos na vida da mulher e requerem necessidades de afeto, carinho, cuidado e proteção. Nos dois últimos trimestres as alterações psicológicas se acentuam, uma vez que no primeiro trimestre evidenciam-se transformações fisiológicas, como enjôos, mudanças no apetite, entre outros. O segundo trimestre da gestação é considerado o mais estável emocionalmente. Isto muito se deve aos movimentos fetais. No entanto, as alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar quanto mais se aproxima do parto e da rotina da vida após a chegada do bebê (SOIFER, 1980).

A experiência de gerar um filho é um momento especial na vida da mulher com repercussões para todo o seu meio familiar. Desta forma, a gestação, é um período de muitas transformações no corpo e na psique da mulher, além das expectativas e projetos elaborados pela família. Este processo de significação está ligado diretamente ao envolvimento psico-afetivo da unidade familiar (SILVA, SILVA, 2009).

A interação de diversos fatores irá contribuir para uma gravidez, parto e puerpério tranquilos, sem necessidade de maiores intervenções médicas e adequado recebimento e cuidado do bebê, são eles: história pessoal da gestante, contexto existencial desta gravidez, características da evolução da gestação, contexto sócio-econômico e o contexto assistencial (MALDONADO, 1985).

A mulher, no período gestacional, encontra-se vulnerável a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (BERETTA et al., 2008). O contexto da gestação e do parto é determinante para o desenvolvimento do novo indivíduo, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança a partir das primeiras horas após o nascimento. Tal contexto interfere no processo de amamentação, nos cuidados com a criança e na vida da mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, sendo estas condições básicas para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2005).

A gestação é um período instável na vida da mulher. Observa-se que a forma como a mulher e sua gravidez são recebidas pela estrutura familiar no qual está inserida, acarretará diversas respostas e sintomas neste período de transformações e fragilidade. O apoio e orientação por parte desta composição familiar será um diferencial para o relacionamento da mãe com o filho. O nascimento de uma criança é um acontecimento que gera alterações em toda estrutura familiar. Portanto, deve-se verificar todas as interações da unidade familiar, pois cada membro desta unidade sofre transformações significativas sob o impacto da gestação (MALDONADO, 1985).

As atitudes do marido em relação à gestante contribuem muito para sua aceitação ou rejeição da gravidez e para a maneira como irá vivenciar todas as modificações deste processo. Com a chegada do bebê, a mãe precisará de um ambiente tranquilo e acolhedor para conseguir redirecionar todas as modificações na rotina de sua vida e da casa, além disso, este tipo de ambiente favorece a amamentação. O fator crucial para que a mãe consiga produzir leite de forma satisfatória, é a qualidade e o grau de ajuda que esta recebe após a alta hospitalar (MALDONADO, NAHOUM, DICKSTEIN, 1990).

Marin et al. (2009) tem apontado para a importância de pessoas de apoio durante a gestação, puerpério e parto, como forma de ajudar a mulher a lidar com os sentimentos provocados pelas intensas variações vividas neste período. Mães solteiras sem apoio de um familiar colocaram suas preocupações mais sobre elas do que sobre o bebê, isto ocorre pelo fato da falta desta figura de apoio, não permitir que a mulher possa dividir seus sentimentos em relação à gestação com outra pessoa, não a permitindo centrar sua atenção sobre o bebê. Esta figura de suporte pode ser qualquer pessoa familiar a gestante, mas este apoio para ser sentindo como ajuda deve ser efetivo.

Uma família com suporte eficiente permite que a mulher se adéque ao momento de mudança gerada pela maternidade e se sinta mais confiante e confortável, esta conseqüentemente necessitará de menos intervenções médicas, completará os requisitos exigidos a um efetivo pré-natal e terá um processo mais tranquilo e saudável. As famílias que dão apoio aos seus integrantes são flexíveis às modificações no seu funcionamento, propiciam condições ao indivíduo num processo de crise ou doença em manter a aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação efetiva (GABARDO, JUNGES, SELLI, 2009).

### ***2.2.2 Suporte familiar e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)***

Suporte social consiste em uma rede de pessoas com as quais um indivíduo pode confiar e contar, de onde provém cuidado, laços de afeto, apoio instrumental e valores e exerce influência em seus comportamentos e construção de sua personalidade. Este é considerado uma importante fonte de proteção contra os fatores estressores da vida, sendo necessário à saúde física e emocional (DESSEN, BRAZ, 2000). Uma das principais fontes de suporte social é a família, sendo este tipo denominado suporte familiar. O suporte social seria uma condição ampla e o familiar mais específico, contudo ambos são essenciais a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes (NUNES, CALAIS, 2011).

O construto suporte familiar pode ser considerado multidimensional e de difícil operacionalização, pois não se encontra na literatura uma conceituação padrão para este termo, além disso, abrange as complexas questões referentes às relações que se estabelecem entre os membros de uma família (BAPTISTA, SOUZA, ALVES, 2008). Entende-se por suporte familiar a capacidade que tem a família de oferecer a seus membros apoio emocional (informação, autonomia, empatia, afetividade, aceitação, liberdade, constância, cuidado e diálogo) e a maneira como estes se relacionam.

Dentre as funções do suporte familiar destaca-se o fornecimento de recursos para satisfazer as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas e funcionar como um dos principais amortecedores de impactos sociais e estressores na vida de seus integrantes (INOUE et al., 2010). O efeito principal fundamenta-se à medida que é percebido pelo sujeito receptor, de forma que este se sinta valorizado, reconhecido, cuidado, protegido, compreendido e fazendo parte de um grupo. É esta percepção satisfatória que vai permitir ao indivíduo enfrentar as adversidades, trazendo conseqüências positivas ao seu bem-estar e auto-estima (ALONSO et al., 2010).

O conceito de suporte familiar deve ser distinguido do de estrutura familiar, sendo o primeiro relacionado às características psicológicas, tipo de relação desenvolvido entre os integrantes do grupo. O segundo compreende as características físicas, dentre elas, o número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição. Não há uma correlação direta entre estrutura e suporte familiar, uma vez que diferentes estruturas têm a capacidade de fornecer suporte adequado, dependendo somente do tipo de relação desenvolvido entre seus membros (MOMBELLI et al., 2011).

Várias pesquisas estão sendo desenvolvidas com o intuito de estudar a importância e os efeitos da percepção do suporte familiar na vida do indivíduo, de forma que há pouca dúvida quanto à importância do suporte para a saúde física e emocional do sujeito. A satisfatória percepção do suporte familiar se relaciona positivamente com saúde mental de pais e crianças no período de nascimento de filhos (VIEIRA, VIEIRA, PRADO, 2011); menor sintomatologia depressiva (BAPTISTA, CARNEIRO, SISTO, 2010); proteção para a prevalência de transtornos mentais comuns (RODRIGUES, ALMEIDA, RAMOS, 2011); efeito protetor sobre o desenvolvimento saudável da criança (MOMBELLI et al., 2011); menor prevalência de depressão puerperal (CRUZ, SIMÕES, FAISAL-CURY, 2005); menor estresse materno (OLIVEIRA, DESSEN, 2012); dentre outros.

O suporte familiar só tem efeito se percebido por quem o recebe. Percepção se refere ao conhecimento dotado de sentido ou às interpretações e valores atribuídos às coisas do mundo (TEIXEIRA, MANDÚ, 2012). O percebido é sempre uma experiência dotada de sentido, ou seja, tem significado na história de vida, faz parte das vivências individuais. É a relação do sujeito com o mundo exterior, desta forma depende da personalidade, dos afetos e desejos de cada indivíduo. A percepção também depende da vida social, sua interpretação está ligada ao modo como faz sentido para a cultura na qual o sujeito está inserido (CHAUI, 2000).

Existem alguns instrumentos capazes de mensurar o construto suporte familiar, desenvolvidos principalmente em outros países, no Brasil existem poucos, dentre estes se destaca: EFE (Entrevista Familiar Estruturada), QPP (Questionário de Percepção dos Pais), IEP (Inventário de Estilos Parentais), Inventário de Práticas Parentais, FG (Familiograma) e IPSF (Inventário de Percepção do Suporte Familiar) (BAPTISTA, 2007).

A Entrevista Familiar Estruturada (EFE) foi desenvolvida por Carneiro (1983) e é composta de tarefas verbais e não-verbais aplicadas na família com o objetivo de avaliar a dinâmica familiar através da teoria sistêmica. O tempo de aplicação varia entre 30 a 90 minutos, necessita de um profissional capacitado na área, que toda a família esteja reunida no local e permite uma interpretação subjetiva dos dados. O Questionário de Percepção dos Pais (QPP) foi elaborado por Pasquali e Araújo (1986), contém 43 itens com o objetivo de avaliar a percepção que os filhos adolescentes têm de seus pais. Uma limitação deste

instrumento é que não permite sua aplicação em qualquer estrutura familiar, ficando normalmente restrito às famílias com pai e mãe em sua constituição (BAPTISTA, 2005).

O Familiograma (FG) elaborado por Teodoro (2005) avalia a percepção da afetividade e o conflito familiar entre díades familiares (por exemplo, pai-mãe, filho-mãe, filho-pai) e utiliza a escala Likert de 5 pontos para avaliação (BAPTISTA et al., 2009). Gomide (2003) desenvolveu o Inventário de Estilos Parentais (IEP), composto por 42 questões que colocam em pauta as práticas educativas de pais em relação aos filhos, contudo é limitado ao público adolescente. O Inventário de Práticas Parentais construído por Benetti e Balbinotti (2003) tem o objetivo de avaliar as práticas de socialização empregadas por pais em filhos com idade escolar, limitando também sua aplicação a este público (BAPTISTA, 2005).

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) foi desenvolvido por Baptista (2009) com base em diversos instrumentos nacionais e internacionais – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACE-III), Family Assessment Device (FAD), Family Awareness Scale (FAZ), Parental Bonding Instrument (PBI) e o Inventário de Estilos Parentais (IEP). O objetivo é avaliar a percepção que o indivíduo tem do suporte que recebe da sua família. É composto por 42 questões, em uma escala Likert de 3 pontos (possui 3 opções de respostas – quase nunca ou nunca, às vezes, quase sempre ou sempre). O IPSF é um teste psicológico aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, de acordo com o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Os itens do IPSF foram classificados em 3 dimensões: a) afetivo-consistente com 21 itens, que abordam sobre a expressão verbal e não-verbal da afetividade entre os membros familiares, interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intrafamiliares, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas; b) com 13 itens, o fator adaptação familiar engloba perguntas sobre sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas, além de percepção que os membros competem entre si, são interesseiros e se culpam nos conflitos, ao invés de tentarem relações mais pró-ativas; c) a

dimensão autonomia é composta por 8 itens que versam sobre relações de confiança, liberdade e privacidade entre os familiares (BAPTISTA, SOUZA, ALVES, 2008).

A correção é feita através da escala Likert de 3 pontos, pontuando-se 2 pontos para as respostas “quase sempre ou sempre”, 1 para “às vezes” e 0 para “quase nunca ou nunca”; contudo a dimensão adaptação familiar é pontuada inversamente. Quanto maior a pontuação, maior a percepção do suporte familiar recebido (REIS et al., 2011).

### **2.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**

#### ***2.3.1 Atenção primária à saúde e promoção da saúde da família***

A Atenção Primária à Saúde (APS) tomou rumos significativos a partir dos movimentos mundiais na busca da melhoria da saúde das populações. Um marco importante desse processo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, situada na antiga União Soviética, em setembro de 1978. Nesta foram discutidas as primeiras referências aos cuidados primários de saúde, apresentando como meta o tema “Saúde para todos no ano 2000” e, conseqüentemente, salientando a importância à atenção primária à saúde (MENDES, 2004).

A Declaração de Alma-Ata apresenta dez elementos primordiais para a melhoria da saúde das populações, principalmente no que se refere à atenção básica. Dentre os quais, destaca-se a importância dos cuidados primários à saúde em alcançar universalmente os indivíduos e as famílias, tendo como foco primordial a saúde das comunidades. Para que isso seja efetivado, a aproximação das famílias deve ser a primeira instância a ser priorizada, ou seja, o contato com as pessoas, conhecendo o lugar de (con)vivência e trabalho dos sujeitos, para que sejam norteadas ações reais de cuidados essenciais à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Porém Zanchi e Zugno (2010) afirmam que as propostas de Alma-Ata tiveram dificuldades de implantação, tendo em vista os problemas econômicos dos países emergentes. As propostas são comprovadas a partir da constatação de que a saúde contribui efetivamente para a qualidade de vida da população, da mesma forma que os diversos componentes sociais prejudicam a saúde das pessoas, entretanto, as mudanças sociopolíticas e econômicas que o mundo tem sofrido aumentaram as disparidades sociais.

Outro evento marcante foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em novembro de 1986, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá. Esta traçou novas orientações, que contribuíram com a melhoria da saúde de todos até o ano de 2000 e anos subsequentes, ou seja, teve bases nas discussões e progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata, além de documentos da Organização Mundial de Saúde sobre a Saúde para Todos. Porém, seu maior objetivo foi o destaque para a saúde nos países industrializados, focando a importância dos padrões socioeconômicos, políticos e culturais sobre as condições de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986; FORTES, 2002; COSTA, CARBONE, 2009). A conferência de Ottawa pode ser considerada uma resposta às expectativas por uma nova saúde pública, e somou no direcionamento de vários outros movimentos de saúde que vinham acontecendo no mundo.

Tendo em vista os diversos padrões culturais dos indivíduos e/ou comunidades, merecem destaque, no âmbito da saúde coletiva, os direcionamentos governamentais para a construção das políticas públicas saudáveis. Destarte, vem à tona outro foco da Carta de Ottawa: para a promoção da saúde as ações transcendem os cuidados de saúde e passam a estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, apontando a importância de suas responsabilidades no desenvolvimento da política de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, o direito à saúde foi consolidado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo número 196, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas que visam a universalidade ao acesso e ao atendimento igualitário de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação, nascendo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Um marco importante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília no ano de 1986. Prevaleram na Conferência as idéias da Reforma Sanitária, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e findou sinalizando para a construção de um Sistema Único de Saúde (ARCHANJO, ARCHANJO, SILVA, 2007).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) mostra alguns pontos dentro do tema Saúde como direito, influenciando mais tarde a construção do SUS, como:

1 Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico em determinada sociedade, em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seu níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).

Tomando como base os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciaram-se dois processos: um no executivo, relativo à implantação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e outro no Congresso Nacional, a elaboração da Constituição de 1988, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária. Nesta, a saúde é considerada um resultado das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, tendo suas ações providas por um Sistema Único de Saúde, cujos princípios são a integralidade, equidade e universalidade, ao mesmo tempo em que o art. 199 mantém a liberdade da iniciativa privada (ZANCHI, ZUNGO, 2010).

Tais mudanças constitucionais abarcam melhorias para o direcionamento das políticas públicas de saúde, bem como o desenvolvimento social do direito à saúde. No âmbito das políticas públicas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a principal precursora de trabalho para a promoção da saúde, uma vez que se torna a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, favorecendo a reorientação do processo de trabalho e aprofundando suas ações nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica de saúde. Uma das fundamentações básicas dessas diretrizes está no processo de coordenação de ações integrativas, programáticas e demanda espontânea, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, e manejo das diversas tecnologias de cuidado em prol da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, 2012a).

### ***2.3.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF)***

A saúde da família é direcionada, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um importante foco para nortear as ações de saúde nas comunidades. Pode ser considerada uma proposta de direcionamento dinâmico para a atenção primária (BARBOSA, DIAS, 2008)

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a tal população, a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema de saúde (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001).

Este pretende tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico/social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA, LABATE, 2005).

Assim, foi criada o PSF, que é tida como política de reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se a estratégia prioritária para a efetivação das ações de promoção e das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007a). A atual configuração da PSF é resultado de um processo histórico recente, construído efetivamente ao longo das últimas décadas. Tal configuração tem características alcançadas por vários processos construídos de contextos históricos que o Brasil vivenciou.

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2001a). O PACS foi uma experiência bem sucedida de ações voltadas para as famílias. Iniciou no Nordeste brasileiro e foi crucial para a o desenvolvimento do Programa Saúde da Família. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual representou uma mudança profunda do modelo

assistencial. Além de incorporar e ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), priorizou as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família, principalmente para as populações de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2001b; GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009).

O objetivo do PSF é a atenção centrada na família, a ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, compreendendo-se, de forma ampliada, a ótica do processo saúde-doença, conduzindo, assim, à prática assistencial de forma diferenciada e reorganizada (BRASIL, 2001b). Em 1997, o PSF passa a ser designado como Estratégia para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta: “Estratégia de Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias, centradas nos princípios do SUS e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população, território e práticas” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 11).

Contudo, somente em 2006 a designação Estratégia foi mais bem descrita e efetivada. Sendo assim, o PSF deixou de ser Programa e passou a ser uma Estratégia permanente na atenção básica em saúde. Programa possui tempo determinado e a Estratégia é permanente e contínua. Desse modo, passou a ser denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Esta implantação é consolidada com o lançamento do Pacto pela Saúde (2006) que se direciona em três vertentes: a) pacto pela vida; b) pacto em defesa do SUS e c) o pacto de gestão (DALPIAZ, STEDILE, 2011; BRASIL, 2006a).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (2012), no que se refere à territorialização em saúde, destaca que cada equipe de atenção básica, e aqui se incluem as equipes de ESF, deve:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; (BRASIL, 2012b, p.43 e 45).

Além dessas atribuições, a equipe da ESF possui diversas outras atividades que norteiam o trabalho de assistência às famílias.

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 1997).

Desta forma, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde na qual a família é o centro de atenção e não somente o indivíduo. O Programa propõe organizar as práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família (ESF).

### ***2.3.3 O Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN)***

A obra de Thomas Bull (1837) é considerada a primeira publicada sobre cuidados pré-natais. A primeira clínica especializada nestes cuidados foi dirigida por T.G. Wilson, na Austrália em 1910. Após essa data, foram criados em diversos países maternidades nos hospitais, com objetivo de atender a gestante com cuidados voltados para a mãe e o bebê (BUSSÂMARA, 2000).

No Brasil, a assistência pré-natal tem espaço destacado dentro das políticas de atenção à saúde da população (OSIS, 1998). A saúde da mulher teve início dentro destas políticas nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, às demandas da gravidez e do parto (BRASIL, 2011). Contudo, o que efetivamente garante uma assistência de qualidade além do apoio dos órgãos assistenciais, é uma equipe multidisciplinar capacitada e engajada e a participação efetiva da gestante e seus familiares (OKAZAKI, BERGAMASCO, GUALDA, 2005).

O principal objetivo da assistência pré-natal é assegurar a saúde da mulher e o nascimento de um bebê sadio. Desta maneira, são adotados cuidados com doenças maternas preexistentes e medidas preventivas para proteção da gestante e do feto, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas (BRASIL, 2012b). Para se obter um cuidado pré-natal qualificado e humanizado faz-se necessário: uma equipe interessada e treinada; priorização de condutas acolhedoras; eliminação de intervenções desnecessárias; fácil acesso a serviços de saúde; ações que integrem todos os níveis da atenção; acesso integral, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde entende humanização como:

“a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2006b, p.09)

Esse acompanhamento humanizado da gestante implica que a equipe de saúde tenha o conhecimento dos múltiplos significados que a gestação tem para a mulher e sua família. Para tanto é necessário que os profissionais estejam integralmente à disposição da gestante através de condições fundamentais: olhar holístico, escuta apurada, diálogo franco, sensibilidade e capacidade de percepção em torno da gestação (BRASIL, 2012b).

O Pacto pela Vida alerta sobre a importância e urgência na redução da mortalidade materno-infantil, sendo evitável em 92% dos casos, ocorrendo em grande escala nos países em desenvolvimento incluindo o Brasil. Os cuidados com a mulher iniciaram no Brasil em 1984 com a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e foram sendo ampliados através do financiamento de políticas específicas (BRASIL, 2009).

Diante desta demanda urgente, o Ministério da Saúde lançou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo decreto de lei nº 7.530 de julho de 2011. Este possui a normalização técnica do processo de atenção à gestante e à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério, e estabelece os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2000b). A Portaria nº 569/GM em julho de 2000, que instituiu o PHPN, propôs os critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal fornecida pelo programa, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a esse programa (SERRUYA, 2003; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004; BRASIL, 2010a).

O PHPN tem como objetivos:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e diversas outras ações (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da criança, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde. Cabe aos gestores de todos os âmbitos, seja nacional, estadual ou municipal, aumentarem a cobertura do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas. O monitoramento dos resultados é uma ferramenta de gestão disponível, sendo realizado através dos indicadores de processo propostos, o que possibilita a criação de ações programáticas e estratégicas específicas para cada público atendido (ANDREUCCI, CECATTI, 2011).

De acordo com Brasil (2006), Estados e Municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os seguintes parâmetros:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação.
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
  - a. Escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
  - b. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
  - c. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
  - d. Exames laboratoriais: ABO-Rh e Hemoglobina/Hematócrito na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30<sup>a</sup> semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30<sup>a</sup> semana de gestação; urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30<sup>a</sup> semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30<sup>a</sup> semana de gestação e sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível);
  - e. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
  - f. Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
  - g. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;

- h. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
  - i. Tratamento das intercorrências da gestação;
  - j. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes;
  - k. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
  - l. Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e realização da consulta puerperal (entre a 30<sup>a</sup> e 42<sup>a</sup> semanas pós-parto).

Para que seja possível o monitoramento de todos os procedimentos e resultados atingidos, foi disponibilizado pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) um sistema de informações sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), sendo seu uso obrigatório por todos os municípios aderidos ao Programa (BRASIL, 2006).

A avaliação do PHPN é importante para a organização e adequação da assistência prestada à população, para tanto podem ser utilizados os indicadores de processo:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultadas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo seis consultas de pré-natal e a consulta puerperal;

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica (BRASIL, 2006b).

O cuidado com a saúde da mulher requer estratégias políticas específicas e bem direcionadas. Portanto, o PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da criança, diminuindo as mortes materno-infantis evitáveis e aumentando a qualidade de vida das mulheres e seus filhos.

## **2.4 Território e Saúde**

### ***2.4.1 Conceito de território no estudo do PHPN e da atenção à saúde***

Conhecer o território dentro da ótica da saúde requer um processo de saberes, frente às diversas concepções existentes em torno de um termo usado em diversas áreas de conhecimento. Não é aconselhável reduzir o conceito de território apenas à uma ótica administrativa ou de gestão física, é necessário ampliar, tendo além desta perspectiva uma visão também simbólica e cultural deste conceito. Desta forma, se permitirá a identificação de problemas de saúde e propostas de prevenção e intervenção dentro de áreas delimitadas que podem ser diferentes, com necessidades desiguais, individualizando-se de acordo com tempo, espaço, condições ambientais e culturais (ESPIRITO SANTO, 2008; BRASIL, 2001b).

No contexto das relações sociais geradoras e constitutivas do território, o processo de interação e integração das pessoas acontece em vários ambientes que comportam o convívio em sociedade. A singularidade dos indivíduos estabelece relações com essa gama de ambientes sociais, que chama-se lugar. Santos (1996) entende como geografia do *lugar* a observação do território como ambiente formado de fluxo (circulação de pessoas, mercadorias e idéias) e fixos (objetos, tais como: edificações, ruas, rios, montanhas). A

inter-relação entre os fixos e fluxos mostra a estrutura do lugar. Para se conhecer a dinâmica social, os hábitos e cultura de uma determinada população, é necessário conhecer esta estrutura e seu modo de utilização pela comunidade. Já Massey (2008) entende como sendo o *lugar* um território integrador de relações criado a partir do encontro e de trajetórias instaladas por inter-relações pessoais.

Observa-se que esse lugar envolve relações sociais que constroem identidades, sentimento de pertencimento, relações de poder, e outras relações que constituem a formação de um território. Para Santos (2009), lugar é um território com vida e identidade, e esse território pode ter um, vários, ou nenhum lugar; uma vez que, o território possui uma ligação de poder e delimitação; já o lugar possui uma ligação com a cultura e possui um contexto de identidade.

Portanto, ao se discutir território em saúde, deve-se nortear a discussão em múltiplas concepções do termo; porém este estudo atentará para o território em um contexto de perspectiva integradora social. Segundo Campos (2011), o território em saúde vai além do espaço político-operativo do sistema de saúde. É um lugar onde a população estabelece as relações sociais, vivencia seus problemas de saúde e interage com os profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nesse contexto, observa-se que as pessoas se envolvem com os ambientes pertencentes ao lugar; assim, constrói relações sociais importantes para a construção do território. Portanto, a idéia de território caminhará de uma concepção política para cultural, apontando a necessidade de uma nova proposta teórico-metodológica para a operacionalização de conceitos territoriais (SANTOS, SILVEIRA, 2001). A abordagem territorial tem se mostrado eficiente na avaliação e implantação dos serviços de saúde, permitindo a integração dos vários setores da gestão pública, tornando possível a análise das condições de vida e saúde de uma população (MONKEN, BARCELLOS, 2007).

Deve-se enfatizar que a noção de território deve partir dos pressupostos de distinção do território e espaço (geográfico). Embora estes termos sejam usados indiscriminadamente, efetivamente não são sinônimos. De fato o território é uma construção histórica envolvendo processos sociais a partir das relações de poder (concreto e simbólico) envolvendo sociedade, pessoas e espaço geográfico. No processo de construção do território estão em jogo tanto uma dimensão subjetiva (consciência, apropriação,

pertencimento, identidade territorial) quanto objetiva (dominação do espaço, instrumento de ação político-econômico) (LEFEBVRE, 1987).

O território no sentido de apropriação envolve processos de relações simbólicas com o lugar, com as pessoas e com as coisas. O território no enfoque político-econômico envolve o domínio de um espaço social partilhado (HAESBAERT, LIMONAD, 2007). O território pode ter várias conotações, tem haver com um poder, ou seja, possui um sentido de poder político, está imerso em relações de dominação e/ou apropriação sociedade-espaço, mas também o território deve ser olhado como sempre múltiplo, envolve o “espaço-tempo vivido”, diverso e complexo, e possui relação mais concreta e funcional à apropriação mais subjetiva e/ou ‘cultural-simbólica’ (HAESBAERT, 2004).

Vê-se que uma compreensão ampliada do território é fundamental para abranger, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a saúde da mulher. Convém salientar que Barcelos et al. (2002) afirmam que quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si. Ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território.

O território da saúde coletiva para Monken et al. (2008) seria:

[...] onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. (p.16)

Reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite também o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

No território social, as pessoas se envolvem umas com as outras e se envolvem com as estruturas físicas que as atendem dentro da comunidade (MONKEN, BARCELLOS, 2007). Tomando as várias estruturas sociais, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes nos bairros das cidades, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia do acesso da

população a uma atenção à saúde de qualidade; e são nestas unidades que acontecem os atendimentos do PHPN. Sendo edificações fixas, tais UBS, constituem-se em território-lugar, onde há o estabelecimento de relações entre pessoas, a partir da oferta de serviços de assistência primária à saúde.

As ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são realizadas por uma equipe multiprofissional atendendo uma população adscrita em uma área delimitada (território-área), o que demonstra que a territorialização é um dos pressupostos básicos deste. A área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) também é delimitada seguindo este modelo, cada agente tem um território-microárea (conjunto de famílias com um número pré-determinado) para sua atuação. A família constitui o menor nível de atenção da ESF, e é chamado de território-moradia, onde se encontra o campo de atuação prioritário. O território de atuação deve ser definido de acordo com critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços. Isto demonstra a preocupação com as diversas variáveis que compõem a condição de vida e saúde de uma população, permitindo uma visão ampliada e sistêmica do conceito saúde-doença (BRASIL, 1997).

A territorialização permite analisar os elementos e relações mais relevantes de uma população, que determinam sua qualidade de vida. Reconhecer estas territorialidades permite que as autoridades e os profissionais elaborem políticas e práticas de saúde para promover a qualidade de vida da população atendida (MONKEN, BARCELLOS, 2007). Para Monken et al. (2008), a territorialidade é a maneira como as pessoas utilizam a terra, se organizam no espaço e como significam um lugar. Em um mesmo espaço podem co-existir diferentes territorialidades, dependendo da apropriação realizada, do tempo, relações de poder e objetivos presentes.

Portanto, quando se fala em territorialização em saúde, o termo em si, perpassa a simples configuração geográfica do território e invade limites importantes para a efetivação do trabalho das equipes de saúde da família em suas ações cotidianas como as do PHPN. A vivência e a convivência, tanto de usuários dos serviços, quanto dos profissionais que lá atendem, dependem da qualidade do serviço prestado e das relações interpessoais que lá ocorrem. Essa rede de relacionamento humano que se constrói no espaço, mesmo que não seja visível, norteia a organização e as relações de poder entre os envolvidos e são

denominadas redes de solidariedade. Estas podem ser fatores determinantes na promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis (MONKEN et al., 2008).

Dentro dessas relações sociais, as pessoas se envolvem umas com as outras, não somente no contexto comunitário, mas, também, compartilham ambientes e estruturas de serviços como a própria Unidade de Saúde. Isso cria uma relação de continuidade da atenção gerando, ao longo do tempo, a longitudinalidade que seria a relação longa do profissional de saúde com seus pacientes/clientes (usuários dos serviços de saúde), trazendo benefícios para a APS (STARFIELD, 2002). Em diversos sentidos, o envolvimento das pessoas com as pessoas e, dessas, com o lugar, com as estruturas edificadas, com as organizações e o envolvimento construído socialmente, constituem o território (MONKEN, BARCELOS, 2007).

Ao se utilizar o conceito de território na saúde deve-se atentar para a definição proposta por Santos e Silveira (2001, p. 12), segundo os quais “[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. De acordo com Gondim et al. (2008), não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados. Segundo Campos (2011) para que a gestão da saúde possa garantir os preceitos Constitucionais e viabilizar a universalidade, precisará agir territorialmente, reconhecendo detalhadamente um território e identificando suas necessidades, planejando e priorizando ações direcionadas a estas.

As relações sociais criadas com o espaço modificam a representação espacial deste, tornando-o um território visto e/ou vivido. Para Raffestin (1993) na multidimensionalidade do “vivido” territorial, cria-se sistemas relacionais existenciais e/ou produtivos, constituindo-se a territorialidade. O reconhecimento do território é o primeiro passo para a caracterização da população, seus problemas de saúde e interferências, bem como para a avaliação do impacto dos serviços nesta população.

Ao observar o território numa visão mais sistêmica, vem à tona todo dinamismo dos processos sociais, entendendo os sujeitos dentro de sua realidade local, aproximando da visão orientada para a organização da territorialização focada em um território-processo e

não somente como demarcação de áreas e/ou estratégias de organização de serviços delimitados e regionalizados.

O reconhecimento das multidimensões envolvidas na vida das mulheres gestantes aglutina diferentes contextos para a saúde, e esses se tornam importantes para estudos e avaliação; tornando-se relevante a compreensão do PHPN sob o entendimento dos atores envolvidos com a saúde da mulher.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Conhecer a percepção das gestantes usuárias do PHPN sobre o suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde.

#### **3.2 Específicos**

1. Caracterizar as condições sócio-econômicas das gestantes inseridas no PHPN
2. Descrever os tipos de configurações familiares
3. Mensurar o índice de percepção do suporte familiar

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Abordagem**

Este estudo utilizou tanto uma abordagem quantitativa como uma qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000). A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo (MINAYO, 2004).

### **4.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Enquanto pesquisa descritiva, o estudo explicita as opiniões, atitudes e crenças dos atores envolvidos no PHPN, permitindo uma melhor compreensão do contexto comportamental da saúde e da influência que o programa exerce sobre a vida dos envolvidos. A partir destes elementos, pôde-se criar uma possibilidade de alternativas para o melhor alcance da política a que serve o programa (GIL, 2008).

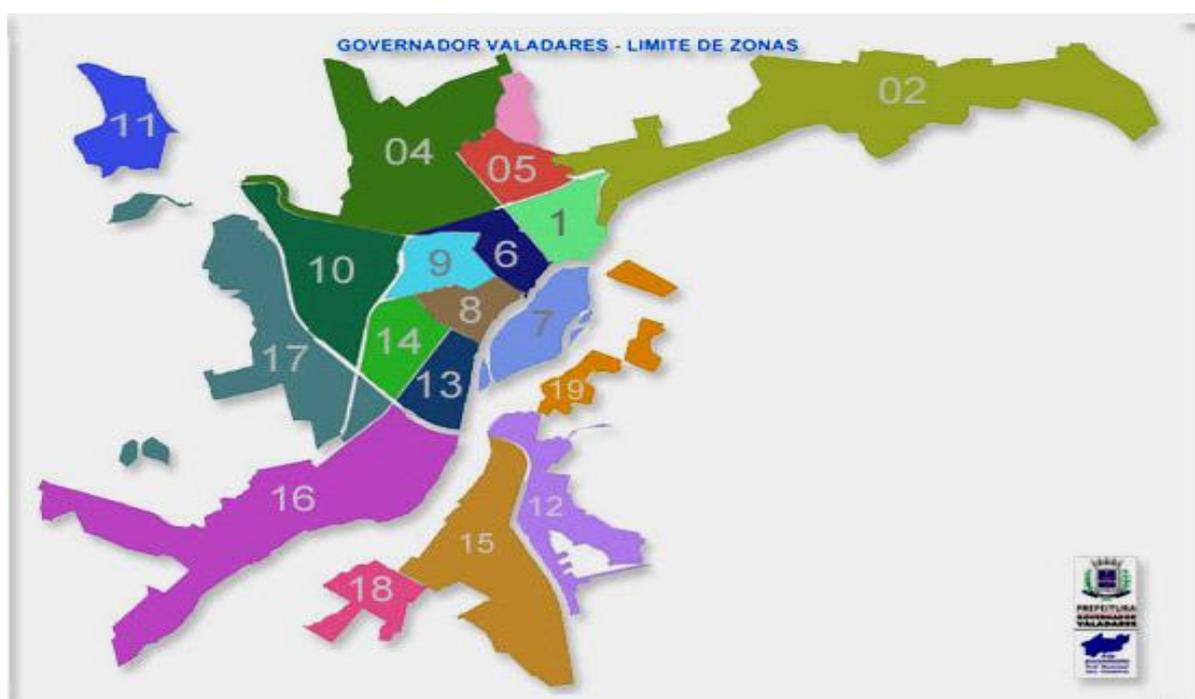
### **4.3 Universo de Estudo**

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares-MG, localizado na região leste do Estado de Minas Gerais na mesorregião do Vale do Rio Doce. Possui uma população de 263.689 habitantes (BRASIL, 2010b), a maioria (95%) vive em perímetro urbano. Nesse município, a população feminina que gira em torno de 138.452

habitantes (52,5%), supera, em número, a população masculina (47,4%) (Fonte: IBGE – Censo 2010).

O Município estudado possui 41 equipes de ESF (37 ESF's e 4 PACS), sendo 39 atuantes na zona urbana (36 ESF's e 3 PACS) e 02, na zona rural (1 ESF e 1 PACS). O seguimento urbano do município é subdividido em 19 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 62 bairros.

Figura 1: Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

**Região 01:** Centro – Esplanada – São Tarcísio

**Região 02:** São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

**Região 03:** Santa Helena – Santa Efigênia

**Região 04:** Maria Eugenia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

**Região 05:** Carapina – Nossa Senhora das Graças

**Região 06:** Centro – Vila Mariana

**Região 07:** Ilha dos Araújo

**Região 08:** Lourdes – Santa Terezinha

**Região 09:** Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

**Região 10:** Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

**Região 11:** Jardim do Trevo – Santa Paula

**Região 12:** Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

**Região 13:** São Paulo – Santa Terezinha

**Região 14:** Loudes – Vila Bretãs

**Região 15:** Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

**Região 16:** JK – Santa Rita

**Região 17:** Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan

**Região 18:** Vila dos Montes – Vila do Sol

**Região 19:** Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

O universo deste estudo foi constituído pelas gestantes usuárias dos serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família, cadastradas no SISPRENATAL. Essas gestantes estavam devidamente cadastradas a partir de Julho de 2013, uma vez que a coleta se iniciou em

Janeiro de 2014. Nesse período as usuárias estavam a partir da 30ª semana de gestação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES, 2013).

A medida de resolutividade do PHPN é determinada pelo cumprimento aos indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelo modo como a população avalia o atendimento oferecido. Tal medida permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (BRASIL, 2006).

#### **4.4 Amostra**

A amostra foi constituída por gestantes cadastradas no SISPRENATAL que estivessem na 30ª semana de gestação e que fossem atendidas em cada ESF da zona urbana participante do estudo. Na constituição da amostra foram consideradas todas as 36 ESF's da zona urbana do município estudado, uma vez que todas se encontram aderidas ao PHPN.

Para definição do tamanho da amostra, a cidade foi dividida em quatro setores – Norte, Sul, Leste, Oeste. A partir, dessa divisão foi realizado um sorteio aleatório, definindo para cada setor uma ESF. Em cada ESF selecionada foram entrevistadas 06 gestantes.

As gestantes participantes desse estudo foram selecionadas, por um meio de sorteio aleatório, em cada unidade, após a identificação do número total de gestantes cadastradas. Iniciou-se a seleção a partir do acesso ao total de gestantes cadastradas no mês de Julho de 2013 em cada ESF. Quando as gestantes do mês não preenchiam as seis usuárias determinadas pela amostra total, realizava-se o mesmo procedimento no mês subsequente e assim por diante até completar a amostra total. Este procedimento foi realizado separadamente em cada ESF. A amostra total foi constituída de 24 participantes.

A amostragem dessa pesquisa foi baseada em variedade de tipos (CAMPOS, TURATO, 2009), em uma característica comum a todos os indivíduos selecionados – o critério da homogeneidade fundamental (gestantes inseridas na ESF) – e que possuam outras características diferentes, favorecendo, assim, a diversidade dos tipos.

#### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Incluiu-se na amostra gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes (que não necessitem de acompanhamento nas idas à Unidade de Saúde),

com função cognitiva preservada e que se encontravam a partir da trigésima semana de gravidez. Esse fato se justifica por neste período gestacional, a mulher acompanhada pela equipe multidisciplinar da ESF, já deve ter realizado todos os exames preestabelecidos pelo PHPN. Estas condições foram identificadas a partir dos prontuários arquivados na ESF, com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nesses locais (médico, enfermeiro).

#### **4.6 Estudo Piloto**

Visando testar o método do trabalho, bem como verificar o modo de abordagem das questões inseridas na entrevista e tempo gasto, foi realizado um estudo piloto, com uma equipe de saúde da família da zona urbana do município. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce - (CEP UNIVALE) sob o parecer CEP/UNIVALE 441.089 – 14/10/2013 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

#### **4.8 Coleta de dados e etapas de realização da pesquisa**

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores - detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização (ANEXO C) para realização da pesquisa nas Unidades de Saúde e agendadas as entrevistas. Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe de ESF para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a possível melhoria da implementação das Políticas Públicas. Foi reforçado que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento

das atividades nas Unidades de Saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais e que todos os participantes necessitariam de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização das entrevistas. As datas, locais e horários das coletas de dados foram definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados. Objetivando um adequado clima para realização das coletas, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros. Para tanto, as coletas foram realizadas nos domicílios das gestantes.

Após a seleção da gestante, a ACS responsável pela supervisão da mesma, acompanhava a pesquisadora até o domicílio da usuária e realizava uma apresentação informal. Em seguida, indagava sobre a disponibilidade em participar da pesquisa. Se não houvesse disponibilidade naquele momento, agendava outro horário adequado. A entrevista era realizada sem a presença da ACS.

A coleta de dados foi realizada utilizando dois instrumentos:

1. Questionário aplicado em forma de entrevista (baseado no trabalho de RODRIGUES, 2013), contendo 29 perguntas agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação da entrevistada; b) Assistência pré-natal; c) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); d) Família (ANEXO D). Esta coleta adotou a abordagem quantitativa para caracterização da amostra, dados da assistência pré-natal e composição familiar (perguntas de 01 a 22), e qualitativa para avaliação sobre suporte familiar e caracterização da família (questões de 23 a 29). Os dados referentes à assistência pré-natal (consultas e exames) foram coletados a partir das anotações do cartão da gestante.
2. Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) (ANEXO E): É um instrumento com abordagem quantitativa que tem como objetivo identificar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar. Este suporte pode ser proveniente tanto de sua família nuclear quanto da família extensa. Foi construído e desenvolvido no Brasil (BAPTISTA, 2005; BAPTISTA, 2007). Demonstra boas qualidades psicométricas e já possui evidências de validade de construto baseada na relação com outras diversas

variáveis. Foi aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), do Conselho Federal de Psicologia do Brasil (CFP, 2009).

O IPSF é composto por 42 questões, sendo todas fechadas, respondidas em uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente: 0 = "Quase Nunca ou Nunca", 1 = "Às vezes" e 2 = "Quase Sempre ou Sempre". Contudo, o item Adaptação deve ser pontuado inversamente para que possa ser calculado com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Contempla três fatores:

1. Afetivo/Consistente – Têm 21 itens relacionados à expressão da afetividade entre os membros familiares, interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intra-familiares, consistência dos comportamentos, verbalizações e habilidades na resolução de problemas.
2. Adaptação – Contêm 13 itens que incluem sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas, percepção de que os familiares competem entre si.
3. Autonomia Familiar – Possui 08 itens que abrangem confiança, liberdade e privacidade entre os membros.

A aplicação pode ser realizada para pessoas de qualquer sexo, com idade entre 11 e 57 anos, individualmente ou em grupo de até 80 pessoas. A correção é efetivada por meio de um crivo de correção e é usada a tabela para avaliação da pontuação dando o seguinte resultado: baixo, médio-baixo, médio-alto, alto. O escore total pode variar de 0 a 84, sendo que um escore de 0 a 53 é considerado um nível Baixo de suporte familiar, de 54 a 63 é considerado um nível Médio-Baixo, de 64 a 70 é considerado Médio-Alto e um escore de 71 a 84 é um nível Alto, isto de acordo com a pontuação total da tabela independente do Grupo de Sexo encontrada no manual (BAPTISTA, 2009).

A aplicação deste teste foi realizada individualmente em forma de entrevista e não teve seu conteúdo gravado. As respostas foram anotadas diretamente na folha de respostas conforme orientações descritas no livro de instruções do teste (BAPTISTA, 2009).

Utilizou-se um gravador de voz digital, com o consentimento das entrevistadas para registrar as perguntas de 23 a 29. Tal procedimento visou obter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à fala dos entrevistados e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário.

Em todos os questionários aplicados em forma de entrevistas, foi mantido o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado. Em complementação às informações supracitadas, foram pesquisados dados socioeconômicos das usuárias respondentes do estudo. A relação socioeconômica determina as características da classificação de classe. Na amostra de mulheres estudadas, foram identificadas as variáveis: renda familiar e grau de escolaridade para definir essa relação. O critério de classificação econômica do Brasil tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de simplesmente categorizar a população em termos de “classes sociais”. Utiliza pontuações em posses de itens e grau de instrução, gerando uma subdivisão em classes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

#### **4.9 Análise dos Dados**

A análise dos dados quantitativos foi realizada nas fases:

- 1) Para os dados do questionário (perguntas de 01 a 22) referente às variáveis assistência pré-natal, classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, condições de moradia e composição familiar; foi utilizado o *software* Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Este programa está direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quanti e qualitativos, o qual oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados (SPHINX BRASIL, 2013).
- 2) Teste psicológico IPSF: foi realizada por meio de um crivo corretor presente no conjunto do teste. O crivo separa as respostas em três fatores (afetivo-consistente, adaptação, autonomia) e lhes atribui uma pontuação que varia de zero ponto para as respostas “quase nunca ou nunca”; um ponto para “às vezes” e dois pontos para “quase sempre ou sempre”. Desta forma, o gabarito pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 84 pontos. De acordo com a pontuação total dos três fatores, classifica-se o suporte percebido pela gestante em quatro níveis apresentados numa tabela presente no

livro de instruções (tabela 17 – grupo feminino). Estes níveis podem ser: baixo (0 – 53); médio-baixo (54 – 63); médio-alto (64 – 70) e alto (71 – 84) (BAPTISTA, 2009).

Os dados qualitativos do questionário aplicado em forma de entrevista (perguntas de 23 a 29) referentes às variáveis caracterização e suporte familiar, foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pela pesquisadora. Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Esta técnica de análise é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual se foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Essas são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

Visando preservar a identidade das entrevistadas, foram numerados, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação das equipes. Estes foram identificadas G (Gestante), seguidas por ordem numérica.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados, neste capítulo, os resultados e a análise obtidos a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes às variáveis pesquisadas entre as gestantes usuárias do PHPN. Os resultados encontrados não podem ser generalizados para toda a população de grávidas do município, como também para todas as unidades de ESF. No entanto, a amostra pode ser considerada suficiente para representar as que foram atendidas no ano de 2014.

### 5.1 DADOS QUANTITATIVOS

#### 5.1.1 Caracterização da Amostra de Gestantes

Para traçar um perfil das usuárias atendidas pelo PHPN em Governador Valadares foram coletadas as variáveis: idade, estado civil, grau de instrução e classificação sócio econômica. Todas as características sócio demográficas estão referenciadas na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de frequência das características sócio-demográficas de gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).

<b>Características</b>		<b>Frequência n (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	18-28	16 (67)
	29-39	07 (29)
	40-50	01 (04)
<b>Escolaridade</b>	Fund. Incompl.	07 (29)
	Fund. Completo	00 (00)
	2º Grau Incompleto	05 (21)
	2º Grau Completo	12 (50)
<b>Classificação econômica</b>	B2	01 (04)
	C1	06 (25)
	C2	08 (34)
	D	08 (34)
	E	01 (04)
<b>Estado Civil</b>	Solteira	05 (21)
	Casada	08 (33)
	União estável	11 (46)

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 18 anos e a máxima encontrada entre as gestantes foi de 42 anos. A média de idade encontrada foi de 26,8 anos (dp = 8,8).

A maioria das mulheres (67%) atendidas pelo PHPN nas ESF pesquisadas possui idade entre dezoito e vinte e oito anos. Este fato pode estar relacionado com a capacidade reprodutiva da mulher. De acordo com Damasceno et al. (2003), a fertilidade começa a diminuir após os 20 anos e decai drasticamente entre os 30 e 40 anos de idade, precedendo a menopausa, a qual ocorre uma década acima. As mudanças relacionadas à idade que acometem o ovário são as mais significativas quanto à perda da função reprodutiva. A senescência ovariana parece ter papel primário no declínio da fertilidade, mas o mecanismo pelo qual os embriões mais velhos apresentam falhas no processo de implantação e no desenvolvimento é ainda pouco esclarecido.

Em relação à escolaridade, a população estudada forma um grupo que apresenta onze anos de estudo, ou seja, possui uma escolaridade considerada mediana. E conseqüentemente, baixos recursos de renda e saúde, o que provavelmente poderá ocasionar reflexos na qualidade de vida. O Ministério da Saúde (2005) considera baixa escolaridade quando o indivíduo possui menos de cinco anos de estudo. A escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois os indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais, que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las.

Quanto à classificação econômica, pode-se observar que 59% das gestantes estão distribuídas na classe C (com renda familiar entre um e meio a dois salários mínimos<sup>2</sup>). Esse fato provavelmente está relacionado com o nível de escolaridade, a falta de atividade laboral remunerada e pela permanência na casa dos pais elevando o número de indivíduos vivendo numa mesma residência com o mesmo rendimento mensal anterior a gestação. Segundo Freema (2002), uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar dos indivíduos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde e à informação.

---

<sup>2</sup> SM: Salário Mínimo (724,00 reais)

Uma baixa condição econômica da população pode gerar uma cobertura de saúde insatisfatória e menor qualidade do atendimento, bem como maior a possibilidade de nascer uma criança com baixo peso (SZWARCOWALD, MENDONÇA, ANDRADE, 2006). Num estudo realizado por Neumann et al. (2003) com gestantes, ficou evidenciado que as que possuíam menor renda em comparação com as de maior renda, realizaram menos consultas e iniciaram tardiamente o pré-natal, além de relatarem apreender menor atenção pela equipe de saúde. Isto demonstra que provavelmente a população de baixa renda tem menor possibilidade de receber atendimento de pré-natal adequado.

De acordo com o estado civil ou conjugal, os dados comprovam que 46% vivem em união estável e 33% são casadas. Este resultado está de acordo com os dados obtidos no Censo Demográfico 2010 demonstrando que Minas Gerais possui um maior número de uniões estáveis (2.115.968) do que de casamentos civis (1.106.782). Este tipo de união além de constituir uma ruptura com as normas convencionais, também pode estar associado à falta de recursos financeiros para formalizar a situação conjugal ou pela tradição desse modelo familiar entre algumas camadas da população, como nas periferias urbanas (WATARI, 2010).

Neste estudo, o perfil socioeconômico da população mostrou-se similar ao observado por Low, Batista Filho, Souza (2001) e Pinto et al. (2005) em estudos conduzidos no setor público no Brasil, ou seja, houve o predomínio de mulheres com idade entre 18 e 28 anos, vivendo em união conjugal, com menor escolaridade formal e renda familiar per capita. Esses dois últimos fatores, atuando em conjunto ou isoladamente, podem estar associados a menor utilização da assistência pré-natal.

### ***5.1.2 Dados de Saúde***

Os dados de saúde se referem às informações sobre a forma de condução do pré-natal e a experiência de vivenciar o ciclo da gestação. Estas informações permitem conhecer o contexto em que as gestantes entrevistadas se encontram e como se desenvolveu todo o processo de pré-natal realizado na ESF. Desta forma, é possível avaliar alguns indicadores de qualidade do PHPN no município estudado.

Quanto à história reprodutiva e da gravidez atual os dados dessa pesquisa demonstram que 42 % das gestantes tiveram um filho e 33% dois filhos. Pode-se inferir que esse resultado

está relacionado ao papel da mulher na sociedade contemporânea que busca igualdade de direitos sociais. Essa conquista provavelmente resultou no aumento da formação escolar, acesso à informação e participação no mercado de trabalho. Com a implementação de políticas públicas de saúde destinadas à mulher houve também maior investimento na prevenção e controle da natalidade. Todas estas situações permitem que a mulher possa escolher quando e quantos filhos deseja, diminuindo dessa forma, possivelmente, o número de gestações inesperadas.

No Brasil, a taxa de fecundidade no ano 2000 era de 2,38 filhos por mulher. Em 2010 atingiu o índice de 1,91, sendo o sudeste a região com a menor taxa 1,66 filhos por mulher. Essa queda ocorreu devido a diversos fatores: avanços econômicos no Brasil, maior participação da mulher no mercado de trabalho, modelo econômico voltado para o consumo e elevação do custo de reprodução familiar, aumento do número e disponibilidade de métodos contraceptivos (BRASIL, 2010b).

Todos estes fatores possivelmente estão possibilitando uma mudança de pensamento e prioridade nas sociedades, tendo como conseqüência a alteração do papel e função dos filhos no território familiar (BRASIL, 2009a). De acordo com Giddens (2000) na família tradicional, os filhos eram vistos como vantagem econômica, atualmente um filho representa o contrário, um encargo financeiro.

O Ministério da Saúde recomenda conforme os parâmetros estabelecidos para o PHPN que a mulher inicie o pré-natal até 120 dias de gestação (BRASIL, 2006). Esta indicação visa fortalecer a adesão ao pré-natal e diagnosticar precocemente eventuais fatores de risco (SERRUYA, 2003).

A maioria das gestantes (79%) participantes desta pesquisa iniciou o pré-natal dentro do prazo determinado (120 dias de gestação). Este dado pode estar relacionado ao fácil acesso e acolhimento da mulher pela ESF localizada no seu território de abrangência. Bem como a disponibilização pelo serviço de saúde de um exame para detectar a gestação (BETA HCG). Ocorre também um trabalho de captação precoce e busca ativa desenvolvido pelas ACS's que ao tomarem conhecimento que em sua área de atuação há uma gestante, realizam visita domiciliar visando marcação de consulta e início do acompanhamento.

No estudo desenvolvido por Grenzel, Cavalheiro, Binotto (2011) com 160 gestantes na cidade de Cruz Alta - RS, observou-se que 82,5% das mulheres iniciaram os cuidados com até 120 dias. De acordo com Silva et al. (2013), o início precoce do acompanhamento à gestação está ligado a benefícios à saúde da mãe e o bebê, diminuindo a incidência de baixo peso, prematuridade e promovendo um aleitamento materno mais adequado; o que justifica a preocupação com a data de início dos cuidados.

Em relação à distribuição da frequência de consultas de pré-natal e exames básicos realizados pelas gestantes pode-se constatar na Tabela 2 que grande parte (75%) realizou seis ou mais consultas e 37% oito ou mais exames exigidos pelo PHPN.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de consultas de pré-natal e exames laboratoriais básicos preconizados realizados em gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).

<b>Indicadores</b>		<b>Frequência n (%)</b>
<b>Número de consultas</b>	≥seis	18 (75)
	< 6	06 (25)
<b>Número de exames</b>	≥8	09 (37)
	< 8	15 (63)

Pode-se considerar que o número de consultas realizadas pelas gestantes desse estudo é satisfatório. Esse dado possivelmente está relacionado à inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios, pois estes recebem recursos através do Piso de Atenção Básica.

No entanto, o baixo percentual de exames laboratoriais básicos realizados pode estar associado à falta de informação sobre a importância de cada exame. Possivelmente, a equipe responsável pelo pré-natal não realiza atividade de educação em saúde por não estar sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumentando dessa forma, o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. Os exames laboratoriais mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, pois complementam a análise

dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e condutas necessárias a cada caso, diminuindo o risco de complicações para a mãe e o bebê (GRANGEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008).

Um pré-natal adequado exige a realização de exames laboratoriais básicos. Observa-se na Tabela 3 a distribuição da frequência do tipo de exames realizados pelas gestantes.

Tabela 3 – Distribuição da frequência do tipo de exames realizados em gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).

<b>Tipos de exames realizados</b>	<b>Frequência n (%)</b>
<b>Glicemia</b>	24 (100)
<b>ABO-Rh (tipo sanguíneo)</b>	24 (100)
<b>VRDL (sífilis)</b>	24 (100)
<b>Anti-HIV</b>	15 (62)
<b>IgM (sorologia para toxoplasmose)</b>	23 (96)
<b>HBsAg (sorologia para hepatite B)</b>	22 (92)
<b>Hb/Ht (hemoglobina/hematócrito)</b>	19 (79)
<b>Urinocultura</b>	21 (87)
<b>Rubéola</b>	20 (83)
<b>Ultrassonografia</b>	24 (100)

A adesão à maioria dos exames laboratoriais básicos preconizados pelo PHPN pode estar relacionado ao fácil acesso. A ESF que concretiza assistência de acordo com as necessidades específicas detectadas em sua área de abrangência pode facilitar a realização dos cuidados em saúde, aumentando a qualidade de vida e diminuindo o agravo da saúde das pessoas inseridas neste território. Este fator pode gerar um sentimento de pertencimento aos usuários. A boa relação construída entre equipe de saúde e comunidade pode aumentar a participação da população nas atividades e melhorar os índices de saúde local.

A baixa adesão a testagem anti-HIV pelas gestantes pode ser explicada por ser o único exame coletado fora da ESF, sendo, portanto, necessário que seja realizado no Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE). Todos os outros exames laboratoriais básicos são coletados nas ESF e encaminhados à rede de laboratórios conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS) para análise. Outro fator que pode estar relacionado é a falta de informação sobre a transmissão mãe-filho durante a gestação.

A testagem anti-HIV é fundamental para diminuir a probabilidade da transmissão vertical ao bebê. A contaminação ocorre na gestação e com maior incidência durante o trabalho de parto (MOURA, PRAÇA, 2006). A gestante detectada com o vírus que recebe o tratamento adequado diminui o risco da transmissão para cerca de 2%. Para que o índice deste exame aumente cabe aos profissionais de saúde exercer seu papel de aconselhador apontando os riscos para o bebê e os benefícios do tratamento (NASCIMENTO, PAIVA, RODRIGUES, 2007).

O CRASE pode estar sendo relacionado pelas mulheres como um território de difícil acessibilidade, pois percebe-se que os exames realizados dentro do “território ESF”, (território acessível e familiar a elas) possui boa adesão. De acordo com Sack (1986), os diferentes territórios possuem diferentes níveis de acessibilidade às pessoas. Isto pode demonstrar também que a rede de saúde do município não está conseguindo formar um território-rede. O ESF e o CRASE estariam formando um território descontínuo, não permitindo uma fácil permeabilidade das usuárias. De acordo com Schneider, Tartaruga (2004) o território pode ser contínuo ou descontínuo. O território descontínuo não possui uma contigüidade espacial, dificultando o escoamento de pessoas e informações entre eles.

O exame laboratorial de anticorpos para rubéola, apesar de não obrigatório pelo PHPN foi realizado em 83% das gestantes. Essa ação de prevenção do serviço de saúde no município estudado demonstra ampliação na cobertura do pré-natal. A Rubéola é considerada uma doença benigna, porém assume maior gravidade quando acomete a gestante. Esta pode causar graves seqüelas no feto como malformações cardíacas ou auditivas, dependendo da fase da gravidez. Normalmente, as políticas públicas investem em ações de prevenção por meio de campanhas de vacinação em mulheres na idade fértil, justificado pelo alto custo do rastreamento e da não disponibilidade de tratamento (AMORIM, MELO, 2009).

A ultrassonografia foi um tipo de exame solicitado por todos os profissionais das unidades pesquisadas e todas as gestantes realizaram pelo menos uma ultrassonografia durante o acompanhamento do pré-natal. O exame de ultrassonografia segundo Coutinho et al. (2003) tornou-se um componente importante na atenção pré-natal e uma das suas principais funções consiste em corrigir e/ou determinar a idade gestacional, pois em estudos se tem encontrado diferença entre os registros da Data da Última Menstruação (DUM) e da Data Provável do Parto (DPP).

Neste trabalho, como no estudo realizado por Coutinho et al. (2003) encontraram uma priorização da ultra-sonografia em detrimento dos exames laboratoriais básicos. Segundo Brasil (2006b), a ultrassonografia embora seja um procedimento comum, sua função permanece contestável, pois não existe nenhuma comprovação científica que se realizada rotineiramente, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e mortalidade materna ou perinatal. Portanto, a não realização da ultrassonografia durante a gestação não diminui a qualidade do pré-natal.

Quando se analisa o número de consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde, observou-se que apenas 33% das gestantes desse estudo realizaram o acompanhamento do pré-natal de acordo com o recomendado.

Neste estudo não foram encontradas evidências de que o baixo número de consultas esteja relacionado ao grau de instrução, classe econômica ou idade; conforme apresentado em outros estudos de avaliação do PHPN como o de Serruya (2003). Neste, as mulheres que estavam em locais e regiões mais pobres e com menos possibilidade de educação formal apresentavam o menor índice de consultas realizadas.

O PHPN está implantado em todas as ESF's do município estudado possibilitando dessa forma acesso a ações de prevenção e promoção da saúde das mulheres residentes na área urbana. As usuárias que apresentaram os menores números de consultas e exames básicos encontram-se em apenas duas das quatro ESF's visitadas, o que possivelmente está relacionado a dois fatores: equipe pouco aderida ao Programa e o difícil acesso a unidade de saúde correspondente a área. No caso de uma destas ESF's, onde apenas uma gestante completou o pré-natal preconizado, o mesmo se localiza no alto do morro e distante da sua área de abrangência.

Neste caso, pode-se inferir que o território desta ESF possui barreias visíveis (difícil acesso) que dificultam a chegada e inserção em seu território. De acordo com a teoria de Sack (1986), a ESF constitui um território, pois se apresenta como uma área dominada por um grupo que controla ou influencia o comportamento das pessoas. Desta forma, segundo Hospodar, Valverde (2004) existe um controle de acesso que cria barreias podendo ser visíveis ou invisíveis. Neste caso, temos a distância da moradia da população atendida como uma barreira visível, e o atendimento feito apenas às famílias alocadas em determinada área sob responsabilidade da ESF, como barreira invisível.

De acordo com os indicadores de conformidade das estratégias utilizadas no Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) fica visível neste estudo que, à medida que são somadas as variáveis consultas e exames básicos, os percentuais diminuem. Conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), bem como Serruya (2003) a realização do conjunto de ações, e não das atividades isoladas, é o maior desafio na implementação de uma atenção pré-natal satisfatória.

### ***5.1.3 Composição do grupo familiar***

A família contemporânea é caracterizada pela diversidade e marcada pela busca ao afeto (DILL, CALDERAN, 2011). Para Ferrari, Kaloustian (2002) a família “se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares”. De acordo com Amazonas et al. (2003), a configuração familiar se refere aos membros da família, consangüíneos ou não, residentes no mesmo domicílio.

A partir destas conceituações de família, pode-se considerá-la como um território. Família é um grupo de pessoas com regras específicas e que mantém relações de poder. Segundo Haesbaert (2007), território sempre tem a ver com poder, não somente no sentido tradicional de poder político, dominação, mas também no sentido simbólico, de apropriação. É neste sentido mais simbólico que se permite classificar a família como território. Para Sack (1986) a territorialidade não é apenas um meio para manter a ordem, mas funciona como uma estratégia onde se permite experimentar o mundo e dotá-lo de significados específicos. A família possui esta função de inserir e organizar o sujeito na sociedade através da educação.

Na amostra estudada pode-se observar a formação de quatro arranjos familiares, sendo a família reconstituída (38%) e a extensa (33%) as mais encontradas.

Tabela 4 – Distribuição da frequência da Composição do grupo Familiar das gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).

<b>Tipo de Composição do grupo Familiar</b>	<b>Frequência n (%)</b>
Família Nuclear (união e um nível de descendência)	06 (25)
Família Monoparental (progenitor com descendentes)	01 (04)
Família Extensa (descendentes ou colaterais para além dos progenitores e/ou filhos)	08 (33)
Família Reconstituída (nova união com existência ou não de descendentes de relações anteriores)	09 (38)

Apesar de ainda ser hegemônica na sociedade brasileira a configuração família nuclear, esse modelo vem diminuindo e perdendo espaço para outros tipos familiares. Famílias nucleares correspondiam a 58,8% no ano de 2000 e caiu para 52,5% em 2010 (ALVES, CAVENAGHI, 2012). A família tradicional nuclear não pode ser percebida como a melhor, diante do polimorfismo familiar, as novas estruturas não devem ser entendidas como disfuncionais ou desorganizadas. Estas são modelos familiares diferentes que foram se constituindo para atender as necessidades advindas das modificações sociais (KRUSE, 2009).

As modificações que vem ocorrendo no contexto familiar refletem as transformações que ocorrem em qualquer tipo de território. O território enquanto “espaço-tempo-vivido” é sempre múltiplo, variado e complexo. Há uma historicidade do território, ou seja, ele se modifica conforme o contexto histórico e geográfico (HAESBAERT, 2004). Assim, ocorreu com a família que foi criando novas configurações para atender as necessidades da sociedade contemporânea.

Os profissionais de saúde necessitam ficar atentos com os preconceitos em relação às configurações familiares, pois o modo de encarar os diferentes modelos familiares é que irá

determinar a atuação destes profissionais (GABARDO, JUNGES, SELLI, 2009). A família deve ser compreendida como um sistema complexo, influenciado por inúmeros fatores internos e externos, que sofre variações em função dos contextos cultural, social e histórico em que está inserida (DESSEN, 2010). É preciso, ao se trabalhar com famílias, atentar-se as experiências vividas e fatores que a regem e a influenciam individualmente, e isto deve ser mais importante do que a sua configuração (OLIVEIRA, 2009).

As modificações de gênero da mulher na sociedade e a maior efemeridade dos vínculos conjugais possibilitaram que as mulheres tenham mais de uma união e desta forma filhos de distintos pais (WATARI, 2010). Este dado é importante, pois permite determinar a configuração familiar. Em relação às uniões familiares, do total de 27,4 milhões de casais com filhos, um sexto (16,3%) vive com enteados, além dos filhos, ou só com enteados (BRASIL, 2010b).

A família desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e do equilíbrio emocional de seus integrantes (SIMIONATO, OLIVEIRA, 2003). De acordo com Sluzki (1997) a rede social é formada por um conjunto de pessoas com quem se interage de maneira singular, conversando e trocando sinais que permitem ao sujeito se corporificar. As funções da rede são: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, controle social, e ajuda material e de serviços.

A família pode funcionar como uma rede social, além de fornecer apoio em momentos de crise, pode promover e ajudar no cuidado à saúde fiscalizando as ações do sujeito nos cuidados com sua saúde (ROCHA, 2008). A gestação é um momento de reestruturações na vida e nos papéis da mulher, representando uma experiência única, que influencia a dinâmica psíquica individual da mulher e todas as suas relações sociais (PICCININI et al., 2008).

O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro à família. Pode ocorrer à criação de um novo território, pois todas as relações, a partir deste momento, provavelmente podem se alterar. As funções exercidas por cada um e as relações de poder podem se modificar e a partir desse momento institucionalizar o “território da família grávida”. Segundo Haesbaert (2004) sempre se vive uma multiterritorialidade, um grupo pode produzir e vivenciar vários territórios ao

mesmo tempo. Dificilmente apenas um território é suficiente para englobar todas as dimensões de uma vida.

Os componentes da rede social mais citados pelas gestantes dessa pesquisa são o companheiro, os pais e os sogros. Para Oliveira, Dessen (2012) estes fornecem apoio emocional, financeiro e instrumental, permitindo uma melhor adaptação a este novo ciclo vital, melhorando a qualidade de vida e diminuindo a incidência de depressão pós-parto.

Das gestantes entrevistadas, 29% têm relacionamento com os pais, 46% somente com a mãe e 4% exclusivamente com o pai. Apenas 4% não possuem relacionamento com os familiares citados. Estes dados demonstram que as gestantes podem contar com uma rede social capaz de ajudá-las durante a gestação, parto e puerpério, assegurando melhor adaptação a esta fase.

De acordo com Piccinini et al. (2012) a assistência pré-natal é um momento importante para o oferecimento de apoio emocional às mulheres, já que o vínculo mãe-bebê é influenciado por fatores externos e contextuais da vida da gestante. Em sua pesquisa 61% das mulheres mencionaram que os familiares e/ou amigos são referências importantes na gestação, por serem fonte de informação e proporcionarem apoio afetivo.

A participação e o acompanhamento da família durante o pré-natal é indispensável para o adequado cuidado com a gestação e provável subsídio às equipes de saúde na tomada de decisões. Pode-se observar nessa pesquisa que 42% das gestantes não contavam com a presença de nenhum acompanhante ou membro da família durante a realização das consultas e exames de rotina.

Este fato pode estar relacionado ao horário de funcionamento da ESF (07:00 às 17:00 horas) que é semelhante ao período de trabalho de grande parte da população laboral ativa. No Brasil há uma lei federal (nº11.108/2005, art19-J) que dispõe sobre o direito da gestante em ter uma acompanhante nas consultas e exames do pré-natal. Contudo, esta lei não garante a falta destes acompanhantes ao trabalho.

Destaca-se também que pode haver falta de informação dessa população sobre a importância da presença do pai ou de um familiar durante o pré-natal. Segundo Oliveira et al. (2009), cabe à equipe de saúde ajudar a promover a inserção do marido ou familiar

durante o pré-natal, possibilitando o fortalecimento dos papéis e vínculos deste com a gestante e o bebê.

A família é um sistema organizado, com estrutura específica, canais de comunicação e elementos característicos, qualquer evento que ocorre em uma das suas partes atinge todo o sistema. Desta forma, a gestação é uma experiência familiar e para se atingir o objetivo de uma assistência humanizada faz-se necessário pensar não em mulher grávida, mas sim em família grávida (MALDONADO, 1985).

Provavelmente pode ocorrer a exclusão do homem/companheiro do território da família grávida. Possivelmente sucede a criação de um território para cuidado da saúde desta nova família, contudo somente o binômio mãe-bebê tem espaço. Cria-se uma barreira invisível para a participação do pai nesta relação, quando o horário de funcionamento da ESF não permite que ele acompanhe o pré-natal. Além deste ponto, a falta de empoderamento desta população, devido a sua falta de informação deve ser levada em consideração.

#### ***5.1.4 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)***

O Ministério da Saúde considera o suporte social ou familiar inadequado como fator de risco durante a gestação (BRASIL, 2010c). Segundo Souza, Baptista, Alves (2008) o principal efeito do suporte familiar é a percepção pelo receptor como sendo amado, valorizado, compreendido, acolhido, protegido, cuidado e participando de uma rede de recursos e informações. O indivíduo que percebe este apoio consegue enfrentar de forma mais adequada situações adversas, diminuindo o estresse e aumentando a auto-estima.

De acordo com Dessen, Braz (2000) o suporte familiar é fator importante para adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. E para Montigny, Lacharité, Amyot (2006) a parentalidade é uma fase de modificações e estresse em que o suporte familiar é uma maneira não só de ajuda momentânea, funcionando também como preventivo da saúde mental dos pais e da criança, influenciando de modo positivo na relação mãe-filho.

Os resultados obtidos neste estudo a partir do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da frequência do índice do IPSF entre gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil, 2014 (n=24).

<b>Dimensão do IPSF</b>	<b>Média</b>	<b>Resultado</b>
<b>Afetivo-Consistente</b>	31	Médio-Alto
<b>Adaptação Familiar</b>	21	Médio-Baixo
<b>Autonomia Familiar</b>	11	Médio-Baixo
<b>Total</b>	63	Médio-Baixo

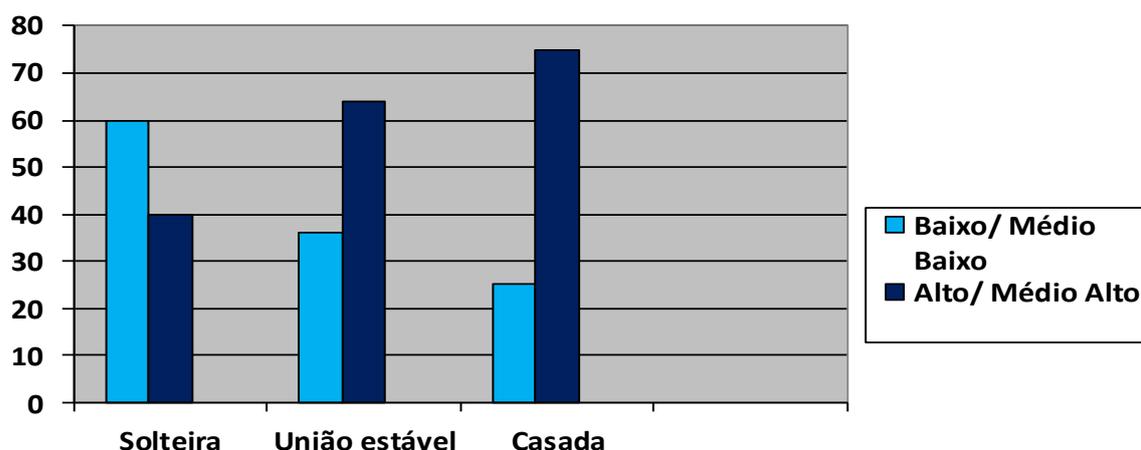
Esses dados demonstram que na dimensão afetivo-consistente a população estudada apresenta um nível médio-alto na expressão (verbal e não-verbal) da afetividade entre os membros. Contudo na adaptação familiar as gestantes percebem que existem muitos sentimentos negativos em relação à família. Na autonomia familiar ficou evidente que existem poucas relações de confiança, liberdade e privacidade entre os componentes do grupo familiar. Na dimensão total, 62% das gestantes possuem nível satisfatório (médio-alto e alto) de suporte familiar e 38% insuficiente (médio-baixo e baixo), comprovando que a população apresenta em média um nível médio-baixo de suporte.

Segundo Vieira, Vieira, Prado (2011) a qualidade do ambiente familiar é relevante para a percepção positiva do suporte familiar e o parceiro aparece como a principal fonte de apoio. Desta forma, a baixa percepção de suporte familiar pode está relacionada a uma gestação fora de um relacionamento estável ou a pouca aceitação dos familiares em relação à gravidez. Este fato possivelmente se relaciona ao sentimento de pertencimento. Gestantes que possuem relacionamento estável e suporte familiar provavelmente percebem-se mais inseridas e pertencentes ao grupo familiar, gerando um sentimento de segurança em momentos de instabilidade e transição, como é o caso da gestação.

É imprescindível que a equipe de saúde detecte as gestantes com pouco suporte familiar e as apoie durante o período gestacional, tentando, desse modo suprir a falta da rede social de apoio, e provavelmente diminuindo o risco para a saúde da gestante e do bebê. De acordo com Monken, Barcellos (2007), as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades de cada território de vida que definem práticas adequadas a estas singularidades, garantindo uma maior aproximação com a produção dos problemas de saúde nos diversos lugares.

De acordo com Oliveira et al. (2009) a participação do companheiro durante o pré-natal é fator determinante para uma gestação mais tranqüila e para o fortalecimento dos laços familiares. Observou-se nessa pesquisa que quanto mais estável a relação da mulher com o seu companheiro, maior a percepção do suporte recebido. Estes dados podem ser observados no gráfico 1.

Gráfico 01 – Resultado do IPSF em relação ao Estado Civil de gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).



Este fato pode está relacionado ao sentimento de segurança da mulher em relação à aceitação e participação do companheiro na gestação. De acordo com Dessen, Braz (2000) o companheiro é o principal dentre as fontes de apoio, além disso, casamentos saudáveis proporcionam mais apoio à mulher, permitindo um equilíbrio familiar. No entendimento de Oliveira, Dessen (2012) a participação do pai tem sido demonstrada como fator determinante para o bem-estar materno. Para Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005) estudos têm demonstrado que quanto maior o suporte oferecido pelo marido menor a prevalência de depressão pós-parto.

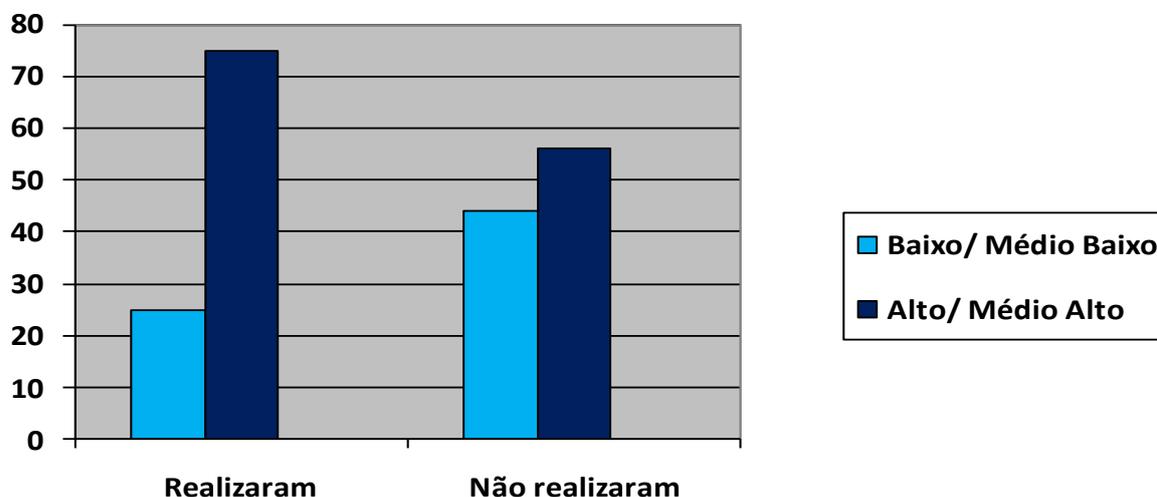
Neste estudo percebeu-se que o tipo de configuração da família não interfere no provimento de suporte familiar. Estes dados estão de acordo com a pesquisa desenvolvida por Mombelli et al. (2011) que aponta a independência entre suporte e a estrutura familiar, porém há mais dependência da qualidade das relações no ambiente em que a pessoa se encontra inserida. Para Vieira, Vieira, Prado (2011), o número de pessoas ao redor do sujeito não é garantia de suporte, contudo a qualidade do ambiente familiar é uma variável importante na avaliação do suporte. Quanto melhor o ambiente, maior a percepção do suporte, segundo sua pesquisa.

Gestantes que realizaram seis ou mais consultas apresentaram um melhor nível de suporte do que as não concluíram as consultas indicadas pelo PHPN. Dentre as gestantes que completaram as oito consultas, 67% obtiveram um nível elevado de suporte; já entre as gestantes que não realizaram as consultas, 50% perceberam este nível de suporte.

Em relação aos exames básicos, 78% das gestantes que realizaram estes procedimentos, apresentaram um nível alto de suporte, e 53% das gestantes que não concluíram os exames indicados apresentaram o suporte elevado.

Ao avaliar o indicador consultas mais exames laboratoriais básicos, observou-se que as gestantes que concluíram este indicador apresentaram melhores níveis de suporte se comparadas com a gestantes que não conseguiram realizar todos os procedimentos. Dentre as gestantes que completaram este indicador 75% apresentaram elevado nível de suporte. O resultado do IPSF apontou que 44% das gestantes que não realizaram o pré-natal indicado tiveram o nível de suporte insuficiente.

Gráfico 02 – Resultado do IPSF em relação a realização de  $\geq 6$  consultas +  $\geq 8$  exames laboratoriais básicos de pré-natal realizadas por gestantes usuárias de quatro ESF de um município de médio porte. Brasil. 2014 (n=24).



Os dados apresentados podem evidenciar que um pré-natal eficiente não depende somente de esforços do Governo ou da equipe da ESF, mas também pode está relacionado ao nível de suporte familiar percebido pela gestante. A gestante que possui apoio deve se sentir mais preparada e segura para enfrentar todo este período de transição, além disso, a presença dos familiares no acompanhamento do pré-natal pode funcionar como vigilantes

da saúde para a mãe e o bebê. Desta forma, percebe-se a importância da família para que o pré-natal seja realizado de forma eficaz.

## **5.2 DADOS QUALITATIVOS**

Os dados qualitativos, deste estudo, surgiram a partir das informações obtidas na entrevista semi-estruturada aplicada às gestantes. Nessa perspectiva, buscou-se um olhar multifacetado sobre a totalidade das informações recolhidas. Foi considerado à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados.

Os temas abordados com as gestantes foram: significado de família, composição e relacionamento familiar, percepção do suporte familiar, interferência do suporte familiar, suporte pós-parto e atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF.

A partir da categorização dos temas e respectivas questões inseridas na entrevista surgiram diversas categorias. A categorização permitiu reunir um número de informações por meio de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados.

O atendimento do pré-natal na atenção primária envolve as usuárias (gestantes) com papel de destaque, possibilitando entender a existência de percepções nesse grupo. A forma de expressão das mulheres sobre o tema fornece direcionamentos acerca de como vem sendo conduzido o seu acompanhamento durante a gestação pelos profissionais do serviço de atenção primária à saúde e pela família. Neste sentido, o atendimento no pré-natal é entendido sob o olhar social dos significados, considerando as usuárias como portadoras de um saber construído e partilhado socialmente pela interação.

### ***TEMA 1: Significado de família***

Este tema aborda a percepção do termo família e sua definição a partir de vivências da gestante. Entender este significado se torna importante, pois na atualidade existem inúmeras formas, configurações e determinações sobre família.

Para Martins e Szymanski (2004) não é fácil conceituar o termo família. Segundo Salomé, Espósito, Moraes (2007) este não é um conceito unívoco, existem várias formas de caracterizá-la. No estudo desenvolvido por Fukui (1981), fica explícito que família é um

conjunto de relações interpessoais que estão interligadas e determinadas pelas ações temporais, territoriais, sociais e históricas.

O significado de família depende de inúmeras variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas ou religiosas em que está inserida e da forma como as relações pessoais se estabelecem dentro desta, assim é difícil encontrar um enunciado integrador (OSORIO, 2002).

### **Categoria 1: Tudo**

Nesta categoria a família foi definida como *Tudo*. Este conceito apresentou dois significados: Sentimentos – sensações afetivas positivas desencadeadas por meio da relação com um semelhante; e Tipo de configuração familiar - retrata a quantidade e lugar dos indivíduos dentro do grupo . Possivelmente a definição de família como *Tudo* para este grupo esteja relacionada à importância desta instituição para si e para a sociedade.

“... tudo, respeito, amor, carinho, educação ...”. (G 03)

“É tudo né, alicerce, é meu filho e meu marido”. (G 15)

“É meu mundo, meu marido, minhas filhas, minha família é minha base, meu projeto realizado”. (G 01)

Na atualidade a família é percebida como a célula primordial constituidora do caráter e da formação psíquica do sujeito. Desta forma, é retratada como algo positivo e essencial. Abordar as configurações familiares existentes na atualidade representa um desafio, tendo em vista a complexidade do tema. Às vezes considera-se que a família está passando por um processo de extinção, mas, o que provavelmente está ocorrendo é uma mudança na sua configuração. Embora o conceito atual de família seja diferente do de épocas passadas, ainda continua sendo a família o núcleo com que as pessoas se identificam e aprendem sobre a vida.

O significado de família como tipo de configuração, também foi pesquisado por Delgado (2005). Relata que a experiência familiar se fundamenta na co-existência possibilitada pela convivência entre pessoas. Desta forma, cada relação existente forma um tipo familiar

específico que depende das características individuais e compartilhadas, cada um ocupando seu lugar e funções dentro do grupo.

## **Categoria 2: Apoio/ Ajuda**

Essa categoria aborda os sentimentos de família relatados pelas gestantes. O apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais - a família-; os grupos informais – autoajuda- e os formais e institucionalizados – profissionais- (CANESQUI, BARSAGLINI, 2012).

Para Dessen (2010), independente da estrutura familiar, o que caracteriza a família é sua relação de compromisso, suporte social e financeiro. Segundo Gabardo, Junges, Selli (2009) em qualquer tipo de arranjo familiar pode ocorrer um fenômeno comum denominado significado antropológico. Este significado está relacionado com a percepção de união, suporte, proteção, segurança e sustentação no seio da família.

O conteúdo das entrevistas demonstrou que para as gestantes esse sentimento está relacionado a um grupo de pessoas com quem se pode contar emocionalmente ou financeiramente. Bem como um espaço de proteção e auxílio para enfrentamento dos eventos de vida.

“Ah, família é bom que você tem um, você tem um companheiro pro você, né, alguém que te ajuda, te apoia, que tá ali do seu lado pra qualquer coisa, família pra mim é isso”. (G 02)

“Família é benção de Deus, é as pessoas que a gente busca apoio”. (G 22)

Provavelmente estas mulheres destacaram que a função da família é dar suporte ao indivíduo devido às diversas transformações físicas, emocionais e nas relações sociais que vivenciaram durante o período gestacional e que podem torná-las frágeis ou fragmentar questões estruturais, bem como dificultar o apoio social (afetivo, material, moral, informativo) nas relações entre indivíduos e grupos. É na família que estas mulheres procuram apoio e se sentem possivelmente protegidas e acolhidas.

O apoio social pode ser considerado como teias de relações e trocas entre indivíduos não somente pelos vínculos e ligações afetivas entre eles, mas também, em alguns casos por obrigações impostas pela organização social e cultura. Para Canesqui, Barsaglini (2012), a

frequência e a intensidade dos contatos sociais expressam o maior grau de integração social e o sentimento de pertencimento, beneficiando o bem estar social, a saúde e a proteção contra os comportamentos desviantes, ou seja, os que fogem às normas sociais aceitas.

A família representa o alicerce fundamental para a vida e o desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, principalmente nos momentos de crise, sendo essencial para a manutenção da saúde mental (HAYAKAWA et al., 2010). No estudo desenvolvido por Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005) com 70 puérperas atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da cidade de São Paulo, o apoio familiar foi relacionado como fator de proteção contra a depressão pós-parto, demonstrando a importância deste suporte em momentos de mudanças.

### ***TEMA 2: Composição e relacionamento familiar***

Este tema aborda os componentes que constituem a família e como se estabelecem suas relações e convivência. A família pode ser considerada como um sistema constituído por etapas e ciclos de vida assim como o indivíduo. Cada etapa de sua formação é um período específico que requer cuidados especiais. Há vínculos afetivos e psicológicos envolvidos numa relação familiar, e ao mesmo tempo espaços de privacidade, de autonomia e de individualidade que devem ser respeitados. Um desequilíbrio entre vínculos psicológicos e espaços de individualidade pode comprometer o relacionamento familiar saudável.

#### **Categoria 1: Família nuclear**

Essa categoria se refere a uma forma de organização da família contemporânea (pai, mãe e filhos dos mesmos pais) decorrente das mudanças ocorridas nas últimas décadas. Para Wagner et al. (2005), a estrutura familiar é determinada por uma complexa integração de fatores econômicos, sociais e culturais, que nos remete, de um lado, a uma determinação histórico-estrutural, de outro lado, à forma específica de organização interna do grupo familiar. As transformações paradigmáticas, ocorridas principalmente a partir de meados do século XX, no que diz respeito à configuração e ao funcionamento familiar, provocaram alterações na estrutura e na dinâmica de suas relações, contribuindo para a concepção contemporânea de família. Essas modificações têm acarretado mudanças nos padrões de

funcionamento entre seus membros, levando a um processo de assimilação e de construção de novos modos de relacionamento.

Algumas gestantes consideraram que Família Nuclear é aquela composta pelo companheiro e filho(s), incluindo o que irá nascer.

“Meu esposo, eu, minas duas filhas e meu filho que vai nascer”. (G 01)

“Eu falo essa agora né, que é eu e o meu marido, né, e agora o meu filho”. (G 06)

Este dado demonstra que possivelmente as gestantes entendem e valorizam a estrutura familiar que possuem e estão inseridas. O que realmente importa é fazer parte da essência familiar, do seu interior, existindo esforços de todos para o alcance de um bem comum.

A composição familiar, normalmente, vem associada às pessoas que vivem no mesmo domicílio. Para a Demografia e a Sociologia, a família abrange somente o grupo residente na mesma unidade doméstica. No entanto, para a Antropologia, são consideradas todas as pessoas com quaisquer laços de parentesco independente do domicílio (MEDEIROS, OSORIO, VARELLA, 2002).

De acordo com Baptista et al. (2009) a família é essencial para o desenvolvimento global do indivíduo devido às influências que pode exercer sobre a formação de seu caráter, sendo mediadora entre o sujeito e a sociedade. Essa relação é construída de acordo com a qualidade do relacionamento interno existente entre os membros. Quando esse ambiente não é propício para o desenvolvimento do indivíduo há maior chance de ocorrer problemas psiquiátricos. Desta forma, o suporte e o bom relacionamento familiar funcionam como proteção para transtornos mentais, desvios de comportamentos e adaptação em momentos de crise.

Para as gestantes o grau de satisfação estabelecido nas relações e convivências constituídas dentro do contexto familiar é considerado bom.

“A relação com o meu filho é muito boa, é uma relação de companheirismo assim, muito amigo nós dois”. (G 07)

“É bom, tem hora que dá um pega aí, mas é bom”. (G 13)

Esse bom relacionamento presente no contexto familiar das gestantes pode estar relacionado à existência de valores, crenças e referenciais quanto à família assimilados nas etapas iniciais da vida (com os pais) e alguns adquiridos no decorrer do seu processo de transição de vida.

A família, desde os tempos mais remotos, se constitui num grupo social que exerce marcada influência sobre a vida dos indivíduos. Em relação à convivência pode ser considerado um grupo de organização complexa, inserido em um contexto social amplo com o qual mantém constante interação. O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar (PRATA, SANTOS, 2007).

### **Categoria 2: Família extensa**

Nessa categoria a Família extensa é descrita como uma ampla rede de indivíduos além do marido e filho(s). São considerados participantes da estrutura familiar mãe, pai, sogros, irmãos, tias, sobrinhos, avó.

“Agora é minha filha e meu marido, e minhas tias”. (G 22)

“A minha família é hoje, a minha filha né, o meu esposo Eduardo, minha mãe, meus tios, minha avó. Acho assim que a família no geral né, completam não tem como você colocar família, só eu e ele e ela, é completo todo mundo, a mãe dele também, o pai dele que se tornou parte da família pra mim”. (G 19)

Observa-se que as gestantes dessa pesquisa possuem com sua família extensa um vínculo afetivo. Provavelmente há uma formação de rede de apoio adequada e não de dependência. Segundo Valente (2012) família extensa refere-se a uma estrutura de parentesco, que mora no mesmo lugar e constituída por diferentes gerações. Neste tipo de família há uma rede de anseios iguais, que tem uma participação como comunidade fechada. Incluem pais, filhos, irmãos de pais com seus filhos, avós, tios avós, bisavós (gerações acima). Pode, eventualmente, incluir parente não consanguíneo, tais como meio-irmão e filhos adotivos.

Independente da configuração, o relacionamento no contexto familiar para maioria das gestantes é descrito como bom.

“Com a minha mãe, ela é, a minha relação com ela é muito boa, porque desde criança quem me criou foi ela, ela criou eu e o meu irmão, assim como ela criou os outros filhos dela também, e porque quando ela ficou grávida, o meu pai .... eles se separaram, ele foi embora”. (G 19)

Para Fonseca (2005) a rede familiar se estende no espaço além da casa. Abarca uma ampla rede de relações que se ampliam no tempo por meio de diversas gerações. Essa rede pode incluir consangüíneos, parentes, padrinhos, compadres e amigos. Assim, define laço familiar como uma relação assinalada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuas. Em classes sociais menos favorecidas, essas redes de ajuda mútua, provavelmente são criadas para amparar os indivíduos que teriam dificuldades para sobreviver.

De acordo Amazonas et al. (2003) as famílias das classes populares possuem uma maneira particular de funcionamento, apesar de estarem inseridas em um mundo globalizado. Essas famílias necessitam desenvolver estratégias de sobrevivência e todos precisam participar da manutenção (provimento financeiro e cuidados entre os membros) do grupo. Para tanto, promovem uma lógica de solidariedade que caracteriza a existência do grupo familiar.

Quando as entrevistadas descrevem o relacionamento familiar como bom, provavelmente estão se referindo ao sentimento de solidariedade e ajuda mútua que permeia e mantém as relações grupais desta camada da sociedade.

A família é, por um lado, um fenômeno da natureza humana, e, por outro, considerada uma instituição arquitetada socialmente. Concebe-se a família como um sistema de relações que inclui pessoas ligadas por parentesco e/ou que se sentem pertencentes a um determinado contexto (GOMES, PEREIRA, 2005), e pode sofrer modificações em sua estrutura de acordo com o contexto histórico e cultural bem como a partir de um emaranhado de emoções e de ações pessoais, familiares e culturais (PELISOLI, TEODORO, DELL’AGLIO, 2007).

Tanto a família como o território incorporam dimensões que estão em transformação, ou seja, são considerados fluxos. Possuem dimensão simbólica, ou cultural e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política. A idéia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Isto aponta para novas propostas teórico-metodológicas, cuja base está na perspectiva da operacionalização do conceito de território usado de Santos e Silveira (2001) na escala social do cotidiano. Com forte apelo antropológico, esta abordagem de território abre possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários.

### ***TEMA 3: Percepção do suporte familiar***

Este tema averiguou a presença do suporte familiar entre as gestantes, quem são os sujeitos que possibilitam esse apoio e qual a modalidade é efetivado. Aquino, Baptista e Souza (2011) consideram que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção, a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é benéfico para o componente da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Essa percepção permite que o indivíduo sinta-se reconhecido, amado, acolhido e participante de uma rede em que há trocas de informações, os recursos são partilhados, favorecendo assim bem-estar psicológico.

Segundo Valla (1999) o apoio social constitui-se de qualquer informação (falada ou não) ou auxílio material fornecidos por sujeitos com as quais se tem contato constante, gerando efeitos emocionais e comportamentais positivos. É um processo que suscita resultado para os dois lados (para quem recebe e para quem oferece), permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

#### **Categoria 1: Responsável pelo suporte**

Esta categoria engloba os sujeitos considerados responsáveis em proporcionar suporte às gestantes. Os sujeitos mais citados foram a mãe e o companheiro. Porém com menor frequência apareceu sogra, cunhada, irmãos, tia, pai, avó e primos. No entanto, algumas relataram não receberem nenhum tipo de apoio.

Dessa forma, a partir das entrevistas, podem-se evidenciar esses sujeitos:

“Minha mãe, minha tia. É da minha mãe e da minha tia”. (G 10)

“Meus esposo é quem mais me dá né”. (G 13)

“Todo mundo, a família toda, mãe, pai, irmãos, todo mundo mesmo graças a Deus”. (G 14)

Pode-se considerar que neste estudo a maioria das famílias provavelmente percebe a importância do período gestacional e oferecem suporte às gestantes. Observa-se que os vários indivíduos que compõem o grupo familiar buscam proporcionar ajuda e desta forma, possivelmente, constroem uma rede de apoio consistente a partir da dinâmica das relações sociais. Ou seja, a influência de distintas distribuições de responsabilidades e modelos de comportamentos.

O suporte por parte da família e companheiro durante a gestação parece essencial, podendo diminuir a incidência de depressão, transtorno comum nesta fase. Além disso, influencia diretamente a saúde e bem-estar materno. Diversos estudos demonstram que a mãe e o companheiro são as pessoas mais citadas como fonte de suporte (MOREIRA, SARRIERA, 2008). De acordo com Dessen, Braz (2000), a rede de apoio é composta por várias pessoas, que desempenham diversas funções, e oferecem apoio instrumental (financeira, ajuda nas tarefas, informações) ou emocional (afeição, aprovação, preocupação).

## **Categoria 2: Modalidade de suporte**

Nessa categoria modalidade de suporte se refere ao tipo ou forma de apoio que o indivíduo da rede oferece à gestante. O suporte pode ser considerado financeiro, quando há doação de objetos, bens e dinheiro; ou psicológico, quando há uma comunicação assertiva que permita expressar o afeto e compartilhar tarefas diárias.

“Porque quando a gente tá, é, neste período assim, gestacional, a gente fica muito sensível, então qualquer pessoa que venha e te faça algum benefício, então tá te ajudando, é tipo um carinho, você recebe carinho das pessoas que você gosta”. (G 01)

“todos eles, meu filho faz a partezinha do jeito dele, o meu marido financeiro, a minha mãe ali me dando apoio”. (G 18)

“Bom, no geral, as minhas irmãs, a família inteira praticamente, eles têm ajudado, quando não é financeiramente com pouco, porque todo mundo tem pouco também, alguns trabalham, alguns não, e ajudam como podem né, outros emocionalmente também, me dá muito apoio, muito conselho pra mim formar uma mente melhor sobre família”. (G 19)

Independente do tipo de suporte recebido, observa-se que a gestante demonstra necessidade de ser acolhida, segura e amada pelos membros de sua família. Provavelmente, esse suporte poderá proporcionar uma gestação tranquila, favorecendo níveis de saúde e proteção, refletindo na qualidade de vida da mãe e bebê.

A gestante ao vivenciar o processo gestacional, ou seja, uma situação de transição necessita de vínculo, suporte e confiança. Esse suporte pode ser proveniente de indivíduos que lhe seja significativo e estejam disponíveis para oferecer-lhe suporte, pois isso lhe proporcionará maior segurança no enfrentamento de dificuldades durante o processo gravídico-puerperal (TSUNECHIRO, BONADIO, 1999).

#### ***TEMA 4: Interferência do suporte familiar***

Esse tema está relacionado com a interferência do suporte familiar na aceitação da gestação e na efetivação do pré-natal. O suporte familiar pode ser compreendido como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade. É considerado como um círculo social constituído por traços de afinidade, formando uma teia que une as pessoas. Tem um caráter dinâmico, modificando-se com o decorrer do tempo e com as mudanças ocorridas na vida dos indivíduos, uma vez que é constituída pelo conjunto de seres com quem interage de maneira regular e os tornam reais.

#### **Categoria 1: Aceitação da gestação**

Esta categoria retrata o entendimento das entrevistadas à respeito da interferência do suporte familiar na aceitação da gestação. De acordo com Schoeps et al. (2007) a não aceitação da gestação pela família constitui fator de risco para mortalidade neonatal. Esses estão associados à mortalidade neonatal precoce e incluem além dos fatores biológicos maternos e do recém-nascido, as condições de vida da família e seu contexto social.

Entre as gestantes participantes dessa pesquisa, várias compreendem que o suporte familiar pode interferir na aceitação da gestação.

“Acredito que sim, eu fico imaginando igual quando eu vou pro posto aqui vejo umas meninas novinhas até mesmo da minha idade, você vê que é aquela pessoa sofrida, que tá carregando aquela barriga ali por carregar entendeu? Eu acho que deve ser muito complicado”. (G 01)

“Interfere né, porque no caso quando você tem apoio aí você não fica né, como se diz: ‘ah se eu não tivesse engravidado’”. (G 08)

Para Jussani, Serafim, Marcon (2007) a aceitação da gestação pelos familiares já constitui um tipo de suporte emocional para a gestante. A família, independentemente do arranjo ou estrutura, propicia os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. É nesse lugar que se encontra o ambiente privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência para iniciar o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos.

Algumas gestantes consideraram que o suporte familiar não interfere na aceitação da gestação e na efetivação do pré-natal.

“Eu acho que não, que independente ele é meu filho”. (G 11)

“Não, eu ia aceitar porque eu sou doida com um menino, era doida pra engravidar, desde o meu primeiro namorado eu era doida pra engravidar....”. (G 21)

A pouca ou nenhuma influência do reconhecimento da interferência do suporte familiar dessas gestantes na aceitação da gravidez pode estar relacionado à cultura do sistema social que estão inseridas. Esse sistema, às vezes, não discrimina a mulher que possui vários filhos e considera comum e rotineiro contar com ajuda e abrigo dos pais. Para Andrade, Vaitsman (2002) as relações sociais podem contribuir para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade sob o olhar e ações dos outros, já que se percebe que “estamos aí para alguém”.

## **Categoria 2: Realização do pré-natal**

Nessa categoria foi abordado o reconhecimento das gestantes sobre a influência do suporte familiar na realização do pré-natal preconizado pelo PHPN. O suporte familiar foi considerado fundamental para realização efetiva do pré-natal e o bem-estar da maioria das gestantes desse estudo. A adaptação ao papel materno pode ser difícil para algumas mulheres devido à falta de clareza das especificidades dessa nova função. Esse novo papel é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho.

“Ajuda muito. Ajuda sim, é aquela coisa de você poder dividir né, você ter alguém pra conversar, você poder tá dividindo. Ele tá ciente das coisas que tá acontecendo, preocupando, você ver que é uma preocupação que tem com você, entendeu? Com o seu filho. Então, é muito importante”. (G 07)

“Interfere. Porque muitas vezes, a pessoa até esconde, e aí, não procura u médico, não tem acompanhamento, entendeu? ‘Porque você vai no médico todo mês?’ Como é que a pessoa vai explicar o porque?!”. (G 20)

Estes relatos reforçam a importância da rede social para a saúde física e emocional do indivíduo e, conseqüentemente, da família. Porém, pode também demonstrar uma função/ação fiscalizadora da família cobrando da gestante a correta realização do pré-natal proposto pela equipe da ESF. Segundo Pesamosca, Fonseca, Gomes (2008) a gestação deve representar um momento de adaptação para o desempenho dos novos papéis que deverão assumir com a chegada do novo membro familiar. Desta forma, a participação da família e principalmente do pai durante o pré-natal, constitui fator importante para esta adaptação. A mulher com apoio familiar apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto e consegue uma melhor adaptação no pós-parto, necessitando desta forma, de menos intervenções médicas.

No entanto, algumas gestantes relataram que o suporte familiar não interfere no acompanhamento do pré-natal:

“Não, não interfere não”. (G 08)

Este fato pode estar relacionado com a preocupação da gestante em ter um bebê saudável e, portanto, assumindo essa responsabilidade. Bem como, pode estar ligado a questões moral e/ou religiosas sobre a origem da vida, ao considerar o feto um indivíduo com direitos e interesses a serem protegidos. Segundo Pena, Carinhanha, Rodrigues (2006) a sociedade reforça o peso da maternagem, exigindo uma postura de “mãe-perfeita”, dificultando a capacidade de perceber seus reais sentimentos e necessidades. O que ocorre é uma super valorização do bebê e uma conseqüente desvalorização das necessidades e cuidados com a mulher. Possivelmente a tradição e a cultura de responsabilização da mulher pelo cuidado do recém-nascimento ainda esteja arraigada nos seus modos de vida.

### ***TEMA 5: Suporte pós-parto***

Este tema considera a continuidade do suporte familiar após o nascimento do bebê, ou seja, durante o puerpério. Essa nova fase experimentada pela mulher pode sofrer influencia do ambiente físico e estrutura social quando de volta ao lar. De acordo com Zagoneli et al. (2003) o início de adaptação à maternidade promove nos pais sentimentos de incapacidade, levando à busca de apoio. O envolvimento da família nos cuidados à mãe e ao bebê deve ocorrer de forma gradativa, percebendo onde há maior precariedade de informações, estimulando a auto-estima e aprendizado de forma construtiva e motivadora para que a gestante se sinta capaz de cuidar de seu filho.

#### **Categoria 1: Estrutura física**

Nessa categoria fica estabelecido o ambiente físico que a gestante optou para sua recuperação após saída da maternidade. A maioria das gestantes relatou que após o parto o local preparado para receber o bebê e que atendesse as necessidades de ambos foi sua própria casa.

“Aqui na minha casa”. (G 08)

“Em casa”. (G 15)

A própria residência foi escolhida possivelmente por ser considerado um ambiente tranquilo e confortável, facilitando as rotinas diárias da família e dos cuidados complexos com o bebê, além de favorecer o processo de reabilitação da mulher.

A escolha da residência pode ser percebida como um território, ou seja, um signo cujo significado é compreensível a partir dos códigos culturais. De acordo com Haesbaert (2009) trata-se de um território “socializado e culturalizado”, que se interpõem como significado entre o homem e o seu meio natural. O território pode então ser conceituado como um espaço intensamente apropriado de forma simbólica que, nessa concepção, confere a idéia de territorialidade – como a dimensão simbólica do território – tem mais força do que o próprio conceito de território.

No entanto, algumas citaram a casa da mãe ou da avó como local temporário escolhido para recuperação após o parto

“Eu vou ficar aqui na casa da minha avó”. (G 09)

“Com a minha mãe”. (G 23)

Essa escolha pode estar relacionada à falta de infraestrutura física na sua residência e consequentemente desconforto para mãe e bebê. Pode também ser decorrente do despreparo e pouca informação do familiar que irá realizar assistência de cuidado. E dessa forma não contribuir efetivamente para o processo de reabilitação com rotinas de alimentação e higiene adequadas.

## **Categoria 2: Rede social**

Essa categoria identifica a rede social disponível à gestante durante o puerpério, visando garantir maior bem-estar e segurança nessa fase.

Rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. São considerados rede a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar. É uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem laços sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. As dimensões que compõem a rede social são: tamanho (número de pessoas com as quais se tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre indivíduos tais como: idade, condição socioeconômica e outros); simetria (grau de

reciprocidade dos relacionamentos); enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio) (PEDRO, ROCHA, NASCIMENTO, 2008).

Diversos sujeitos foram citados pelas gestantes como rede social. A mãe foi o componente da rede mais citado.

“Minha mãe”. (G 07)

“É minha sogra, minha mãe”. (G 10)

“A prima do meu marido. A minha mãe eu nem conto com ela coitada, porque ela já tá com 78 anos”. (G 05)

Essas falas demonstraram que as gestantes desse estudo possuem recursos de rede de apoio possibilitando suporte no pós-parto. Para Pedro, Rocha, Nascimento (2008) esse apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos, protegendo-os ou não.

Observa-se que apesar de várias gestantes permanecerem em suas residências no pós-parto, podem contar com uma rede de apoio pessoal que possibilita cuidados com o bebê e auxílio nas tarefas domésticas, permitindo possivelmente uma melhor adaptação à nova fase de vida. Esta rede pode corresponder à formação da concepção de um novo território. A chegada de mais um componente na família pode gerar mudanças nas relações de poder e funções dentro do território. Raffestin (1993) entende o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios.

A territorialidade para Sack (1986) é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial,

paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território.

Poucas gestantes relataram não possuírem nenhuma modalidade de apoio.

“Olha, no momento eu não tenho ninguém”. (G 02)

A falta da rede social de apoio observada em algumas gestantes desta pesquisa pode demonstrar a dificuldade de relacionamento e interação de algumas gestantes com familiares, amigos, vizinhos. De acordo com Dessen, Braz (2000) os indivíduos necessitam uns dos outros e, por isso, quando o apoio social diminui há um comprometimento do sistema de defesa do corpo. A sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem ser relacionadas com o processo de saúde-doença, aumentando a suscetibilidade individual para as enfermidades.

#### ***TEMA 6: Atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF***

Neste tema investigou-se a existência de atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF. O Ministério da Saúde recomenda que um pré-natal de qualidade deva abordar, além de técnicas, os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. Deve-se considerar a gestante uma usuária do serviço de saúde como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento; não apenas como objeto da ação, mas como detentor de um potencial de proatividade.

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora e enriquecedora. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o fortalecimento como ser e cidadão. As atividades de educação em saúde é um dos componentes das ações básicas de saúde e tem como objetivo levar a população à reflexão sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças (RIOS, VIEIRA, 2007).

Para Hoga, Reberte (2007) as atividades desenvolvidas nos grupos de gestantes oferecem suporte para uma melhor vivência do período gestacional e puerperal, bem como o preparo e adaptação para a maternidade.

Observou-se nessa pesquisa que a maioria das gestantes desconhece a realização de atividades desenvolvidas pela equipe ESF.

“Aqui não”. (G 04)

“Que eu saiba não”. (G 07)

“Não, até hoje não”. (G 10)

Percebeu-se a partir dos relatos das gestantes que na maioria das ESF pesquisadas não há nenhum tipo de atividade desenvolvida para as mesmas. Desta forma, essas usuárias não podem dispor do benefício que a equipe poderia está oferecendo, além de proporcionar maior adesão ao pré-natal.

Segundo Delfino et al. (2004) a gestação vem sendo atendida pelos profissionais de modo intervencionista, sendo a assistência e atividades educativas aplicadas de maneira fragmentada, sem que a realidade da gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade. Esta concepção reducionista de educação em saúde dificulta a consciência de suas potencialidades pela população. As interações construídas em grupos de gestantes formam teias que possibilitam a promoção da saúde integral com repercussões no individual e coletivo. Desta forma, o grupo funciona como propagador de conhecimento para o território atendido pela ESF, empoderando as gestantes e toda a comunidade. Uma população bem informada adoece menos e requer menos intervenções médicas, como consequência diminuem-se os custos financeiros para atendimento da saúde local e aumenta a qualidade de vida desta população.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise qualitativa dos dados obtidos permitiu observar uma articulação entre indicações subjetivas e a organização social em que cada sujeito se percebe inserido. Os resultados mostraram que as gestantes têm uma percepção mais positiva que negativa sobre suporte familiar. Isto quer dizer que apesar de experimentarem algumas limitações nas vivências familiares do cotidiano, que pode gerar impacto negativo em suas vidas, as gestantes geralmente dão um valor positivo para família. As categorias que surgiram a partir da análise da percepção das usuárias do PHPN/GV sobre o suporte familiar demonstraram que as gestantes percebem a importância da família na formação do sujeito e da sociedade. Também reconhecem sua relevância nos momentos de crise e transição que ocorre no percurso da vida.

Em relação às condições sócio-econômicas das gestantes inseridas no PHPN observou-se que possuem em média 26,8 anos; vivendo em união estável (46%), metade possui 11 anos de estudo, e 59% vivem com um rendimento familiar mensal de um salário mínimo e meio (R\$1.086,00).

O conhecimento das condições sócio-econômicas no contexto espacial e familiar das gestantes permite identificar desigualdade social e riscos da mortalidade materno-infantil. Bem como a necessidade de implementar programa para gestantes que promova a interação com as demais áreas do conhecimento. Desse modo, saúde, estará sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

Os tipos de configurações familiares detectadas com maior frequência entre as gestantes inseridas no PHPN foram as reconstituídas e extensas. Em razão das inúmeras transformações da sociedade, a família criou uma grande capacidade de reorganizar-se, dando origem a vários arranjos familiares. Cada arranjo apresenta a sua especificidade, necessitando de um olhar sensível dos profissionais, que devem atuar com total imparcialidade e compromisso social, frente ao dinamismo familiar emergente.

Observou-se que o valor obtido partir do Inventário de Percepção do Suporte Familiar entre as gestantes atendidas pelo PHPN foi considerado insuficiente. Os construtos Adaptação-Familiar e Autonomia apresentaram baixos escores demonstrando que a convivência familiar destas gestantes não se apresenta harmoniosa, podendo interferir na realização do pré-natal. Apesar do baixo índice identificado, as gestantes compreendem a importância deste apoio durante a gestação e para a efetivação de um pré-natal de qualidade.

## 7. LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO

Foi essencial a contribuição dos gestores de saúde (Secretário Municipal e Coordenador) autorizando a realização dessa pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município estudado. Em todas as ESF a receptividade por parte das enfermeiras e agentes comunitários (ACS) de saúde foi satisfatória. Estes demonstram disposição e facilitaram o acesso a todos os dados necessários.

As gestantes se mostraram receptivas e interessadas em participar da pesquisa. O auxílio das ACS's na apresentação da pesquisadora foi essencial na receptividade das gestantes. Contudo, no momento da entrevista, quando se utilizou o gravador de voz para coleta dos dados qualitativos, várias gestantes demonstraram sentimento de preocupação, receosas de serem prejudicadas na sua relação com a ESF. Observada essa dificuldade, foram realizados esclarecimentos, a fim de que se sentissem mais seguras quanto aos objetivos da pesquisa. A maioria das usuárias demonstrou tranquilidade durante a coleta de dados, manifestando seus sentimentos e percepções quanto à gestação e suas famílias.

Espera-se que estes resultados proporcionem reflexões aos profissionais e gestores para que implementem novas práticas em saúde, na perspectiva de qualificar a assistência nos serviços de saúde Sugere-se que os profissionais recebam uma capacitação que os mobilize sobre a importância do olhar holístico para a gestante, diminuindo a preocupação com apenas o atendimento clínico e voltando-se também ao contexto social e familiar no qual essa gestação se desenvolve. Faz-se necessário conhecer melhor o território familiar desse público para que os resultados positivos sejam ampliados.

Pesquisas em outros municípios e mais amplas são necessárias para avaliar melhor o impacto do suporte familiar nos resultados esperados no PHPN. A realização de um estudo no âmbito do PHPN que dê conta das questões subjetivas do suporte familiar, devido à sua complexidade conceitual, necessita de ampla pesquisa de campo. Pois é uma tarefa que ultrapassa as possibilidades de um estudo individual.

## 8. REFERÊNCIAS

ALONSO NB, et al. Suporte familiar nas epilepsias. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2010; 16(4):170-173.

ALVES JED, CAVENAGHI S. Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil. *Aparte Inclusão Social em Debate*. 2012. Disponível em: [http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/tendencias\\_demograficas\\_e\\_de\\_familia\\_24ago12.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/tendencias_demograficas_e_de_familia_24ago12.pdf). Acesso em 27 de Novembro de 2014.

AMAZONAS MCLA, DAMASCENO PR, TERTO LMS, SILVA RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*. 2003; 8(esp): 11-20.

AMORIM MMR, MELO ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(3): 148-55.

ANDRADE GRB, VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 925- 34.

ANDREUCCI CB, CECATTI JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(6):1053-1064. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>. Acesso em: 12 dez.2011.

AQUINO RR, BAPTISTA MN, SOUZA MS. Relação entre Percepção de Suporte Familiar e Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. *Revista Psicologia e Saúde*. 2011; 3(2): 30-38.

ARCHANJO DR, ARCHANJO LR, SILVA LL. *Saúde da Família na Atenção Primária*. Curitiba: Ibpex; 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critérios de Classificação Sócio Econômica Brasil: 2010. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>. Acesso em: 28 fev. 2013.

BAPTISTA MN. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*. 2005; 10(1): 11-19.

BAPTISTA MN. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2007; 27(3): 496-509.

BAPTISTA MN. Fidedignidade do inventário de percepção de suporte familiar – IPSF. *Avaliação Psicológica*. 2007a; 6(1): 33-37.

BAPTISTA MN. *Inventário de Percepção do suporte familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor; 2009.

BAPTISTA MN, ALVES GAS, SANTOS TMM. Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2008; 28(2): 260-271.

BAPTISTA MN, CARNEIRO AM, SISTO FF. Estudo psicométrico de Escalas de Depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF. *Psicologia em Pesquisa*. UFJF. 2010; 4(01): 65-73.

BAPTISTA MN, et al. Evidência de validade entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF e Familiograma – FG. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009; 22(3): 466-473.

BAPTISTA MN, SOUZA MS, ALVES GAS. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*. 2008; 13(2): 211-220.

BARBOSA SP, DIAS SD (Org.). *Praticando Saúde da Família*. Belo Horizonte: Simone de Pinho Barbosa, 2008.

BARCELLOS CC, et al. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2002;11(3):129-138. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>> Acesso em: 09 de janeiro de 2011.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

BERETTA MIR, et.al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(4): 966-78. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm>>.

BRASIL. Lei n°4121, 1962. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1962/4121.htm>>. Acesso em: Janeiro de 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional n°9, Lei n°6515. 1977. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6515.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6515.htm)>. Acesso em: Janeiro de 2014.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 08 set. 2011.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. Lei n°8069. Brasília; 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: Janeiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. DF, MS: FUNASA; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de assistência á saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília; 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

BRASIL. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Cartilha de informações para Gestores e Técnicos. Brasília: Secretaria de assistência à saúde; 2002.

BRASIL. Código civil quadro comparativo 1916/2002. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas; 2003, Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70309/704509.pdf?sequence=2>>. Acesso em: Janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Normas e manuais Técnicos. 3ed. Brasília: Secretaria de políticas de saúde – SPS/ Ministério da saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Caderno n 5 . Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2006.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS; 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica nº25. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2009a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em: 26 de Novembro de 2014.

BRASIL. Ementa constitucional n.66; 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc66.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc66.htm)>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 22 jan. 2011.

BRASIL. Atenção a gestante e a puérpera no SUS-SP. Manual técnico do pré-natal e puerpério. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 03 abril 2013.

BUSSÂMARA N. Obstetrícia Básica. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2000.

CÂMARA MFB, DAMÁSIO VF, MUNARI DB. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. Revista eletrônica de enfermagem. 1999; 1(1). Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>>. Acesso em 02 de Fevereiro de 2015.

CAMPOS CJG, TURATO ER. Content analysis in studies using the clinical qualitative method: application and perspectives. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(2): 259-64.

CAMPOS ECS. Território e gestão de políticas pública: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS. *Jornada Internacional de Políticas Públicas*; 2011. São Luís. Maranhão: UFMA; 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/TERRITÓRIO\\_E\\_GESTAO\\_DE\\_POLITICAS\\_PUBLICAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/TERRITÓRIO_E_GESTAO_DE_POLITICAS_PUBLICAS.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2013.

CANESQUI AM, BARSAGLINI RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012; 17(5): 1103-1114.

CANIÇO H, BAIARRADA P, RODRÍGUES E, CARVALHO A. *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2011.

CANO DS, GABARRA LM, MORE CO, CREPALDI MA. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009;214-222.

CARTA DE OTTAWA (1986). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CHAUI M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ed. Ática; 2000.

CHIAVENATO I. *Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa*. 2. ed. São Paulo: Makron Books; 1994.

CODIGO CIVIL, 1916. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/13071.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13071.htm)>.

CODIGO CIVIL, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2009). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI*. [On-line]. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/satepsi/>>.

COSTA ASM. *Argumentações em torno das famílias caleidoscópico como expressão da pluralidade familiarista moderna*. Belo Horizonte: Meritum, 2012; 7(1): 429-468.

COSTA EMA, CARBONE MH. *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.

COUTINHO T, et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *RBGO*. 2003; 25(10): 717-24.

CRUZ EBS, SIMÕES GL, FAISAL-CURY A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-188.

CUNHA MA, DOTTO LMG, MAMEDE MV, MAMEDE FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1). Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20)>. Acesso em: 05 de Fevereiro de 2015.

DALPIAZ AK, STEDILE NLR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2011. São Luís. Maranhão: UFMA; 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUAS\\_PREMISAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISAS.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2013.

DAMASCENO VO, et al. O impacto de programas de atividade física desenvolvidos em academias sobre a imagem corporal de adultos não atletas. Fiep Bulletin. 2003; 3: 37 – 46.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

DELFINO MRR, PATRICIO ZM, MARTINS AS, SILVÉRIO MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. 2004; 9(4): 1057-1066.

DELGADO JA. Que é o “ser da Família”? Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2005; 14(Esp.): 86-94.

DESSEN MA. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. Psicologia: Ciência e Profissão. 2010; 30: 202-19.

DESSEN MA, BRAZ MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2000; 16(3): 221-231.

DESSEN MA, POLONIA AC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. Paidéia. 2007; 17(36): 21-32.

DESSEN MA, RAMOS PCC. Crianças pré-escolares e suas concepções de família. Paideia. 2010; 20(47):345-357.

DILL MA, CALDERAN TB. Evolução histórica e legislativa da família e da filiação. Âmbito Jurídico. Rio Grande. 2011;XIV(85). Disponível em: <[ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura%20artigo\\_id=%209019](http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura%20artigo_id=%209019)>. Acesso em: out. 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo. Vitória: SESA; 2008.

EVANGELISTA A. Homossexual tem Direito de se Casar no Brasil. Âmbito Jurídico. Rio Grande. 2008; XI (53). Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=2842](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2842)>. Acesso em: Janeiro de 2014.

- FERRARI M, KALOUSTIAN SMA. Família brasileira: a base de tudo. São Paulo: Cortez, 2002.
- FONSECA C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade. 2005; 14(2): 50-9.
- FORTES MRS. Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública. São Paulo: Everest; 2002.
- FRANCO MLPB. Análise do Conteúdo. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2007.
- FREEMANR. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. Braz J Oral Sci. 2002 abril; 1: 34-9.
- FUKUI L. A família em questão. Cadernos de Pesquisa. 1981; 37: 3-4.
- GABARDO RM, JUNGES JR, SELLI L. Arranjos familiares e implicações a saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica. 2009; 43(1): 91-7.
- GAMA SGN, et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Caderno Saúde Pública. 2004; 20(1): 101-111.
- GIDDENS A. O mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record; 2000.
- GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- GIOVANELLA L, ESCOREL S, MENDONÇA MHM (Org.). Estudo de Caso Sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos: relatório final Florianópolis. Brasília: MS/Fiocruz/ ENSP, 2009.
- GOMES MA, PEREIRA MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 357-369.
- GONDIM GMM, et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p237-255. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516620&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 nov. 2011.
- GRANGEIRO GR, DIÓGENES MAR, MOURA ERF. Atenção pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42: 105-11.

GRENZEL JCM, CAVALHEIRO DJ, BINOTTO V. Adesão das mulheres a realização do pré-natal no município de Cruz Alta – RS. XVI Seminário Interinstitucional de pesquisa, ensino e extensão. Unicruz. Cruz Alta; 2011. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/A%20ADES%C3%83O%20DAS%20MULHERES%20A%20REALIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20PR%C3%89-NATAL%20NO%20MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20CRUZ%20ALTA%20%E2%80%93%20RS.pdf>>. Acesso em 26 de Novembro de 2014.

HAESBAERT R. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

HAESBAERT R. Território e multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*. 2007; 9(17): 19-46.

HAESBAERT R. Região, diversidade territorial e globalização. *GEOgraphia*. 2009; 1(1): 15.

HAESBAERT R, LIMONAD E. O território em tempos de globalização. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas: etc..., espaço, tempo e crítica*. Rio de Janeiro. 2007;1(2):39-52. Disponível em <[http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007\\_2\\_4.pdf](http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf)>. Acesso em: 02 fev. de 2012.

HALMENSCHLAGER IHF. Política Municipal e Regional do câncer de mama em Santa Cruz do Sul: um estudo de gestão territorial de uma política pública. Dissertação, Santa Cruz, 2008.

HALPERN R, BARROS FC, VICTORA C, TOMASI E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Caderno Saúde Pública*. 1998; 14(3): 487-92.

HAYAKAWA LY, MARCON SS, HIGARASHI IH, WAIDMAN AP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(3): 440-5.

HOGA LAK, REBERTE LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. 2007; 41(4): 559-66.

HOSPODAR RR, VALVERDE F. Transformações no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. *GEOUSP – Espaço e Tempo*. 2004; 15: 119-126.

INOUE K, BARHAM EJ, PEDRAZZANI ES, PAVARINI SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010; 23(3): 582-592.

JUSSANI NC, SERAFIM D, MARCON SS. Rede social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(2): 184-9.

KALOUSTIAN SM. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 2002.

KLEIN MMS, GUEDES CR. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2008; 28(4): 862-871.

KRUSE LM. Composições familiares e motivos de consulta em crianças em atendimento psicológico. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC – Rio Grande do Sul. Dezembro 2009.

LEFEBVRE H. La production de l'espace. Paris: Anthropos (1987). In: HAESBAERT R, LIMONAD E. O território em tempos de globalização. Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas: etc..., espaço, tempo e crítica. Rio de Janeiro. 2007; 1(2). Disponível em <[http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007\\_2\\_4.pdf](http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf)>. Acesso em: 29 de janeiro de 2012.

LOW S, BATISTA FM, SOUZA AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.

MALDONADO MT. Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério. Petropolis: Ed. Vozes. 1985, 11ed.

MALDONADO MT, NAHOUM JC, DICKSTEIN J. Nós estamos grávidos. Rio de Janeiro: Block Ed. 1990, 8ed.

MARCON SS, ELSÉN I. A enfermagem com um novo olhar ... A necessidade de enxergar a família. Fam Saúde Desenv. 1999; 1 (1/2): 21-26.

MARCONI MA, LAKATOS EM. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2007. 6 ed.

MARIN AH, et al. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. Aletheia. 2009. p.57-72.

MARTINS E, SZYMANSKI H. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. Estudos de Psicologia. Campinas. 2004; 9(1): 177-87.

MASSEY D. Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. p.19-28.

MEDEIROS M, OSÓRIO RG, VARELLA S. O levantamento de informações sobre famílias nas PNADs de 1992 a 1999. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

MENDES I AC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2004; 12(3). Disponível em: <<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gWz7dUsAcyYJ:scholar.google.com/+Declara%C3%A7%C3%A3o+de+Alma+Ata&hl=pt-BR>>. Acesso em: 17 set. 2011.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOMBELLI MA, COSTA JB, MARCON SS, MOURA CB. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. Estudos de Psicologia. Campinas. 2011; 28(3): 327-335.

MONKEN M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde. 2003.170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3): 898-906. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000300024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000300024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2012.

MONKEN M, BARCELLOS C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA AF, CORBO AMD. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MONKEN M, et al. O Território na Saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 30 julho 2011.

MONTIGNY F, LACHARITÉ C, AMYOT E. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Contexto de Enfermagem*. 2006; 15(4): 601-609.

MOREIRA MC, SARRIERA JC. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em estudo*. 2008; 13(4): 781-789.

MOURA EL, PRAÇA NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(3): 405-13.

NASCIMENTO ER, PAIVA MS, RODRIGUES QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*. 2007; 7(2): 191-7.

NEUMANN NA, TANAKA OU, VICTORA CG, CESAR JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(4): 307-18.

NUNES COAT, CALAIS SL. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF*. 2011; 16(1): 57-65.

OKAZAKI ELFJ, BERGAMASCO RB, GUALDA DMR. Entrevistando gestantes em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF. In: CIANCIARULLO TI, SILVA GTR, CUNHA ICKO. Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS. São Paulo: Ícone, 2005.

OLIVEIRA D, SIQUEIRA AC, DELL'AGLIO DD, LOPES RCS. Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão da produção científica. *Interação em psicologia*. 2008; 12(1): 87-98.

OLIVEIRA MR, DESSEN MA. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 2012; 29(1): 81-88.

OLIVEIRA NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

OLIVEIRA SC, et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(1): 73-8.

OSIS MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 1998; 14(1): 25-32. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: dia 05 dez. 2012.

OSORIO LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PEDRO ICS, ROCHA SMM, NASCIMENTO LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-am Enfermagem* [on line]. 2008; 16(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_24.pdf). Acesso em 03 de fevereiro de 2015.

PEDRO ICS, ROCHA SMM, NASCIMENTO LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [on line]. 2008; 16(2). Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_24.pdf)>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

PELISOLI C, TEODORO MLM, DELL'AGLIO DD. A percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: estudo de caso. *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* 2007; 59(2): 256- 269.

PENA LHG, CARINHANHA JL, RODRIGUES RF. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. 2006; 10(3): 448-55.

PEREIRA RC. Direito de família: uma abordagem psicanalítica. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

PESAMOSCA LG, FONSECA AD, GOMES VLO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas de pré-natal: um olhar de gênero. 2008; 12.2. Disponível em: <[www.reme.org.br/artigo/detalhes/255](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/255)>. Acesso em 20 de Janeiro de 2015.

PETZOLD M. The psychological definition of “the family”. In M. Cusinato (Org.), *Research on family: Resources and needs across the world*. Milão: LEDEdizioni Universitarie, 1996.

PICCININI CA, CARVALHO FT, OURIQUE LR, LOPES RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2012; 28(1): 27-33.

PICCININI CA, GOMES AG, NARDI T, LOPES RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo.* Maring a. 2008; 13(1): 63-72.

PINTO LF, et al. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10: 205-13.

PRATTA EMM, SANTOS MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol. estud.* [online]. 2007; 12(2): 247-256.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

RABELO DF, LIMA CFM, FREITAS PM, SANTOS JC. Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010; 13(2): 115-130.

RABINOVICH EP, MOREIRA LVC. Significados de família para crianças paulistas. *Psicologia em estudo*. Maringá. 2008; 13(3): 447-55.

RAFFESTIN C. Por uma geografia do Poder. São Paulo: Ática, 1993.

REIS LA, et al. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 2011; 20(Esp): 52-58.

RESENDE J, MONTENEGRO CAB. *Obstetrícia Fundamental*. Ed. Guanabara Koogan, 2013.

RIBEIRO JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999; 3(XVII): 547-558.

RIOS CTF, VIEIRA NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saúde Colet*. 2007; 12(2): 477-86.

ROCHA MN. As representações sociais da Aids – o significado da família para o enfrentamento da doença. *Dissertação de Mestrado*. PUC RIO. Rio de Janeiro, 2008.

ROCHA SMM, NASCIMENTO LC, LIMA RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Ver Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10(5): 709-14.

RODRIGUES AFM. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina-ES sob a perspectiva de usuárias, gestores e profissionais da Estratégia de Saúde da Família. 2013. *Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências humanas da Universidade Vale do Rio Doce*. Governador Valadares: UNIVALE, 2013.

RODRIGUES SMS, ALMEIDA SS, RAMOS EMLS. Suporte familiar e transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas. *Psicol. Argum*. 2011; 29(64): 91-100.

ROSA WAG, LABATE RC. Saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. São Paulo. 2005; 13(6): 1027-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

- SACK R. The human territoriality. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- SALOMÉ GM, ESPÓSITO VHC, MORAES ALH. O significado de família para casais homossexuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007set-out; 60(5): 559-63.
- SAMPIERI RH, COLLADO CF, LUCIO PB. *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2006.
- SANTOS AA. Lugar e Território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. *Rev. Geográfica Venezolana*. Venezuela. 2009; 50(1):159-172. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29986/1/articulo7.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- SANTOS M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SANTOS M, SILVEIRA ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SARTORI GS, VAN DER SAND ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004; 6(2): 153-65. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/821/950>>. Acesso em 20 de Janeiro de 2015.
- SCHENKER M, MINAYO MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 299-306.
- SCHNEIDER S, TARTARUGA IGP. Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. *Revista de Ciências Sociais*. 2004; 23(1): 99-117.
- SCHOEPS D, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6): 1013-22.
- SERAPIONI M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 187-192.
- SERRUYA SJ. *A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil*. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo: UNICAMP, 2003.
- SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2004; 20(5):1281-1289. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SILVA EP, LIMA RT, COSTA MJC, FILHO MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(5): 356-62. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n5/a07v33n5.pdf>>. Acesso em 26 de Novembro de 2014.

SILVA LJ, SILVA LR. Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009; 13(12): 393-401.

SILVEIRA DS, SANTOS IS, COSTA JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2001; 17(1): 131-139. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2011.

SIMIONATO MAW, OLIVEIRA RG. Funções e transformações da família ao longo do ciclo vital. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr. 2003: 57-65.

SIMIONI AS, GEIB LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev. bras. enferm*. Brasília. 2008; 61(5): 645-651. ISSN 0034-7167.

SLUZKI C. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOIFER R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA MS, BAPTISTA MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum*. 2008; 26(54): 207-215.

SOUZA MS, BAPTISTA MN, ALVES GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*. 2008; 28: 45-59.

SOUZA J, KANTORSKILP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2): 373-383.

SPHINX BRASIL, 2013. Disponível em:<<http://sphinxbrasil.com/empresa/aempresa/>>. Acesso em: Janeiro de 2014.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

SZWARCWALD CL, MENDONÇA MHM, ANDRADE CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 643-655.

TEIXEIRA RC, MANDÚ ENT. Necessidades e cuidados no pós-parto de trabalhadores da saúde da família. *Ciência cuid. Saúde*. 2012; 11(2): 275-283.

TRAVASSOS C, VIACAVA F, PINHEIRO R, BRITO A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 11(5/6): 365-73.

TSUNECHIRO MA, BONADIO IC. A família na rede de apoio da gestante. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 1999; 1(1). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4853/3717>>. Acesso em 20 de Janeiro de 2015.

VAITSMAN J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. *Cadernos Saúde Pública*. 2002; 18: 37-46.

VALENTE J. Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012; 111: 576-598.

VALLA VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Caderno Saúde Pública*. 1999; 15(2): 7-14.

VARGAS ALS, NETO C, KREBS R, TUBINO MJG. Corpo e marginalidade: estudo de um contexto de desenvolvimento de meninos de rua na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Direito*. 2006; 6(11): 49-60.

VIEIRA V, VIEIRA ML, PRADO AB. Apoio social: percepção materna em contextos com diferentes graus de urbanização. *Estudos de Psicologia*. 2011; 16(3): 209-217.

WAGNER A, PREDEBON J, MOSMANN C, VERZA F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21: 181-186.

WATARI F. Filhos, pais, padrastos: relações domésticas em famílias recompostas das camadas populares. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto; 2010.

ZAGONELI IPS, MARTINS M, PEREIRA KF, ATHAYDE J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 2003; 5(2): 24-32. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista](http://www.fen.ufg.br/revista)>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

ZAMBERLAN M T, BIASOLI-ALVES ZMM. Interações familiares: Teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Editora UEL, 1997.

ZANCHI MT, ZUGNO PL. *Sociologia da Saúde*. Caixas do Sul: Educ, 2010.

**9.ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONTRIBUIÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE ADESAO E ATENDIMENTO AOS PRINCÍPIOS/ NORMAS PREVISTAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

**Pesquisador:** Suely Maria Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20618313.0.0000.5157

**Instituição Proponente:** Fundação Percival Farquhar/ FPF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 441.089

**Data da Relatoria:** 14/10/2013

**Apresentação do Projeto:**

Parecer satisfatório.

**Objetivo da Pesquisa:**

Parecer satisfatório.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Parecer satisfatório.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no projeto.

**Recomendações:**

Não há nenhuma recomendação a ser feita.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há nenhuma pendência e ou lista de inadequação.

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 441.089

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

GOVERNADOR VALADARES, 30 de Outubro de 2013

Assinador por:

Ivana Cristina Ferreira Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220  
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES  
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE para Gestantes

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**  
**Mestrado em Gestão Integrada do Território**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:**

<p><b>Título:</b>          Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.</p>
<p><b>Natureza do Projeto:</b>          Pesquisa</p> <p><b>Linha de Pesquisa:</b>          Território, Sociedade e Saúde (MGIT)          Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)</p>
<p><b>Pesquisador Responsável:</b>          Suely Maria Rodrigues</p>
<p><b>Nome da Mestranda Participante:</b>          Marcela Otoni da Silva Pereira</p>
<p><b>Contato com pesquisador responsável:</b>          Campus Antônio Rodrigues Coelho          Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220          Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG          Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996</p>
<p style="text-align: center;"><b>Comitê de Ética em Pesquisa</b>          Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

**2 – Informações ao participante ou responsável:**

1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares, na área de Ciências Humanas.

2) A pesquisa terá como objetivo de conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares

3) As clientes (gestantes e puérperas) participarão de duas entrevistas e um Inventário psicológico sendo a primeira entrevista e o inventário, realizados a partir da 30ª semana de Gestação, e a segunda entrevista após o parto, mais especificamente entre o 15º e 42º dia de puerpério (período após o nascimento).

4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta

lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento. 3.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.

5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das famílias e das representações sociais em torno da qualidade da assistência pré natal, tem-se como expectativa que os resultados alcançados possam indicar estratégias para fortalecer a mobilização em prol do desenvolvimento das atividades do PHPN no Município e a conseqüente melhoria da qualidade desta assistência.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

**Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Autorização Prefeitura

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE  
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC  
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

OF: SAIS 002 11 13  
Governador Valadares, 04 de novembro de 2013.

Ref.: Solicitação de Autorização para Pesquisa

Prezado Senhor Renato Fraga Valentim,

Solicitamos autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território da UNIVALE, a ser realizado pela mestranda Marcela Otoni da Silva Pereira, sob orientação da profª Drª Suely Maria Rodrigues, com o título: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/ normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.

Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral do projeto é conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) e agentes comunitários que realizam suas atividades laborais na Estratégia de Saúde da Família desse município, além das gestantes atendidas pelo PHPN.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 12 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acreditamos que com este trabalho, teremos um melhor conhecimento do conceito de território e territorialização, bem como a influência desses no planejamento das ações

GRUPO DE PESQUISA SAÚDE, INDIVÍDUO E SOCIEDADE – SAIS

*Recebi em 05/11/13 1/2*  
*Rita Reis*

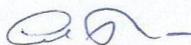
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA TEÓFILO OTONI, 421 - CENTRO  
CEP: 35 020-600  
Fones: (33) 3271-3580 / 3271-7238  
Governador Valadares - MG

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE  
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC  
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

de saúde. O estudo justifica-se à medida que proporciona uma reflexão sobre as questões socioeconômicas, de saúde da população e do desenvolvimento da sociedade.

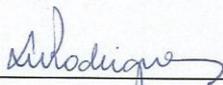
O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados na dissertação de mestrado em Gestão Integrada do Território da pesquisadora responsável e através da publicação de artigo científico em revista especializada.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Coordenador do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade



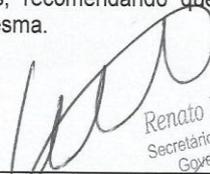
Prof. Dra. Suely Maria Rodrigues  
Orientadora da Pesquisa

Ilmo. Sr.  
Renato Fraga Valentim  
Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares - MG  
Rua Teófilo Otoni, nº 421 Centro  
CEP.: 35 020-600

Prezado Prof.,

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde, autorizo a realização da pesquisa no Município de Governador Valadares, recomendando que nos seja dado ciência dos resultados antes da divulgação da mesma.

Atenciosamente,



Renato Fraga Valentim  
Secretário Municipal de Saúde  
Governador Valadares

Renato Fraga Valentim

Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares

## ANEXO D – Roteiro de Entrevista – Gestantes

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

**Contribuição De Gestores, Profissionais De Saúde, Gestantes E Suas Famílias No Processo De Adesão E Atendimento Aos Princípios/ Normas Previstas Pelo Programa De Humanização Do Pré-Natal E Nascimento (PHPN) No Município De Governador Valadares**

**Roteiro de entrevista: Usuárias**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/2014    **Entrevistador:** \_\_\_\_\_    **Nº:** \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é: conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

2. Estado Civil (opção única):

1.  Solteiro (a)

4.  Viúvo (a)

2.  Casado (a)

5.  Separado (a)

3.  União Estável

6.  Divorciado(a)

3. Qual o seu grau de instrução:

1.  Sem escolaridade

5.  2º grau completo

2.  Fundamental incompleto

6.  3º grau incompleto

3.  Fundamental completo

7.  3º grau completo

4.  2º grau incompleto

4. Situação de trabalho do informante:

1.  Afastado

4.  Em exercício

2.  Aposentado

5.  Pensionista

3.  Desempregado

6.  \_\_\_\_\_

5. Renda familiar em Salário Mínimo: \_\_\_\_\_ SM.

6. Posse de itens

Itens/ Quantidade	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Rádio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Banheiro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Automóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
5. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
7. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
8. Geladeira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
9. Freezer (Aparelho independente)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

7. Classificação econômica (Referente às duas questões acima)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> A1 (42 – 46 pontos) | 5. <input type="checkbox"/> C1 (18 – 22 pontos) |
| 2. <input type="checkbox"/> A2 (35 – 41 pontos) | 6. <input type="checkbox"/> C2 (14 – 17 pontos) |
| 3. <input type="checkbox"/> B1 (29 – 34 pontos) | 7. <input type="checkbox"/> D (8 – 13 pontos)   |
| 4. <input type="checkbox"/> B2 (23 – 28 pontos) | 8. <input type="checkbox"/> E (0 – 7 pontos)    |

8. Mês de gestação / idade gestacional: \_\_\_\_\_ meses.

9. Número de gestação: \_\_\_\_\_

10. Você tem cartão de pré-natal?

1.  Sim  
2.  Não. Caso não, por quê? \_\_\_\_\_

11. Com quantas semanas de gravidez você: iniciou o pré-natal: \_\_\_\_\_ semanas.

12. Quantas consultas de pré-natal você realizou? \_\_\_\_\_

13. Ao longo do pré-natal, quais foram os exames laboratoriais você fez?

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Hemograma Completo          | 8. <input type="checkbox"/> HBsAg                    |
| 2. <input type="checkbox"/> Glicemia                    | 9. <input type="checkbox"/> EAS                      |
| 3. <input type="checkbox"/> Grupo Sangüíneo / Fator Rh  | 10. <input type="checkbox"/> Urocultura              |
| 4. <input type="checkbox"/> VDRL                        | 11. <input type="checkbox"/> Ultrassonografia        |
| 5. <input type="checkbox"/> Testagem Anti-HIV           | 12. <input type="checkbox"/> Colpocitologia oncótica |
| 6. <input type="checkbox"/> Rubéola                     | 13. <input type="checkbox"/> EPF                     |
| 7. <input type="checkbox"/> Sorologia para Toxoplasmose |  |

14. Com quem você mora?

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> marido/esposa | 6. <input type="checkbox"/> sobrinho (s)  |
| 2. <input type="checkbox"/> filhos (s)    | 7. <input type="checkbox"/> sozinha       |
| 3. <input type="checkbox"/> mãe           | 8. <input type="checkbox"/> enteado (s)   |
| 4. <input type="checkbox"/> irmão (s)     | 9. <input type="checkbox"/> neto (s)      |
| 5. <input type="checkbox"/> amigo (s)     | 10. <input type="checkbox"/> outros _____ |

15. Todos os seus filhos são do mesmo pai?

1.  Sim  
2.  Não

16. Seu(s) filho(s) mora com quem?
- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> com a própria pessoa | 4. <input type="checkbox"/> tio(s)          |
| 2. <input type="checkbox"/> pai                  | 5. <input type="checkbox"/> outros parentes |
| 3. <input type="checkbox"/> avó (s)              | 6. <input type="checkbox"/> outros _____    |
17. Você já teve outro casamento ou união estável
- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|
18. Seu companheiro tem filho(s) com outra(s) mulher(es)
- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|
19. Você tem pai e mãe
- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> pai e mãe vivos        | 4. <input type="checkbox"/> Não conhece o pai |
| 2. <input type="checkbox"/> mãe viva, pai falecido | 5. <input type="checkbox"/> Não conhece a mãe |
| 3. <input type="checkbox"/> mãe falecida, pai vivo | 6. <input type="checkbox"/> Outro _____       |
20. Você tem contato com seus pais
- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> somente com a mãe | 3. <input type="checkbox"/> pai e mãe |
| 2. <input type="checkbox"/> somente com o pai | 4. <input type="checkbox"/> nenhum    |
21. Foi alguma vez acompanhado ao ESF para fazer exames ou consultas?
- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|
22. Se sim, quem a acompanhou? \_\_\_\_\_
23. O que significa família para você?
24. Na sua visão, quem compõem sua família hoje?
25. Como é sua relação com a família citada acima (cada membro)?
26. Você recebe apoio de alguém da sua família neste período? Quem? Que tipo de apoio? Como é este apoio?  
Você acha o apoio e participação da família no período gestacional importante?
27. Você acha que o apoio familiar interfere na realização do pré-natal? E na forma com que você aceita a gestação e o bebê?
28. Alguém irá de ajudar quando o Bebê nascer? Quem? Porque? Onde você ficará durante o pós-parto?
29. Existe alguma atividade para a gestante ou sua família no PSF? Vocês participam ou participariam? Qual tipo de atividade gostaria que tivesse no PSF para a gestante?

//////////////////// **Agradecemos sua participação** //////////////////

## ANEXO E – IPSF – Folha de Resposta

## Folha de respostas

Parte integrante do Livro de Aplicação (Vol. 2) da Coleção IPSF

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Local de nasc.: \_\_\_\_\_ Data da Aplic.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo  
 ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Médio completo  
 ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo  
 ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Estou avaliando

- ( ) família nuclear (pai, mãe, irmãos, etc.)  
 ( ) família constituída (esposa, esposo, filhos)

Atualmente resido com \_\_\_\_\_

- Meus pais ( ) nunca se separaram  
 ( ) se separaram quando eu tinha \_\_\_\_ anos

Eu, se já casado(a)

- ( ) nunca me separei ( ) já me separei com \_\_\_\_ anos de casamento  
 ( ) primeira separação ( ) segunda separação  
 ( ) terceira ou mais

Neste inventário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você. Se, por acaso, nenhuma das opções estiver de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Não preencha este quadro. Ele está reservado para uso exclusivo do examinador.

	F1		F2		F3		$\Sigma_{(F1, F2, F3)}$
	_____	+	_____	+	_____	=	_____
Percentil	_____		_____		_____		_____
Classificação	_____		_____		_____		_____

020513

Esta folha possui numeração sequencial, impressa em preto.

002941

Esta folha está impressa em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se lhe apresentarem impressa em qualquer outra cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se a utilizá-la.



**EDITORIA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.**  
 Rua Cubatão 48 - CEP 04013-000 - SP  
 Tel. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340  
 www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 2009 – Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. – São Paulo. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

Nº	AFIRMAÇÕES	NUNCA OU	AS VEZES	SEMPRE OU
		NUNCA		SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18	Em minha família existe privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família.			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36	Minha família me irrita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			